

Vergaderjaar 2011–2012

**32 605**

## **Beleid ten aanzien van ontwikkelingssamenwerking**

**Nr. 93**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN BUITENLANDSE ZAKEN**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 mei 2012

In overleg met uw Kamer zijn vier speerpunten benoemd voor ontwikkelingssamenwerking, die stap voor stap verder worden uitgewerkt. In oktober vorig jaar ontving u een brief over het speerpunt voedselzekerheid (Kamerstuk 32 605, nr. 54), in januari van dit jaar over water (Kamerstuk 32 605, nr. 65) en de brief over veiligheid en rechtsorde volgt spoedig. Nu ontvangt u een nadere uitwerking van de beleidsvoornemens op het terrein van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten<sup>1</sup>. Van de griffie van uw Kamer vernam ik dat u ondanks de demissionaire status van het kabinet hier prijs op stelt. Deze brief gaat in op concrete voornemens op het gebied van:

- meer kennis en keuzevrijheid van jongeren over hun seksualiteit;
- verbeterde toegang tot voorbehoedmiddelen en medicijnen;
- betere gezondheidszorg rond zwangerschap en bevalling incl. veilige abortus;
- meer respect voor seksuele en reproductieve rechten van groepen aan wie deze rechten worden onthouden.

Nederland is al jaren een standvastig supporter van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, waar family planning een belangrijk onderdeel van is. Nederland wordt internationaal erkend en gewaardeerd, niet alleen vanwege de goede resultaten in eigen land (tienerzwangerschappen, lage abortus), maar ook vanwege de voortrekkersrol en bereidheid zich op lastige vraagstukken (LGBT, abortus) te storten.

<sup>1</sup> Om communicatie te vereenvoudigen en leesbaarheid te vergroten wordt in dit document verder zo veel mogelijk de term seksuele gezondheid gebruikt voor «seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, inclusief hiv/aids. De term «seksuele gezondheid» omvat nadrukkelijk al de verschillende elementen van SRGR en hiv/aids. Waar relevant worden elementen specifiek benoemd.

Voor ieder van bovengenoemde pijlers van het beleid zijn concrete ambities geformuleerd die nauwgezet zullen worden gemonitord aan de hand van indicatoren. De ambities worden gerealiseerd in samenwerking met multilaterale organisaties, private partijen (inclusief Nederlandse en internationale NGO's en bedrijven) en in bilaterale programma's in acht partnerlanden. De totale uitgaven voor seksuele gezondheid zullen

volgens de huidige planning stijgen van 396 miljoen euro in 2011 tot 427 miljoen euro in 2015.

### **Investeren in seksuele gezondheid werkt...**

Sinds de conferentie over bevolking en ontwikkeling in 1994 in Cairo zijn afspraken gemaakt over de agenda voor seksuele gezondheid die voor een groot deel in de ambities van de millenniumdoelen 5 en 6 zijn opgenomen. Sindsdien is door ontwikkelingslanden en de internationale gemeenschap veel geïnvesteerd. Dat heeft resultaat gehad. In 1990 stierven naar schatting jaarlijks nog 546 000 vrouwen ten gevolge van zwangerschap en bevalling – 1 500 vrouwen per dag. Nu zijn het er jaarlijks 188 000 minder, onder meer doordat steeds meer vrouwen bevallen onder professionele begeleiding. Ook gebruiken steeds meer mensen moderne voorbehoedmiddelen en is het kindertal per vrouw wereldwijd gedaald. Investeren in gezinsplanning is zeer kosteneffectief: een studie in Ethiopië<sup>1</sup> wees uit dat elke euro geïnvesteerd in gezinsplanning minstens twee keer zoveel oplevert aan besparingen op het gebied van o.a. onderwijs, water, sanitatie en gezondheidskosten.

Inmiddels worden meer dan 6,6 miljoen mensen met hiv in ontwikkelingslanden behandeld met aidsremmers<sup>2</sup>. Nu meer zwangere vrouwen met hiv goede zwangerschapsbegeleiding en behandeling krijgen, worden er minder hiv-positieve kinderen geboren, waardoor een «hiv-vrije nieuwe generatie» tot de mogelijkheden gaat behoren. Vooral in zuidelijk Afrika heeft dit ook tot dalende moedersterfte geleid<sup>3</sup>. In de landen die het zwaarst door hiv zijn getroffen is het aantal nieuwe infecties teruggelopen met meer dan 25%, door gedragsverandering, in het bijzonder onder jongeren, maar ook omdat mensen onder behandeling veel minder infectueus zijn. In de Resultatenrapportage die ik u in september 2011 toestuurde, kunt u zien hoe de Nederlandse hulp aan al deze resultaten heeft bijgedragen.

### **... en is onverminderd belangrijk**

Hoewel over de hele linie vooruitgang is geboekt op het terrein van seksuele gezondheid, zijn er grote verschillen tussen en binnen landen en bevolkingsgroepen als het gaat om toegang tot seksuele gezondheidszorg. Het gebruik van voorbehoedmiddelen of bevallingen onder vakkundige begeleiding in ontwikkelingslanden is bijvoorbeeld veel sterker gestegen onder het rijkere deel van de bevolking dan onder het armere deel. Nog steeds bevat echter wereldwijd een derde van de vrouwen zonder deskundige begeleiding en hebben ruim 215 miljoen vrouwen een onvervulde behoefte aan voorbehoedmiddelen. Onderzoek toont aan dat twee derde van de moedersterfte voorkomen kan worden door deze vrouwen wel te bereiken met gezinsplanning én adequate zorg voor, tijdens en na de bevalling. Bovendien kunnen 7 op de 10 ongewenste zwangerschappen en abortussen worden voorkomen als alle vrouwen die dat wensen voorbehoedmiddelen kunnen gebruiken<sup>4</sup>. Het aantal behandelingen voor hiv is weliswaar fors toegenomen, maar in lage en middeninkomenslanden heeft meer dan de helft nog geen toegang tot aidsremmers. Ook is nog steeds ongeveer de helft van de mensen met hiv zich niet bewust van het feit dat ze het virus dragen. In 2009 kwamen er per dag wereldwijd 7 000 nieuwe infecties bij. De helft van de geïnfecteerden is vrouw en 45% is jonger dan 24 jaar. Preventie gericht op groepen die extra risico lopen, inclusief jongeren en dan vooral meisjes, blijft dus essentieel. Helaas belemmeren taboes, stigma en discriminatie van drugsverslaafden, homomannen, transgenders en sekswerkers de effectiviteit van preventieprogramma's. De millenniumdoelen 5 en 6<sup>5</sup> zullen vooral in Afrika niet worden gehaald.

<sup>1</sup> [http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/techareas/repositioning/mdg\\_pdf/ethiopia.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/repositioning/mdg_pdf/ethiopia.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html)

<sup>3</sup> Progress towards MDGs 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systemic analysis. Lancet, vol. 378. September 2011.

<sup>4</sup> <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-AIU-summary.pdf>

<sup>5</sup> Millenniumdoel 5 richt zich op het terugdringen van de moedersterfte in 2015 met driekwart t.o.v. 1990 en universele toegang tot reproductieve gezondheid. Millenniumdoel 6 richt zich op het stoppen van de verspreiding van HIV en aids en het terugdringen van TB en malaria.

De moedersterfte is weliswaar in 147 landen gedaald, maar vooral in Sub Sahara Afrika blijft de daling achter bij de globale trend. De allerhoogste moedersterfte komt voor in landen met een ernstige hiv-epidemie en in landen die met langdurige conflictsituaties te maken hebben. Het gaat dan om een complex van factoren zoals (seksueel) geweld en rechteloosheid, tekortschietende dienstverlening en zwakke instituties. Voor elke vrouw die overlijdt zijn er bovendien ongeveer 20 vrouwen die blijvende, soms zeer ernstige, lichamelijke klachten overhouden aan hun zwangerschap.

### **... ook voor de andere speerpunten van beleid**

Er zijn verschillende dwarsverbanden tussen seksuele gezondheid en mijn andere prioriteiten en het bredere buitenlandbeleid. Investeren in seksuele gezondheid draagt bij aan lagere bevolkingsgroei, omdat vrouwen als ze echt kunnen kiezen vaak minder kinderen krijgen. Dit is belangrijk want een te hoge bevolkingsgroei is een rem op ontwikkeling, vooral in landen waar ecosystemen precair zijn en waar de druk op onderwijs- en gezondheidssystemen en op land en water nu al aanzienlijk is. Een hoge bevolkingsdruk heeft directe gevolgen voor voedselzekerheid: vooral in een aantal landen in Afrika is de groei in voedselproductie onvoldoende om de snel groeiende bevolking te kunnen voeden. Andersom hebben chronisch ondervoede vrouwen vaker problemen tijdens de zwangerschap en bevalling, en krijgen zij vaak kinderen met een te laag geboortegewicht. Dit leidt niet alleen tot productiviteitsverlies en verminderde economische groei maar ook tot hogere ziektekosten. In een kleiner gezin zijn kinderen gezonder en de vrouwen productiever, wat onder meer bijdraagt een economische productiviteit en de voedselzekerheid vergroot. Een hoge bevolkingsdruk legt ook een zware druk op de beschikbaarheid van water en andere natuurlijke hulpbronnen, terwijl toegang tot veilig drinkwater en goede hygiëne weer leidt tot gezonde moeders en kinderen. De schaarste aan land, voedsel, water en banen kan bovendien bijdragen aan het ontstaan van conflicten en verminderde veiligheid. Andersom staan de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten van vrouwen extra onder druk ten tijde van conflict en in andere humanitaire noodsituaties.

Investerings in seksuele gezondheid leiden tot kleinere, gezondere en beter opgeleide gezinnen, wat bijdraagt aan het zogenaamde «demografisch dividend»: stijgende productiviteit die tot langdurige economische groei leidt. De keerzijde van de medaille is dat niets doen aan seksuele gezondheid in landen met een hoge bevolkingsgroei en laag gebruik van voorbehoedmiddelen, de effecten van andere investeringen in ontwikkeling ernstig ondermijnt.

### **Wat heeft Nederland te bieden?**

Om seksuele gezondheid te bereiken zijn goede wetgeving en naleving daarvan, universele toegang tot informatie en voorbehoedmiddelen en toegang tot adequate zorg nodig. Deze aanpak heeft in Nederland geleid tot goede resultaten. Zo behoort het aantal tienerzwangerschappen en abortussen hier tot de laagste in de wereld en worden in Nederland geen baby's met hiv meer geboren. Ook het Nederlandse *harm reduction*<sup>1</sup> beleid heeft positieve effecten op het bereiken van injecterende drugsgebruikers. Dit beleid heeft in veel landen navolging gekregen.

Nederland is een betrokken speler, meer dan een donor alleen. We brengen Nederlandse inzichten en betrokkenheid in via internationale en bilaterale programma's die we ondersteunen. Onze kracht ligt in het aan de orde stellen van de diepgewortelde oorzaken van genderongelijkheid, discriminatie, stigmatisering en uitsluiting en in het aandragen van pragmatische en innovatieve oplossingen. Deze combinatie van activisme en pragmatisme en onze standvastigheid als donorland hebben

<sup>1</sup> Harm reduction: zijn interventies die deel uit maken van duurzame ontwenning en die de gezondheidsschade van het gebruik van verslavende middelen verminderen. Concreet betekent dit: spuitenomruil en methadonverstrekking.

Nederland internationaal een reputatie van betrouwbaarheid en leiderschap opgeleverd. Die positie zullen wij moeten gebruiken om de levens van moeders te redden, om jongeren de zeggenschap over hun lijf en relaties te geven, de aidsepidemie blijvend te keren en een stem te geven aan groepen die naar de marges van de samenleving gedreven zijn. In deze brief bouw ik dan ook voort op de expertise die in de afgelopen twintig jaar is opgebouwd.

### **Wat willen we bereiken?**

Nederland wil een substantiële bijdrage leveren aan millenniumdoel 5, nl:

- Een verdere verlaging van moedersterfte (doel is 75% verlaging tussen 1990 en 2015) en universele toegang tot reproductieve gezondheid;

en aan millenniumdoel 6, nl:

- Een halt toeroepen aan de verspreiding van hiv (doel is 50% verlaging van hiv-infecties onder jongeren tussen 2011 en 2015)

Nederland zal hieraan een bijdrage leveren door partnerschappen aan te gaan met nationale overheden in partnerlanden, met internationale en maatschappelijke organisaties en bedrijven om kosteneffectieve, levensreddende interventies mogelijk te maken zijn en om seksuele en reproductieve rechten te verbeteren.

Wereldwijd zijn er voor 2015 concrete streefcijfers voor levensreddende interventies afgesproken:

- 90% van de bevallingen vindt plaats onder medische begeleiding
- 80% van de hiv patiënten wordt behandeld met aidsremmers
- 90% van de hiv-positieve zwangere vrouwen wordt behandeld om de transmissie van het hiv-virus van moeder op kind te voorkomen

Deze doelen en streefcijfers zijn internationaal overeengekomen. Bij het monitoren daarvan maken wij zoveel mogelijk gebruik van wereldwijde en nationale onderzoeken en monitoringsystemen.

Op basis van onze kennis en meerwaarde zal Nederland zich samen met strategische partners, wereldwijd én in acht partnerlanden, richten op vier resultaatgebieden.

### **Resultaatgebied 1:**

#### **Jongeren hebben meer kennis en zijn zo in staat gezondere keuzes te maken over hun seksualiteit.**

Hierbij zet Nederland specifiek in op:

- seksuele voorlichting op scholen en daarbuiten;
- toegang tot jeugd vriendelijke zorg en preventieve maatregelen;
- kansen voor jongeren om hun stem te laten horen en op te komen voor hun rechten.

#### *Waarom?*

Veel jongeren<sup>1</sup> zijn seksueel actief of worden dat op enig moment. Het is belangrijk dat ze daarin verstandige keuzes kunnen maken die bijdragen aan een positieve beleving van seksualiteit. Helaas is seksualiteit van jongeren nog vaak een taboe en daardoor hebben jongeren veelal te weinig feitelijke kennis over seks en seksuele gezondheid. Bovendien hebben ze vaak geen of onvoldoende toegang tot voorbehoedmiddelen en dienstverlening. Dit heeft ernstige gevolgen. Elk jaar worden wereldwijd bijvoorbeeld zestien miljoen meisjes tussen de 15 en 19 jaar

---

<sup>1</sup> Allen in de leeftijd van 10–24 jaar (definitie WHO).

zwanger<sup>1</sup>. Dit heeft te maken met enerzijds veel vroege huwelijken en seksuele relaties, al dan niet gedwongen, en anderzijds gebrekkige toegang tot voorbehoedmiddelen voor deze leeftijdsgroep. Vooral jonge meisjes die geen of weinig onderwijs hebben genoten krijgen vaak vroeg kinderen. Complicaties rond zwangerschap en bevalling zijn doodsoorzaak nummer één voor meisjes in deze leeftijdsgroep. Bijna de helft van alle nieuwe hiv-infecties treft jongeren onder de 24 jaar; in Afrika is drie kwart daarvan een meisje.<sup>2</sup>

Investeren in de seksuele gezondheid van jongeren loont. In veel landen is 60% van de bevolking jonger dan 24 jaar. Jongeren zullen in belangrijke mate de demografische ontwikkeling van de komende jaren bepalen én ze zijn een bron van energie en verandering. Maar dan moeten ze wel een stem krijgen en moeten ze toegang tot informatie en voorzieningen hebben. Onderzoek toont aan dat jongeren met meer kennis over seksualiteit later seksueel actief worden, minder seksuele partners hebben, later en minder kinderen krijgen en veiliger vrijen.

#### *Wat en hoe?*

Om jongeren beter te informeren over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en hen een grotere stem te geven zal Nederland

- ondersteuning bieden bij de uitvoering van een seksueel voorlichtingsbeleid op scholen in samenwerking met de nationale verantwoordelijke instanties. Nederlandse kennisinstellingen kunnen hiervoor worden ingezet via het NICHE programma, bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van cultureel aangepaste communicatiematerialen.
- samenwerking zoeken met lokale organisaties om ook jongeren die niet naar school gaan te bereiken. Dit kan via TV, radio, internet of via jongeren vertegenwoordigers in dorpen. In Benin wordt samen met *Population Services International (PSI)* een tweewekelijks radioprogramma gemaakt door jongeren, dat honderdduizenden luisteraars trekt en waar tegelijkertijd via telefoon of *Facebook* op gereageerd kan worden.
- samenwerkingsverbanden aangaan met internationale en nationale organisaties zoals *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* en *Marie Stopes International (MSI)* om jeugd vriendelijke dienstverlening te stimuleren.

Met Nederlandse subsidie zal IPPF tussen 2011 en 2014 ruim 4 miljoen ongewenste tienerzwangerschappen voorkomen door jongeren in 20 landen te bereiken met informatie over anticonceptie en seksualiteit, en door jeugd vriendelijke diensten in klinieken aan te bieden. Hier kunnen jongeren in een veilige omgeving terecht voor seksuele gezondheidszorg zoals hiv en soa testen, behandeling hiervan, anticonceptie informatie en voorziening, en veilige abortus. In 4 jaar zal IPPF ruim 6.2 miljoen van dit soort diensten aan jongeren bieden. Hiernaast zal IPPF ook nog ruim 16 miljoen condooms per jaar verspreiden onder jongeren.

- stimuleren dat jongeren een stem krijgen om hun problematiek en wensen kenbaar te maken. Dit kan zowel gebeuren met hulp van de ambassades in partnerlanden bij strategische nationale bijeenkomsten als op internationale bijeenkomsten. Ook gaan we een jongerenvertegenwoordiger aanstellen die zich, in nauwe samenwerking met de Ambassadeur voor seksuele gezondheid en hiv/aids, nationaal en internationaal profileert. Jongeren worden opgenomen in Nederlandse delegaties naar relevante internationale bijeenkomsten en kunnen dus invloed uitoefenen op beleid dat hen zal raken.

<sup>1</sup> Bron: [http://www.unfpa.org/public/home/factsheets/young\\_people](http://www.unfpa.org/public/home/factsheets/young_people)

<sup>2</sup> Bron: IPPF, 2011.

- faciliteren van het initiatief om een internationaal partnerschap «Jongeren en ICPD» op te zetten samen met NGO's als CHOICE en dance4life, met als doel om op landenniveau samenwerking tussen jongeren en de overheid te bevorderen, om zo samen de belangrijkste obstakels voor de seksuele gezondheid van jongeren in dat land in kaart te brengen en aan te pakken.
- in multilaterale fora waaronder de mensenrechtenraad, de *Commission on Population and Development*, de *Commission on the Status of Women* inzetten op verankering van de rechten van jongeren in internationale verdragen en overeenkomsten.

#### *Monitoring*

We zullen de voortgang mede bepalen aan de hand van de volgende resultaatsindicatoren:

- hoger % jongeren met correcte kennis over hiv;
- toenemend aantal jeugdriendelijke centra, met een groeiend aantal bezoekers;
- afnemend % tienerzwangerschappen.

#### **Resultaatgebied 2:**

**Een groeiend aantal mensen krijgt toegang tot aidsremmers, voorbehoedmiddelen en andere levensreddende middelen voor een goede seksuele gezondheid.**

Hierbij zet Nederland specifiek in op:

- een ruimere keuze en beter aanbod van voorbehoedmiddelen;
- een verbeterd aanbod van medische middelen om moedersterfte en problemen op het gebied van seksuele gezondheid te voorkomen;
- het wegnemen van cultureel bepaalde en kennis gerelateerde obstakels die vrouwen verhinderen voorbehoedmiddelen te gebruiken.

#### *Waarom?*

Voor seksuele gezondheid zijn goede en betaalbare medische middelen nodig. Het gaat daarbij om medicijnen, zoals hormonale anticonceptie en aidsremmers, maar ook om mannen- en vrouwencondooms en verloskundige apparatuur. In veel ontwikkelingslanden heeft lang niet iedereen die ze nodig heeft daar toegang toe. Dat geldt vooral voor armen en mensen op het platteland. Dat kan veel verschillende oorzaken hebben, zowel aan de aanbod- als aan de vraagkant: de aanvoer kan ernstig haperen, middelen kunnen te duur zijn voor de eindgebruiker, er kan onvoldoende keuze zijn (niet elk voorbehoedmiddel is geschikt voor iedereen), dienstverleners geven geen goede voorlichting, (jonge) vrouwen wordt het recht ontzegd om zelf te kiezen of de overheid geeft er onvoldoende prioriteit aan. Ook zijn middelen soms van slechte kwaliteit. Voorbehoedmiddelen staan vaak niet op de nationale lijst van zogenaamde «*essential medicines*» die met voorrang moeten worden ingekocht of ze zitten niet in het verzekeringspakket. Ook kunnen middelen duur zijn als gevolg van internationale handelsafspraken.

#### *Wat en hoe?*

Om de toegang tot middelen voor seksuele en reproductieve gezondheid te vergroten zal Nederland

- bijdragen aan het *Global Program for Reproductive Health Commodity Security (GP-RHCS)*, onder leiding van UNFPA. Overheden in 45 landen worden geholpen bij het verbeteren en verduurzamen van planning, inkoop en distributiesystemen. Daarnaast worden obstakels aan de

- vraagzijde geslecht. Hierdoor wordt mensen de keuze geboden voorbehoedmiddelen te gebruiken die het beste bij hen passen.
- een bijdrage geven aan het *Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria*, financieren om de toegang tot goedkope geneesmiddelen en producten (zoals aidsremmers) in 150 lage- en middeninkomenslanden te bevorderen en tegelijkertijd het inkoop- en bevoorradingsbeleid van de landen zelf te versterken. Met de voorgenomen Nederlandse bijdrage kunnen bijvoorbeeld 30,000 extra mensen behandeld worden met aidsremmers (en 32,000 TB patiënten worden genezen).
  - steun verlenen aan *Product Development Partnerships* (PDP's) die nieuwe preventieve middelen ontwikkelen zoals het *International Aids Vaccine Initiative* (IAVI), PATH (vrouwencondoom) en het *International Partnership for Microbicides*.
  - publiek private partnerschappen (PPP's) stimuleren die kunnen bijdragen aan het oplossen van knelpunten in de beschikbaarheid van middelen, zoals *Universal Access to Female Condoms* (UAFC). We richten ons daarbij vooral op cruciale producten (inclusief voor medische abortus) en op innovatieve marktbenaderingen.

Het vrouwencondoom is tot nog toe het enige voorbehoedmiddel dat vrouwen zelf kunnen gebruiken om zich te beschermen tegen zowel ongewenste zwangerschap als Hiv-infectie. Het wordt echter nog betrekkelijk weinig gebruikt. Het in Nederland geïnitieerde/gevestigde Universal Access to Female Condoms joint program (UAFC) is een publiek-privaat partnerschap. Het ontvangt in 2012 nogmaals financiering om o.a. de vraag naar vrouwencondooms te stimuleren, verschillende condoomproducenten te ondersteunen bij het verkrijgen van het WHO kwaliteitskeurmerk en de prijs naar beneden te krijgen. In 2012 zullen in tenminste drie landen 2,7 miljoen vrouwencondooms worden verkocht en zullen er twee nieuwe «modellen» op de markt komen.

- in de partnerlanden samenwerken met lokale en internationale NGO's en Nederlandse maatschappelijke organisaties (de *Unite for Body Rights* alliantie) die van cruciaal belang zijn om vraag en aanbod van voorbehoedmiddelen nader tot elkaar te brengen.
- samen met het Ministerie van EL&I plannen voor de financiering van de topsector life-sciences ontwikkelen, waarbij activiteiten gericht op seksuele gezondheid prioritaire financiering kunnen krijgen.

### Monitoring

We zullen de voortgang mede bepalen aan de hand van de volgende resultaatsindicatoren:

- toenemend % / aantal koppels dat voorbehoedmiddelen gebruikt
- toenemend % / aantal mensen met hiv dat aidsremmers slikt;
- er zijn nieuwe, gebruiksvriendelijke producten en medicijnen op de markt die moedersterfte en hiv-infectie voorkomen.

### Resultaatgebied 3:

**Publieke en private klinieken bieden betere seksuele en reproductieve zorg aan, waar een toenemend aantal mensen gebruik van maakt.**

Hierbij zet Nederland specifiek in op:

- een verbeterde samenwerking tussen publieke en private zorg;
- een beter geïntegreerde aanpak van HIV en seksuele gezondheid binnen het nationale gezondheidsbeleid in partnerlanden;
- verbeterde kwaliteit van verloskundige hulp;

- innovatieve manieren om seksuele gezondheidszorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

#### Waarom?

Een goede dienstverlening op het gebied van seksuele gezondheid kan niet zonder een functionerend gezondheidszorgsysteem, waarbinnen goede onderlinge afstemming plaatsvindt tussen de publieke en de private sector. Door onvoldoende financiering en onvoldoende (goed) opgeleid personeel laten kwaliteit en toegang van de zorg vaak te wensen over, vooral in rurale gebieden. Daarnaast zijn er voor arme vrouwen, jongeren, gemarginaliseerde groepen en mensen met beperkingen vaak extra barrières.

Zo is het percentage bevallingen dat met voldoende opgeleide verloskundige hulp plaatsvindt in Ethiopië slechts 10%<sup>1</sup> (gemiddeld voor Sub-Sahara Afrika 47%<sup>2</sup>). Wereldwijd is onveilige abortus verantwoordelijk voor maar liefst 13% van de moedersterfte, in sommige landen oplopend tot 25–40%. Binnen een land zijn de verschillen in toegang tot goede zorg tussen arm en rijk aanzienlijk. Er is veel efficiëntiewinst te behalen door het zorgaanbod goed geïntegreerd aan te bieden, het z.g. *continuüm of care* (b.v. testen op soa's samen met voorlichting over voorbehoedmiddelen).

#### Wat en hoe?

Om betere zorg voor seksuele gezondheid te bevorderen zal Nederland

- in acht van de 15 partnerlanden<sup>3</sup> seksuele gezondheid tot prioriteit maken. Daar doen we een gerichte inzet om de reproductieve zorg te verbeteren in samenwerking met private partners, NGO's en overheid.

- In alle 8 SRGR partnerlanden werken ambassades met internationale en lokale NGO's om jongeren beter voor te lichten, en de capaciteit in de private en publieke zorg te verbeteren rond family planning, behandeling en diagnose van HIV en SOA's te verbeteren.
- In Mozambique en Ethiopië werken we met de overheid om de publieke dienstverlening rondom zwangerschap en bevalling te versterken, en hierbij de integratie met HIV preventie te verbeteren. Publieke zorg is vaak de enige aanwezige zorg op het platteland.
- In alle 15 partnerlanden pleit de ambassade voor het respecteren van mensenrechten, ook seksuele en reproductieve rechten in nationale fora, de beleids- en politieke dialoog.
- 20,7% van het totaal goedgekeurde budget op SRGR (1,6 miljard euro in de periode 2012–2015) wordt bilateraal ingezet.
- Dit is 297 miljoen euro voor de 8 partnerlanden en 35,6 miljoen euro voor het regionaal programma van zuidelijk Afrika.

- verbeterde toegang tot veilige abortus ondersteunen: zowel op internationaal als op landenniveau. Dit doen we via partners zoals IPAS en de IPPF.
- betere seksuele gezondheidszorg in humanitaire hulpsituaties en wederopbouwfasen bevorderen door dit consequent te agenderen bij daarbij betrokken VN organisaties en NGO's.
- als onderdeel van mijn beleidsprioriteit voedselzekerheid zorgen dat er voldoende aandacht is voor voeding van meisjes en (zwangere) vrouwen. Ondervoeding van (zwangere) vrouwen leidt tot meer complicaties tijdens zwangerschap en bevalling en hogere moeder-

<sup>1</sup> Ethiopië DHS, 2011.

<sup>2</sup> UNFPA, State of World Population 2011:115.

<sup>3</sup> Bangladesh, Jemen, Ethiopië, Mozambique, Burundi, Benin, Mali en Ghana.



sterfte. Ondervoeding zorgt voor een agressiever verloop van hiv-infecties.

- de beroepsgroep van vroedvrouwen versterken. In de vakkundige begeleiding van zwangerschap en bevalling is de beroepsgroep van verloskundigen een onmisbare schakel. Ook bij het verstrekken van voorbehoedmiddelen spelen zij een steeds grotere rol. Via het NICHE programma worden opleidingen van vroedvrouwen in Ghana gesteund. Nederland steunt een programma van UNFPA en de in Den Haag gevestigde *International Confederation of Midwives*.
- blijven investeren in financiële duurzaamheid en toegankelijkheid door gebruik te maken van de Nederlandse expertise met ziektekostenverzekering.
- innovatieve samenwerkingsverbanden onderzoeken met ICT providers om ondersteuning van zorgverlening door middel van *m- and e-health* mogelijk te maken.

#### *Monitoring*

We zullen de voortgang mede bepalen aan de hand van de volgende resultaatsindicatoren:

- toenemend aantal/% hiv-positieve zwangere vrouwen, dat behandeld wordt ter voorkoming van moeder-tot-kind overdracht van het hiv-virus;
- groeiend aantal artsen, verpleegkundigen en verloskundigen per 1 000 inwoners;
- verbeterde naleving van de laatste richtlijnen voor veilige abortus en de nazorg hiervan WHO (2012).

#### **Resultaatgebied 4:**

##### **Meer respect voor seksuele en reproductieve rechten van groepen aan wie deze rechten worden onthouden.**

Hierbij zet Nederland nationaal en internationaal specifiek in op:

- aankaarten van naleving van mensenrechten van specifieke groepen, zoals seksuele minderheden, drugsgebruikers en sekswerkers;
- toegang geven tot voorzieningen en middelen voor seksuele gezondheid aan bovengenoemde specifieke groepen;
- bepleiten van zelfbeschikking van vrouwen en meisjes over hun seksualiteit;
- bevorderen van een rechtenbenadering in beleid en wetgeving in partnerlanden.

#### *Waarom?*

De wereldwijde oppositie tegen reproductieve en seksuele rechten is aanzienlijk en groeit. Veel landen hebben wet- en regelgeving die toegang van vrouwen en jongeren tot informatie en dienstverlening voor seksuele gezondheid verhindert. Vooral rondom veilige abortus bestaan veel beperkingen, wat leidt tot gevaarlijke clandestiene praktijken en tot hogere moedersterfte.

Hiernaast is er een groot aantal mensen dat lijdt onder stigma en discriminatie en daardoor geen toegang heeft tot informatie en/of seksuele gezondheidszorg<sup>1</sup>. Dit leidt er in veel landen toe dat het hiv-preventiebeleid niet effectief is. Zo neemt in Oost Europa en Centraal Azië de overdracht van hiv onder injecterende druggebruikers toe, omdat adequaat preventiebeleid, te weten *harm reduction*, ontbreekt en vaak zelfs verboden is. Homoseksuelen en transgenders lopen overal ter wereld disproportioneel veel risico op hiv-infectie. Toch hebben zij geen

---

<sup>1</sup> Zoals sekswerkers, LGBT mensen, mannen die seks hebben met mannen, injecterende druggebruikers.

toegang tot informatie en zorg omdat hun bestaan wordt ontkend. Sekswork is in veel landen illegaal en maatschappelijk niet geaccepteerd. Dit maakt sekswerkers kwetsbaar voor uitbuiting, seksueel geweld en gezondheidsproblemen als hiv en andere soa's, terwijl ze ook moeilijk te bereiken zijn met voorlichting. Mannen die seks hebben met mannen, injecterende druggebruikers en sekswerkers zijn in juni 2011 tijdens de VN-top over hiv/aids in New York voor het eerst expliciet erkend als *key populations*. Dat is een goed begin, maar het moet vertaald worden in concrete verbeteringen. Daarbij is het van belang dat de mensen over wie het gaat nauw betrokken worden bij de oplossingen. Nederland maakt zich hier van oudsher hard voor.

#### *Wat en hoe?*

Om eraan bij te dragen dat seksuele en reproductieve rechten beter gerespecteerd worden in maatschappij, wetgeving, beleid en uitvoering zal Nederland

- door middel van het *key populations* fonds (uitvoering van de motie Hachchi (Kamerstuk 32 500 V, nr. 37) vijf samenwerkende NGO's ondersteunen zodat ze hun activiteiten met én ten behoeve van gemarginaliseerde en uitgesloten groepen kunnen bestendigen. Hiermee zullen in 16 landen ruim 400 000 LGBT, sekswerkers en injecterende druggebruikers bereikt worden en toegang krijgen tot seksuele gezondheidszorg, waaronder hiv preventie en behandeling.
- de speciale ambassadeur voor seksuele gezondheid strategisch inzetten om op te komen voor seksuele en reproductieve rechten. In multilaterale fora zal Nederland potentiële medestanders benaderen door aan te haken bij beschikbaar bewijs dat het respecteren van ieders seksuele en reproductieve rechten de volksgezondheid bevordert. Onze inzet is om deze rechten goed te verankeren in de ontwikkelingsdoelen die na 2015 in de plaats zullen komen van de Millenniumdoelen.
- het traject in aanloop naar de 20<sup>e</sup> verjaardag van de *International Conference on Population and Development* (ICPD+20) in 2014 financieel en inhoudelijk ondersteunen. Als onderdeel daarvan zal Nederland optreden als gastland voor een internationale consultatie over seksuele en reproductieve rechten.
- de ervaringen met uitstapprogramma's voor sekswerkers verwerken in een beleid dat zal aansluiten bij de specifieke problemen en behoeften van de vrouwen zelf. De internationale bijeenkomst «Stepping Up, Stepping Out, Taking Out» in april 2012 was daarvoor het startpunt.

Twee Nederlandse NGO's hebben in twee jaar met zeven lokale partners in vier landen meer dan 5 000 sekswerkers bereikt, o.a. met advies en training voor het opzetten van een bedrijfje, microkrediet, versterken van sociale netwerken, opvang en voorlichting over gezondheid en veiligheid. Dit heeft bijgedragen aan betere werk- en leefomstandigheden van deze moeilijk bereikbare groep.

- in tenminste drie partnerlanden (Rwanda, Oeganda en Kenia) in het kader van het speerpunt veiligheid en rechtsorde aandacht besteden aan seksuele en reproductieve rechten. In de acht partnerlanden waar seksuele gezondheid een zelfstandige prioriteit is wordt hier uiteraard ook aandacht aan besteed, onder andere middels capaciteitsversterking van het maatschappelijk middenveld.

#### *Monitoring*

We zullen de voortgang mede bepalen aan de hand van de volgende resultaatsindicatoren:

- toenemend gebruik van goede probleemanalyses op landenniveau over seksuele gezondheid van gemarginaliseerde groepen in beleid;
- betere nationale wetgeving, wetshandhaving en concreet beleid op het terrein van seksuele en reproductieve rechten (voor een hogere huwelijksleeftijd voor meisjes, tegen vrouwenbesnijdenis, tegen criminalisering van homoseksualiteit, liberalere wetgeving rondom abortus).

### **Stakeholders en partners**

Gelukkig is ook internationaal het besef doorgedrongen dat een extra inspanning nodig is om millenniumdoelen 5 en 6 te realiseren. Deze hernieuwde impuls vindt zijn weerslag in de *Global Strategy for Women and Children «Every Woman, Every Child»*, die in september 2010 werd gelanceerd door de Secretaris-Generaal van de VN. Het *Partnership for Maternal, Neonatal and Child Health (PMHCH)*, waarin partners uit alle geledingen (overheden, NGO's, kennisinstellingen, bedrijfsleven, multilateralen) samenkomen, speelt hierin een belangrijke rol. Onder andere door alle partners te stimuleren te doen waar ze goed in zijn en effectief samen te werken.

Nederland zet ongeveer de helft van het geld dat beschikbaar is voor seksuele gezondheid in via multilaterale organisaties en mondiale fondsen. UNFPA, GFATM, UNAIDS, GAVI en WHO zijn daarbij de belangrijkste. Maar ook UNICEF, UNWOMEN en de Wereldbank, zetten een deel van de Nederlandse financiering in voor seksuele gezondheid. We kiezen hiervoor omdat deze organisaties en fondsen, vanuit hun specifieke mandaat en kennis, door hun grotere bereik en door hun samenstelling, dingen voor elkaar kunnen krijgen die wij als bilaterale donor niet kunnen. Zo is UNFPA al sinds jaar en dag dé organisatie die bewaakt dat de afspraken die in 1994 in Cairo werden gemaakt worden nagekomen. De organisatie is daarmee, temidden van alle oppositie tegen seksuele gezondheid, een strategische partner. De consequente steun door Nederland, zowel voor UNFPA's kernmandaat als voor concrete programma's voor vroedvrouwen en *reproductive health commodity security*, heeft in belangrijke mate bijgedragen aan de vooruitgang die geboekt is. En zonder het Global Fund en UNAIDS hadden we nooit de koers van de hiv-epidemie kunnen verleggen. Via de inbreng in de besturen van de diverse internationale organisaties en in onze contacten in de partnerlanden stimuleren wij optimale samenwerking.

Die samenwerking moet vooral gestalte krijgen op landenniveau – dat is immers waar concrete resultaten worden geboekt. Dat is ook waar nationale overheden beleid bepalen en uitvoeren. Daarom is onze samenwerking met de partnerlanden zo belangrijk. In Bangladesh, Jemen, Ethiopië, Mozambique, Mali en Ghana was Nederland al langer actief in de gezondheidszorg. Nog meer dan in het verleden wordt die inzet nu gericht op het behalen van resultaten voor seksuele gezondheid, door nationaal beleid positief te beïnvloeden én door gerichte activiteiten te ondersteunen. In Benin en Burundi worden nieuwe programma's opgezet. Daarnaast is er een regionaal programma voor hiv/aids bestrijding in zuidelijk Afrika, de regio die het zwaarst getroffen is door de hiv-epidemie.

Zowel in de programma's van de ambassades als rechtstreeks vanuit het ministerie wordt nauw samengewerkt met NGO's. Het maatschappelijk middenveld heeft een bijzondere rol om het debat over ongelijkheid, discriminatie en taboes met betrekking tot seksuele gezondheid aan te zwengelen en het beleid van overheden te beïnvloeden of hen ter verantwoording te roepen. Ook spelen NGO's vaak een cruciale rol bij het bereiken van achtergestelde groepen en bij het aanbieden van diensten

die gevoelig liggen, zoals voorlichting aan jongeren of veilige abortus. Uit het eerste Keuzes en Kansen fonds worden vier grote internationale organisaties gesteund voor een combinatie van dienstverlening, capaciteitsopbouw en pleitbezorging. De ervaring leert dat het vooral voor kleinere zuidelijke en noordelijke NGO's lastig is om financiering te krijgen voor pleitbezorging en capaciteitsopbouw. Daarom zijn er plannen in de maak om de financiering van de activiteiten van NGO's internationaal efficiënter in te richten, door het opzetten van een SRGR-Civil Society fonds.

### **Kennis en onderzoek**

Het Nederlandse SRGR-beleid is altijd gebaseerd op een pragmatische aanpak. We zijn op zoek naar wat werkt in de praktijk. Daarvoor zijn kennis van zaken en onderzoek van het grootste belang. Internationaal erkend kennis en onderzoek op het gebied van seksuele gezondheid wordt geleverd door een aantal instituten waaraan Nederland in de afgelopen jaren aanzienlijk heeft bijgedragen. Zo leverde Nederland een bijdrage aan het Guttmacher Institute, dat onlangs nog verontrustende cijfers publiceerde over de toename van onveilige abortus en de afname van het gebruik van *family planning*<sup>1</sup>. Ook in de Nederlandse bijdragen aan de Wereldbank en de WHO is steun voorzien aan invloedrijke kennisinstellingen. Daarnaast is het van belang de in Nederland aanwezige expertise en kennis optimaal in te zetten om beleid en praktijk met elkaar te verbinden. Zoals eerder met uw Kamer afgesproken ben in gesprek met de belangrijkste spelers, zowel NGO's als kennisinstellingen en universiteiten, om een kennisplatform op te richten dat voor het einde van dit jaar operationeel zal zijn. Het platform zal zich vooral richten op onderzoek naar de langere termijn impact van interventies en onderliggende oorzaken voor succes en mislukking. In het platform werken noordelijke en zuidelijke kennisinstellingen en NGO's samen zodat de onderzoekscapaciteit in het zuiden ook wordt versterkt.

De staatssecretaris van Buitenlandse Zaken,  
H. P. M. Knapen

---

<sup>1</sup> <http://www.guttmacher.org/media/nr/2012/01/18/index.html>