



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

De-globalizing global public health

Travelling HIV treatment policies and their imprints on the local healthcare settings in Swaziland

Dlamini, T.T.T.

[Link to publication](#)

License

Other

Citation for published version (APA):

Dlamini, T. T. T. (2017). *De-globalizing global public health: Travelling HIV treatment policies and their imprints on the local healthcare settings in Swaziland*.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Overview of Literature

- Adams, V. (2016). Metrics of the global sovereign: Numbers and stories in global health. In V. Adams (Ed.), *Metrics: What counts in global health?* (pp. 19–54). Durham, NC: Duke University Press.
- Adams, V., & Biehl, J. (2015). The work of evidence in critical global health. *Medical Anthropology Theory*, 3(2), 123–126.
- Advisory Committee of the People with AIDS. (1983). *The Denver principles*. Retrieved from <http://www.actupny.org/documents/Denver.html>
- Ahoua, L. H., Ayikoru, K., Gnauck, G., Odaru, E., Odar, C., Ondoa–Onama, L., Pinoges, S., Balkan, D., & Olson Pujades-Rodriguez, M. (2010). Evaluation of a 5-year programme to prevent mother-to-child transmission of HIV infection in Northern Uganda. *Journal of Tropical Paediatrics*, 56(1), 43–52.
- Amuron, B., Namara, G., Birungi, J., Nabiryo, C., Levin, J., Grosskurth, H., . . . Jaffar, S. (2009). Mortality and loss-to-follow-up during the pre-treatment period in an antiretroviral therapy programme under normal health service conditions in Uganda. *BMC Public Health*, 9(1), 290.
- Assefa, Y., Jerene, D., Lulseged, S., Ooms, G., & Van Damme, W. (2009). Rapid scale-up of antiretroviral treatment in Ethiopia: Successes and system-wide effects. *PLoS Medicine*, 6(4), e1000056.
- Augé, M. (1985). Interpreting illness. *History and Anthropology*, 2, 1.
- Barry, C. A. (2006). The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2646–2657.
- Bassett, I. V., Regan, S., Chetty, S., Giddy, J., Uhler, L. M., Holst, H., . . . Freedberg, K. A. (2010). Who starts antiretroviral therapy in Durban, South Africa? . . . Not everyone who should. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 24, S37.
- Biehl, J. (2004). The activist state: Global pharmaceuticals, AIDS, and citizenship in Brazil. *Social Text*, 22(3), 105–132.
- Biehl, J. (2015). Theorizing global health." Think Pieces. *Medical Anthropology Theory*.

3(2), 127–142.

- Bledsoe, C. H. (2002). *Contingent lives: Fertility, time, and aging in West Africa*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Bonnel, R. (2009). The financial architecture of the response to the HIV epidemic: Challenges and sustainability issues. In E. Lule, R. Seifman, & A. C. David (Eds.), *The changing HIV/AIDS landscape 2007–2011* (pp. 161–196). Washington, DC: World Bank Publications.
- Brinkhof, M. W., Pujades-Rodriguez, M., & Egger, M. (2009). Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 4, e5790.
- Butt, L. (2002). The suffering stranger: Medical anthropology and international morality. *Medical Anthropology*, 21(1), 1–24.
- Callaghan, M., Ford, N., & Schneider, H. (2010). A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 8, 8–16.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331.
- Central Statistics Office, 2007. Population and Housing Census. Mbabane. Retrieved from http://www.gov.sz/index.php?option=com_content&view=article&catid=78:economic-planning-a-development&id=687:central-statistics-office
- Chen, L. C., Evans, T., & Cash, R. (1999). Health as a global public good. In I. Kaul, M. Stern, & I. Grunberg (Eds.), *Global public goods: International cooperation in the 21st century* (pp. 284–304). New York, NY: Oxford University Press.
- Chikanda, A. (2006). Skilled health professionals' migration and its impact on health delivery in Zimbabwe. *Journal of Ethnicity Migration Studies*, 32(4), 667–680.
- Clinton Health Access Initiative and Stop AIDS Now. (2011). Ending new HIV infections in Swaziland: A catalytic model for Southern Africa. Retrieved from <http://stopaidsnow.org/maxart-scale-up-hiv-testing-treatment>

- Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., . . . Fleming, T. R. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, *365*(6), 493–505.
- Cornwall, A. (2007). Taking chances, making choices: The tactical dimensions of “reproductive strategies” in southwestern Nigeria. *Medical Anthropology*, *26*(3), 229–254.
- Crane, J. T. (2013). *Scrambling for Africa: AIDS, expertise, and the rise of American global health science*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Creek, T. L. R., Ntuny, K., Seipone, M., Smith, M., Mogodi, M., Smit, K., . . . Kilmarx, P. H. (2007). Successful introduction of routine opt-out HIV testing in antenatal care in Botswana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *45*(1), 102.
- Dambisya, Y. M., & Matinhure, S., (2012). Policy and programmatic implications of task shifting in Uganda: A case study. *BMC Health Services Research*, *12*(1). doi:10.1186/1472-6963-12-61
- Dapaah, J. M., & Moyer, E. (2013). Dilemmas of patient expertise: People living with HIV as peer educators in a Ghanaian hospital. *Ghana Studies*, *15*, 195–221.
- Davies, C. A. (2008). *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others*. London, England: Routledge.
- de Certeau, M. (1984). *The practice of everyday life*. Berkeley: University of California Press.
- De Wit, J. B., & Adam, P. C. G. (2008). To test or not to test: Psychosocial barriers to HIV testing in high income countries. *HIV Medicine*, *9*(S2), 20–22.
- Diez, R. (2002). A glossary for multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *56*(8), 588.
- Dlamini-Simelane, T. T., & Moyer, E. (2016). ‘Lost to follow up’: rethinking delayed and interrupted HIV treatment among married Swazi women. *Health Policy and Planning*. Doi: 10.1093/heapol/czw117.

- Eberhart, M.G., Yehia, B.R., Hillier, A., Voytek, C.D., Blank, M.B., Frank, I., Brady, K.A. (2013). Behind the cascade: analysing spatial patterns along the HIV care continuum. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 64, S42-S51.
- Epstein, S. (1996). *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. Berkeley: University of California Press.
- Ferguson, J. (1994). The anti-politics machine: Development and the bureaucratic power in Lesotho. *The Ecologist*, 24(5), 176–181.
- Foley, D. E. (2002). Critical ethnography: The reflexive turn. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 15(4), 469–490.
- Furuta, M., & Salway, S. (2006). Women's position within the household as a determinant of maternal health care use in Nepal. *International family planning perspectives*. 17-27.
- Granich, R. M., Gilks, C. F., Dye, C., De Cock, K. M., & Williams, B. G. (2009). Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: A mathematical model. *The Lancet*, 373(9657), 48–57.
- Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London, England: Sage Publications.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundations of health promotion.
- Hanefeld, J., & Musheke, M. (2009). What impact do Global Health Initiatives have on human resources for antiretroviral treatment roll-out? A qualitative policy analysis of implementation processes in Zambia. *Human Resources for Health*, 7(1), 1–8.
- Hardon, A. P., & Posel, D. (2012). Secrecy as embodied practice: Beyond the confessional imperative. *Culture, Health & Sexuality*, 14(1), S1–S13.
- Hardon, A. P., Akurut, D., Comoro, C., Ekezie, C., Irunde, H. F., Gerrits, T., & Laing, R. (2007). Hunger, waiting time and transport costs: Time to confront challenges to ART adherence in Africa. *AIDS Care*, 19(5), 658–665.
- Hardon, A., & Dilger, H. (2011). Global AIDS medicines in East African health institutions.

Medical Anthropology, 30(2), 136–157.

Harper, R. (2000). The social organization of the IMF's mission work. In M. Strathern (Ed.), *Audit cultures: Anthropological studies in accountability, ethics and the academy* (pp. 21–55). London, England: Routledge.

Heggenhougen, H. K. (2000). More than just “interesting!” Anthropology, health and human rights. *Social Science & Medicine*, 50(9), 1171–1175.

Hirschhorn, L. R., Oguda, L., Fullen, A., Dreesch, N., & Wilson, P. (2006). Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings. *Human Resource for Health*, 4, 1.

Illife, J. (2006). *The African AIDS epidemic: A history*. Athens: Ohio University Press.

Janzen, J. M. (1987). Therapy management: Concept, reality, process. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 68–84.

Johnson-Hanks, J. (2002). On the limits of life stages in ethnography: Toward a theory of vital conjunctures. *American Anthropologist*, 104(3), 865–880.

Kageha Igonya, E., & Moyer, E. (2013). Putting sex on the table: Sex, sexuality and masculinity among HIV-positive men in Nairobi, Kenya. *Culture, Health & Sexuality*, 15(4), S567–S580.

Kielmann, K., & Cataldo, F. (2010). Tracking the rise of the “expert patient” in evolving paradigms of HIV care. *AIDS Care*, 22(1), 21–28.

Kim, J. Y., & Gilks, C. (2005). Scaling up treatment: Why we can't wait. *New England Journal of Medicine*, 353(22), 2392–2394.

Kleinman, A. (1980). *Clients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Vol. 3). Berkeley: University of California Press.

Kober, K., & Van Damme, W. (2004). Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: Who will do the job? *The Lancet*, 64(9428), 103–107.

- Kober, K., & Van Damme, W. (2006). Public sector nurses in Swaziland: Can the downturn be reversed? *Human Resources for Health*, 4(1), 1–13.
- Kranzer, K., Zeinecker, J., Ginsberg, P., Orrell, C., Kalawe, N. N., Lawn, S. D., . . . Wood, R. (2010). Linkage to HIV care and antiretroviral therapy in Cape Town, South Africa. *PLoS One*, 5(11), e13801.
- Kyakuwa, M. (2009). More hands in complex ART delivery? Experiences from the expert clients' initiative in Rural Uganda. *African Sociological Review*, 13(1), 143–167.
- Kyakuwa, M., Hardon, A., & Goldstein, Z. (2012). The adopted children of ART: Expert clients and role tensions in ART provision in Uganda. *Medical Anthropology*, 31(2), 149–61.
- Larson, B. A., Brennan, A., McNamara, L., Long, L., Rosen, S., Sanne, I., & Fox, M.P. (2010). Early loss to follow up after enrolment in pre-ART care at a large public clinic in Johannesburg, South Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 15, 43–47.
- Lees, S., Kielmann, K., Cataldo, F., & Gitau-Mburu, D. (2012). Understanding the linkages between informal and formal care for people living with HIV in sub-Saharan Africa. *Global Public Health*, 7(10), 1109–1119.
- Lehmann, U., Van Damme, W., Barten, F., & Sanders, D. (2009). Task shifting: The answer to the human resources crisis in Africa? *Human Resource for Health*, 7(1), 7–49.
- Lusweti. (2010). *Summary report of the formative research on the impact of socialization and multiple concurrent partnerships in Swaziland*. Unpublished.
- Maben, J. (2008). The art of caring: Invisible and subordinated. *International Journal for Nursing Studies*, 45(3), 335–338.
- Madon, T., Hofman, K. J., Kupfer, L., & Glass, R. I. (2007). Implementation science. *Science*, 318(5857), 1728-1729.
- Maes, K., & Kalofonos, I. (2013). Becoming and remaining community health workers: Perspective from Ethiopia and Mozambique. *Social Science & Medicine*, 87, 52–59.

- Mallouris, C., Caswell, G., & Bernard, E. J. (2010). How consultations by people living with HIV drive change and shape policies, programs and normative guidelines. *Global Health Governance*, 4(1), 1–8.
- Mattes, D. (2011). “We are just supposed to be quiet”: The production of adherence to antiretroviral treatment in urban Tanzania. *Medical Anthropology*, 30(2), 158–182.
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. *Sociology*, 43(3), 535-554.
- McCoy, D., Chopra, M., Loewenson, R., Aitken, J. M., Ngulube, T., Muula, A., . . . Rowson, M. (2005). Expanding access to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: Avoiding the pitfalls and dangers, capitalizing on the opportunities. *American Journal of Public Health*, 95(1), 18–22.
- McNairy, M. L., & El-Sadr, W. M. (2012). The HIV care continuum: No partial credit given. *AIDS*, 26(14), 1735–1738.
- Mdege, N. D., Chindove, S., & Ali, S. (2012). The effectiveness and cost implications of task-shifting in the delivery of antiretroviral therapy to HIV-infected patients: A systematic review. *Health Policy and Planning*, 28(3), 223–36.
- Mead, M., & Boas, F. (1973). *Coming of age in Samoa*. London, England: Penguin.
- Meiberg, A. E., A.E. Bos., H.E. Onya and H.P. Schaalma. (2008). Fear of stigmatization as barrier to voluntary HIV counselling and testing in South Africa. *East African Journal of Public Health*. 5 (2), 49-522
- Meinert, L. (2014). Regimes of homework in AIDS care: Questions of responsibility and the imagination of lives in Uganda. In R. Prince & R. Marsland (Eds.), *Making and unmaking public health in Africa: Ethnographic and historical perspectives* (pp. 119–139). Athens: Ohio University Press.
- Merton, R. K. (1936). The unanticipated consequences of purposive social action. *American Sociological Review*, 1(6), 894–904.
- Mfecane, S. (2010). *Exploring masculinities in the context of ARV use: A study of men living*

with HIV in a South African village (Unpublished doctoral dissertation). University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.

Ministry of Health. (2007). *Expert client training manual*. Mbabane, Swaziland: Ministry of Health.

Morolake, O. D., & Welbourn, A. (2009). Greater involvement of people living with HIV in health care. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 4–11.

Morris, M. B., Chapula, B. T., Chi, B. H., Mwangi, A., Mwanza, J., Manda, H., . . . Stringer, J. S. A. (2009). Use of task-shifting to rapidly scale-up HIV treatment services: Experiences from Lusaka, Zambia. *BMC Health Services Research*, 9(1), 5–14.

Moyer, E. (2012). Faidha gani? What's the point: HIV and the logics of (non)-disclosure among young activists in Zanzibar. *Culture, Health & Sexuality*, 14(1), S67–S79.

Moyer, E. (2014). Peer mentors, mobile phones and pills: Collective monitoring and adherence in Kenyatta National Hospital's HIV treatment programme. *Anthropology and Medicine*, 21(2), 149–161.

Narayan, K. (1993). How native is a “native” anthropologist? *American Anthropologist*, 95(3), 671–686.

National Emergency Response Council on HIV/AIDS. (2000). *National multi-sectoral strategic framework (NSF) for HIV and AIDS 2000–2005*. Mbabane, Swaziland: Kingdom of Swaziland.

National Emergency Response Council on HIV/AIDS. (2010). *National AIDS Spending Assessment (NASA) 2007–2010*. Mbabane, Swaziland: Kingdom of Swaziland.

(2014). *Extended national strategic framework 2014–2018*. Mbabane, Swaziland: Kingdom of Swaziland.

Nguyen, V.-K. (2013). Counselling against HIV in Africa: A genealogy of confessional technologies. *Culture, Health & Sexuality*, 5(4), 440–452.

(2010). *The republic of therapy: Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Durham, NC: Duke University Press.

- Njeru, M. K., Blystad, A., Nyamongo I. K., & Fylkesnes, K. (2009). A critical assessment of the WHO responsiveness tool: Lessons from voluntary HIV testing and counselling services in Kenya. *BMC Health Services Research*, 9(1). doi:10.1186/1472-6963-9-243
- Patel, S. (1998). The nostalgia for the village: MN Srinivas and the making of Indian social anthropology. *South Asia: Journal of South Asian Studies*, 21(1), 49-61.
- Pigg, S. L. (1992). Investing social categories through place: Social representations and development in Nepal. *Comparative Studies in Society and History*, 34(03), 491-513.
- Powers, K. A., Ghani, A. C., Miller, W. C., Hoffman, I. F., Pettifor, A. E., Kamanga, G., & Cohen, M. (2011). The role of acute and early HIV infection in the spread of HIV and implications for transmission prevention strategies in Lilongwe, Malawi: A modelling study. *The Lancet*, 378(9787), 256-268.
- Price, N., & Hawkins, K. (2002). Researching sexual and reproductive behaviour: a peer ethnographic approach. *Social Science & Medicine*, 55(8), 1325-1336.
- Prince, R. J. (2012). HIV and the moral economy of survival in an East African city. *Medical Anthropology Quarterly*, 26(4), 534-556.
- Rabinow, P. (2005). Artificiality and enlightenment: From sociology to biosociality. In J. X. Inda (Ed.), *Anthropologies of modernity: Foucault, governmentality, and life politics* (pp. 179-193). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Rasmussen, L. M. (2013). Counselling clients to follow “the rules” of safe sex and ARV treatment. *Culture, Health & Sexuality*, 15(4), 537-552.
- Robins, S. (2006). From “rights” to “ritual”: AIDS activism in South Africa. *American Anthropologist*, 108, 312-323.
- Rogers, A., Kennedy, A., Bower, P., Gardner, C., Gately, C., Lee, V., . . . Richardson, G. (2008). The United Kingdom Expert Clients Programme: Results and implications from a national evaluation. *Medical Journal of Australia*, 189(10), S21-S24.
- Rosen, S., & Fox, M. P. (2011). Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLoS Medicine*, 8(7), e1001056.

- Rosen, S., Fox, M. P., & Gill, C. J. (2007). Client retention in antiretroviral therapy programs in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLoS Medicine*, 4(10), e298.
- Samb, B. F., Celletti, J., Holloway, W., Van Damme, K., De Cock, M., & Dybul, M. (2007). Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. *New England Journal of Medicine*, 357(24), 2510.
- Schackman, B. R. (2010). Implementation science for the prevention and treatment of HIV/AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55(1), S27.
- Schneider, H., Hlophe, H., & van Rensburg, D. (2008). Community health workers and the response to HIV/AIDS in South Africa: Tensions and prospects. *Health Policy Plan*, 23(3), 179–187.
- Schoepf, B. G. (1992). Women at risk: Case studies from Zaire. In G. Herdt & S. Lindenbaum (Eds.), *In the time of AIDS: Social analysis, theory and method* (pp. 259–286). London, England: Sage.
- Selke, H. M., Kimaiyo, S., Sidle, J. E., Vedanthan, R., Tierney, W. M., Shen, C., . . . Wools-Kaloustian, K. (2010). Task-shifting of antiretroviral delivery from health care workers to persons living with HIV/AIDS: Clinical outcomes of a community-based program in Kenya. *Journal of International AIDS Society*, 55(4), 483–490.
- Sesanti, S. (2010). The concept of “respect” in African culture in the context of journalism practice: An Afrocentric intervention. *South African Journal for Communication Theory and Research*, 36(3), 343–358.
- Sijpt, E. (2014). Complexities and contingencies conceptualised: Towards a model of reproductive navigation. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 278–290.
- Simbaya, J., & Moyer, E. (2013). The emergence and evolution of HIV counselling in Zambia: A 25-year history. *Culture, Health & Sexuality*, 15(4), S453–S466.
- Strategic Information Department (2010). *Monitoring the STI, HIV and TB Response Report*. Mbabane, Swaziland: Ministry of Health.
- Strathern, M. (2000). *Audit cultures: Anthropological studies in accountability, ethics, and*

the academy. London, England: Psychology Press.

- Takasugi, T., & Lee, A. C. K. (2012). Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya. *Public Health, 126*(10), 839–845.
- Tantchou, J. (2014). Poor working conditions, HIV/AIDS and burnout: A study in Cameroon. *Anthropology in Action, 21*(3), 31–42.
- Tenthani, L., Cataldo, F., Chan, A. K., Bedell, R., Martiniuk, A. L., & van Lettow, M. (2012). Involving expert patients in antiretroviral treatment provision in a tertiary referral hospital HIV clinic in Malawi. *BMC Health Services Research, 12*(1), 140–148.
- Ujiji, O., Rubenson, A., Ilako, F., Marrone, G., Wamalwa, D., Wangalwa, G., & Ekstrom, A. M. (2011). Is “opt-out HIV testing” a real option among pregnant women in rural districts in Kenya? *BMC Public Health, 11*(1), 151–158.
- UNAIDS. (2014). *Swaziland global aids response progress reporting*. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/SWZ_narrative_report_2014.pdf
- Van Damme, W., Kober, K., & Kegels, G. (2008). Scaling-up antiretroviral treatment in southern African countries with human resource shortage: How will health systems adapt? *Social Science & Medicine, 66*(10), 2108–2121.
- Van Damme, W., Kober, K., & Laga, M. (2006). The real challenges for scaling up ART in sub-Saharan Africa. *AIDS, 20*(5), 653–656.
- Van der Geest, S. (2002). Respect and reciprocity: Care of elderly people in rural Ghana. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 17*(1), 3–31.
- Van der Geest, S., Speckmann, J. D., & Streefland, P. H. (1990). Primary health care in a multi-level perspective: Towards a research agenda. *Social Science & Medicine, 30*(9), 1025–1034.
- Van Dijk, R., De Bruijn, M., & Gewald, J. B. (2007). Social and historical trajectories of agency in Africa: An introduction. In M. De Bruijn, J. B. Gewald, & R. Van Dijk

- (Eds.), *Strength beyond structure: Social and historical trajectories of agency in Africa* (pp. 1–15). Boston, MA: Leiden.
- Van Roey, J. (1999). *From principle to practice: Greater involvement of people living with or affected by HIV/AIDS*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- Victoor A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, *12*(1), 172.
- Vigh, H. (2009). Motion squared: A second look at the concept of social navigation. *Anthropological Theory*, *9*(4), 419–438.
- Weigel, R. P., Kamthunzi, C., Mwansambo, S., Phiri, S., & Kazembe, P. (2009). Effect of provider-initiated testing and counselling and integration of ART services on access to HIV diagnosis and treatment for children in Lilongwe, Malawi: A pre-post comparison. *BMC Pediatrics*, *9*(1), 80.
- Whyte, S. R. (2014). *Second chances: Surviving AIDS in Uganda*. Durham, NC: Duke University Press.
- Wilson, K.S., Silberberg, M.R., Brown, A.J., & Yaggy, S.D. (2007). Health needs and barriers to healthcare of women who have experienced intimate partner violence. *Journal of women's health*, *16*(10), 1485-1498
- Wilson, P. M. (2001). A policy analysis of the expert clients in the United Kingdom: Self-care as an expression of pastoral power? *Health & Social Care in the Community*, *9*(3), 134–142.
- World Health Organization. (2006). *Taking stock: Health worker shortages and the response to AIDS*. Retrieved from <http://www.who.int/hiv/toronto2006/takingstocktr.pdf>
- World Health Organization. (2007). *Task shifting: Rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global recommendations and guidelines*. Retrieved from <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>
- Wright, J. (2013). Only your calamity: The beginnings of activism by and for people with

AIDS. *American Journal of Public Health*, 10(10), 1788–1798.

Zachariah, R., Harries, A. D., Philips, M., Arnould, L., Sabapathy, K., O'Brien, D. P., & Balkan, S. (2010). Antiretroviral therapy for HIV prevention: Many concerns and challenges, but are there ways forward in sub-Saharan Africa? *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(6), 387–391.

Zolopa, A. R., Andersen, J., Komarow, L., Sanne, I., Sanchez, A., Hogg, E., & ACTG A5164 study team. (2009). Early antiretroviral therapy reduces AIDS progression/death in individuals with acute opportunistic infections: A multi-centre randomized strategy trial. *PloS One*, 4(5), e5575.

Summary

De-Globalizing Global Public Health; Travelling HIV Treatment Policies and their Imprints in Local Healthcare Settings in Swaziland

The central aim of the thesis is studying the HIV continuum of care, otherwise known as the ‘leaky cascade’ in public health terms, to understand reasons for non-uptake of readily available HIV services and low retention to care of PLHIV regardless of adopting strategies recommended by implementation science. It shows how global HIV policies play out when implemented in the local context, and the imprints they leave on the health system. MaxART -maximizing ART for zero new infections- the project within which the study was conceived, was premised on the notion that access to services was a barrier to universal access to HIV treatment. As a result, resources were mobilized to bring HIV services closer to the people and remove structural barriers to treatment expansion. Drugs were secured, the number of health care workers expanded and their expertise honed to facilitate rapid expansion of the treatment program.

The logistical lens, which is bringing services closer to the people, making health facilities patient-friendly and providing free services, which is often the focus of public health approaches is often viewed as the foremost impediment to access and use of services. Implementation science of HIV strategies and policies that have worked elsewhere become the inspiration for many of HIV programmes aimed to increase uptake of services. The dichotomy is that even when services are closer and implementation science applied to help uptake of HIV services, uptake is often not to desirable levels.

Much research has been done to understand low uptake of HIV services, however none of it explored emic perspectives of those that experienced or implemented the strategies. As a

critical social scientist, I wanted to explore the degree to which non-logistical issues, individual and social dynamics, could be attributed to low uptake of services and low retention levels to HIV care. This thesis seeks to document what changes occur in local health settings as externally-driven HIV policies and strategies are implemented and the trail they leave (both inherent and in the health system) as they trot the globe. I positioned myself within the health system and endeavoured to explore the issues from a multi-level perspective (meso-the global health landscape, macro-the Swazi public health system and micro levels-the community and patient's perspective) to understand the way key players and practices at each layer influenced utilization or non-utilization of otherwise readily available services. The multi-level analysis concept provides a lens to explore what happens when global HIV policies are implemented at the locale and how the interconnection of the global and local affect the models of health care administration, shape the therapeutic experiences of PLHIV and how key players navigate the challenges encountered in the process.

I immersed myself in the daily lived experiences of the people being studied in order to gain deeper insight on their social complexities and how their sociocultural ecology affected and influenced healthcare decisions. I enrolled into an HIV counselling and testing course (HTC) to be a certified counsellor to have the embodied experience of being a health-worker at the frontlines in the delivery of HIV services during the treatment expansion era. I provided pre- and post-test counselling services to more than 80 PLHIV. Furthermore, to get users' perspectives of the services and approaches used, I conducted ethnographic research in two clinics spanning twenty months: I observed 245 HIV counselling sit-in sessions, had 104 interviews with 71 PLHIV and eight focus group discussion with 21 health workers, expert clients.

The imprints of adopting global HIV policies goes far beyond the biomedical space they are

initially intended for. PLHIV are social beings before they become patients and this fact becomes fundamentally important in influencing decisions about therapeutic pathways during an illness episode as well as use or not use readily available HIV services. Very early in the research, it became blatantly clear that women in committed relationships were less likely to enrol in care timeously or remain in care as expected. Marital honour and filial duty were the most important considerations that took precedence when decisions regarding uptake and timing of ART had to be made, in contrast to decentralized and accessible ART services that the MaxART project espoused. Being a good wife and a noble daughter that in-laws were proud of mattered the most to married women living with HIV. Anything that could jeopardize this position such as reporting HIV infection to a husband, took less priority even if it meant delaying initiation until such a time the women felt the timing was ideal to do so without risk. This makes it inarguable that, even if clinics provided good quality service, and accessible, some PLHIV would still not take ART. This calls for gendered and culture-centric public health interventions to understand the reasons for other PLHIV's non-utilization of services beyond the conventional barriers.

Further, the research discovered that the adopted policies, to a large extent affect negatively the therapeutic experience of patients, and also cause a shift in the administration of care within health facilities in Swaziland. The conventional clinical care model is under-going a transformation as more players are increasingly getting involved in the process. Patients more than ever before have increased access to technical and medical information which was the privilege of medical doctors only. Though this is good and empowers patients, however it has its own cons. A CD4 count given to patients which is supposed to inform clinicians of the progression of HIV in the body is used by patients on the contrary to delay onset of ART. Customarily, a CD 4 count is a biomarker for ART initiation yet patients use it as a health marker to monitor themselves and the competency of the immune system and this gives

patients the power to decide when to initiate ART than instead of starting treatment when instructed by clinicians. This often delays treatment initiation and it is highly not recommended because late initiation makes ART less effective and dangerous for the PLHIV. ART is optimal when initiated early when a patient has a high CD4 count than when the patient is asymptomatic. Starting late also may lead to death as a result of immune reconstitution, which is a complication caused by a weak immune system.

Furthermore, because of the high demand for HIV services yet few health workers in resource-poor settings, concepts and strategies such as task shifting and greater involvement of people with AIDS (GIPA) are adopted. In the context of Swaziland, PLHIV who are non-biomedical trained staff but have mastered living with HIV and have modelled a healthy and productive life due to ART (as expert patients), are co-opted into the public health system to support nurses and close the acute human resource gap. This setup though useful to close the gap has far reaching consequences. The people that nurses once treated as their patients have become their peers. Not only that, expert patients have experiential skills on ART, above the acumen of trained nurses causing conflict and making health facilities a space for power contestation.

Also, treatment guidelines and HIV science is constantly evolving which requires an equally dynamic response. The dynamic nature of HIV science and treatment administration requires constant dependence on technical backstopping of experts. This is slowly causing despondency amongst clinicians as they are emasculated of discretion and agency in provision of care, which is the epitome to their practice. The development of standard operating procedures (SOPs) and guidelines for HIV treatment is the mainstay of ART scale-up programs and has grown in unprecedented levels than ever witnessed before. *Protocolization* of care which is provision of care according to stipulated protocols is

prioritized above the needs of patients. In the process, there is always a risk of what the guidelines stipulate to take precedence above patient needs and rights. As an example, a patient is obliged to fulfil obligatory processes before ART initiation, such as compulsory counselling regardless of patient readiness.

HIV implementation science is adopted within poorly resourced contexts (human resources, equipment and financial resources to sustain interventions) with high donor expectations which often puts immense pressure on the already ailing public health system. The weakness of the system, provide donors with the leverage to influence administration of care and priorities of the health system. The adoption of GIPA principle and task shifting in the health sector as an example, was found to result to fragmentation and paralleling processes as the new cadres of health workers funded by donors, are added into the sector. Many times, the cadre funded by donors had a direct relationship with their paymaster (the donor) and did not follow the hierarchy in the health system and received reports direct from the cadres they employ. The parallel approaches are burdensome and lead to overworked and demotivated staff which fuels the paradigm of unfriendly and grumpy health workers that lead to unpleasant therapeutic experience that deters patients from biomedical care. Due to the manifold, socio-cultural challenges that PLHIV navigate to get to health facilities for HIV care, the public health system must strive not to lose any patients as a result of the failures of the system. This is because by the time any PLHIV return for care in the health system they have defied many odds and they cannot be deterred by unfriendly therapeutic experiences from within.

The MaxART program seemed successful as per specified metrics, indicators and targets; testing rates increased, uptake of ART and retention rates increased. Unfortunately, this success is based on “things” achieved, making it hard to catch soft issues such as

experiences and perceptions on the quality of care provided during implementation. The treatment expansion programme needs a comprehensive approach to be programmatically successful and mutually beneficial to the PLHIV. A logistical nexus to scale up treatment is equally important as a therapeutically enriching experience for PLHIV. Though facilities may be accessible, fully equipped and with the required expertise, PLHV might still shun health services because of innate issues that matter to them which the health system overlook at conception of interventions.

Treatment expansion programme such as MaxART project are worrisome. The influx of foreign aid to support HIV response in resource-limited settings, where systems are weak can have dire effects for both the public health system and the patients. It can further weaken the system and affect existing practices and norms and shape experiences of those who use and experience the strategies implemented. Donors are increasingly becoming deeply involved in driving the agenda for health priorities, for example, in Swaziland there is a brewing emergency of non-communicable diseases (NCD) which is the cause of high morbidity and mortality burden, yet donors maintain an HIV agenda. Without adequate resources the Ministry of Health cannot advance NCDs agenda though donor HIV funds were available and cannot be used. Additionally, donor driven programs are established on the presupposition that Government will take them over after an agreed period, yet there is hardly careful consideration that the state has capacity to take over. Currently, Swaziland's fiscal standing for national spending is fickle and the government in pragmatic terms might not be in a position to honour its commitment to take over. In the event this is a reality, I worry what will happen to the many people already on ART. This and many, are the mind-boggling preoccupation that linger on in my mind as more and more PLHIV are initiated to treatment and programs introduced that government has to take over. In closing, The Ministry of Health need to think about repercussions as they consent to more and more donor-driven

interventions and or pilots and think carefully about commitments to take over these innovations programs and their sustainability thereof.

Samenvatting

De-Globalizing Global Public Health; Travelling HIV Treatment Policies and their Imprints in Local Healthcare Settings in Swaziland

Het voornaamste doel van dit proefschrift is het bestuderen van het HIV-continuüm van zorg, ook wel bekend als de *'leaky cascade'* in de volksgezondheidsterminologie, om te verklaren waarom patiënten ervoor kiezen om geen gebruik te maken van toegankelijke HIV-diensten en er relatief weinig gebruik gemaakt wordt van beschikbare zorg door PLHIV (People Living with HIV, mensen die HIV hebben) ondanks dat de richtlijnen van beleidswetenschappen gevolgd worden. Het proefschrift toont welk resultaat wereldwijde HIV-beleidsmaatregelen hebben wanneer ze in de lokale context worden geïmplementeerd en de impact die ze daarbij op het gezondheidssysteem hebben .

MaxART – Maximizing AntiRetroviral Therapy voor het voorkomen van nieuwe infecties - het project waarbinnen dit onderzoek heeft plaatsgevonden, was gebaseerd op de opvatting dat toegang tot diensten een belemmering vormt voor de universele toegang tot HIV-behandeling. Als gevolg hiervan werden middelen gemobiliseerd om HIV-diensten dichterbij de mensen te brengen en zijn structurele belemmeringen voor de uitbreiding van behandelingen weggenomen. In de verstrekking van medicatie wordt voorzien, het aantal zorgverleners is uitgebreid en hun deskundigheid is verfijnd om de snelle uitbreiding van het behandelingsprogramma te vergemakkelijken. Deze logistieke invalshoek, die de dienstverlening dichterbij de mensen brengt, gezondheidsfaciliteiten patiëntvriendelijk maakt en gratis diensten aanbiedt, vormt de focus van benaderingen in de volksgezondheid en wordt vaak gezien als het voornaamste obstakel voor toegang tot- en gebruik van diensten. Implementatie wetenschap over HIV strategieën en beleid dat elders heeft gewerkt, scheppen een voorbeeld voor veel HIV-programma's gericht op een toenemende zorgafname door

PLHIV. De dichotomie is dat zelfs wanneer de diensten dichterbij zijn en de implementatiewetenschap wordt toegepast om de hiv-diensten te verbeteren, dit vaak niet tot het gewenste niveau van zorgafname leidt. Er is veel onderzoek verricht om te verklaren waarom er relatief weinig gebruikt gemaakt wordt van HIV zorgverlening, maar geen enkel onderzoek is gericht op de emische perspectieven van degenen die de strategieën hebben ervaren of hebben geïmplementeerd. Als kritische sociale wetenschapper wilde ik onderzoeken in welke mate niet-logistische problemen, individuele en sociale dynamiek kunnen worden toegeschreven aan de relatief lage afname HIV zorgverlening en het lage retentieniveau voor HIV-zorg. Dit proefschrift streeft naar het documenteren van de veranderingen die zich voordoen in lokale gezondheidsinstellingen wanneer extern gestuurd HIV-beleid en strategieën worden geïmplementeerd, en welk spoor zij nalaten (zowel inherent als in het gezondheidssysteem) terwijl ze over de hele wereld worden ingezet. Ik positioneerde mezelf binnen het gezondheidssysteem en probeerde de kwesties vanuit perspectieven op verschillende niveaus te onderzoeken (mesoniveau - het wereldwijde gezondheidslandschap, macroniveau - het Swazi-volksgezondheidssysteem en microniveau - het perspectief van de gemeenschap en de patiënten), om te begrijpen op welke manier belangrijke betrokkenen en praktijken op elke niveau het gebruiken, of niet gebruiken, van anderszins gemakkelijk toegankelijke diensten beïnvloeden. Dit multi-level analyse concept biedt mogelijkheden om inzicht te krijgen in wat er gebeurt wanneer het mondiale HIV-beleid lokaal geïmplementeerd wordt en hoe de wisselwerking van het wereldwijde en het lokale invloed heeft op de modellen van de gezondheidszorgadministratie, de therapeutische ervaringen van PLHIV vormt en hoe de belangrijkste betrokkenen omgaan met de uitdagingen die zij gedurende het proces tegenkomen. Ik heb mezelf ondergedompeld in de dagelijkse ervaringen van de participanten van het onderzoek om meer inzicht te krijgen in hun sociale complexiteit en hoe hun socioculturele ecologie gezondheidszorgbeslissingen

heeft beïnvloed. Ik heb geparticipeerd in een HIV-adviserings- en testcursus (afgekort HTC) om een gecertificeerde adviseur te worden, om zelf te ervaren hoe het is om een gezondheidswerker te zijn die in de eerste lijn betrokken is bij de levering van HIV-diensten ten tijde van uitbreiding van de behandeling. Ik heb pre- en post-test advies gegeven aan meer dan 80 PLHIV. Verder heb ik, om inzicht te krijgen in de perspectieven van de mensen die gebruik maken van deze service en de methoden die daarbij gebruikt worden, een etnografisch onderzoek uitgevoerd in twee klinieken gedurende een periode van twintig maanden: ik heb 245 HIV advisering sit-in sessies bekeken, ik heb 104 interviews gehad met 71 PLHIV en acht focusgroep discussies met 21 gezondheidswerkers, deskundigen. De impact van het aannemen van een mondiaal HIV-beleid gaat veel verder dan de biomedische ruimte waarvoor het oorspronkelijk bedoeld is. PLHIV zijn sociale wezens voordat ze patiënten worden en dit gegeven is van fundamenteel belang bij het maken van beslissingen over therapeutische methoden tijdens een ziekteperiode, en het al dan niet gebruik maken van gemakkelijk beschikbare HIV-diensten. Zeer vroeg in het onderzoek werd duidelijk dat het voor vrouwen in een vaste relatie minder waarschijnlijk was dat zij zich tijdig voor de noodzakelijke zorg lieten registreren of in behandeling bleven dan verwacht. Huwelijkse eer en de plicht om kinderen te krijgen waren de belangrijkste overwegingen en werden belangrijker geacht dan het volgen en plannen van antiretrovirale therapie zoals voorzien in het gedecentraliseerde en toegankelijke ART-dienstenmodel van het MaxART-project. Een goede vrouw en een goede dochter zijn, waar schoonmoeders trots kunnen zijn, was het belangrijkste voor getrouwde vrouwen met HIV. Alles wat deze positie in gevaar zou brengen, zoals het melden van een HIV-infectie aan een echtgenoot, had minder prioriteit, zelfs als het betekende dat het starten met het programma werd vertraagd, totdat de vrouwen het gevoel hadden dat de tijd geschikt was om dit zonder risico te kunnen doen.

Het is ontegenzeggelijk dat, zelfs als klinieken goede service bieden en toegankelijk zijn,

sommige PLHIV nog steeds geen gebruik zouden maken van ART middelen, buiten de gebruikelijke toegangsbarrières, wat gender- en cultuurgerichte interventies op het gebied van de volksgezondheid noodzakelijk maakt om de redenen te achterhalen waarom er geen gebruik gemaakt van de zorgverlening. Verder werd tijdens het onderzoek ontdekt dat het gekozen beleid de therapeutische ervaring van patiënten in grote mate negatief beïnvloedt en een verschuiving veroorzaakt in de zorgbeheersing binnen gezondheidsfaciliteiten in Swaziland. Het conventionele klinische zorgmodel heeft een transformatie ondergaan, omdat er meer partijen worden betrokken bij het proces. Patiënten hebben meer dan ooit toegang tot technische en medische informatie die eerder alleen aan artsen voorbehouden was. Hoewel dit een goede ontwikkeling is en het patiënten macht geeft, heeft het ook nadelen. Een CD4-telling die aan patiënten wordt gegeven, zou de klinieken moeten informeren over de progressie van HIV in het lichaam, wordt door patiënten juist gebruikt om het begin van ART te vertragen. Gewoonlijk is een CD4-telling een biomarker voor ART-initiatie, maar patiënten gebruiken het als een gezondheidsmeting om zichzelf en de werking van het immuunsysteem te monitoren en dit geeft patiënten de mogelijkheid om te beslissen wanneer ART moet starten, waarbij de start van de behandeling dus niet langer door een arts wordt bepaald. Dit vertraagt vaak de initiatie van de behandeling en wordt sterk afgeraden omdat late initiatie ART minder effectief en gevaarlijk maakt voor de PLHIV. ART is optimaal bij vroege initiatie en als een patiënt een hoge CD4-telling heeft. Dit is niet het geval wanneer de patiënt asymptomatisch is. Verlaat beginnen met behandeling kan ook leiden tot de dood, als gevolg van immuun reconstitutie complicaties van een zwak immuunsysteem. Bovendien, door de combinatie van een grote vraag naar HIV-diensten en weinig gezondheidswerkers in instellingen met weinig middelen, worden concepten en strategieën zoals taakverandering en grotere betrokkenheid van mensen met aids (GIPA) gehanteerd. In de context van Swaziland ondersteunen niet-biomedisch opgeleide PLHIV, die zelf geleerd hebben een gezond en

productief leven hebben dankzij ART, verpleegkundigen als ervaringsdeskundigen om het acute tekort aan gekwalificeerd personeel op te lossen. Deze setup, die nuttig is om het tekort tegen te gaan, heeft vergaande gevolgen. Deze personen die in eerste instantie door de verpleegkundigen behandeld werden als patiënt zijn nu hun collega's geworden.

De confrontatie tussen de getrainde verpleegkundigen en de ervaringsdeskundigen kan in dit geval er toe leiden dat de klinieken tot een plek van machtsstrijd verworden. Tevens evolueren ontwikkelingsrichtlijnen en de HIV-wetenschap voortdurend, wat eenzelfde dynamische reactie vereist. De dynamische aard van de HIV-wetenschap en behandelingsadministratie vereist voortdurende afhankelijkheid van technische back-up van deskundigen. Dit veroorzaakt langzaam wanhoop bij de klinici, omdat ze ondermijnd worden in hun beoordelingsvrijheid en vertegenwoordiging in het verstrekken van zorg, wat de kern is van hun beroep. De ontwikkeling van standaard operationele procedures (afgekort SOPs) en richtlijnen voor HIV-behandeling is de basis voor ART-opschalingsprogramma's en is gegroeid tot niet eerder geziene, ongekende niveaus. Het *protocolleren* van zorg, oftewel het bieden van zorg volgens de voorgeschreven protocollen, heeft prioriteit boven de behoeften van patiënten. In dit proces is er altijd een risico van wat volgens de richtlijnen voorrang heeft op de behoeften en rechten van de patiënt. Zo is een patiënt verplicht bepaalde standaardprocessen te doorlopen vóór ART initiatie, zoals verplichte advisering, ongeacht de bereidheid van de patiënt. HIV-implementatie wetenschap wordt aangenomen binnen omstandigheden waar middelen schaars zijn (menselijke middelen, apparatuur en financiële middelen om interventies te onderhouden), met hoge verwachtingen van donoren die vaak druk zetten op het reeds noodlijdende volksgezondheidssysteem. De zwakte van het systeem geeft donoren de macht om de toekenning van zorg en het beheer van prioriteiten binnen het gezondheidssysteem te beïnvloeden.

De aanname van het GIPA-principe en de taakverschuiving in de gezondheidszorg heeft geleid tot fragmentatie en het ontstaan van parallelle processen als nieuwe kaders voor gezondheidswerkers (gefinancierd door donoren die een andere ethiek hebben dan orthodoxe gezondheidswerkers). Vaak had het kader gefinancierd door donoren een directe relatie met de kasbeheerder (de donor), werd de hiërarchie in het gezondheidssysteem niet gevolgd en kregen de donoren directe rapportages van de door hen aangestelde medewerkers. De parallelle benaderingen zijn lastig en leiden tot overwerkt en gedemotiveerd personeel waardoor het paradigma van onvriendelijke en knorrige gezondheidswerkers heerst, die leiden tot onaangename therapeutische ervaringen die patiënten van biomedische zorg afschrikken.

Vanwege de veelzijdige sociaal-culturele uitdagingen waarbinnen PLHIV moeten navigeren om gezondheidsvoorzieningen voor HIV-zorg te krijgen, moet het volksgezondheidsstelsel ernaar streven om geen patiënten te verliezen als gevolg van de fouten in het systeem. Op het moment dat een PLHIV terugkomt voor zorg binnen het gezondheidssysteem, hebben ze veel getrotseerd en zouden ze niet moeten worden afgeschrikt met een onvriendelijke therapeutische benadering. Het MaxART programma lijkt succesvol volgens bepaalde statistieken, indicatoren en doelen; de testfrequenties zijn toegenomen en de opwaardering van ART en de retentiecijfers namen toe. Helaas is dit succes gebaseerd op de "dingen" die zijn behaald, waardoor het moeilijk is om 'zachte' problemen te identificeren, zoals ervaringen en percepties over de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd tijdens de uitvoering. Het behandelingsuitbreidingsprogramma heeft een uitgebreide aanpak nodig om programmatisch succesvol en wederzijds voordelig te zijn voor de PLHIV. Een logistieke verbinding om de behandeling op te waarderen is even belangrijk als een therapeutische verrijking voor PLHIV. Hoewel faciliteiten toegankelijk en goed uitgerust zijn en de vereiste expertise ter plaatse beschikbaar is, kan het zo zijn dat PLHIV nog steeds deze

gezondheidsdiensten mijden doordat de inherente problemen van PLHIV over het hoofd worden gezien op het moment dat interventies worden vormgegeven binnen het gezondheidszorgsysteem. Behandelingsuitbreidingsprogramma's zoals het MaxART-project zijn zorgwekkend. De instroom van buitenlandse hulp om HIV interventie te ondersteunen in instellingen die afhankelijk zijn van hulpbronnen, waar systemen zwak zijn, kunnen ernstige gevolgen hebben voor zowel het volksgezondheidssysteem als de patiënten. Het kan het systeem verder verzwakken en bestaande praktijken en normen beïnvloeden en de bepalend zijn voor diegenen die de geïmplementeerde strategieën gebruiken en ervaren. Donoren worden steeds meer betrokken bij het aanpakken van de agenda voor gezondheidsprioriteiten. In Swaziland is er bijvoorbeeld een groeiende noodsituatie van niet-overdraagbare ziekten (NCD), die de oorzaak zijn van hoge morbiditeit en sterftecijfers, toch handhaven donoren een HIV-agenda. Zonder adequate middelen kan het ministerie van volksgezondheid de NCD's agenda niet voorschieten, hoewel donor HIV-fondsen beschikbaar waren die niet konden worden gebruikt. Daarnaast worden donor gestuurde programma's opgesteld op voorwaarde dat de overheid ze na een overeengekomen periode overneemt, maar er is nauwelijks sprake van zorgvuldige overweging dat de overheid de capaciteit heeft om ze over te nemen. Momenteel is Swaziland's fiscale status voor de nationale uitgaven wispelturig en zou de overheid in de praktijk niet in de positie kunnen zijn om deze voorwaarde na te komen. In het geval dat dit realiteit wordt, maak ik mij zorgen wat er zal gebeuren met de vele mensen die al bezig zijn met ART. Dit en vele andere dingen, vormen voor mij een verbijsterende bezorgdheid die in mijn gedachten maakt, aangezien steeds meer PLHIV beginnen met de behandeling en programma's die de overheid moet overnemen. Ter afsluiting, het Ministerie van Volksgezondheid moet nadenken over de gevolgen, omdat zij instemt met meer en meer donor gestuurde interventies en/of pilots en zij moet zorgvuldig nadenken over de verplichtingen om deze innovatieprogramma's over te nemen en of zij

hertoe in staat zal zijn.

Thesis Notes

- ⁱ Where ‘I’ is used, it refers to the lead author.
- ⁱⁱ a term that has been used by other anthropologist, Hardon and Dilger to refer to the unintended consequences brought by treatment expansion
- ⁱⁱⁱ MaxART stands for ‘maximizing ART for zero new infections’, which was implemented by a consortium of six partners (Ministry of Health, Clinton Health Access Initiative, SafAIDS, South African Centre for Mathematical Modelling (SACEEMA), University of Amsterdam and Global Network of People Living with HIV/AIDS) and funded by the Dutch PostCode Lottery. This was called a ‘dream project’ by the consortium because Swaziland was the first country to pilot this intervention, based on recommendations from the HPTN 052 trial.
- ^{iv} The training manual consists of 14 units namely introduction to HIV, impact of HIV, role of expert, HIV basics, communication and counselling skills, HIV care, Treatment, PMTCTplus, paediatrics, adherence to treatment, stigma and disclosure, positive living, referrals and record keeping, facility-community linkages, practicum
- ^v Plural form of ‘*bahlobobetfu*’.
- ^{vi} By this term they meant the implementing partner, but expert clients refer to them as ‘donors’, indicating that they are aware who pays their stipend and where allegiance is due.