

## 1 Aanleiding

De bevordering van seksuele en reproductieve rechten vormt een beleidsprioriteit en er worden omvangrijke financiële middelen hiertoe ingezet. In de Memorie van Toelichting (MvT) 2012 van het ministerie van Buitenlandse Zaken staat onder het beleidsartikel 'toegenomen menselijke ontplooiing en sociale ontwikkeling' dat 'seksuele en reproductieve gezondheid en rechten voor iedereen' een van de operationele beleidsdoelstellingen (5.4) is. In woorden van gelijke strekking stond dit ook in de MvT van voorgaande jaren.<sup>1</sup> De Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek en beleidsinformatie (RPE) van 2006 stelt dat iedere operationele beleidsdoelstelling periodiek dient te worden doorgelicht. IOB voerde in 2007 een beleidsdoorlichting uit over de jaren 2004-2006. De beleidsdoorlichting waarop de voorliggende terms of reference betrekking hebben betreft de periode 2007-2011.

## 2 Achtergrond

### *Begripsomschrijving*

Seksuele en reproductieve gezondheid en rechten betreft het recht van iedereen -jong en oud, man en vrouw- om keuzes te maken inzake seksualiteit en reproductie, voor zover dit recht geen inbreuk maakt op de rechten van anderen. Dit recht omvat eveneens het recht op toegang tot de informatie en dienstverlening die deze keuzes mogelijk maken en de gezondheid optimaliseren.<sup>2</sup>

De WHO SRGR-strategie stelt dat SRGR de volgende elementen omvat. Deze zijn in de voorgestelde beleidsdoorlichting alle onderwerp van studie, en vormen de leidraad voor de thematische indeling van de beleidsdoorlichting.

- 1 De bevordering van antenatale, perinatale en postpartum zorg, met inbegrip van zorg voor de pasgeborene
- 2 Het voorzien in informatie over family planning en in goede dienstverlening op dit terrein.
- 3 Het uitbannen van onveilige abortussen
- 4 De bestrijding van seksueel overdraagbare ziekten, met inbegrip van hiv/aids
- 5 De bevordering van seksuele rechten. Hieronder valt onder meer de vrije keuze voor seksuele relaties, de bestrijding van aan sekse gerelateerd geweld (gender based violence) en het tegengaan van verminking van vrouwelijke geslachtsorganen (FGM) en bescherming van de rechten van seksuele minderheden.

SRGR van adolescenten en jongvolwassenen wordt in de WHO-strategie niet als apart element vermeld, maar krijgt in de beleidsdoorlichting wel specifieke aandacht. De reden is dat seksuele en

---

<sup>1</sup> In voorgaande jaren waren er aparte doelstellingen voor SRGR en hiv/aids.

<sup>2</sup> Er bestaat geen internationaal afgestemde definitie van SRGR; deze definitie is een door een Zweedse NGO ontwikkelde werkdefinitie. Op de International Conference for Population and Development (1994) is het begrip reproductieve gezondheid en rechten gedefinieerd; op Fourth International Conference on Women (1995) is daar een definitie over seksuele rechten aan toegevoegd.

reproductieve rechten van jongeren vaak niet worden erkend. Ook zijn zij kwetsbaar voor reproductieve gezondheidsproblemen en de reguliere dienstverlening is daar niet altijd op toegespitst.

Alle elementen hebben raakvlakken met de gezondheidssector, maar de mate waarin en wijze waarop dit het geval is varieert.<sup>3</sup> Prenatale zorg, de begeleiding bij de bevalling, de behandeling van complicaties tijdens en problemen na de geboorte zullen goeddeels binnen de gezondheidssector plaatsvinden. Preventieve activiteiten op deze gebieden betreffen zowel de gezondheidssector als andere sectoren, zoals onderwijs en water. De zorg voor de beschikbaarheid en de verstrekking van anticonceptie ligt deels op het terrein van de gezondheidssector. Het geven van voorlichting hierover geschiedt binnen de gezondheidssector, maar bijvoorbeeld ook in het onderwijs. Het uitbannen van onveilige abortussen is sterk afhankelijk van wetgeving inzake abortus, maar ook van voorlichting over en beschikbaarheid van anticonceptie en van het bestaan van gezondheidsfaciliteiten waar een veilige abortus kan worden uitgevoerd. De behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen en aids behoort tot de taken van de gezondheidssector, maar de preventie van hiv-overdracht bestrijkt een veel breder terrein. Het tegengaan van discriminatie van mensen met hiv en de opvang van de gevolgen van aids vallen eveneens zowel binnen als buiten de gezondheidssector. Voor de bevordering van seksuele rechten zijn bewustwording en wetgeving van essentieel belang. Bij de opvang van slachtoffers van seksueel geweld en van FGM speelt de gezondheidssector een belangrijke rol.

Uit een inventarisatie van impactstudies op het gebied van SRGR komt naar voren dat het eerste, tweede en vierde deelonderwerp het best onderzocht zijn. Het gaat daarbij vooral om interventies op beperkte schaal en veel minder om onderzoek naar sectorsteun of naar steun aan grootschalige programma's.<sup>4</sup>

#### *Nederlands SRGR-beleid*

De uitvoering van de Cairo-agenda van de International Conference on Population and Development (ICPD) in 1994, internationale verdragen en VN-resoluties en de millenniumdoelen inzake kindersterfte (nr. 4), moedersterfte (nr. 5) en de bestrijding van hiv/aids en andere ernstige ziekten (nr. 6) en internationale mensenrechtenverdragen vormen het internationale referentiekader voor het Nederlandse beleid.

Tot 2008 bestonden er verschillende aan de TK aangeboden aidsnotities. Voor SRGR waren er uitsluitend interne notities. Mede naar aanleiding van de beleidsdoorlichting (2007) verscheen in 2008 de beleidsnotitie *'Keuzes en Kansen. HIV/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srgr) in het buitenlands beleid'*. De focusbrief ontwikkelingssamenwerking (mei 2011) stelt dat SRGR één van de vier speerpunten van het beleid is. In een nadere uitwerking van de focusbrief (mei 2011) staat dat de Nederlandse inspanningen zijn gericht op het realiseren van universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. De brief benoemt drie resultaten die gedefinieerd kunnen worden als impact. Deze worden niet gekwantificeerd.

- Minder ongewenste zwangerschappen.
- Minder sterfte ten gevolge van zwangerschap en geboorte.
- Minder hiv-infecties.

---

<sup>3</sup> Wanneer in deze terms of reference gesproken wordt over de gezondheidssector, betreft het uitsluitend de formele gezondheidssector; bij de evaluatie van sectorsteun betreft het de publieke sector.

<sup>4</sup> Jurgens 2009. Ook evaluaties in Bangladesh en Nicaragua zijn hierin opgenomen.

De brief benoemt de volgende outcomes:

- Jongeren hebben betere kennis over seksualiteit, zwangerschap en hiv en kunnen zelf keuzes maken bij het aangaan van seksuele relaties, veilig vrijen en het gebruik van anticonceptie;
- De toegang tot en keuze uit kwalitatief goede anticonceptie, mannen- en vrouwencondooms, medicijnen, vaccins en andere medische middelen voor reproductieve gezondheid en hiv-preventie is verbeterd;
- De kwaliteit van en de toegang van iedereen, met inbegrip van *key populations*, tot publieke en private dienstverlening voor seksuele en reproductieve gezondheid inclusief veilige abortus en hiv/aids is verbeterd;
- Reproductieve rechten van allen, maar in het bijzonder van vrouwen en jongeren zijn wereldwijd en in partnerlanden onder de aandacht gebracht en bespreekbaar gemaakt en meer verankerd in beleid en wet- en regelgeving.

De brief stelt dat Nederland een internationale reputatie en unieke meerwaarde als een vooruitstrevende en standvastige pleitbezorger van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. De kracht van Nederland ligt in het opkomen voor mensenrechten en Nederland kaart heikele onderwerpen aan. Dit is gebaseerd op de eigen Nederlandse ervaring die aantoonbaar effectief is (zeer laag percentage tienerzwangerschappen; een van de laagste abortuscijfers wereldwijd; en weinig hiv onder nieuwe drugsgebruikers). In woorden van gelijke strekking stond dit ook in de notitie van 2008.

Voorts gaat de brief in op raakvlakken met het buitenlands beleid en op enkele dwarsdoorsnijdende thema's, zoals gender en goed bestuur. Ook de interventieniveaus komen aan de orde. Op mondiaal niveau is Nederland een pleitbezorger voor SRGR en tevens worden bijdragen geleverd aan internationale organisaties. Op bilateraal niveau is de inzet afhankelijk van het profiel dat een land is toegekend. Binnen het particuliere kanaal betreft het steun aan internationale ngo's, aan Nederlandse ngo's die zich richten op *key populations* en aan publiek-private partnerschappen.

#### *Uitgaven Gezondheid, SRGR en HIV/aids 2007 t/m 2011*

De uitgaven voor SRGR en HIV/aids<sup>5</sup> bedroegen gemiddeld 435 miljoen per jaar in de periode 2007 t/m 2011. Ongeveer een vijfde van de uitgaven werd in die periode besteed via *public sector institutions* en ruim de helft via het multilaterale kanaal. Het particuliere kanaal beslaat ongeveer een vierde van de uitgaven (zie figuur 1). Ongeveer 40 procent van de middelen via het particuliere kanaal gaat naar Nederlandse ngo's (via MFS), 40% gaat naar internationale ngo's en de overige middelen naar lokale ngo's.

UNFPA ontvangt ruim een derde van de bestedingen via het multilaterale kanaal; daarna volgen het Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (17%), de Wereldbank (14%) en UNAIDS (14%) als grootste ontvangers. De overige multilaterale organisaties/fondsen zijn WHO, the GAVI Fund (elk 8%) en UNICEF (3%).

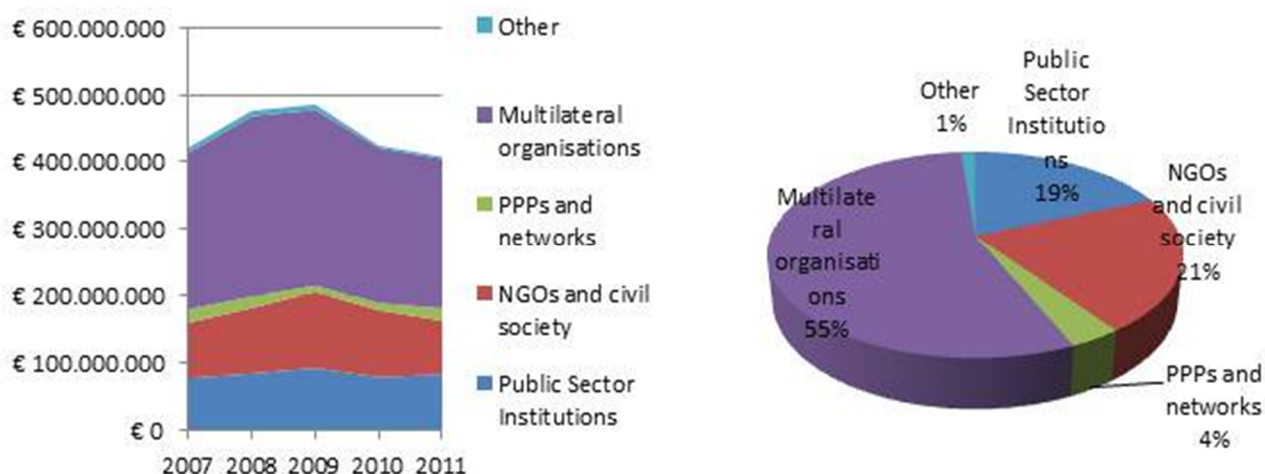
Bij deze gegevens dient te worden opgemerkt dat de bestedingen via het bilaterale kanaal goeddeels sectorsteun betreffen. Deze steunt omvat naast SRGR ook andere aspecten van

---

<sup>5</sup> Een halt aan de verspreiding van hiv/aids, malaria en andere levensbedreigende ziekten (OD 5.4); Een wereldwijde betrokkenheid voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) en het onverkort uitvoeren van de Cairo-agenda (OD 5.5).

gezondheid. Dit geldt ook voor een deel van de uitgaven via het multilaterale kanaal (WHO; UNICEF). In 2012 is het budget naar beneden bijgesteld. De beleidsdoorlichting beschrijft meer in detail de omvang van het budget en de veranderingen in de bestedingen gedurende de evaluatieperiode.

**Figuur 1 Uitgaven per kanaal voor Gezondheid, SRGR & HIV/aids<sup>6</sup> 2007-2011**



Bron: Piramide

### 3 Doel van de beleidsdoorlichting en onderzoeksvragen

Het doel van de evaluatie is tweeledig:

- Het afleggen van verantwoording over het gevoerde SRGR-beleid;
- Het identificeren van de factoren die van invloed zijn geweest op de effectiviteit van de inspanningen, opdat het beleid, indien en waar nodig, kan worden aangepast.

Centraal staat in hoeverre de in beleidsdocumenten benoemde doelen zijn bereikt en in hoeverre de ingezette instrumenten via de verschillende kanalen daar aan hebben bijgedragen. Ook de in beleidsdocumenten verwoorde visie op de juiste mix van kanalen komt daarbij aan de orde. De onderzoeksvragen volgen het stramien van een beleidsdoorlichting. Deze bestaat uit vijf componenten.

#### Beschrijving en analyse van het probleem

- 1) Welke veranderingen hebben de belangrijkste indicatoren op het gebied van de reproductieve gezondheid sinds 2005 laten zien? (onder meer kindersterfte; zuigelingensterfte; moedersterfte; voedingstoestand; gebruik van family planning; *unmet need*; tienerzwangerschappen; onveilige abortussen; prevalentie en incidentie van hiv; incidentie van andere seksueel overdraagbare aandoeningen; Kennis over hiv/FP; *female genital mutilation* FGM; geweld tegen vrouwen).

<sup>6</sup> Aan de hand van de CRS codes: 11220, 11230, 12110, 12181, 12182, 12191, 12220, 12230, 12240, 12250, 12261, 12262, 12263, 12281, 13010, 13020, 13030, 13040, 13081, 15150, 15160, 16010, 16064, 23050, 43010, 53040.

- 2) Zijn de verschillen met betrekking tot deze indicatoren tussen rijke en arme bevolkingsgroepen afgenomen? Wat is de trend (voor een aantal indicatoren) onder adolescenten?
- 3) Welke factoren vormen een belemmering voor een positieve trend?

*Beschrijving en motivering van de rol van de rijksoverheid?*

- 4) Op welke gronden berust de uitvoering van het SRGR-beleid bij de rijksoverheid en hoe zijn de verantwoordelijkheden voor het SRGR-beleid binnen BZ vastgelegd?

*Beschrijving van de onderzochte beleidsdoelstelling*

- 5) Op welke wijze is de operationele beleidsdoelstelling nader uitgewerkt?
- 6) In hoeverre en zijn er beoogde resultaten benoemd (mondiaal niveau; landen; projecten)?

*Inzet van budget*

- 7) Hoeveel middelen zijn ingezet voor SRGR, uitgesplitst naar kanaal (multilateraal; bilateraal; particulier) en hoe zijn de bilaterale middelen verdeeld over regio's?

*Inzet van instrumenten en effecten van de inzet*

- 8) Welke instrumenten heeft Nederland ingezet ten behoeve van SRGR? (onder meer onderhandelen; bilaterale diplomatieke contacten; steun aan VN-organisaties; sectorsteun; steun aan internationale ngo's; financiering van projecten in partnerlanden; MFS)?
- 9) Op welke gronden is de keuze voor instrumenten/mix van instrumenten en uitvoeringskanalen tot stand gekomen? In hoeverre heeft de Nederlandse inzet tijdens onderhandelingen bijgedragen aan het overeind blijven van de Cairo-agenda? Zijn de voor Nederland prioritaire onderwerpen ingebracht? Zo ja, op welke wijze en met welk resultaat? In hoeverre is er sprake van een meerwaarde van Nederland ten opzichte van andere landen?
- 10) In hoeverre heeft de Nederlandse inzet bijgedragen aan het bewerkstelligen van:
  - Meer kennis onder jongeren over seksualiteit, zwangerschap en hiv. Welke kanalen zijn in deze effectief geweest? Welke factoren hebben het resultaat in positieve of negatieve zin beïnvloed?
  - Verbetering van de toegang tot en keuze uit kwalitatief goede anticonceptie en medicijnen en andere medische middelen voor reproductieve gezondheid en hiv. Welke kanalen zijn in deze effectief geweest? Welke factoren hebben het resultaat in positieve of negatieve zin beïnvloed?
  - Verbetering van de kwaliteit van en de toegang, ook die van *key populations*, tot publieke en private dienstverlening voor seksuele en reproductieve gezondheid inclusief veilige abortus en hiv/Aids. Welke kanalen zijn in deze effectief geweest? Welke factoren hebben het resultaat in positieve of negatieve zin beïnvloed?
  - Het bespreekbaar maken van reproductieve rechten van allen, maar in het bijzonder van vrouwen en jongeren wereldwijd en in partnerlanden en een betere verankering van deze rechten in beleid, wet- en regelgeving. Welke kanalen zijn in deze effectief geweest? Welke factoren hebben het resultaat in positieve of negatieve zin beïnvloed?
- 11) In hoeverre is aantoonbaar dat het bereiken van deze resultaten (vraag 11) heeft bijgedragen aan minder ongewenste zwangerschappen, minder sterfte door zwangerschap en geboorte en minder hiv-infecties?

## 4 Afbakening en representativiteit

### *Periode*

De periode van evaluatie is 2007-2012. De begindatum is ingegeven door het verschijnen van de vorige beleidsdoorlichting (2005-2006). Bij de impactstudies (zie paragraaf 5) ligt de begindatum in enkele gevallen eerder (ingegeven door de beschikbaarheid van data en door een voorkeur voor meting over een periode van minimaal vijf jaar).

### *Thema's en kanalen van uitvoering*

De beleidsdoorlichting heeft betrekking op alle elementen van de SRGR-strategie van de WHO en op alle kanalen van uitvoering, behalve het publiek-private kanaal (m.u.v. het Schoklandfonds –een samenwerkingsverband van overheid, ngo's en bedrijfsleven– binnen de literatuurstudie ngo's).

Het onderzoek inzake het bilaterale kanaal betreft vijf landenstudies. De keuze van onderwerpen binnen de landen is zodanig dat alle elementen van de SRGR-strategie aan de orde komen. In drie landen (Bangladesh, Mali en Nicaragua) wordt of is impact onderzoek gedaan. De focus in Mali ligt op family planning en de studie richt zich zowel op de publieke sector als op de private non-profit sector. De focus in Nicaragua ligt op reproductieve rechten. De studie brengt de resultaten van een door een ngo uitgevoerd project inzake de preventie en behandeling van baarmoederhalskanker in kaart. In Bangladesh ligt de focus op het voorkomen van een onveilige abortus. De studie heeft betrekking op een project dat wordt uitgevoerd door een multilaterale organisatie in samenwerking met enkele ngo's. Voor twee landen (Ghana en Tanzania) is/wordt een literatuurstudie gedaan, aangevuld met interviews. In Ghana ligt de focus op moeder- en kindzorg en family planning en het onderzoek betreft de publieke sector en de private non-profit sector. In Tanzania ligt de nadruk op seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief hiv en het literatuuronderzoek betreft de publieke sector, multilaterale organisaties en de private non-profitsector.

Het onderzoek inzake het multilaterale kanaal omvat: 1) een onderzoek naar het onderhandelen over gevoelig liggende onderwerpen binnen de UNFPA; en 2) een evaluatie van de inspanningen van multilaterale organisaties die een omvangrijke vrijwillige algemene bijdrage van Nederland ontvangen. Dit onderzoek betreft alle elementen van de strategie, voor zover hierover evaluaties beschikbaar zijn. Het onderzoek berust op secundair materiaal, aangevuld met interviews.

De focus bij het onderzoek naar de resultaten van de steun aan internationale ngo's en aan ngo's met MFS-financiering ligt op heikele onderwerpen (zoals onveilige abortus en *harm reduction*) en op *key populations*. Er wordt gebruik gemaakt van secundair materiaal, aangevuld met interviews.

### *Representativiteit*

De evaluatie heeft naar schatting betrekking op minimaal 30% van de uitgaven voor SRGR en vormt een goede illustratie van NL inspanningen op het gebied van SRGR. In Nicaragua wordt het enige door Nederland gesteunde programma op het gebied van preventie van baarmoederhalskanker onderzocht en de studie is daarmee representatief. In Mali is de studie representatief voor de inspanningen op het gebied van family planning in Mali. De bijdrage van Nederland aan de resultaten is groot, want Nederland is een belangrijke donor. In Bangladesh wordt het enige NL gesteunde bilaterale project op het gebied van het voorkomen van onveilige abortus onder de loep genomen en het onderwerp van studie bestrijkt een substantieel deel van de uitgaven. Daarmee is de studie representatief. De literatuurstudies Ghana is representatief voor de SRHR inspanningen

op het gebied van moeder- en kindzorg en family planning. Nederland is een belangrijke donor in dat land. In Tanzania is de literatuurstudie representatief voor inspanningen op het gebied van hiv/aids. Nederland is een belangrijke donor. Bij de deelstudie ngo's wordt gestreefd naar volledige dekking. Als er voldoende evaluaties van goede kwaliteit zijn, is de studie representatief. De deelstudies multilaterale organisaties en beleidsbeïnvloeding onderzoeken slechts een deel van de inspanningen. De studies vormen een goede illustratie van de NL inzet, maar zijn niet representatief.

## 5 Aanpak

De beleidsdoorlichting synthetiseert een aantal deelstudies:

- 1) Literatuurstudie inzake problematiek SRGR (gaande). Beantwoording van onderzoeksvragen 1-3.
- 2) Beleidsreconstructie. Deze bestaat uit literatuur- en archief onderzoek (beleidsnotities; TK-documentatie; correspondentie inzake MJSP's), aangevuld met interviews met medewerkers beleidsafdeling (gaande). Beantwoording van onderzoeksvragen 4-9.
- 3) Literatuurstudie Ghana (afgerond) en Tanzania (gaande). Beantwoording onderzoeksvragen 11 en 12
- 4) Drie impactevaluaties: Mali en Nicaragua (gaande) en Bangladesh (onderzoeksvoorstel vrijwel afgerond; onderzoek nog niet gestart). Voor de methodologie wordt verwezen naar de TOR Impact evaluatie seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in Bangladesh, Mali en Nicaragua. Beantwoording onderzoeksvragen 11 en 12. Meer informatie over de methoden van onderzoek staat in annex 1.
- 5) Beleidsbeïnvloeding inzake 'heikele onderwerpen' en *key populations*, binnen UNFPA en UNAIDS. Via archiefonderzoek en interviews wordt nagegaan in hoeverre de voor Nederland prioritaire aandachtsvelden zijn ingebracht tijdens de bespreking van de meerjarenstrategieën van UNFPA en UNAIDS en met welk resultaat. De bronneninstructies voor vergaderingen, staf van de betrokken internationale organisaties, vertegenwoordigers van BZ en van de PV, alsmede vertegenwoordigers van de PV van enkele overige landen. Beantwoording onderzoeksvraag 10. Vooronderzoek (dossiers) recentelijk gestart.
- 6) Literatuurstudie inzake resultaten van inspanningen van multilaterale organisaties (gaande). Het betreft UNFPA, UNICEF en het Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM), WHO en UNAIDS. Het onderzoek bestaat in eerste instantie uit het inventariseren van evaluaties en het beoordelen op kwaliteit. De kwalitatief voldoende beoordeelde samenvattingen worden vervolgens samengevat. De onderzoeksvragen vormen de leidraad. Beantwoording onderzoeksvragen 11-12.
- 7) Literatuurstudie over de resultaten van de inspanningen van internationale ngo's en organisaties die MFS-financiering krijgen (vooronderzoek afgerond; aanvang onderzoek voorzien voor medio mei). De evaluaties van ngo's worden beoordeeld op kwaliteit en de kwalitatief goed beoordeelde evaluaties worden vervolgens samengevat. De onderzoeksvragen vormen het stramien voor de samenvatting. Beantwoording onderzoeksvragen 11 en 12.

De tabel laat zien op welke elementen van de SRGR-strategie de focus ligt in de deelstudies.

Deelstudie	Perinatale/ maternale gezondheid	Family planning	Eliminatie onveilige abortus	SOA's en hiv/aids	Seksuele en reproductieve rechten
Problema- tiek	X	X	X	X	X
Beleids- reconstructie	X	X	X	X	X
Lit. studie Ghana	X	X			
Lit. studie Tanzania				X	
Impacteval. Bangladesh			X		
Impacteval. Mali		X			
Impacteval. Nicaragua					X
Beleids- beïnvloeding		X	X		
Lit.studie MO's	X	X		X	X
Lit.studie ngo's			X	X	X

## 6 Outline syntheserapport

- H1 Inleiding: aanleiding voor het onderzoek, doel van de beleidsdoorlichting, hoofdvragen van onderzoek en korte uiteenzetting over methoden van gegevensverzameling. Kort hoofdstuk; 2-3 pp)
- H2 Beschrijving van de problematiek (samenvatting deelstudie 1; kort hoofdstuk).
- H3 Rol van de rijksoverheid. Motivering betrokkenheid rijksoverheid (internationale verplichtingen aangegaan; zelfde redenering als in beleidsdoorlichting 2007). Kort hoofdstuk.
- H4 Overzicht beleidsontwikkeling en inzet budget plus motivering voor de inzet (samenvatting deelstudie 2).
- H5 Antenatale, perinatale en postpartum zorg: inzet van instrumenten en resultaten. Bouwstenen vormen de literatuurstudie Ghana en de literatuurstudie internationale organisaties.
- H6 Family planning: inzet van instrumenten en resultaten. Bouwstenen vormen de impactevaluatie Mali; de deelstudie beleidsbeïnvloeding (met name wb f.p. voor adolescenten) en de literatuurstudie internationale organisaties.



- H7 Preventie van onveilige abortus: inzet van instrumenten en resultaten. Bouwstenen vormen de evaluatie Bangladesh, de deelstudie beleidsbeïnvloeding en de literatuurstudie internationale ngo's/MFS.
- H8 Preventie en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen, incl. hiv/aids: inzet van instrumenten en resultaten. Bouwstenen vormen de literatuurstudie Tanzania, de deelstudie beleidsbeïnvloeding en de literatuurstudies multilaterale organisaties (m.n. Global Fund) en de literatuurstudie internationale ngo's/MFS.
- H9 Seksuele en reproductieve rechten: inzet van instrumenten en resultaten. Bouwstenen vormen de impactevaluatie Nicaragua en de literatuurstudie internationale ngo's/MFS.
- H10 Conclusies: dit hoofdstuk spreekt zich uit over de mate waarin instrumenten in samenhang zijn ingezet en beantwoordt op basis van de bevindingen uit H5-H9 de vragen over outcome en impact (11 en 12). Tevens wordt een poging gedaan om te beoordelen welke instrumenten en kanalen het meest effectief zijn geweest voor de verschillende thema's.

## 7 Organisatie

Het IOB-team bestaat uit Marijke Stegeman (inspecteur, eerstverantwoordelijke), Saskia Hesta (onderzoeksmedewerker) en Erin Kuiper (stagiaire). Voor de impactevaluatie Mali en Nicaragua is via een aanbestedingsprocedure een extern onderzoeksteam gecontracteerd. IOB heeft de eerste fase van de studie in Bangladesh uitgevoerd en een onderzoeksinstituut uit Bangladesh gecontracteerd voor uitvoering van de tweede fase. Voor de literatuurstudie IO's en Global Fund is een externe onderzoeker gecontracteerd (directe gunning). Hetzelfde geldt voor de literatuurstudie inzake internationale ngo's en ngo's die financiering krijgen via MFS. IOB voert de overige deelstudies zelf uit en schrijft het syntheserapport.

Een referentiegroep, onder voorzitterschap van directeur IOB, begeleidt de beleidsdoorlichting. De referentiegroep bestaat uit Rebekka van Roemburg (hoofd DSO/GA) en uit twee externe deskundigen (mw. Wiebenga en dhr. Baltussen). Voor de bespreking van de diverse impactevaluaties worden aan de referentiegroep toegevoegd de landenspecialist van de regiodirectie en de gezondheidsdeskundige van DSO/GA die het betrokken land in portefeuille heeft. Phil Compennolle en Jan Klugkist zijn meelezers IOB.

## 8 Producten

De beleidsdoorlichting wordt cf. regelgeving aangeboden aan de TK en daarna openbaar gemaakt. Voorzien is daarnaast een aparte publicatie van de impactstudie Nicaragua. Van de impactstudies Bangladesh en Mali en van de samenvattingen van de evaluaties van internationale organisaties en ngo's wordt bezien of deze een IOB-publicatie worden, dan wel onder auteursnaam op het web worden geplaatst. Van de overige studies is geen publicatie voorzien (verantwoording van bevindingen in noten).

## 9 Planning

<b>Deelstudie</b>	<b>2012 Kw1</b>	<b>2012 Kw2</b>	<b>2012 Kw3</b>	<b>2012 Kw4</b>	<b>2013 Kw1</b>	<b>2013 Kw2</b>
Problematiek	afgerond					
Beleid		x				
Impact Ghana	afgerond					
Impact Tanzania	x	X				
Impact Mali	X	x				
Impact Nicaragua	x	x				
Impact Bangladesh	x	x	x	x		
Beleidsbeïnvloeding		x	x	x		
Int. organisaties	x	x	x			
ngo's		x	x			
Synthese				x	x	
Afronding publicatie						x