

Moontlike ruimtelike oplossings vir gesinne en gemeenskappe waar die gesinstruktuur verander het weens MIV/VIGS

G.M. Steenkamp, M.E. Mogue,
M.M. Campbell & J.J. Steyn¹

Voorgelê aan *Stads- en Streekbeplanning*, Oktober 2004;
hersien Desember 2005.

Opsomming

MIV/VIGS verander die gesinstruktuur van die samelewing. Die stads- en streekbeplanner moet ruimtelik hierop reageer. In hierdie studie word die gevolge van MIV/VIGS op die gesin ondersoek. Voorstelle vir die ruimtelike oplossing daarvan is as deel van 'n steekproef in die eerste fase aan die gemeenskap voorgelê. Hierna is die voorstelle na die hulporganisasies geneem wat in die gemeenskap werk met die lyers en slagoffers van MIV/VIGS.

Aangesien MIV/VIGS die mens in sy totaliteit raak moet die optrede multidissiplinêr wees. Die leiers in die gemeenskap, verskillende staatsdepartemente en nie-regeringsorganisasies moet almal betrek word om hierdie probleem die hoof te bied.

POSSIBLE SPATIAL SOLUTIONS FOR FAMILIES AND COMMUNITIES IN WHICH THE FAMILY STRUCTURE HAS CHANGED AS A RESULT OF HIV/AIDS

HIV/AIDS changes the familial structure of society. The town and regional planner must respond to this phenomenon in spatial terms. In this paper, the consequences of HIV/AIDS for the family are investigated. During the first phase, proposals for the spatial resolution of these consequences were submitted to the community as part of a test sample. Thereafter, the proposals were taken to the relief organisations working with AIDS sufferers and AIDS victims within the community.

Since HIV/AIDS affects the human being in his/her totality, the action taken must be multidisciplinary in nature. The leaders in the community, as well as the various government departments and non-government organizations, must all be involved, in order to deal with this problem.

TSEO E KA BANG LITHAROLLO TIKOLOHONG MOLEMOMG OA MALAPA LE METSE EO METHEO EA EONA E FETOHILENG KA LEBAKA LA HIV/AIDS

HIV/AIDS e fetola metheo ea sechaba. Raliteropo o tlameha ho arabela qholotso e na a ipapisitse le tikoloho. Boithutong bona, litlamorao tsa HIV/AIDS ho malapa lia fuputsoa. Leotong la pele, lithlahiso molemomekg oa litharollo ka tikoloho li ile tsa nehelanoa metseng e le karoloana ea boithuto bona. Ha morao lithlahiso li ile tsa fetisetsoa ho ba likoluo ba sebetsanang le bakuli ba HIV/AIDS 'moho le bohle ba amehileng ke lefu lena metseng.

Kaha HIV/AIDS e ama motho ka ho phetheha, khato e nkoang e ts'oanetse ho ba e akaretsang linthla tsohle tsa bophelo. Baetapele metseng, mafapha 'ohle a 'muso le mekhatlo e ikemetseng bohle ba ts'oanetse ho nka karolo toants'ong ea bothata bona.

1. INLEIDING

Deesdae word in bykans elke nuusblad oor MIV/VIGS en die gevolge daarvan op die samelewing berig. Booyesen noem dat MIV/VIGS die hele gemeenskap raak en nie net sekere huishoudings nie (Booyesen 2004:524). "Historically, diseases have brought major social, economic and political transformation in their wake" (Crewe 2002:447). Afgesien van bogenoemde implikasies word dit verder gekompliseer deurdat MIV/VIGS 'n seksueel oordraagbare siekte is sodat kulturele en morele kwessies na vore kom (Zondi 2001:10).

Hierdie studie het aanvanklik begin met ondersoek na die moontlike voorsiening van geskikte behuising binne die gemeenskap aan kinders wie se ouers deur MIV/VIGS gesterf het en die moontlike aanpassing van stads- en streekbeplannings-prosedures om die probleem aan te spreek. Voorstelle is ontwikkel en per vraelys aan 'n lootsgroep voorgelê. Daarna is besef dat die welsynsorganisasies ook betrek moet word in die studie. Die welsynsorganisasies plaas die kinders onder toesig van volwassenes en moet dus betrek word in die moontlike oplossings. Welsynsorganisasies is ingestel op sogte oplossings binne hulle beheer en besef nie dat daar ook ruimtelike oplossings kan wees nie. Daar is dus besef dat die studie multi-dissiplinêr benader moet word. Net so kan een staatsdepartement nie die probleem probeer oplos nie, maar verskillende Staatsdepartemente moet saamwerk om die beste oplossings vir die kinders en die gemeenskap te bewerk.

2. AGTERGROND

Crothers (2001:9) deel die MIV/VIGS-siklus soos volg in:

- i) Vooraffase – sekere faktore maak mense meer of minder vatbaar.
- ii) Infekteringsfase – die virus word in die liggaam opgeneem.
- iii) Latente fase – die persoon of sy naasbestaandes is nie bewus dat die persoon die virus onderlede het nie.

¹ Me. G.M. Steenkamp, Departement Stads- en Streekbeplanning, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

E-pos: <SteenkGM.sci@mail.uovs.ac.za>.

Mnr. M.E. Mogue, student, Departement Stads- en Streekbeplanning, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

Dr. M.M. Campbell, senior lektor, Departement Stads- en Streekbeplanning, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

E-pos: <CampbeMM.sci@mail.uovs.ac.za>.

Prof. J.J. Steyn, hoof van Departement Stads- en Streekbeplanning, Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.

E-pos: <steynj.sci@mail.uovs.ac.za>.

- iv) Lewensfase – die persone wat met MIV/VIGS saamlewe, maar nog nie siek of afhanklik is nie.

[Laasgenoemde fase word deur Alexander en Uys (Alexander 2002:299) aangedui].

- v) Afhanklike fase – die persoon is siek en moet versorg word.
- vi) Verdere komplikasies – die siekte en dood het gevolge vir die gesin/familie en die gemeenskap (Crothers 2001:9).

In die literatuurstudie is gevind dat die meeste navorsing oor die eerste vier fases handel en met weinig navorsing oor die laaste twee fases. In hierdie studie word fases vyf en ses onder die loep geneem en die moontlikheid word ondersoek om die rol van die stads- en streek-beplanner as deel van die multi-dissiplinêre span te definieer om die gehalte van lewe vir alle mense wat deur MIV/VIGS geraak word binne die bestaande ekonomiese en beleidsraamwerk te verbeter.

Crewe maak die volgende afleidings uit die bestaande navorsing:

- Suid-Afrikaners is ingelig oor MIV/VIGS, maar besef nie die noodsaaklikheid om hulle gedrag te verander om die epidemie te stop en om die persone wat daaronder ly te versorg en by te staan nie.
- Daar is nog steeds nie 'n begrip oor hoe mense benader moet word om hulle gedrag te verander nie. Die komplekse saak van versorging en ondersteuning moet hanteer word asook die behoeftes van jongmense.
- MIV/VIGS het baie verskillende fasette en die hantering van al die ander kwessies kan meehelp in die oplossing van die MIV/VIGS-probleem, die kwessies is onder andere, seksuele gedrag, seksualiteit van mans, vrouens se rol in samelewing, seksualiteit van vroue, patriargale gedrag, geweld in die huis, jongmense se seksualiteit en hulle persepsies van die toekoms.
- Elke persoon moet sy rol as burger verstaan en begryp wat die gevare is wat MIV/VIGS vir die demokrasie inhou (Crewe 2002:447-451).

Hiervolgens blyk dit dat daar nog navorsing gedoen moet word oor die verandering van houdings en gedrag by mense. Hieruit kom ook die gekompliseerdheid van die kwessie na vore.

2. METODOLOGIE VAN NAVORSING

Voorstelle vir ruimtelike oplossings is per vraelys versprei in 'n woonbuurt wat toeganklik is in terme van paaië. Daar is ongeveer 50 vraelyste uitgedeel waarvan 29 teruggekry is. In die opname is ondervind dat die deelnemers nie bereid was om die MIV/VIGS-status van gesinslede/oorledenes bekend te maak nie. Hulle was egter wel bereid om deel te neem aan die navorsing deur die vraelys te voltooi.

Daarna is die voorstelle na maatskaplike werk organisasies geneem wat met die gesinne werk wat deur MIV/VIGS geraak word. Daaruit is vasgestel wat die omvang van die nood is en wat die behoeftes van die welsyns-organisasies is.

3. GEVOLGE VAN MIV/VIGS

Eerstens word die omvang van die probleem in oënskou geneem. Die nuutste inligting is bekom uit 'n verslag van die Aktuariële Vereniging van Suid-Afrika (ASSA 2004) wat in 2004 bekendgestel is, waarin die syfers van 2002 vermeld word.

Volgens die Verenigde Nasies se VIGS/Wêreldgesondheidsorganisasie (2003) is daar bereken dat 5,6 miljoen Suid-Afrikaners teen die einde van 2004 aan VIGS sal ly, terwyl Statistiek Suid-Afrika die syfer op 3,8 miljoen gestel het en ASSA se syfer dit as 5,0 miljoen mense aangedui het (ASSA 2004:14). In 2004 het 311 000 mense gesterf weens VIGS. Die totale getal weeskinders in Suid-Afrika is 1 126 000, waarvan 620 000 aan MIV/VIGS toegeskryf word (ASSA 2004:10). ASSA bereken die kinders onder 18 jaar en nie soos baie ander berekenings wat kinders onder 15 jaar as weeskinders noem nie (ASSA 2004:21). 'n Styging in die syfers word voorspel (Balyamujura *et al.* 2000:45).

Die gevolge van MIV/VIGS op arm gesinne is groter as by gesinne wat oor meer hulpbronne beskik. Die ekonomiese basis verklein weens verminderde werksure, minder persone wat werk en mediese uitgawes. Die platteland en vrouens is die grootste slagoffers van

armoede en werkloosheid (Van Donk 2003:8,12-14; Booysen 2004:531,541). Die druk op vrouens ver groot vanweë hulle versorgingsrol (Van Donk 2003:8). Die kostes van begrafnis plaas 'n verdere finansiële las op die gesin. Na die afsterwe van ouers moet kinders as gesinshoofde optree en vir kleiner kinders sorg (Van Donk 2003:10).

Wanneer arm gesinne deur MIV/VIGS getref word kan hulle dit meestal nie hanteer nie, aangesien hulle reeds op die onderste vlak van hulle bestaansmiddele leef. Korttermyn-meganismes word aangewend om die krisis te hanteer, soos om gesinsbates te verkoop, jong kinders uit die skool te haal om te help met die versorging of om inkomste te verdien. Hierdie korttermynmaatreëls veroorsaak op die lang termyn verdere verarming van gemeenskappe (Barnett & Whiteside 2002:326; Booysen 2004:523). Die bejaardes wat die verwagting koester dat hulle kinders hulle sal kan versorg, kom voor die feit te staan dat die kinders nie meer daar is om hulle te versorg nie en dan moet hulle nog boonop hulle kleinkinders versorg met 'n karige inkomste (Barnett & Whiteside 2002:217).

Volgens ASSA sal daar in 2015 ongeveer 2 miljoen weeskinders landwyd wees (ASSA 2004:22). In Bloemfontein was daar van April tot Junie 2003 1284 nuwe weeskinders en die getal het tot 2084 toegeneem in April tot Junie 2004 aldus Mnr. W. Petersen (2004). Volgens mnr. A. Loots (2004) van die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling is daar tans 12 000 kinders in pleegsorg in die Motheo-distrik.² Die ouderdom van hierdie weeskinders is belangrik en volgens die verslag van die Population, Health and Nutrition Information Project is die meeste kinders, naamlik 55%, tussen 12 en 17 jaar oud (P.H.N.I.Project 2004:12). Kinders ouer as 12 jaar skakel nie maklik in by ander gesinne nie en verkies om in bestaande behuisings aan te bly.

Gesinne ervaar die bekendmaking van gesinslede se MIV/VIGS-status as stigmatiserend. Daarom word daar ook nie altyd aansoek gedoen vir die beskikbare finansiële hulp nie (Barnett & Whiteside 2002:208-209).

² Die Motheo-distrik sluit onder andere in Bloemfontein, Mangaung, Botshabelo en Thaba Nchu en het 'n inwonertal van 728 228 volgens die sensusopname van 2001 (Statssa).

Die effek van MIV/VIGS op kinders is van die belangrikste gevolge van die epidemie. Kinders word deur hulle ouers geïnfecteer of kinders word wees en/of sonder inkomste of heenkome gelaat vanweë die dood van die ouers (Balyamujura *et al.* 2000:22). Die gesinstrukture verander vanweë die sterftes binne gesinne. Daar is meer ouer en jonger persone en dit skep 'n groter afhanklikheidsratio (Barnett & Whiteside 2002:220). Die versorging van die siek persone, asook die gesinne wat moet voortgaan sonder volwassenes, plaas finansiële druk op die ekonomies aktiewe deel van die gemeenskap en die staat (Steyn 1996:33). Volgens Booysen (2004:542) het Suid-Afrika reeds 'n groot hoeveelheid mense wat pensioene van die staat ontvang.

"As the AIDS epidemic progresses, one would expect to find an increasing number of households headed by females, by the elderly, or that consist of children only" (Booyesen & Arentz 2001:20).

Huishoudings met vroulike hoofde is slegter af om werk te kry en ander voordele te benut weens die diskriminerende posisie van vrouens in die samelewing (Booyesen 2004:541). Die lewensverwachting van mense verlaag vanaf 68 tot 48-52 jaar in 2002 (ASSA 2004:6). Meer vrouens sterf ook weens die siekte (Van Donk 2003:9). Die invloed is nie soseer geleë in die verminderde bevolking nie, maar die bevolkingsgroeikoers en die bevolkingstruktuur verander omdat daar meer sterftes onder die groepe 1 tot 40 jaar voorkom (Mogoe 2002:103-104).

Huishoudings verander weens MIV/VIGS en Barnett en Whiteside (2002:188) noem die volgende tendense:

- Bejaardes aan die hoof van huishoudings met jong kinders en/of grootouers as gesinshoofde
- Vergrootte huishoudings met nie-verwante pleeg- of weeskinders
- Huishoudings met kinders as gesinshoofde
- Enkelouergesinne met die moeder of vader as gesinshoofde
- Pleegsorg binne groepe – waar 'n groep kinders op formele of informele wyse deur bure met

volwassenes as gesinshoofde versorg word

- Kinders in situasies waar hulle uitgebuit, onderdruk of misbruik word weens hulle afhanklikheid
- Kinders wat sonder heenkome is
- Kinders wat sonder heenkome is en in groepe of bendes funksioneer.

Uit voorafgaande kan afgelei word dat MIV/VIGS 'n probleem is wat gevolge het vir die hele samelewing, naamlik:

- MIV/VIGS het 'n groot invloed op die gesinstruktuur, baie gesinne word daarby betrek, regoor Suid-Afrika.
- Die bevolkingstruktuur verander weens die sterftes van persone in die ouderdomsgroep 1 tot 40 jaar.
- Daar is huishoudings met kinders as gesinshoofde. Kinders ouer as 12 jaar wie se ouers sterf, verkies om op hulle eie te bly en nie by ander gesinne in te trek nie.
- Armes verarm verder weens die finansiële implikasies van MIV/VIGS.
- Vrouens is slegter daaraan toe, want vroue is meer vatbaar vir MIV/VIGS en vroue is armer en ondervind probleme om werk te kry.
- Die stigma verbonde aan MIV/VIGS belemmer die hulpverlening aan die betrokkenes.

4. BEHOEFES VAN PERSONE MET MIV/VIGS EN HULLE AFHANKLIKES

Sommige behoeftes van persone met MIV/VIGS is (Booyesen & Arentz 2001:41):

- Advies en pleitbesorging met betrekking tot behuising, werk en welsynsregte
- Spesiale naby-geleë residensiële fasiliteite waar hulp gesoek kan word tydens siekte
- Geskikte huisvesting.

'n Studie oor die versorging van MIV/VIGS-pasiënte in tehuise het die behoefte aan tuisorg en dagsorg beklemtoon, veral met die toenemende getal mense wat sorg benodig (Dworzanowski 2002:430).

Die vermeerdering van weeskinders in die gemeenskap plaas groot druk op die formele en informele sorgsisteme in Suid-Afrika (Barnett & Whiteside 2002:197). Inrigtingsorg is nie aanvaarbaar vir baie gemeenskappe nie en word as laaste uitweg gebruik (Barnett & Whiteside 2002:207).

Unicef (2003:39) se verslag dui 'n aantal behoeftes van gesinne met MIV/VIGS-slagoffers aan. Eerstens is daar die behoefte wat die kinders en versorgers ondervind om die trauma op die gesin en gemeenskap te verwerk. Voorts het die ouers ook 'n behoefte aan vaardighede om die kinders voor te berei op hul dood en om vir die toekoms te beplan.

Versorgers het ook 'n behoefte aan vaardighede en kapasiteit om kinders op te voed (Unicef 2003:39). Inligting oor veilige prosedures in die versorging van pasiënte en die voorkoming van infeksie deur die gebruik van profylaktiese middels (voorbêhoedende) word ook benodig (Dworzanowski 2002:423). Bray (2003:48) wys op die groot hoeveelheid VIGS-weeskinders wat probeer selfmoord pleeg teenoor ander weeskinders. Selfmoord kan as 'n noodkreet beskou word.

Die behoeftes van persone met MIV/VIGS en hulle afhanklikes is fisies, maatskaplik, sosiaal, ekonomies en ruimtelik van aard.

5. HANTERING VAN WEESKINDERS TANS

Daar bestaan verskeie opsies vir die versorging van weeskinders: van baie duur formele inrigtingsorg tot informele goedkoper versorging. Dit lyk of gemeenskapsorg of informele sorg binne die huis die beste manier van versorging van weeskinders is, hoewel dit nie altyd toepaslik of uitvoerbaar is nie (Barnett & Whiteside 2002:208). In Unicef se verslag word die gevolgtrekking gemaak dat inrigtingsorg nie altyd die ontwikkelingsbehoefes van die kinders bevredig nie en baie duurder is as pleegsorg. Dit kan van ses tot 100 keer duurder wees as pleegsorg (Unicef 2003:38).

In 'n onderhoud met Mev. M. Koch (2004) van die Vereniging vir Kinderen Gesinsorg, het hulle in Julie 2004 alleen 158 pleegsorgplasinge hanteer. Die plasinge word gedoen waar die kinders wees gelaat is en hulle dan in 'n volwassene se sorg geplaas word om die

pleegsorgtoelaag te kan ontvang.³ Maatskaplike werkers by die Oranje-Vrouevereniging ondervind dat pleegsorgplasinge drasties toegeneem het. In die Vrystaat het pleegsorgplasinge vanaf 2 345 in April 1997 toegeneem tot 37 475 in November 2005 (Dippenaar 2005). Die Vereniging is besig om inrigtingsorg uit te brei. In Brandfort is 'n pleegsorg-troshuisdorpie gebou waar 120 kinders in 20 huise geplaas word met huisouers wat toesig hou. Volgens Mev. S. Oosthuizen (2004) word hierdie projek deur geld van Lotto befonds en daar is nie 'n moontlikheid om hierdie projek te herhaal nie. Volgens die maatskaplike werkers (van die Oranje-Vrouevereniging) word hulle dienste tot pleegsorgplasinge beperk (Oosthuizen 2004). Daar word geen ondersteunende dienste gelewer nie weens geld- en personeeltekorte en die groot werklast verbonde aan pleegsorgplasinge. Personeeltekorte ontstaan weens die verskil tussen die salarisse van die maatskaplike werkers in diens van die staat en nie-regeringswelsynorganisasies. Die verskil is tans R40 000-00 per jaar (Steenkamp 2005:3). Steenkamp berig dat die LUR vir Welsyn in Gauteng alle nie-regeringswelsynorganisasies se begroting met R200 miljoen besnoei het weens 'n tekort op die Departement se begroting (Steenkamp 2005:3).

Kinders bo 12 jaar, wat in die ouerhuis wil aanbly na die ouers se dood, kry op hierdie stadium geen toelaag van die Departement Maatskaplike Ontwikkeling nie. Die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling het nog nie amptelike beleid ten opsigte van MIV/VIGS-weeskinders nie. Daar is wel "National guidelines for services to children infected and affected by HIV and AIDS", aldus W. Peterson (2004).

Vanuit owerheidsweë is daar in 1998 'n "Partnership against AIDS Declaration" uitgevaardig waarin mense opgeroep word om die verspreiding van VIGS te voorkom (Republiek van Suid-Afrika 1998). Gedurende 2000 het die MIV/VIGS Strategiese Plan 2000-2005 verskyn. Daarin word 'n Nasionale VIGS-raad saamgestel onder die Adjunk-president as voorsitter. Hierdie raad adviseer die regering oor MIV/VIGS.

Die plan word ingedeel in voorkoming, behandeling, sorg en ondersteuning, menseregte, monitering, navorsing en opnames. Tuisversorging en die betrokkenheid van die gemeenskap word as uitkoms beklemtoon, asook om riglyne te stel vir tuisversorging. Die ondersteuning van kinders wat onder MIV/VIGS ly word genoem, asook die aanneming van VIGS-wesies (Republiek van Suid-Afrika 2000).

Die Operasionele Plan vir die Omvattende MIV/VIGS- Sorg, Bestuur en Behandeling in Suid-Afrika is op 19 November 2003 deur die Minister van Gesondheid in die parlement aangekondig. Meer as die helfte van die begroting word vir gesondheidsorg-infrastruktuur, voorkoming en 'n gesonde lewenstyl gebruik. Die Suid Afrikaanse Nasionale Vigsraad (SANAC) is as koördineerder van die plan aangestel (Republiek van Suid Afrika 2003:1). Baie klem word geplaas op medikasie om die siekte te beheer, oordrag tussen moeder en kind te voorkom en profilakse te bewerkstellig. Verder word armoede-verligting en 'n gesonde lewenstyl beklemtoon. Elke provinsie moet 'n implimenteringsplan opstel met die distriksgesondheidsstelsel as basis. "Available community care and support services such as transportation, home-based care, hospice services, etc. often provided by NGOs and CBOs, will assist in keeping people in care and encourage their adherence to treatment (Republiek van Suid Afrika 2003:3, 10, 17)."

Volgens die verslag word verwag dat 1,5 miljoen mense in 2008/2009 antiretrovirale middels sal gebruik (Republiek van S.A 2003:42). Daar word van vrywillige organisasies verwag om die probleem met die omvang (versorging en ondersteuning) te hanteer sonder enige insentiewe van die regering af. MIV/VIGS word deurgaans net as 'n gesondheidskwessie hanteer. In die samestelling van die SANAC-raad word die Ministers van Plaaslike Bestuur en Behuising glad nie betrek nie.

Die Geïntegreerde Ontwikkelingsplan (IDP) van die Groter Mangaung Munisipaliteit noem as een van sy strategieë die versorging van kinders en wesies en benoem die Departemente van Gesondheid van die Munisipaliteit en die Provinsie as die verantwoordelike liggame

(MLM 2003:77, 193). Daar word egter nie genoem hoe hulle beoog om die versorging te doen nie, hetsy binne die gemeenskap of deur inrigtingsorg. 55% van die wyke het MIV/VIGS as 'n prioriteit gesien (MLM 2003:77, 193). Die mense van Mangaung Munisipaliteit ervaar MIV/VIGS as 'n probleem, maar die plaaslike bestuur weet nie hoe om dit te hanteer nie.

6. RUIMTELIKE ORDENING

Beplanning kan vandag gesien word as "toekomsgerigte aksie, waarin menslike insigte en waardes by besluitneming in ag geneem word in 'n poging om harmonie tussen mens en natuur, asook onderling tussen mense te bewerkstellig" (Steyn 1997:51).

In stads- en streekbeplanning word meestal beplan vir gesinne wat elkeen op 'n erf woon met een woonhuis. 'n Woonhuis word deur die Bloemfontein Dorpsaanlegskema gedefinieer as: "'n Gebou wat ontwerp is vir gebruik as 'n woning deur 'n enkele gesin, tesame met die buitgeboue wat gewoonlik daarmee saam gebruik word" (Bloemfontein Munisipaliteit 1954:35).

'n Huishouding word gedefinieer as 'n persoon of persone wat saambly vir ten minste vier nagte per week by dieselfde adres, saam eet en ander bronne saam benut (Booyesen 2004:524).

Moontlike maniere om die invloed en gevolge van MIV/VIGS ruimtelik te hanteer en te verminder, is:

- Voorsiening van essensiële gemeenskapsdienste (klinieke, skole, ens.)
- Voorsiening van basiese behuising en dienste vir veral nuwe intrekkers om oorbewoning en verbroekeling van gesinstrukture te voorkom
- Stadsbeplanning wat seksuele misdade voorkom (donker stegies)
- Uitleg van huise wat kan aanpas by die behoeftes van siekes wat byvoorbeeld in rolstoel is
- Gemeenskapstuine om voedselvoorsiening aan te spreek
- Opleiding van die jeug in lewens- en sosiale vaardighede

³ Die statistiek van weeskinders word nie gehou volgens die MIV/VIGS-status van die wesies of hul ouers nie, omdat dit kan lei tot stigmatisering (Peterson 2004).

- Voorsiening van skuilings vir vroue en straatkinders
- Samewerkingsooreenkomste met verskillende vlakke van regering, gemeenskaps-organisasies en besighede
- Die stigma en vrees vir MIV/VIGS te probeer verminder deur die pleitbesorging van die lyers en hulle afhanklikes se lot onder die aandag van die besluitnemers te bring (Van Donk 2003:20).

As die behoeftes van die gemeenskap rondom MIV/VIGS opgesom word kom dit neer op ruimtelike aanpassings rondom die versorging van siekes en opvoeding van weeskinders. As siekes en weeskinders nader bly aan gesonde vriende of familie wat kan help met die versorging sal dit help om die nood te verlig. Die volgende voorstelle word gemaak rakende die probleem (Figuur 1).

Oplossing A

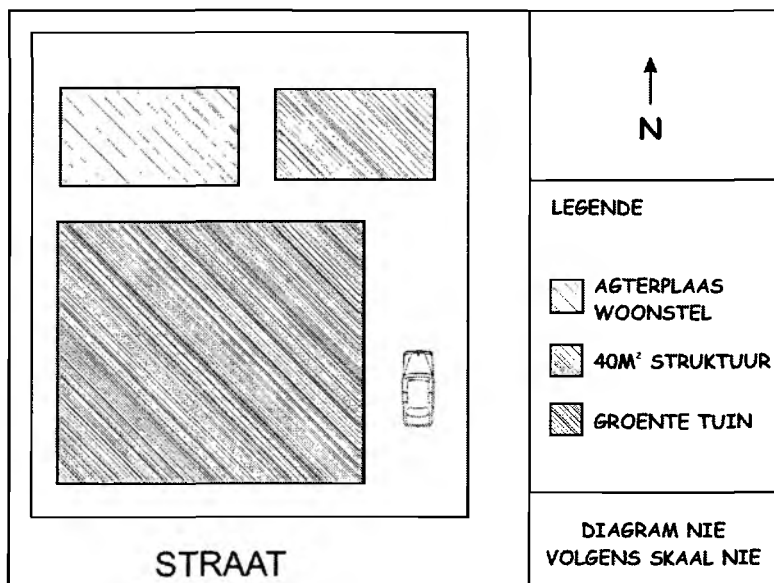
Daar moet 'n nuwe klassifikasie in terme van die Dorpsaanlegskema geskep word, naamlik "behuising vir maatskaplike sorg", waar ekstra behuising binne 'n erf toegelaat word vir die siekes en weeskinders om nader aan versorgers te bly. Dit kan ook gebruik word om 'n gesin wat die versorging kan waarneem op 'n erf met siekes of weeskinders te vestig. Hierdie gebruik moet in die nuwe dorpsaanlegskemas vervat word en voorwaardes op titeklaktes

moet ook daarby aanpas om voorsiening te maak vir meer as een woning op 'n erf.

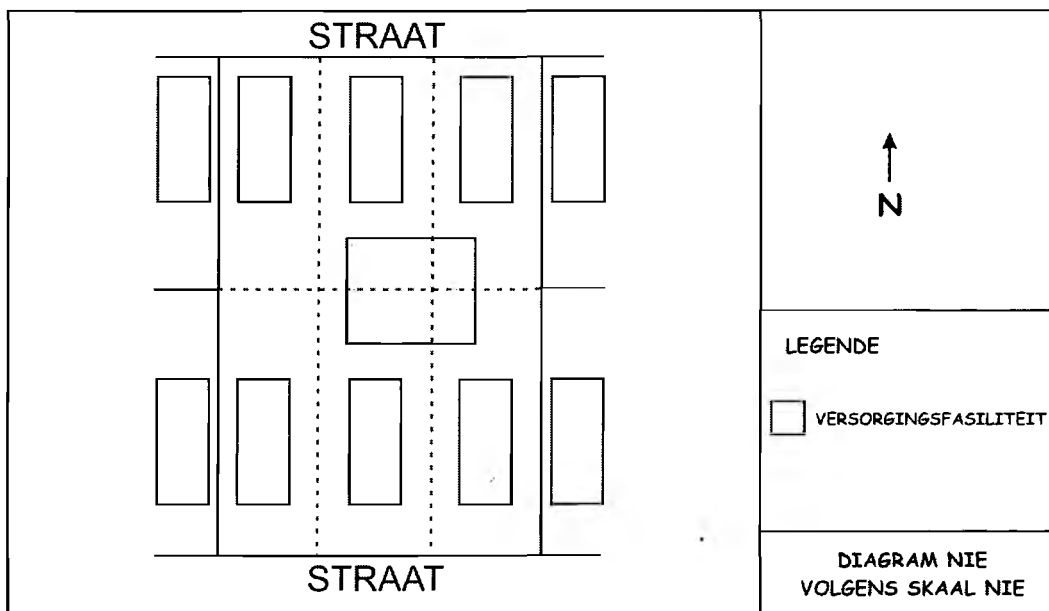
Voorwaardes wat gestel kan word is dat die tweede woning van dieselfde materiaal gebou moet word en dat die dekking nie 50% oorskry nie, ten einde voorsiening te maak vir groentetuine en ander sosiale aktiwiteite. Die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling kan ook help om geld beskikbaar te stel aan gesinne wat weeskinders wil

inneem om behuising op so 'n manier te voorsien (Mogoe 2002:105-106).

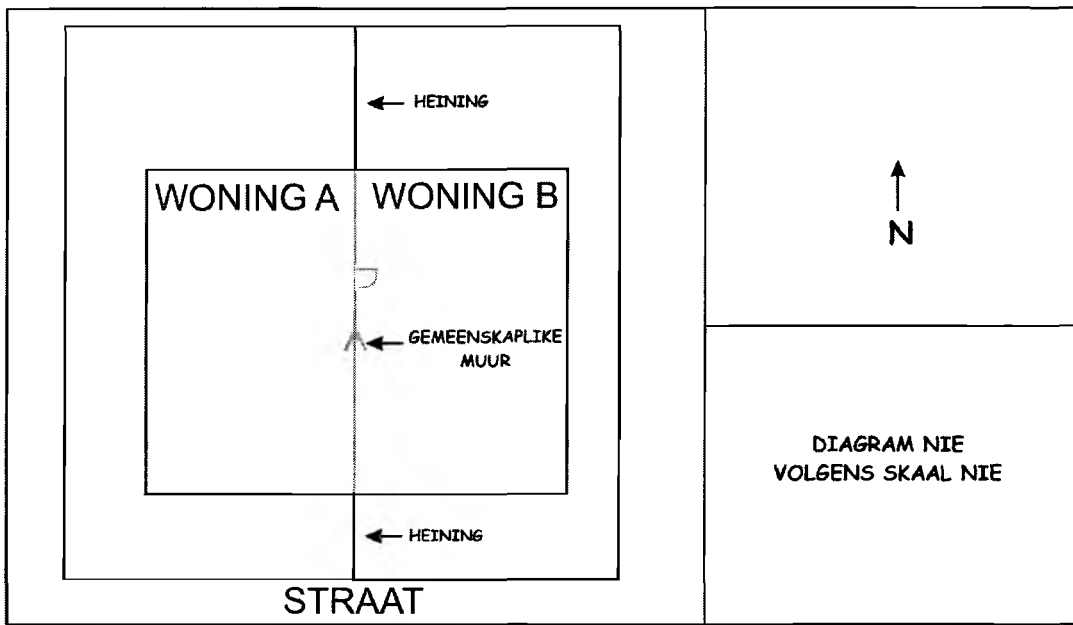
Die Departement van Behuising kan ook help deur die nuwe huise wat gebou word aan te pas by hierdie behoeftes. In plaas van om 'n huis op 'n erf te bou vir 'n gesin waar MIV/VIGS teenwoordig is kan 'n kleiner fasiliteit in 'n erf waar 'n gesin sonder MIV/VIGS woonagtig is opgerig word. Regstegniese probleme moet ook hanteer word.



Figuur 1: Oplossing A: Agterplaas-woonstel (Bron: Mogoe 2002:105)



Figuur 2: Oplossing B: Gemeenskaplike versorgingsfasiliteit (Bron: Mogoe 2002:107)



Figuur 3: Oplossing C: Skakelhuse vir oopbrek van verbindingsdeur (Bron: Mogoe 2002:108)

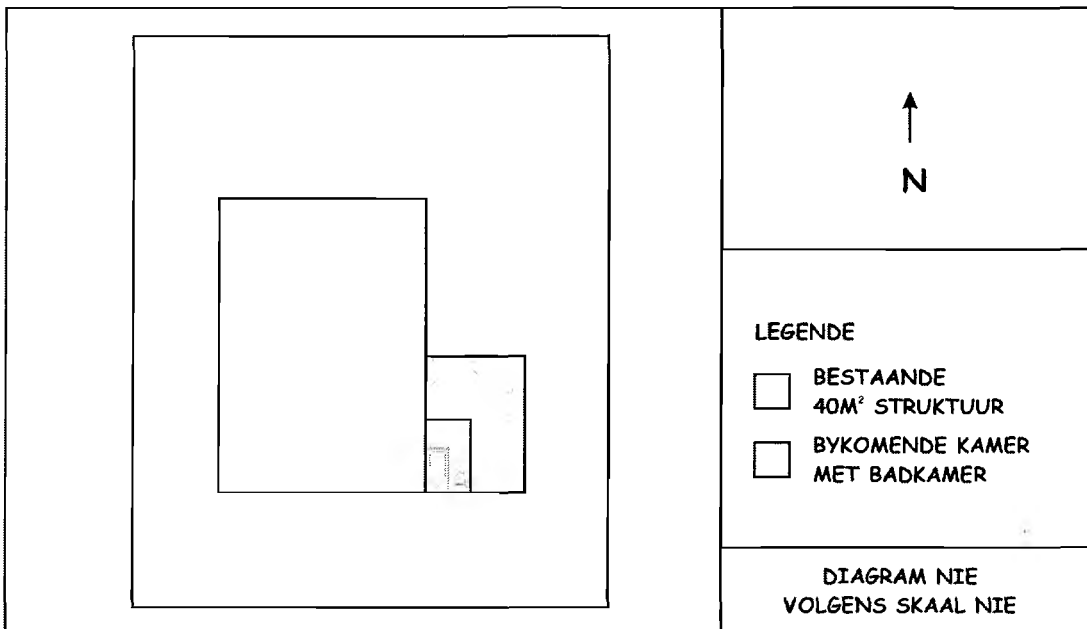
Oplossing B

Daar word voorgestel dat naasliggende erwe gekonsolideer word om dit moontlik te maak om 'n versorgingsfasiliteit daar te stel. As daar verskeie siekes of weeskinders in 'n area woonagtig is kan daar tussenin 'n huis opgerig word vir 'n gesin of persone wat die versorging kan waarneem. Stadsbeplannings-prosedures soos konsolidasie en onderverdeling moet gevolg word.

Hierdie opsie vergemaklik die besitreg van die kinders na die ouers se afsterwe. Die Departement Maatskaplike Ontwikkeling kan help deur geld beskikbaar te stel vir die oprigting van die fasiliteite (Mogoe 2002:106, 107). Hierdie is 'n goedkoper opsie as inrigtingsorg. Dit kan ook deur sommige van die hulporganisasies bestuur word (Figuur 2).

Oplossing C

Verder kan oorweging geskenk word aan wonings met gemeenskaplike mure (skakelhuse), veral by nuwe behuising. As MIV/VIGS een van die gesinne begin beïnvloed kan deure indien nodig deurgebreek word om versorging en opvoeding te vergemaklik. Regulasies moet gewysig word om dit moontlik te maak (Figuur 3).



Figuur 4: Oplossing D: Bykomende kamer met badkamer (Bron: Mogoe 2002:109)

Oplossing D

Hier word voorgestel dat 'n eksta kamer aan die huis gebou word met 'n badkamer. Sodoende word die versorging van siekes en opvoeding van weeskinders vergemaklik. Die Departement Maatskaplike Ontwikkeling kan help met die finansiering van die kamer en die voorwaardes moet in die titelakte beskryf word. Aangesien die meeste weeskinders ouer as 12 jaar is, skakel hulle nie maklik by 'n bestaande gesin in wat 'n twee-vertrek-huis bewoon nie. Hierdie opsie maak dit egter moontlik om naby 'n versorger te bly maar nogtans privaatheid te ervaar (Figuur 4).

Die voorstelle is per vraelys binne die gemeenskap van Mangaung getoets. 'n Deel van die woonbuurt Phahameng is gekies weens die toeganklikheid van die paaie, aangesien 'n hoofroete daardeur loop. Die straatpatrone kan ook die voorstelle akkommodeer. Daar is net 29 vraelyste voltooi. Daarna is die planne aan die maatskaplike werkers van die Oranje-Vrouevereniging voorgelê wat met die pleegsorgplasing werk.

Met die verwerking van die vraelys is uitgewys dat die voorgestelde plan D die mees aanvaarbare plan is. Die maatskaplike werkers het ook voorgestelde plan D aangewys as die mees praktiese oplossing. Hulle voorsien egter probleme met die toepassing daarvan aangesien die meeste pleegsorgplasing in plakkerskampe met informele behuising plaasvind.

Volgens Steyn (1996:35) is "die taak van die beplanner meer as net die ruimtelike". Hy/sy moet deelneem aan die sosiaal-maatskaplike proses om gemeenskappe te betrek by die bekamping van MIV-verspreiding en ook die gemeenskap help om die gevolge te hanteer.

"Stadsbeplanningsteorieë ontwikkel nie net in die ivoorforings van akademici nie, maar word gevorm deur gebeure in die alledaagse samelewing" (Steyn 2004:8)

"Planning is not only a professional practice, it is a way of looking at society and space, and of acting upon them, that is informed by a plural, and sometimes contradictory, source of knowledge and meaning" (Castells 1992:75).

Standaard met betrekking tot grondgebruik moet ook aangepas word by die invloed wat MIV/VIGS op

bevolkingsyfers, asook die ouderdoms- en geslagsverspreiding van die veranderende samelewing het. "As die bevolkingsneigings verander, het dit dus 'n implikasie vir ruimtelike ordening" (Steyn 1996:34). Die druk op die verskaffing van woonpersele en skole mag afneem, terwyl daar meer aanvraag kan kom vir inrigtingsorg, klinieke en hospitale. Die verspreiding van die persele is belangrik (Steyn 1996:34). Daar is 'n verhoogde vraag na begraafplase (Van Donk 2003:16).

Stadsbeplanners moet dus kyk na die veranderende gesinstruktuur en die teorieë daarby aanpas. Grondgebruik moet aanpas by die gewysigde bevolkingstruktuur: moontlik minder skole, meer begraafplase, tuine vir voedselverbouing en gewysigde behuising.

7. VOORSTELLE

MIV/VIGS betrek die volledige mens en die voorstelle wat gemaak word kan nie net op tegniese vlak opgelos word nie, maar moet begin by die mens se lewensbeskouing en deurloop tot by optrede en gewoontes:

- Seksuele aktiwiteit is deel van die mens se bestaan. Die beoefening daarvan word bepaal deur elke persoon se eie waardesisteen. Gesprekke oor die kwessies moet gevoer word en kerkeleiers se deelname is belangrik. Die liefde van Christus toe hy nie die prostituut veroordeel het nie moet as voorbeeld dien vir ons optrede om mekaar te help en te ondersteun.
- Owerhede en ander instansies se verantwoordelikheid lê op die terrein van waarde-oordrag. Die morele vlak van die samelewing moet verhoog word. Leiers moet die voorbeeld stel en by die bewusmakingsveldtogte betrokke wees.
- Navorsing is belangrik en veral gedragswetenskaplikes moet betrek word.
- Langtermyn doelwitte moet nagestreef word.
- MIV/VIGS is kompleks en daarom moet dit nie net as gesondheidsprobleem hanteer word nie. Die maatskaplike sosiale, ruimtelike en sielkundige aspekte moet ook verreken word. Multi-dimensionele optrede is belangrik.

- Die strategiese en operasionele planne moet uitgebrei word om al die aspekte van menswees te omvat. Plaaslike bestuursprogramme moet bestuursprogramme opstel sodat elke distrik planne het wat by die plaaslike omstandighede aanpas. Multidimensionele spanne moet saamwerk hieraan.
- MIV/VIGS-lyers moet insette lewer.
- Gemeenskapsentrums en klinieke moet bereikbaar wees. Daaruit moet dagsorg en tuisversorging gekoördineer word.
- Maatskaplike werkers en vrywillige organisasies moet ondersteuning en finansiële bystand ontvang.
- Behuising en grondgebruik moet by die nood van die gemeenskap aanpas.

8. TEN SLOTTE

Sir Peter Hall beskryf Suid-Afrika se situasie soos volg:

"If any African country can battle AIDS, if any can find even a half-effective solution, it is surely South Africa: still incomparably the richest, best organised, and above all knowledge-rich country on the entire continent" (Hall 2003:73).

9. BRONNELYS

ALEXANDER, P & UYS, T. 2002. Aids and Sociology: Current South African research. *Society in Transition*, 33(3):295-311.

ACTUARIAL SOCIETY OF SOUTH AFRICA (ASSA). 2004. Dorrington, R, Bradshaw, D, Johnson, L, Budlender, D. The demographic impact of HIV/AIDS in South Africa National indicators for 2004 (www.assa.org.za geraadpleeg op 07/06/2005).

BALYAMUJURA, H.N., JOOSTE, A., VAN SCHALKWYK, H.D., GELDENHUYS, F.I., CREW, M., CARSTENS, J., BOPAPE, L.E. & MODISELLE, D.S. 2000. The impact of HIV/AIDS on agriculture. Unpublished research report. National Department of Agriculture (NDA), Pretoria.

BARNETT, T. & WHITESIDE, A. 2002. *Aids in the twenty-first century. Disease and globalization*. New York: Palgrave Macmillan.

- BLOEMFONTEIN MUNISIPALITEIT. 1954. Bloemfontein-Dorpsaanlegskema, 1 van 1954 (Soos gewysig).
- BOOYSEN, F. 2004. Income and poverty dynamics in HIV/AIDS affected households in the Free State. *The South African Journal of Economics* September, 72:3:522-545.
- BOOYSEN, F. & ARENTZ, T. 2001. The socio-economic impact of HIV/AIDS on households: A review of the literature. Centre for Health Systems Research & Development. University of the Free State, Bloemfontein.
- BRAY, R. 2003. Predicting the social consequences of orphanhood in South Africa. *African Journal of Aids Research*, 2(1):39-55.
- CASTELLS, M. 1992. The world has changed: Can planning change? *Landscape and Urban Planning*, 22:73-78.
- CREWE, M. 2002. Reflections on the South African HIV/AIDS epidemic. *Society in Transition*, 33(3):446-454.
- CROTHERS, C. 2001. Social factors and HIV/AIDS in South Africa: a framework and summary. *Society in Transition*, 32(1):5-21.
- DWORZANOWSKI, B. 2002. Caring for people dying of AIDS: Lessons learnt from hospices. *Society in Transition*, 33(3):420-431.
- HALL, P. 2003. The deep shadow of Aids. *Town and Country Planning*, 73, March/April.
- (MLM) MANGAUNG LOCAL MUNICIPALITY. 2003. Integrated Development Plan 2003/2004. Bloemfontein.
- MOGOE, M.E. 2002. The impact of HIV/AIDS on housing in Mangaung with planning guidelines for the future. Unpublished MURP thesis, Department of Urban and Regional Planning, University of the Free State.
- POPULATION, HEALTH AND NUTRITION INFORMATION PROJECT (PHNIProject). July 2004. Children on the brink. A joint report of new orphan estimates and a framework for action. United Nations Children's Fund New York.
- REPUBLIC OF SOUTH-AFRICA. 1998. Partnership against AIDS Declaration. www.gov.za.
- REPUBLIC OF SOUTH-AFRICA. 2000. HIV/AIDS/STD Strategic plan for South Africa. www.gov.za.
- REPUBLIC OF SOUTH-AFRICA. 2003. Operations plan for comprehensive HIV and AIDS care, management and treatment for South Africa. www.gov.za.
- STATISTIEKE SUID-AFRIKA (SSA). 2001. (www.statssa.gov.za raadpleeg 2004-09-02).
- STEENKAMP, M.C.S. 2005. Welsynsubsidies besnoei. *Die Hervormer*, Junie, 98(5):3.
- STEYN, J.J. 1996. Die invloed van vigs op beplanning in Suid-Afrika. *Stads- en Streekbeplanning. Die Amptelike Tydskrif van die Suid-Afrikaanse Instituut van Stads- en Streekbeplanners*, Junie, 41:31-36.
- STEYN, J.J. 1997. Enkele riglyne vir 'n Christelike benadering tot stads- en streekbeplanning. *Tydskrif vir Christelike Wetenskap*, 33(1&2):51-64.
- STEYN, J.J. 2004. Inspraak sonder insig is uitspraak sonder uitsig. Intreerede, Augustus 2004. Universiteit van die Vrystaat, Bloemfontein.
- UNAIDS/WHO. 2003. Aids epidemic update: Dec. 2003 (www.unaids.org, 20 April 2004).
- UNICEF. 2003. Africa's Orphaned Generations United Nations Children's Fund. HIV/AIDS Unit. New York.
- VAN DONK, M. 2003. Planning for a positive future: HIV/AIDS as an integral component of urban development in South Africa. *Urban Forum*, Jan.-Mar., 14(1):3-25.
- ZONDI, S. 2001. The SADC HIV/AIDS framework: A regional response to HIV/AIDS. *Africa Insight*, 31(4):3-10.
- ONDERHOUDE**
- DIPPENAAR, H. Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, Seksie: Kindergesinne. 2005.
- KOCH, M. Maatskaplike werker by die Vereniging vir Kinder- en Gesinsorg Vrystaat: telefoniese onderhoud, 1 Sept. 2004.
- LOOTS, A. Maatskaplike werker by die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling Vrystaat: telefoniese onderhoud, 2 Sept. 2004.
- OOSTHUIZEN, S. Hoofdirekteur van Oranje-Vrouevereniging; onderhoud, 2 Aug. 2004.
- PETERSON, W. Assistentdirekteur van die MIV/VIGS-direktoraat, Departement van Maatskaplike Ontwikkeling Vrystaat; onderhoud per e-pos, 2 Sept. 2004.