

Vergaderjaar 2010–2011

32 605

Beleid ten aanzien van ontwikkelingssamenwerking

Nr. 3

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN BUITENLANDSE ZAKEN

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 april 2011

Graag bied ik u hierbij nadere informatie over enkele aspecten van het beleid op gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) inclusief hiv/aids. Deze informatie betreft de volgende onderwerpen:

1. Uitwerking van de motie Dijkhoff/Ferrier (Kamerstuk 32 500 V, nr. 32) over de samenhang tussen seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) en hiv/aids, en de accenten die we de komende jaren zullen aanbrengen bij de uitvoering van dit geïntegreerd beleid.
2. Hiv preventie, en meer specifiek, de inzet van het Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM) ten aanzien van hiv preventie, zoals toegezegd tijdens het Algemeen Overleg over GFATM op 16 maart 2011.

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

1. De samenhang tussen Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR) en hiv/aids

SRGR en hiv zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het overgrote deel van de hiv infecties treedt op door onveilige seks of, in mindere mate, door overdracht van moeder op kind tijdens de zwangerschap of borstvoedingsperiode. Onderliggende factoren als onvoldoende kennis, seksueel geweld, de ondergeschikte positie van meisjes en vrouwen, discriminatie van seksuele minderheden en onvoldoende toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg en middelen als condooms, ondermijnen seksuele en reproductieve gezondheid en rechten én vergroten het risico op hiv. Het terugdringen van hiv infecties onder pasgeborenen vereist goede zwangerschapszorg voor alle vrouwen. Bovendien is hiv/aids de belangrijkste doodsoorzaak van vrouwen in de reproductieve leeftijd (15–49 jaar), en is de moedersterfte gelijk gebleven of zelfs gestegen in landen die kampen met een ernstige aidsepidemie.

De notitie «Keuzes en Kansen» van mijn voorganger (november 2008) over SRGR en hiv/aids in het buitenlands beleid onderstreept de nauwe samenhang tussen beide beleidsterreinen. Vanuit een analyse van de Nederlandse meerwaarde is daarbij gekozen voor een inzet op twee doelstellingen: preventie en rechten.

Ook met een scherpere focus op seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, zoals beschreven in de Focusbrief, blijft deze samenhang staan, evenals de keuze voor preventie en rechten. Nederland kiest voor een integrale benadering van SRGR en hiv/aids. Het beleid richt zich op verbetering van de gezondheid van vrouwen en moeders (MDG 5), preventie van ongewenste zwangerschappen, van te voorkomen sterfte en ziekte ten gevolge van zwangerschap en geboorte, en van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOAs), met name hiv. Daarbij gaat Nederland uit van mensenrechten in relatie tot seksuele en reproductieve gezondheid: het is aan koppels en individuen zelf om te beslissen met wie ze een seksuele relatie willen aangaan, wanneer en hoeveel kinderen ze willen. Het gaat daarnaast ook om het voorkomen van uitsluiting op basis van leeftijd, geslacht, seksuele geaardheid of leefstijl en bestrijding van discriminatie in de gezondheidszorg. Van een ont koppeling van het beleid op het gebied van hiv/aids omtrent SRGR waarover de motie Dijkhoff/Ferrier (kamerstuk 32 500 V, nr. 32) spreekt, is geen sprake.

Binnen deze kaders zal Nederland vooral inzetten op een beperkt aantal thema's.

– Seksualiteit en jongeren

Seksualiteit van jongeren ligt vaak in de taboesfeer, waardoor hun toegang tot informatie, dienstverlening en voorbehoedmiddelen beperkt is. De gevolgen zijn ernstig – elk jaar worden wereldwijd zestien miljoen meisjes tussen de 15 en 19 jaar zwanger. Complicaties rond de zwangerschap zijn doodsoorzaak nummer één voor meisjes in deze leeftijdsgroep. Daarnaast lopen met name meisjes en jonge vrouwen risico op hiv infecties – in zuidelijk Afrika zijn 2,5 keer meer meisjes geïnfecteerd dan jongens. Jongeren zijn niet alleen kwetsbaar, ze zijn ook een bron van energie en verandering. De afname in het aantal hiv infecties in verschillende delen van de wereld wordt vooral veroorzaakt omdat jongeren hun seksueel gedrag hebben veranderd: ze zijn later seksueel actief, ze hebben minder partners en ze hebben vaker veilige seks.

– *Verbeterde toegang tot kwalitatief goede anticonceptie, mannen- en vrouwencondooms, vaccins en andere medische middelen voor reproductieve gezondheid en hiv preventie.*

Een betere beschikbaarheid van voorbehoedmiddelen is nodig om ongewenste zwangerschappen te voorkomen en om het aantal soa's inclusief hiv infecties terug te dringen. Wereldwijd is het gebruik van anticonceptiemiddelen gestegen en het kindertal gedaald. Dit geldt echter in veel mindere mate voor Sub Sahara Afrika: het gebruik van anticonceptiemiddelen is laag terwijl de behoefte groot is, 25% van de vrouwen die graag anticonceptiemiddelen zou willen gebruiken, heeft geen toegang. Naar verwachting zal deze behoefte de komende jaren alleen maar verder stijgen. Dit tekort draagt bij aan de voortdurend hoge bevolkingsgroei waardoor een steeds groter beslag wordt gelegd op schaarse natuurlijke hulpbronnen en waardoor economische ontwikkeling wordt geremd. Onvoldoende toegang tot anticonceptie leidt tevens tot vele onbedoelde zwangerschappen, naar schatting is zelfs 40% van de zwangerschappen wereldwijd ongewenst. Omdat condooms voor mannen en vrouwen onvoldoende beschikbaar zijn lopen miljoenen mensen onnodige risico's op SOAs, inclusief hiv infectie. Met name de beschikbaarheid en betaalbaarheid van vrouwencondooms zijn een groot probleem.

– *Verbetering van seksuele en reproductieve zorg, inclusief veilige abortus*

In vrijwel alle ontwikkelingslanden kampen gezondheidssystemen al jarenlang met een gebrek aan financiering en aan personeel. De zorg is daardoor onvoldoende toegankelijk en kwalitatief onvoldoende. Bij ruim een derde van de bevallingen is geen adequaat getrainde verloskundige hulp aanwezig: een belangrijke factor in sterfte en ziekte onder vrouwen. Ook ongewenste zwangerschappen dragen hieraan bij: gemiddeld is 13% van de moedersterfte het gevolg van een onveilige abortus maar in sommige landen kan dit oplopen tot 30%. Jaarlijks overlijden ongeveer 70 000 vrouwen aan onveilige abortus; dit zou voor een groot deel te voorkomen zijn door goede seksuele voorlichting, dienstverlening en anticonceptiemiddelen. Optimale dienstverlening vereist een goede publiek-private samenwerking waarbij (internationale) NGOs een belangrijke rol vervullen.

– *Mensenrechten, waaronder reproductieve en seksuele rechten en rechten van gemarginaliseerde groepen.*

Terwijl reproductieve rechten zijn gedefinieerd en onderschreven zijn seksuele rechten in VN verband niet aanvaard. Deze worden dan ook door veel landen niet erkend en met voeten getreden. De wereldwijde oppositie tegen reproductieve en seksuele rechten is groot en groeit. Veel landen hebben wet- en regelgeving die toegang van vrouwen en jongeren tot informatie en dienstverlening voor seksuele en reproductieve gezondheid verhindert. Met name rondom veilige abortus bestaan veel restricties. Seksueel geweld tegen vrouwen en geweld tegen seksuele minderheden blijven te vaak straffeloos. Stigma en discriminatie van LGBT¹, sekswerkers en injecterende druggebruikers (de zogenaamde «*key populations*») leiden tot uitsluiting en verdere verspreiding van de aidsepidemie. De uitvoering van de motie Hachchi (kamerstuk 32 500 V, nr. 37) zal zich met name op die aspecten richten.

Nederland gaat dus uit van het bevorderen en naleven van de mensenrechtenagenda in relatie tot seksuele en reproductieve gezondheid. Het gaat daarbij om het voorkomen van uitsluiting op basis van leeftijd, geslacht, seksuele geaardheid of leefstijl en bestrijding van discriminatie in de gezondheidszorg. Ook gaat Nederland uit van reproductieve rechten voor iedereen: het is aan koppels en individuen zelf om te besluiten of en met wie en wanneer ze kinderen willen. Deze rechtenbenadering is niet

¹ Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender.

direct zichtbaar in financiële cijfers, maar komt naar voren in de rol die Nederland in internationale fora speelt.

Deze thema's zullen leidend zijn voor de Nederlandse inzet gedurende de komende jaren. De operationalisering ervan, evenals de meerjarige budgettaire kaders, zullen de komende maanden worden uitgewerkt.

In de verdere uitwerking zal ook worden gekeken op welke wijze aansluiting mogelijk is bij activiteiten rondom het topgebied «Life Sciences». Op dit moment overleggen verschillende departementen, onder leiding van het ministerie van VWS, hoe krachten gebundeld kunnen worden met het bedrijfsleven en kennisinstituten om de internationale positie van Nederland op dit terrein te versterken. Het ministerie van Buitenlandse Zaken wil kennis en innovatie op het terrein van armoedegerelateerde ziekten en SRGR in dit traject opnemen. Het Nederlandse bedrijfsleven en het onderzoeksveld hebben zelf reeds aangegeven op deze terreinen een meerwaarde te hebben ten opzichte van andere (Europese) landen. Vanzelfsprekend moet daarbij voldoende aandacht zijn voor de vraag vanuit ontwikkelingslanden.

2. Hiv preventie en Global Fund

HIV preventie

Preventie is voorkomen dat (gezondheids)problemen ontstaan door van tevoren in te grijpen. Men spreekt ook wel over primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie omvat alle maatregelen om te voorkomen dat een probleem ontstaat. Secundaire preventie omvat maatregelen om een probleem zo snel mogelijk op te sporen om daarmee erger te voorkomen. Tertiaire preventie omvat maatregelen om de aandoening te behandelen dan wel maatregelen om herhaling te voorkomen.

Specifiek ten aanzien van hiv omvat primaire preventie alle maatregelen om hiv infecties te voorkomen. Secundaire preventie betreft voornamelijk screening en tijdige opsporing van hiv infecties. En tertiaire preventie bestaat uit het behandelen van hiv-infecties en toepassingen om hiv-infecties af te remmen, zoals het geven van medicijnen die opportunistische infecties, zoals tuberculose, tegengaan.

Als men over hiv-preventie spreekt wordt vrijwel altijd primaire preventie bedoeld – het voorkomen dat mensen met hiv geïnfecteerd raken. Voorbeelden van interventies op dit gebied omvatten:

- Seksuele voorlichting voor jongeren, in en buiten school, over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, gender gelijkheid en onderhandelen over veilig vrijen.
- Voorlichting die gericht is op gedragsverandering zoals vermindering van het aantal seksuele partners, afzien van schadelijke praktijken die risico's doen toenemen.
- Verstrekking van mannen en vrouwencondooms met instructies over zorgvuldig gebruik.
- Sputomruil voor mensen die drugs injecteren.
- Behandeling van hiv positieve zwangere vrouwen om overdracht van hiv op hun baby te voorkomen.
- Besnijdenis van mannen, zoals wordt aangeraden door WHO en UNAIDS in landen waar de hiv prevalentie hoog is en weinig mannen besneden zijn.

Op dit moment vindt onderzoek plaats naar nieuwe opties voor hiv preventie, waaronder:

- Pre-exposure profylaxis (PrEP): preventief slikken van aidsremmers. Bij een eerste studie onder homomannen bleek PrEP 40% bescherming te bieden. Nader onderzoek is nodig. PrEP zal echter nooit breed toepasbaar zijn en met name bruikbaar zijn voor risicogroepen als homomannen en sekswerkers.
- Microbiciden: vaginale gel met aidsremmers die bij een eerste onderzoek 40% bescherming bood. Microbiciden vormen een belangrijke aanvullende preventie optie voor vrouwen. Nader onderzoek is echter nodig, met name naar vormen die meer gebruikersvriendelijk zijn.
- Hiv-vaccin: alhoewel in 2009 voor de eerste maal een beschermend effect (30%) van een hiv-vaccin werd gevonden, lijkt de ontwikkeling van een effectief en praktisch toepasbaar vaccin dat hiv-infecties kan voorkomen nog zeker tien jaar weg. Toch blijven investeringen noodzakelijk omdat een vaccin in veel situaties effectiever zal zijn dan andere opties voor preventie.

Enkele opmerkingen bij hiv preventie

- Preventie werkt. Uit het recent (31 maart 2011) verschenen rapport van de Secretaris Generaal van de Verenigde Naties ter voorbereiding van de High Level Meeting on HIV/Aids (8–10 juni 2011) blijkt dat het aantal nieuwe hiv infecties in 33 landen tussen 2001 en 2009 met meer dan een kwart is gedaald. Deze daling is met name veroorzaakt door gedragsverandering onder jongeren.
- Preventie blijft in teveel landen onderbelicht en ondergefinancierd, dit blijkt ook duidelijk uit bovengenoemd rapport van de Secretaris Generaal van de Verenigde Naties. Gemiddeld besteden lage en middeninkomenslanden 22% van hun totale hiv uitgaven aan preventie, en een minderheid van de landen heeft specifieke doelstellingen voor preventie. Naar verwachting zal de *High Level Meeting on hiv/aids*, die van 8 tot en met 10 juni in New York wordt georganiseerd, een nieuw momentum kunnen genereren voor hiv preventie. Preventie, en de samenhang met seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, zal een prioriteit voor de Nederlandse inzet zijn.
- UNAIDS spreekt bij voorkeur van combinatie preventie: een samenhangende combinatie van biomedische en gedragswetenschappelijke interventies, met interventies die onderliggende factoren adresseren (zoals de ondergeschikte positie van vrouwen en discriminerende wetgeving) is het meest effectief.
- Kennis is een noodzakelijke voorwaarde voor gedragsverandering, maar kennis alléén is onvoldoende als er niet gelijktijdig laagdrempelige toegang is tot zorg en middelen en de omgeving voldoende stimulans biedt om gedrag te veranderen. Deze complexiteit verklaart waarschijnlijk in belangrijke mate waarom gedragsverandering zo moeilijk is. Dit is overigens niet uniek voor ontwikkelingslanden, zie ook de teleurstellende pogingen om het aantal rokers in Nederland terug te dringen.
- Het is belangrijk om een groot aantal opties voor hiv preventie te hebben. Hoe meer opties er zijn, hoe groter de kans dat mensen veilige keuzes maken. Daarbij is het belangrijk te bedenken dat er geen «*magic bullet*» bestaat en dat vaak verschillende opties naast elkaar nodig zullen zijn. Zo biedt mannenbesnijdenis 60% bescherming en op individueel niveau zal de besneden man dus gebruik moeten blijven maken van andere preventie opties als gedragsverandering en consistent gebruik van condooms. Mannenbesnijdenis beschermt de besneden man direct, maar geeft slechts indirecte bescherming voor de vrouwelijke seksuele partners. Doordat minder mannen geïnfecteerd raken vermindert immers ook het risico van vrouwen op hiv

infectie. Op bevolkingsniveau kunnen de effecten echter zeer groot zijn, met name in landen waar de hiv prevalentie hoog is en waar weinig mannen besneden zijn. Om die reden raden WHO en UNAIDS deze interventie ook alleen aan in deze specifieke context. In Zimbabwe is mannenbesnijdenis in 2008 geïntroduceerd, in dat jaar traden ongeveer 120 000 nieuwe hiv infecties op. Naar schatting zal dit aantal na nationale introductie in 2025 teruggedrongen kunnen worden tot 20 000; zonder mannenbesnijdenis zouden in dat jaar 90 000 nieuwe infecties optreden.

- In de praktijk lopen preventie en behandeling naadloos in elkaar over. Bij *post-exposure profylaxe* worden medicijnen geslikt nadat iemand risico heeft gelopen (bijvoorbeeld een gescheurd condoom, artsen die zich tijdens een operatie verwonden en daardoor bloedcontact hebben) om een infectie te voorkomen. Recente wetenschappelijke inzichten tonen aan dat hiv-positieve mensen die behandeld worden een zodanig lage hoeveelheid virus in hun bloed hebben dat de kans op hiv overdracht zeer klein is. Computermodellen laten zien dat een systeem waarbij mensen zeer snel gediagnosticeerd en tijdig behandeld worden op bevolkingsniveau tot een grote afname van het aantal nieuwe hiv-infecties kan leiden. Deze modellen zijn echter nooit in de werkelijkheid getest en de praktische haalbaarheid is twijfelachtig.

Welke preventie activiteiten worden door het Global Fund gefinancierd?

Global Fund financiert alle preventie interventies waarvan de effectiviteit bewezen is, waaronder de hierboven beschreven preventie opties. Global Fund financiert geen onderzoek naar nieuwe interventies, deze komen pas voor financiering in aanmerking zodra de effectiviteit vast staat en de interventies worden aangeraden door WHO en UNAIDS.

Global Fund rapporteert dat in 2010 uitgaven voor hiv als volgt verdeeld waren: 31% voor preventie, 29% voor behandeling, 16% voor ondersteunende activiteiten zoals pleitbezorging, reductie van stigma en discriminatie en beleidsontwikkeling, waaronder hiv personeelsbeleid, 14% voor versterking van gezondheidssystemen, 9% voor zorg en opvang en 1% voor geïntegreerde hiv/tuberculose diensten.

In 2010 werd in totaal US\$ 393 miljoen besteed aan hiv preventie. Deze werden als volgt besteed:

Categorie	US\$ mln	%
Voorlichting en gedragsverandering	169	43.0
Preventie van overdracht tijdens zwangerschap	50	12.7
Counselen en testen ¹	41	10.4
Social marketing van condooms	29	7.4
Veilige bloed voorzieningen	20	5.1
Diagnostiek en behandeling van SOAs	9	2.3
Preventie in hiv personeelsbeleid	7	1.8
Bewustwording en sociale mobilisatie	4	1.0
Post-exposure profylaxe	2	0.5
Overige preventie (waaronder medische mannenbesnijdenis)	62	15.8
Totaal	393	100

¹ Wordt gerekend onder secundaire preventie

Doet Global Fund genoeg aan preventie?

Zolang nog steeds twee mensen nieuw worden geïnfecteerd met hiv voor iedere persoon die behandeling start, is een veel grotere inspanning nodig op gebied van preventie. Het Global Fund heeft daarbij een belangrijke rol als financier, maar is niet de enige speler.

- Voor veel landen is het Global Fund één van verschillende financiers van de hiv respons. Door alleen naar de uitgaven van het Global Fund te kijken krijg je dus geen werkelijk beeld van de manier waarop uitgaven verdeeld zijn over de verschillende interventies in een land.
- Multilaterale organisaties als UNAIDS en UNFPA helpen landen om een goed preventiebeleid te formuleren en uit te voeren. UNAIDS verzamelt steeds nauwkeuriger data om te bepalen onder welke groepen de meeste nieuwe infecties optreden en waar dus de meeste nadruk moet liggen. Een betere focus van preventiebeleid op de groepen die het meeste risico lopen zal de effectiviteit van preventie programma's ten goede komen.
- Verschillende NGOs zoals International Planned Parenthood Federation (IPPF), de International Women's Health Coalition (IWHC) en de International HIV/Aids Alliance bieden ook een ondersteunde rol bij de formulering en uitvoering van preventie programma's. NGOs als deze zijn effectiever in het bereiken van groepen die in overheidsbeleid vaak buiten de boot vallen, waaronder jongeren, seksuele minderheden en drugs gebruikers.

Nederlandse inzet ten aanzien van preventie in het bestuur van het Global Fund.

- Nederland werkt in een kiesgroep met Zweden, Noorwegen, Denemarken, Ierland en Luxemburg. Het belang van preventie, en de samenhang met seksuele en reproductieve gezondheid en rechten behoort tot de prioriteiten van de kiesgroep. De kiesgroep zal deze prioriteit dan ook altijd benadrukken in het bestuur.
- De kiesgroep was tevens een sturende kracht achter twee strategieën die de afgelopen jaren zijn ontwikkeld.
 - De gender strategie identificeert mogelijkheden om de kwetsbaarheid van meisjes en vrouwen te verkleinen, en legt vanzelfsprekend sterke nadruk op seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Na introductie van de strategie is met name de integratie van srg in hiv programma's sterk verbeterd. Alhoewel gender inmiddels beter geïntegreerd wordt in voorstellen is het karakter van de interventies nog steeds weinig ambitieus en ontbreken vaak interventies om traditionele gender normen ter discussie te stellen en de positie van meisjes en vrouwen structureel te versterken. De strategie wordt in 2011 geëvalueerd en aangescherpt.
 - De strategie voor seksuele minderheden doet concrete suggesties om interventies effectiever te richten op seksuele minderheden (met name homomannen en transgenders). Aandacht voor deze groepen is sinds de introductie verbeterd maar verdere verbetering is nodig om met name belemmeringen in de wetgeving (bijvoorbeeld de criminalisering van homoseksualiteit) aan te pakken. Ook deze strategie wordt in 2011 geëvalueerd en aangescherpt.