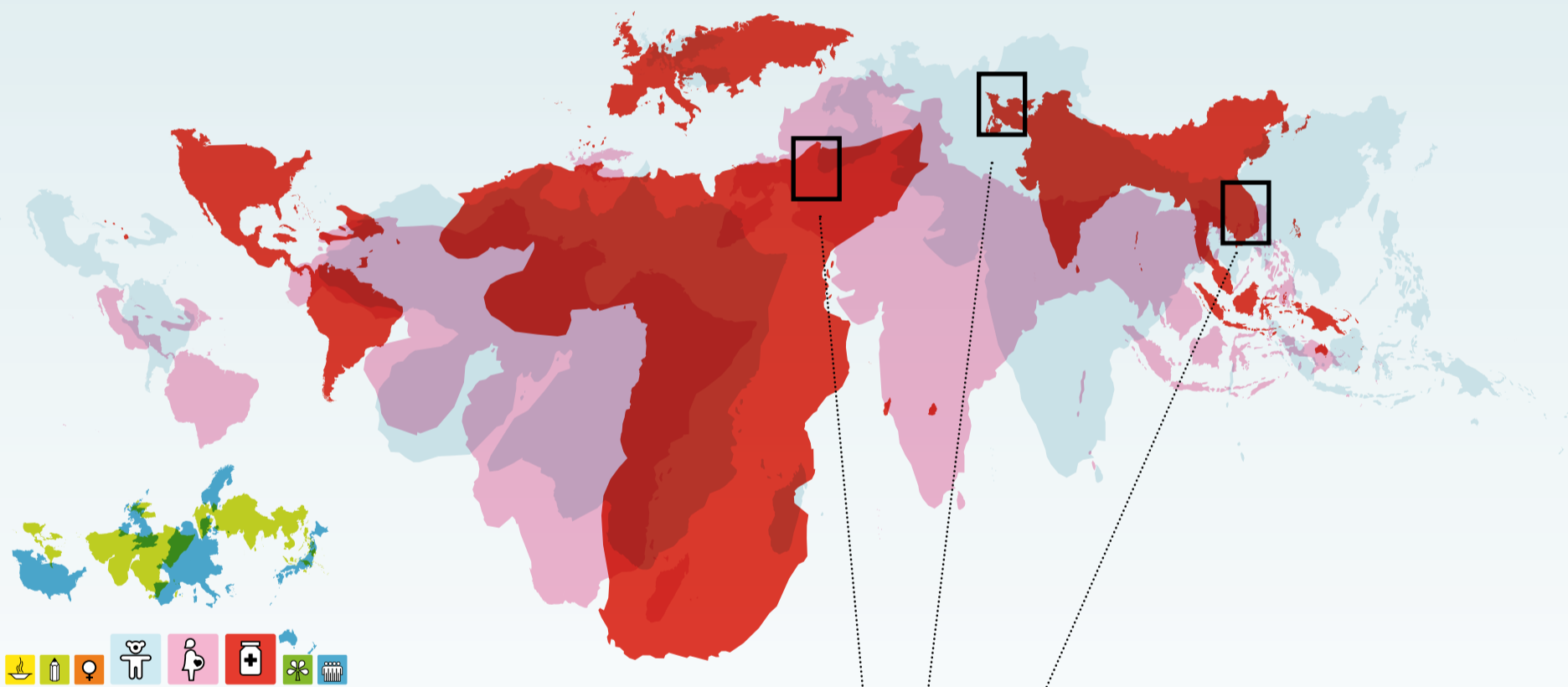


MDG 4, 5 & 6

De gezondheids-millenniumdoelen



4.1 Inleiding	96	4.4 MDG 6: terugdringen van HIV/Aids, malaria, tuberculose en andere ziekten	114
4.1.1 Drie doelen voor een gezondere wereld	96	4.4.1 Inleiding	116
4.1.2 Een goed gezondheidssysteem	98	4.4.2 Algemene voortgang en trends: impact	118
4.1.3 Financiële inzet	99	4.4.3 Resultaten op landenniveau	119
4.1.4 De resultaatketen voor de gezondheidsmillenniumdoelen	99	4.4.4 Donorinzet: beter voorkómen	121
4.2 MDG 4: sterke afname kindersterfte	100	4.5 Landencases	123
4.2.1 Inleiding: kindersterfte daalt enorm	102	4.5.1 Kazachstan	124
4.2.2 Algemene voortgang en trends: impact	102	4.5.2 Ethiopië	128
4.2.3 Resultaten op landenniveau	102	4.5.3 Vietnam	132
4.2.4 Donorinzet: gezondheid in een breder perspectief	105		
4.3 MDG 5: verbetering van de gezondheid van moeders	106	4.6 Conclusies	136
4.3.1 Inleiding: : gezonde, goed opgeleide moeders	108		
4.3.2 Algemene voortgang en trends: impact	110		
4.3.3 Resultaten op landenniveau	110		
4.3.4 Donorinzet: strategisch werken aan SRGR	113		

4.1

Inleiding

4.1.1

Drie doelen voor een gezondere wereld

Maar liefst drie MDG's richten zich op gezondheid. 'De gezondheidsmillenniumdoelen', zo worden MDG 4, 5 & 6 dan ook wel genoemd. Ze staan voor het terugdringen van sterfte bij kinderen (MDG 4), het verbeteren van gezondheid van vrouwen en moeders (MDG 5), en het bestrijden van belangrijke ziektes zoals HIV/Aids, tuberculose en malaria (MDG 6). Gezondheid staat centraal in de acht millenniumdoelen en heeft alles te maken met bijvoorbeeld extreme armoede, honger en genderongelijkheid. Veel is al bereikt, maar juist op het gebied van moedersterfte, MDG 5, is nog een enorme inzet nodig.

In dit hoofdstuk worden aan de hand van één resultaatketen de resultaten van de drie gezondheidsmillenniumdoelen geschetst. Deze doelen zijn onderling nauw met elkaar verbonden: voortgang of tegenspoed bij één heeft invloed op de andere. Daarom worden de drie doelen ook in één hoofdstuk behandeld.

Veel organisaties zijn met Nederlandse steun op deze terreinen actief, maar niet alle maatschappelijke organisaties kunnen in de voorbeelden aan bod komen. Deze rapportage is in samenwerking met enkele NGO's tot stand gekomen¹. Naast dit particuliere kanaal worden ook het bi- en multilaterale kanaal toegelicht.

Ter verdieping en om de behaalde resultaten in de goede context te plaatsen, zijn aansluitend op de drie gedeeltes over MDG 4, 5 en 6 de recente ontwikkelingen in een aantal landen toegelicht: Kazachstan, Ethiopië en Vietnam. Met uitzondering van Kazachstan zijn dit partnerlanden. Hiernaast worden in tekstboxen voorbeelden uit landen belicht, zoals Nicaragua en Tanzania. Deze landenkeuze betreft een dwarsdoorsnede van de landen waar Nederland actief is in elk relevant werelddeel, met de nadruk op Afrika.

Door de jaren heen is grote vooruitgang geboekt bij het tegengaan van kindersterfte, MDG 4. Stierven er in 1960 nog bijna 13 miljoen van de ongeveer 430 miljoen kinderen onder de vijf jaar, in 2007 waren dit er 9,2 miljoen van de 630 miljoen kinderen onder de vijf jaar wereldwijd.^{2,3} Dit is een opmerkelijke vooruitgang. Het doel is om in 2015 uit te komen op een

derde van de kindersterfte (per duizend levendgeborenen) van 1990, wat neerkomt op 4,3 miljoen kinderen.

MDG 5 gaat over de gezondheid van moeders en de toegang van iedereen tot reproductieve gezondheid. Dit is het gezondheidsmillenniumdoel waar de minste vooruitgang op is geboekt. Wereldwijd is de moedersterfte sinds 1990 met minder dan één procent per jaar afgenomen. In 1990 stierven zo'n 576 duizend zwangere vrouwen, in 2005 was dit aantal gedaald tot 536 duizend. Er zijn aanzienlijke regionale verschillen waarbij 99 procent van de sterfgevallen ten gevolge van zwangerschap of geboorte in ontwikkelingslanden plaats heeft, vooral in Afrika en Azië.⁴

Verlaging van de moedersterfte hangt nauw samen met het goed functioneren van de reguliere gezondheidszorg. Daarbij moeten zwangere vrouwen goed worden voorgelicht en begeleid. De resultaten laten zien dat op sommige essentiële onderdelen vooruitgang is geboekt, bijvoorbeeld in het gebruik van anticonceptie en de begeleiding tijdens zwangerschap, terwijl de zorg tijdens en na de bevalling nog veel tekortkomingen laat zien. En juist rond de bevalling ontstaat niet alleen de meeste moedersterfte, maar ook een belangrijk deel van de kindersterfte (neonatale sterfte⁵). De landencase over Ethiopië laat dit ook zien.

MDG 6 heeft tot doel HIV/Aids, tuberculose, malaria en andere ziektes terug te dringen. De laatste jaren is op dit terrein veel bereikt. Het aantal aidspatiënten dat toegang heeft tot anti-retrovirale behandeling is vertienvoudigd van 240 duizend in 2003 naar bijna 3 miljoen in 2007. Daardoor sterven er minder mensen aan Aids. Het aantal nieuwe infecties is gedaald van 3 miljoen in 2001 naar 2,7 miljoen in 2007.⁶

HIV/Aids en tuberculose zijn nauw met elkaar verbonden. HIV-positieve mensen zijn vatbaarder voor tuberculose (TB). De HIV/Aids-epidemie heeft dan ook bijgedragen aan een forse toename van tuberculose. Voor het opsporen en succesvol behandelen van tuberculosepatiënten worden de streefcijfers gehaald. Maar de verlaging van de sterfte ten gevolge van TB blijft achter bij de streefcijfers.

Ook de strijd tegen malaria begint langzaam zijn vruchten af te werpen, waarbij voor het Global Fund to fight Aids, TB and Malaria (GFATM of Global Fund) een belangrijke rol is weggelegd. Met insecticide behandelde muskietennetten zijn een essentieel preventief wapen om besmetting met malaria tegen te gaan. De G8-doelstelling om voor 2010 100 miljoen van deze netten uit te delen, heeft een belangrijke impuls gegeven: in 2008 zijn er al 70 miljoen bednetten verspreid.⁷

Het malariaprobleem illustreert treffend hoe de gezondheidsmillenniumdoelen verbonden zijn. Een tiende van de kindersterfte wordt veroorzaakt door malaria. Bij MDG 5 geven cijfers van het United Nations Children's Fund (Unicef) aan dat zo'n 50 miljoen zwangere vrouwen wereldwijd per jaar malaria krijgen. Dit draagt direct bij tot moedersterfte, maar ook indirect, omdat de bloedarmoede als gevolg van malaria een verhoogd risico geeft bij bevalling.⁸

Figuur 4.1 Resultaatketen voor de gezondheidsmillenniumdoelen

Impact

Kindersterfte en moedersterfte zijn afgenomen, er is universele toegang tot reproductieve gezondheid en HIV/Aids preventie, zorg en behandeling, en de verspreiding van HIV/Aids, tuberculose en malaria is teruggedrongen.

Sector Outcome

- Toegenomen kennis heeft houding en gedrag van mensen ten aanzien van gezondheid verbeterd
- Ziekte en ongewenste zwangerschappen worden beter voorkomen
- Effectieve behandeling wordt breed gebruikt

Sector Output / Pleitbezorging

- Draagvlak en politieke betrokkenheid is toegenomen
- Doelgroepen (b.v. vrouwen, jongeren, HIV+) en relevante beroepsgroepen participeren in beleidsvorming
- Intersectorale samenwerking is bevorderd, andere publieke actoren nemen gezondheidsbevorderende maatregelen (b.v. verkeersveiligheid, onderwijs: seksuele voorlichting)

Sector Output / Capaciteit

Aanbod dienstverlening:

- Effectieve diensten zijn eerlijk verdeeld, toegankelijk en afgestemd op doelgroepen (b.v. zwangere vrouwen en pasgeborenen)
- Middelen (voor preventie en behandeling) zijn ontwikkeld en universeel beschikbaar: gezondheidswerkers, medicijnen etc.
- Toegang tot en kwaliteit van voorlichting is toegenomen
- Actoren uit de private sector en NGO's voorzien complementair in dienstverlening (b.v. HIV/Aids workplace policies, seksuele voorlichting)

Capaciteitsversterking:

- Betere organisatie gezondheidszorg: goed op elkaar afgestemde management en administratie systemen
- Lobbycapaciteit van civil society is versterkt (b.v. opkomen voor de belangen van kwetsbare groepen)
- Meer evidence-based onderzoek wordt uitgevoerd in landen zelf
- Toename van het aantal en kwaliteit lokale opleidingscentra

(Donor Output) Inzet NL'se OS / Pleitbezorging

- Agendering in beleidsdialoog en beleidsbeïnvloeding op diverse terreinen (zoals toegang tot veilige abortus)
- Stimulering brede participatie actoren in beleidsontwikkeling
- Bestuurlijke inbreng

(Donor Output) Inzet NL'se OS / Capaciteit

- Aansluiting donoren bij landeigen beleid, plannen en uitvoering
- Harmonisatie van donoren op landenniveau
- Technische assistentie, informatievoorziening en analyses (b.v. UNICEF: *State of the World's Children Report*, 2009)

(Donor Output) Inzet NL'se OS / Dienstverlening

- Directe ondersteuning van lokale dienstverlening (bijv. humanitaire hulp)
- Productontwikkeling op mondiaal niveau met allerlei partnerschappen (Schokland hittebestendig Oxytocine)

Input

(Financieel/niet-financieel)

4.1.2

Een goed gezondheidssysteem

Een belangrijke voorwaarde voor het behalen van de gezondheidsdoelstellingen is een goed functionerend gezondheidssysteem. Goed geleide klinieken en ziekenhuizen dienen te beschikken over kwalitatief goed en voldoende personeel, de juiste medicijnen en apparatuur. De bredere gezondheidssector dient zodanig georganiseerd te zijn dat mensen toegang hebben tot betaalbare, kwalitatief goede zorg en preventie. Vooral bij MDG 5 wordt duidelijk dat een goed functionerend verwijsstelsel van levensbelang is, juist voor vrouwen. Via verschillende kanalen draagt Nederland hieraan bij, hetgeen geleid heeft tot duidelijke verbeteringen. Voorbeelden daarvan zijn het *Health Service Extension Program* (HSEP) in Ethiopië waar het gezondheidspersoneel met 25.000 gezondheidswerksters is uitgebreid en Tanzania waar de hulp heeft bijgedragen aan een betere medicijnvoorziening en efficiënter werkende gezondheidscentra. Bij de behandeling van de individuele MDG's en in landencases wordt hier verder op ingegaan. Gezondheid vereist een brede aanpak van maatregelen, binnen de sector maar ook daarbuiten. Bijdragen van Nederland op het terrein van onderwijs, water en sanitatie leveren een directe bijdrage aan het behalen van de gezondheidsmillenniumdoelen. In de betreffende hoofdstukken zijn voorbeelden daarvan opgenomen.

De laatste jaren laten een stijging zien van de ontwikkelingshulp aan gezondheid. Deze stijging is noodzakelijk, maar nog ontoereikend voor het behalen van de MDG's.

Afrikaanse overheden hebben onderling in 2005 afgesproken minimaal vijftien procent van hun beschikbare begroting aan gezondheid te besteden. Veel landen blijven echter achter bij deze afspraak.

Bovendien is de effectiviteit waarmee de hulp wordt ingezet een factor van belang. Thema's als voorspelbaarheid van de hulp, het stroomlijnen van beleid door donor (harmonisatie) en goede aansluiting bij nationale prioriteiten en processen vormen grote uitdagingen. De architectuur van de hulp is sterk gefragmenteerd: zo'n 25 procent van de officieel ontwikkelingshulp voor gezondheid verloopt via mondiale en regionale initiatieven.⁹

Op het terrein van effectiviteit van de bilaterale hulp, van overheid naar overheid, is vooruitgang geboekt. De sectorale benadering, waarbij gekozen is voor hulp aan een of enkele sectoren, is het leidende principe in de bilaterale inzet. Er is sprake van grotere voorspelbaarheid van de hulp (via meerjarige toezeggingen en de ontwikkeling van innovatieve vormen van financiering), van het meer stroomlijnen van de activiteiten van donoren (harmonisatie), betere aansluiting van de hulp bij het nationale beleid en systemen en meer verantwoording over de behaalde resultaten, zowel van donoren als ontvangende landen. Een belangrijk moment in 2008 was de internationale ministeriële bijeenkomst in Accra waar de principes van de effectiviteit van de hulp zoals deze in 2005 in Parijs zijn overeengekomen, zijn aangescherpt. Zwakke punten waren de resultaatgerichtheid, de geringe deelname van NGO's en private sector en het onvoldoende wederzijds rekenschap afleggen.¹⁰ In het hoofdstuk over MDG 8 wordt de voortgang van de effectiviteit van de hulp nader toegelicht.

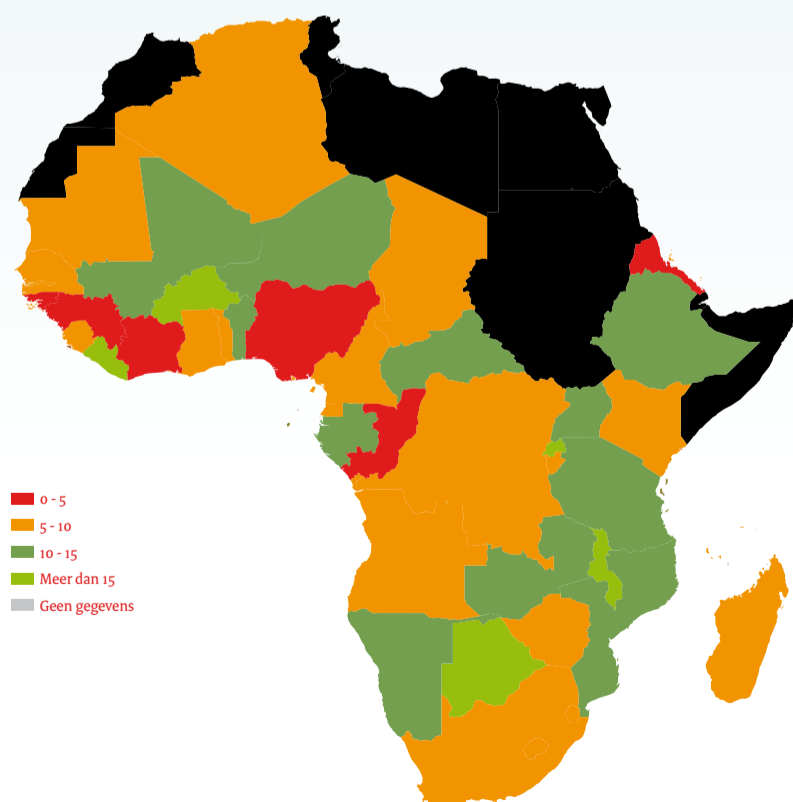
Sinds 2008 wordt via het International Health Partnership (IHP+) getracht de sectorale benadering een stap verder te brengen door de ontwikkeling van de Country Compact, een overeenkomst tussen overheid, bilaterale donoren, multilaterale or-

ganisaties, mondiale gezondheidsinitiatieven en maatschappelijke organisaties. De overeenkomst moet als basis dienen voor een gezamenlijk ondersteuning en uitvoering van het nationale beleid. In 2008 zijn dergelijk overeenkomsten getekend voor o.a. Ethiopië en Mozambique, twee landen waar Nederland steun verleent aan de gezondheidsector. De meerwaarde van deze 'compacts' wordt sterk bepaald door de uitgangssituatie in de landen. De landencase van Ethiopië gaat hier nader op in.

Ten slotte is het zaak voor ogen te houden dat het realiseren van de gezondheidsmillenniumdoelen niet alleen afhankelijk is van investering in de gezondheidssector. Vooruitgang is ook afhankelijk van de bredere economische ontwikkeling van een land. Zo is bekend dat per land de levensverwachting hoger is naar gelang het Bruto Nationaal Product hoger is. Het recente rapport van de Commission on Social Determinants of Health (Commissie van Sociale Determinanten voor Gezondheid) van de WHO stelt bovendien nadrukkelijk dat een eerlijke verdeling van economische groei van belang is voor het behalen van de sociale doelstellingen. Zo draagt de mate van verschil tussen arm en rijk – de armoedekloof – op zich bij tot een lagere gezondheidsstatus en daarmee tot een gemiddeld lagere levensverwachting. De gezondheidsindicatoren van de MDG 4, 5 en 6 zijn als het ware een kanarie in de kolenmijnen: ze waarschuwen voor sociale onrechtvaardigheid en oneerlijke verdeling.

Figuur 4.2
Aandeel (%) van de overheidsuitgaven gebruikt voor de gezondheidszorg in Afrika (2006)

(bron: WHO database)



4.1.3

Financiële inzet: meer geld voor gezondheid

Wereldwijd valt er een toename te signaleren van nationale en internationale middelen die beschikbaar zijn voor gezondheidszorg. De OECD laat zien dat van de officiële ODA-middelen voor gezondheid in 2006 (waar privé-fondsen niet inbegrepen zijn) 65 procent, dus ruim 8 miljard dollar, aan algemene en basisgezondheid wordt besteed, terwijl het resterende deel naar seksuele en reproductieve gezondheid en HIV/Aids gaat. Van de totale Nederlandse officiële ontwikkelingshulp (ODA) wordt 5,5 procent besteed aan directe verbetering van gezondheid en dus aan MDG 4, 5 en 6.

Op het gebied van gezondheid geeft Nederland bilaterale steun aan twaalf partnerlanden. Nederland heeft in totaal 33 partnerlanden waarmee een overheidsrelatie bestaat.

Binnen het particuliere kanaal geeft Nederland financiële steun aan tal van organisaties, zowel internationaal en als in Nederland. Zo zijn belangrijke Nederlandse partners onder andere de bekende medefinancieringsorganisaties, maar ook meer specifieke organisaties zoals AFEW, NRK, Stops Aids Now, KNCW, Worldvision, Simavi, Liliane fonds, Choice en WPF. Internationaal zijn dat bijvoorbeeld International Planned Parenthood Federation (IPPF) en Population Services International (PSI).

De afgelopen jaren werd ongeveer 30 procent van de beschikbare OS-middelen voor gezondheid via het particuliere kanaal geïnvesteerd. Het bilaterale kanaal neemt iets meer dan een kwart voor haar rekening, het multilaterale kanaal 43 procent. Belangrijke begunstigen van het multilaterale kanaal zijn, UNAIDS, UNFPA, WHO, UNICEF en daarnaast GAVI en het GFATM (zie afkortingenlijst).

De jaarlijkse toename in de uitgaven voor gezondheid varieert van 9 procent in 2007 tot 6 procent in 2008. Overeenkomstig met de beleidsprioriteiten komt het overgrote deel ten goede aan de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR, ofwel alles wat met rechten en gezondheid rond seksualiteit en voorplanting te maken heeft) en HIV/Aids.

Wat betreft de financiering van onderzoek en ontwikkeling van nieuwe diagnostiek en behandeling van zogenaamde 'veronachtzaamde ziekten', waar ook HIV/Aids, TB en malaria onder vallen, wordt Nederland internationaal als vierde belangrijkste donor genoemd met ruim 34 miljoen dollar in 2008 (rapport *G-Finder*¹¹).

4.1.4

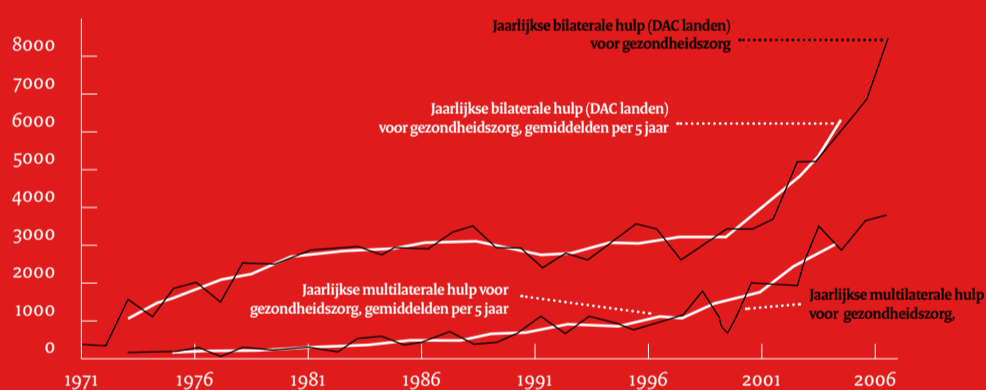
De resultaatketen voor de gezondheidsmillenniumdoelen

In figuur 4.1 staat de resultaatketen voor gezondheid in het algemeen. Per millenniumgezondheidsdoel zal deze algemene keten apart in een tekstbox worden toegelicht.

Belangrijk is dat *impact* gaat over gezondheidswinst op langere termijn. *Outcome* gaat vooral over gezond gedrag en gebruik van effectieve diensten. *Outputs* zijn resultaten die in de directe invloedssfeer van de sector of de donor vallen. Ze hebben betrekking op pleitbezorging, beschikbaarheid van daadwerkelijke dienstverlening en de capaciteit om deze ook te leveren. *Inputs* gaan over beschikbare middelen: voornamelijk geld en menskracht.

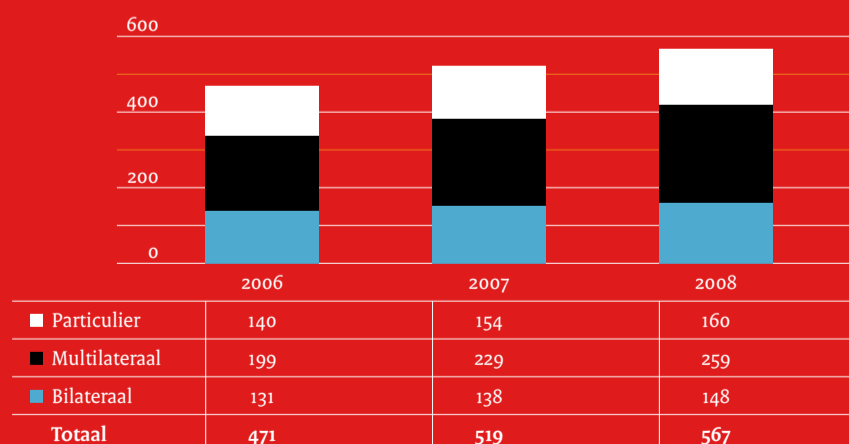
- 1 *Stitching Stop AIDS Now!*, Oxfam/Novib, Cordaid, KNCV Tuberculosefonds, VSO Nederland, AIDS Foundation East-West (AFEW), World Population Foundation (WPF)
- 2 Press release UNICEF 12/9/08
- 3 Population Reference Bureau 2008 World Population Data Sheet. (www.prb.org)
- 4 Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank
- 5 Neonatale sterfte: kindersterfte tot vier levensweken na de geboorte.
- 6 UNAIDS, 2008 Report on the global AIDS epidemic
- 7 GFATM, <http://www.theglobalfund.org/en/malaria/>
- 8 2009 Unicef State of the world's children: maternal and neonatal health
- 9 OECD/DAC
- 10 Effective Aid, Better Health. HLF Accra, Sept. 2008 (WB, OECD, WHO)
- 11 *G-Finder* (2008): 'Neglected disease research and development: How much are we really

Figuur 4.3 Trends in ODA uitgaven voor de gezondheid, 1973-2006 (constante 2006 prijzen, US\$ / mln (US\$)) (Bron: OECD/DAC)



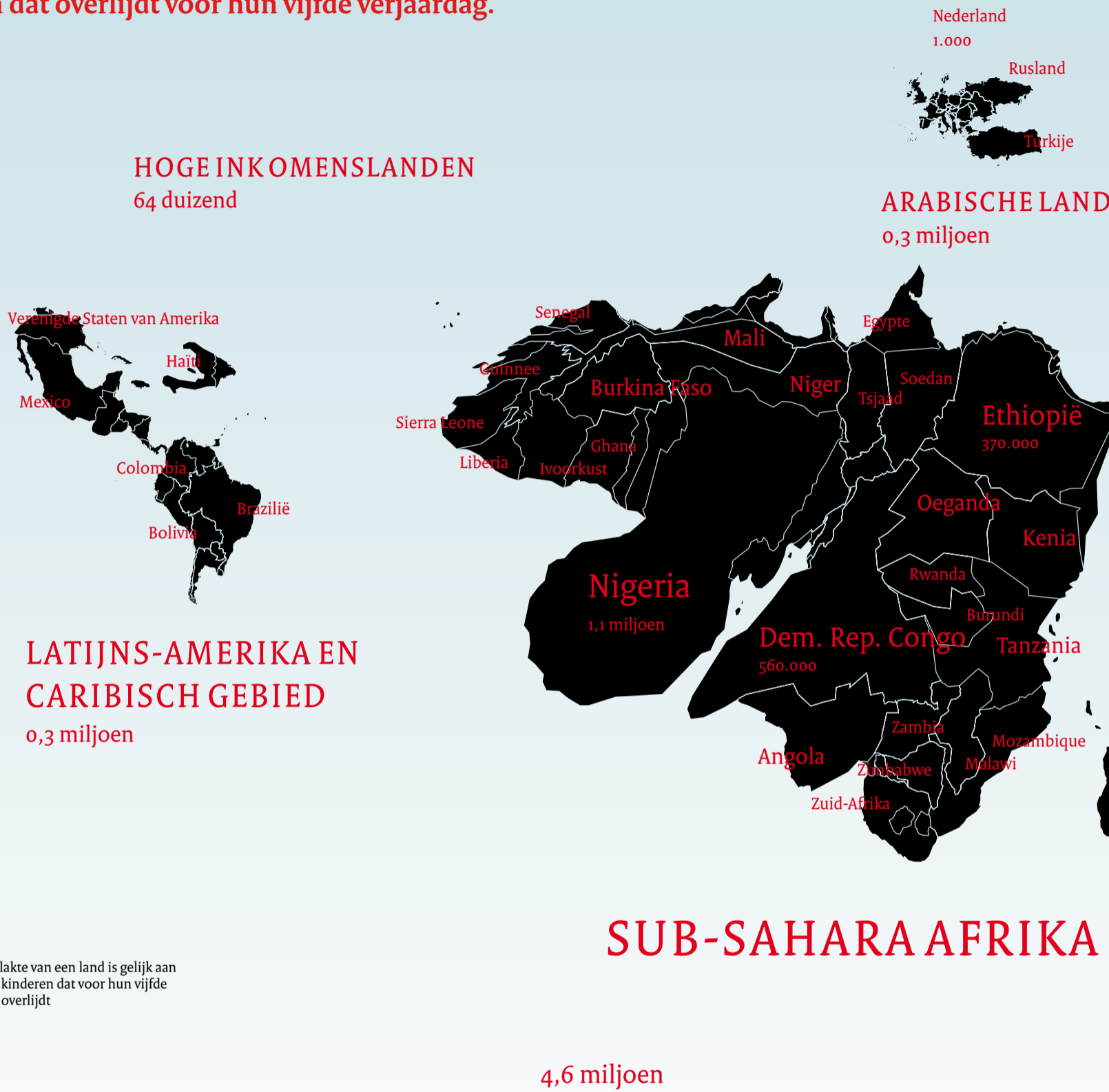
Figuur 4.4 Uitgaven MDG 4, 5 en 6 per kanaal (Mln EUR)

(bron: Ministerie van Buitenlandse Zaken (FEZ))



Doel 4: Minder kindersterfte

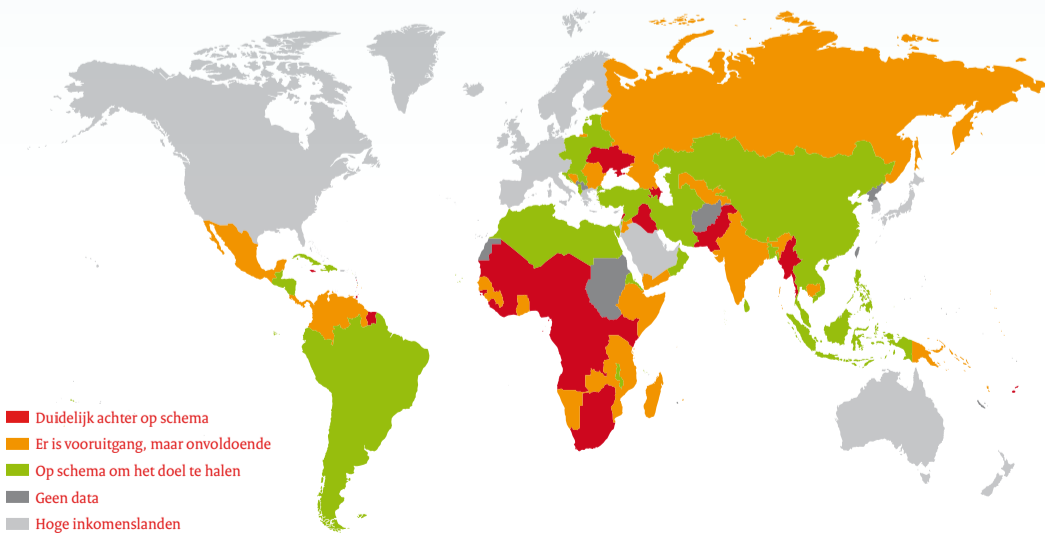
Het aantal kinderen dat overlijdt voor hun vijfde verjaardag.
Totaal: 9,6 miljoen



De oppervlakte van een land is gelijk aan het aantal kinderen dat voor hun vijfde levensjaar overlijdt

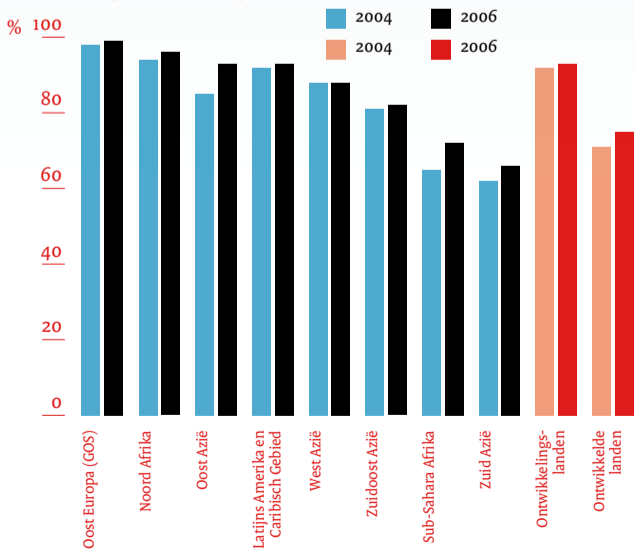
Terugbrengen kindersterfte tot een derde: halen landen dit doel?

(Bron: United Nations Statistical Division)

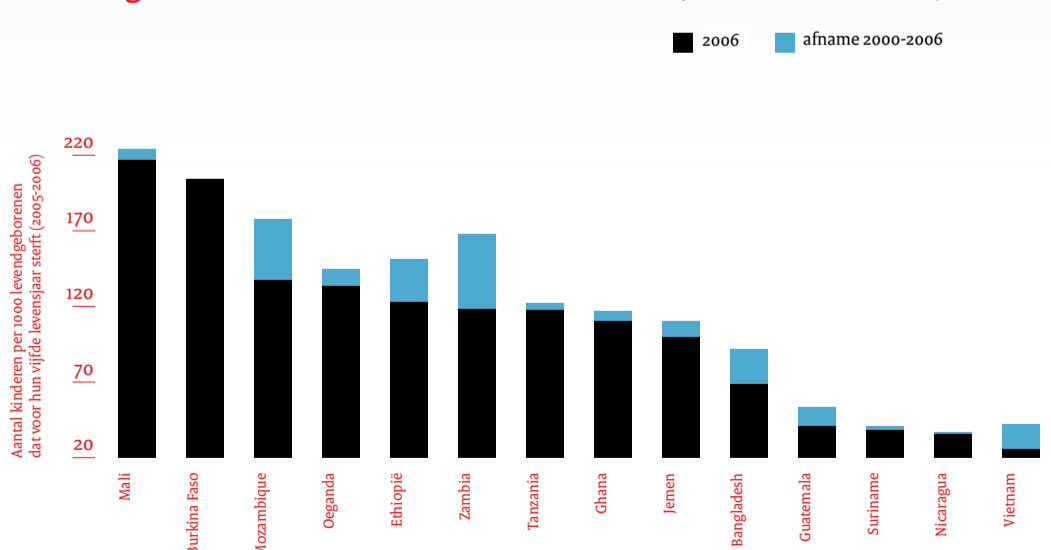




Het percentage van één jaar oude kinderen dat ingeënt is tegen mazelen (2004-2006). (Bron: UN, Millennium Development Goals Report, 2008)



Afname van kindersterfte (2000-2006) in partnerlanden waar Nederland de gezondheidssector direct of indirect steunt. (Bron: United Nations Statistical Division)



4.2

MDG 4:

Sterke afname kindersterfte

4.2.1

Inleiding: kindersterfte daalt enorm

Er is de afgelopen jaren sprake van een aanhoudende en aanzienlijke daling van het aantal kinderen dat voor het vijfde levensjaar komt te overlijden. In 2006 overleden voor het eerst minder dan 10 miljoen kinderen onder de vijf jaar. De kindersterfte in dat jaar bedroeg 9,7 miljoen, wat ongeveer zestig procent lager is dan in 1960. In 2007 zijn 9,2 miljoen kinderen voor hun vijfde verjaardag overleden¹².

Wereldwijd is de financiële bijdrage van donoren voor bestrijding van kinder- en moedersterfte de afgelopen jaren fors toegenomen. Ten opzichte van 2003 (2,1 miljard dollar) is het beschikbare bedrag met 64 procent gestegen tot 3,5 miljard dollar in 2006. Deze middelen worden vooral ingezet voor vaccinatieprogramma's. Cijfers laten zien dat deze investeringen zich 'uitbetalen' in meer kinderen die overleven. Wereldwijd nam het gemiddeld beschikbare bedrag per kind voor de aanpak van kindersterfte toe van 4 dollar naar 7 dollar per jaar (2003 tot 2006)¹⁴.

Nederland en partners zetten zich in voor een aanpak van kindersterfte in meerdere sectoren. Zo is het opleiden van meisjes en vrouwen een resultaat bij MDG 2 maar eveneens een resultaat dat bijdraagt aan MDG 4. Schoon water, hygiëne en sanitaire voorzieningen en andere verbeteringen aan de leefomgeving vallen onder MDG 7, maar zijn ook belangrijke factoren in het terugdringen van kindersterfte. Ten slotte is armoede - en met name ondervoeding en een onzekere toegang tot voedsel - (MDG 1) een belangrijke oorzaak van kindersterfte. Pleitbezorgers zoals Unicef en de WHO vertolken deze benadering steeds duidelijk in hun beleid, en ook organisaties uit het maatschappelijke middenveld sluiten zich aan bij deze inzet. Nederlandse NGO's ondersteunen veelal partnerorganisaties in ontwikkelingslanden. In tegenstelling tot de bilaterale steun is deze insteek meer projectmatig. Bilateraal is het streven om zoveel mogelijk bij de eigen processen van landen aan te sluiten. Overeenkomstig de principes van de 'sectorale benadering' wordt hierbij de publieke gezondheidsector als geheel ondersteund. Van een echt brede sectorale aanpak, waarbij ook groepen buiten de publieke sector betrokken worden, is nog nauwelijks sprake. Voor juist deze groepen is de ondersteuning door Nederlandse NGO's vaak van groot belang.

4.2.2

Algemene voortgang en trends: impact

De kindersterfte is de afgelopen vijftig jaar substantieel gedaald. In 1960 werden ongeveer 110 miljoen kinderen geboren. In dit jaar stierven er naar schatting 20 miljoen kinderen onder de vijf jaar. In 2005 werden meer dan 135 miljoen kinderen geboren terwijl er minder dan 10 miljoen kwamen te overlijden voor hun vijfde levensjaar. Er werden dus meer kinderen geboren terwijl er de helft minder kinderen voortijdig stierven. Ter illustratie: in 1990 was kindersterfte ten gevolge van mazelen nog 4 miljoen, in 2006 stierven er minder dan 250 duizend kinderen aan mazelen.¹⁵

4.2.3

Resultaten op landenniveau

Sector-outcome: betere bestrijding van kinderziekten

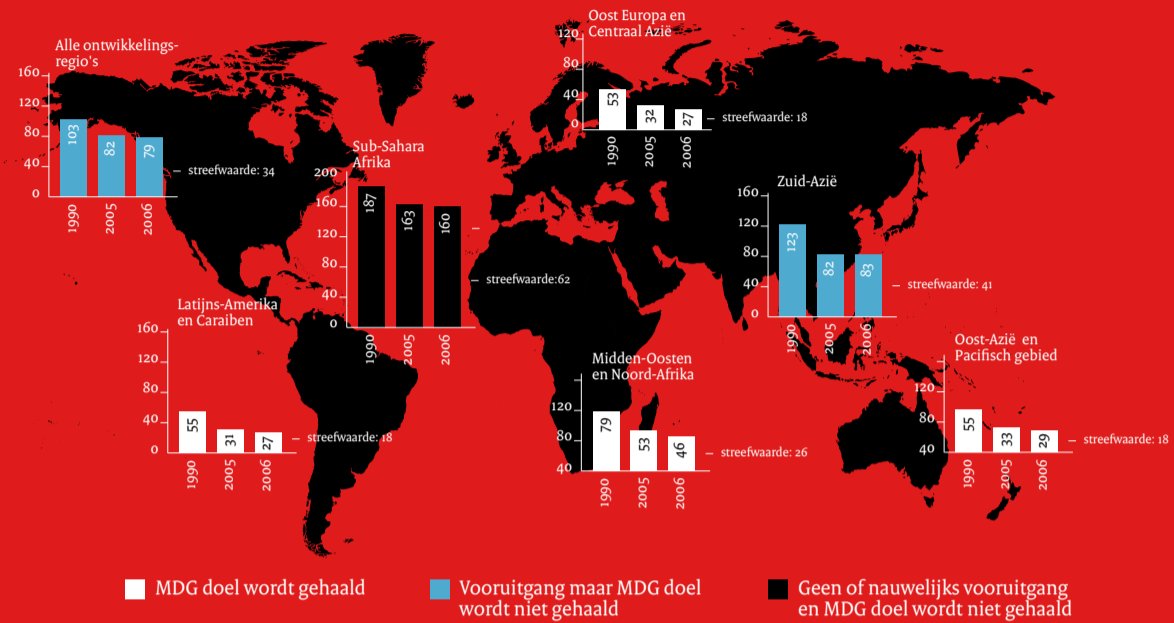
Wereldwijd is malaria een belangrijke oorzaak van kinderziekte en -sterfte. De afgelopen jaren is er aanzienlijk geïnvesteerd in het tegengaan van malaria. Tussen 2004 en 2008 is het aantal beschikbare, met insecticiden geïmpregneerde muskietennet wereldwijd enorm toegenomen. Met name het Global Fund for HIV/AIDS, Tuberculosis & Malaria (GFATM of Global Fund) heeft hieraan een grote bijdrage geleverd: in totaal stelde het in 2008 70 miljoen bednetten beschikbaar¹⁶. In Afrikaanse regio's met veel malaria sliep in 2007 ongeveer 19 procent van de kinderen onder een klamboe, in 2000 was dit nog maar 2 procent¹⁷. Uit cijfers blijkt dat in Tanzania, waar de Nederlandse ambassade steun verleent aan malariapreventie, het aantal peuters dat onder een muskietennet slaapt is toegenomen van 12 procent in 2005 naar 34 procent in 2007¹⁸. Waar geïnvesteerd wordt in malariapreventie leidt dit tot vermindering van zowel ziekte (minder bloedarmoede en koorts) als sterfte.

Geen enkele interventie is zo kosteneffectief voor het redden van kinderlevens als vaccinaties. Het gebruik van nieuwe vaccins en verbeterde inentingsprogramma's hebben de afgelopen jaren voor grote vooruitgang gezorgd op het gebied van kindersterfte. De Global Alliance for Vaccines and Immunisations (GAVI) is een belangrijke wereldwijde speler op het gebied van vaccins en immunisering. Het is een innovatief publiek-privaat samenwerkingsverband van staten (donoren en ontwikkelingslanden), internationale organisaties (UNICEF, WHO, Wereldbank), farmaceutische industrie, onderzoeksinstituten, particuliere financieringsinstellingen (Bill & Melinda Gates Foundation, Rockefeller Foundation) en NGO's. GAVI houdt zich met name bezig met het versneld beschikbaar maken van nieuwe vaccins, maar is ook betrokken bij het ontwikkelen en versterken van gezondheidssystemen. De dekkingsgraad van de vaccinatie tegen hepatitis B is mede dankzij GAVI gestegen van 20 procent in 2000 tot 66 procent in 2005: 135 miljoen kinderen zijn geïmuneerd met nieuwe vaccins (hepatitis B, *haemophilus influenzae B* en gele koorts). Sinds 2007 is dit pakket uitgebreid met vaccinaties tegen het Rotavirus (belangrijke veroorzaker van diarree)

Doelstelling MDG 4:

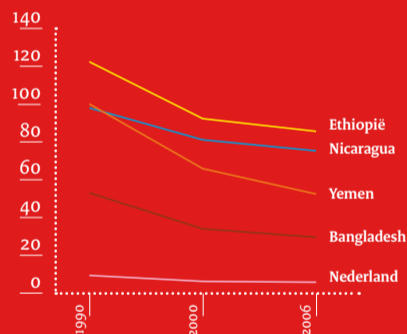
Vermindering van sterftcijfers van kinderen onder de vijf jaar met tweederde in 2015 ten opzicht van 1990

Figuur 4.5 Regionale kindersterfte en voortgang richting de doelstelling in 2015. (Bron: UNICEF: The State of the World's Children 2008)



Figuur 4.6 Trends in kindersterfte in een aantal landen (per 1000 levend geboren)

(Bron: CME database/DevInfo)



De resultaatketen voor MDG 4

Het doel op lange termijn (impact) is te voorkomen dat kinderen voortijdig sterven. Gezondheidsinstellingen zijn belangrijke pleitbezorgers om allerlei omgevingsfactoren, die niet binnen de directe invloedssfeer van 'gezondheid' liggen, te bevorderen: sociaal-economische groei, goed opgeleide vrouwen, voldoende goede voeding, toegang tot water en goede sanitatie etcetera. Om pasgeborenen een goede start te bieden is het van belang dat de aanstaande moeders goed voorgelicht worden om niet te vaak en niet te dicht op elkaar zwanger te raken, goed te eten en ziekte goed te behandelen of – liever nog – te voorkomen. Het is van groot belang dat de pasgeborenen geborgen ter wereld komen, borstvoeding krijgen en later beschermd worden tegen belangrijke ziekten zoals mazelen. Het gebruik van dergelijke dienstverlening is de outcome. De gezondheidssector is er echter verantwoordelijk voor dat voorlichting en goede dienstverlening, bijvoorbeeld om diarree te behandelen of liever nog te voorkomen, ook beschikbaar en toegankelijk zijn. Deze 'sector-output' wordt

opgedeeld in een deel pleitbezorging (het pleiten voor gezond gedrag en gezondheidsbevorderende omgevingsfactoren) en een deel versterking van de capaciteit (het vermogen om diensten te verlenen). De donorzijde van Nederland richt zich voornamelijk op het ondersteunen van deze drie aspecten. Hierbij werken NGO's vaker kleinschalig samen met lokale partnerorganisaties, waarbij pleitbezorging en versterking van lokale capaciteit en dienstverlening nadrukkelijk naar voren komen. Bilateraal richt Nederland zich doorgaans op de sector als geheel, met de nadruk op de versterking van de capaciteit van het gehele gezondheidssysteem. Afhankelijk van de organisatie wordt multilateraal vooral ingezet op toegepaste kennis en ondersteuning, ook financieel.

en tegen pneumokokken (oorzaak van luchtweginfecties en hersenvliesontsteking). Dit heeft positieve consequenties voor kindersterfte: recente berekeningen door WHO en UNICEF geven aan dat de financiering van GAVI tussen 2000 en 2008 3,4 miljoen sterfgevallen heeft voorkomen.¹⁹ De recente introductie van vaccins tegen het Rotavirus (diarree) en longontsteking zal in de nabije toekomst grote invloed op MDG 4 hebben.

De afgelopen jaren hebben veel landen resultaten geboekt bij het voorkomen van kinderziekten. De immuniseringgraad voor DPT₃²⁰ is 81 procent en voor mazelen 80 procent²¹. Vijf jaar na de introductie van Hib (hersenvliesontsteking)-vaccin in Oeganda is kindersterfte als gevolg van deze ziekteverwekker grotendeels verdwenen. Onderzoek van GAVI laat zien dat in sommige regio's de kindersterfte ten gevolge van hersenvliesontsteking na vier jaar gedaald was met 85 procent en volledig verdween in het vijfde jaar. Als gevolg hiervan heeft de Oegandese overheid besloten om extra geld beschikbaar te maken voor toegang tot Hib-vaccinatie voor alle kinderen.

Vitamine A-suppletieprogramma's zijn in verschillende landen zeer succesvol gebleken. Dit vitamine verhoogt de weerstand en wordt daarom ook wel de anti-infectievitamine genoemd. Daarnaast speelt het een rol bij de groei, het gezichtsvermogen en de gezondheid van huid, tandvles en haar. In de MDG-prioriteitslanden²² is er tussen 2003 en 2005 een verdubbeling geweest van het aantal kinderen dat twee of meer kuren van vitamine A-suppletie ontvangt. In 2005 spraken de WHO en UNICEF ambitieuze doelen af om de kindersterfte door mazelen terug te dringen. In 2007 bleek dat de sterfte door mazelen met 60 procent was afgenomen. Deze afname overtrof de streefwaarde van 50 procent voor de periode 2000 tot 2005. In Afrika werd zelfs een afname van 91 procent behaald.²³

Via het particuliere kanaal steunt Nederland meerdere groepen die zich bezig houden met het terugdringen van kindersterfte en het verbeteren van de kwaliteit van hun levens. Het Liliane Fonds bijvoorbeeld heeft in 2008 meer dan 80 duizend gehandicapte kinderen wereldwijd ondersteund, voor een deel met Nederlandse subsidie²⁴. De organisatie is actief in bijna tachtig ontwikkelingslanden en werkt op basis van het gelijkwaardigheidsbeginsel, zoals verwoord in het Verdrag van de Rechten van het Kind. De organisatie helpt kinderen en jongeren met een handicap, van 0 tot 25 jaar. Vooral voor jonge kinderen is het werk van het Liliane Fonds vaak het verschil tussen leven en dood. De organisatie begeleidt het kind en de ouders tijdens de revalidatie en samen stellen zij een persoonlijk revalidatieplan op²⁵.

MDG 6 gaat over het bestrijden van belangrijke ziektes, zoals HIV/Aids. Deze ziekte heeft natuurlijk een belangrijke invloed op de kindersterfte, MDG 4. Infectering met HIV van kinderen tijdens de zwangerschap, bij de geboorte of daarna via borstvoeding zijn de belangrijkste redenen wereldwijd waarom kinderen HIV-positief worden. Iedere infectie is onnodig en valt goed te voorkomen door middel van zogenaamde *Prevention of Mother To Child Transmission (PMTCT)* programma's. Wereldwijd is het percentage zwangere vrouwen dat gebruik maakt van PMTCT-diensten toegenomen van 10 procent in 2004 naar 33 procent in 2007.²⁶ Met name in Centraal en Oost-Europa en Latijns-Amerika is veel voortgang geboekt, maar ook in andere regio's is toegang tot PMTCT-diensten verbeterd. Niet alleen gebruik van PMTCT-diensten neemt toe, ook het aantal zwangere vrouwen dat wereldwijd getest wordt op HIV. Dit is een belangrijke ontwikkeling. Pas als de HIV-status van de zwangere vrouw bekend is, kan PMTCT gebruikt worden. Deze stijging was het grootst waar het testen het meest nodig is: in landen met een omvangrijke epidemie.

Sector-output: sterkere gezondheidssystemen

Op het terrein van pleitbezorging (het opkomen voor belangen) zijn de afgelopen jaren veel inspanningen geleverd voor MDG 4. Unicef is een zeer actieve speler die pleit voor meer aandacht voor – en een samenhangende aanpak van – kindersterfte, welzijn van moeders en het terugdringen van de overdracht van HIV van moeder op kind. Dit komt onder andere tot uiting in het meest recente Unicef-rapport 'State of the World's Children' dat in 2009 volledig aan deze onderwerpen is gewijd²⁷. Andere belangrijke pleitbezorgers voor het terugdringen van kindersterfte zijn United Nations Population Fund (UNFPA) en GAVI en de diverse maatschappelijke organisaties.

De WHO en UNICEF zijn belangrijke pleitbezorgers voor borstvoeding. In ontwikkelingslanden is het aandeel van de kinderen in hun eerste zes levensmaanden exclusief borstvoeding van 1990 tot 2004 gestegen van respectievelijk 34% tot 47%²⁸. In Afrika, Azië en Latijns-Amerika krijgt naar schatting tussen de 47 en 57 procent van alle kinderen van twee maanden exclusieve borstvoeding. Van alle preventieve interventies heeft optimale borstvoeding de grootste impact op kindersterfte. Uit een artikel in *The Lancet*²⁹ blijkt dat kinderen die in de eerste levensmaanden geen borstvoeding krijgen gemiddeld zes keer zoveel kans hebben om vroegtijdig te overlijden. Daarom pleiten Unicef en de WHO voor meer borstvoeding. Idealiter, zo stellen zij, krijgen kinderen tot zes maanden alleen borstvoeding terwijl kinderen daarna tot hun tweede levensjaar borstvoeding moeten krijgen in combinatie met aanvullend voedsel.

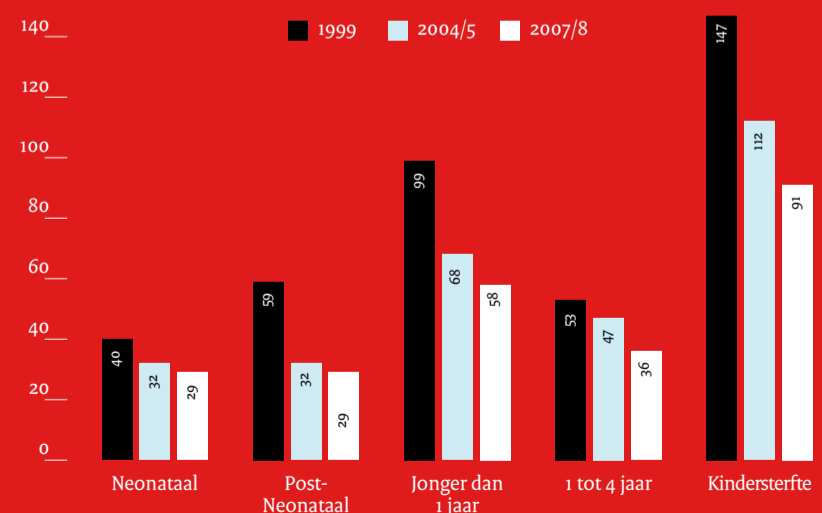
GAVI stelt sinds 2005 zo'n 800 miljoen dollar beschikbaar voor het versterken van de gezondheidssystemen – een noodzakelijke investering om meer kinderen te kunnen bereiken met vaccins³⁰. Inmiddels hebben 44 landen financiering toegewezen

Tanzania

Tanzania is een goed voorbeeld van een land waar de middelen voor gezondheidszorg gestegen zijn. In Tanzania zijn de uitgaven aan gezondheidszorg sinds 2000 verviervoudigd. In een artikel in *The Lancet* wordt een analyse van het gezondheidssysteem in Tanzania besproken. Hieruit blijkt dat het versterken van het gezondheidssysteem, toegenomen fondsen en decentralisatie tot een afname van kindersterfte hebben geleid. De focus op gezondheidssystemen, zoals Nederland voorstaat, wordt als de verklaring aangedragen voor de resultaten die op het gebied van MDG 4 zijn behaald. Mede door Nederlandse steun aan het Health Basket Fund is vooral dienstverlening in districten toegenomen. Verder heeft de Tanzaniaanse overheid de afgelopen jaren forse investeringen gedaan in haar administratieve en managementsystemen, ook in de districten. Zo is de financiële administratie geheel geautomatiseerd, iets dat door de overheid zelf als zeer effectief wordt beschouwd. Dit heeft geleid tot tijdsbesparingen, makkelijkere audits, meer openbaarheid van bestuur en betere fiscale discipline om ook daadwerkelijk de begroting te volgen.

Figuur 4.7 Kindersterfte in Tanzania

(Bron: Ministry of Health and Social Welfare, Tanzania (2007/8 data geschat op basis van district gegevens))





4.2.4

Donorinzet: gezondheid in een breder perspectief

gekregen om specifieke knelpunten die in hun land de dienstverlening belemmeren weg te nemen. GAVI stuurt met name aan op het aanpakken van knelpunten die op districtsniveau en lager liggen, daar vindt immers de directe dienstverlening plaats. In Afghanistan, DR Congo, Ethiopië, Indonesië en Pakistan ondersteunt GAVI lokale organisaties met deze gelden.³¹ Het merendeel van de voorstellen richt zich op investeringen in gezondheidspersoneel, versterken van informatiesystemen en het verbeteren van de capaciteit voor planning en management van gezondheidsprogramma's. De effecten van deze vorm van financiering zullen in 2010 worden geëvalueerd. Verwacht wordt dat met deze inzet om gericht knelpunten in de dienstverlening aan te pakken, niet alleen reeds behaalde resultaten beter zullen beklijven. Ook is de verwachting dat gezondheidszorgsystemen beter toegerust zullen zijn om de laatste kinderen die nog niet gevaccineerd zijn, te bereiken.

Een verhoging van gezondheidszorgbudgetten heeft positieve gevolgen voor het terugdringen van kindersterfte. Dit is niet alleen omdat kinderen zelf profiteren van een beter diensten-aanbod, maar ook omdat hun ouders gezonder zullen zijn. Er wordt een breed scala van activiteiten ondernomen die direct bijdragen aan het terugdringen van kindersterfte, maar ook indirect door het versterken van de capaciteit van organisaties in de landen zelf. Zo investeren bijvoorbeeld ICCO en Simavi in opleiding en capaciteit van lokale partners. Ze leenden experts uit die hielpen met de opbouw van de capaciteit van het personeel dat werkzaam is bij lokale partners.

In Ghana heeft het *community based development project* van Unicef in de gemeenschappen bijgedragen aan de ontwikkeling en brede invoering van het *High Impact Rapid Delivery Strategy* (HIRD), een strategie om moeder- en kindsterfte tegen te gaan. Deze strategie is een combinatie van de programma's *Accelerated Child Survival Strategy* (Unicef), *Safe Motherhood/Emergency Obstetric Care Strategy* (UNFPA) en het *Community Health Planning & Services* programma (USAID).

Tevens nam er het aanbod van medisch personeel fors toe, het aantal beschikbare artsen en verpleegkundigen bijvoorbeeld. In 2006 was er één arts per 10.762 mensen. Deze ratio was in 2008 gestegen naar één arts per 8559 mensen. Dezelfde trend vond plaats bij verpleegkundigen: van één op 2125 in 2006 naar één op 1756 in 2008. In Ghana is deze toename deels toe te schrijven aan een betere salariering van gezondheidswerkers.³²

Op het gebied van reproductieve gezondheid, gezinsplanning en onderwijs voor (aanstaande) moeders is de afgelopen jaren grote vooruitgang te zien. Te denken valt aan kennisvergroting over geboortespreading, voorbehoedmiddelen, hygiëne en voeding. Dit zijn allemaal essentiële zaken bij het terugdringen van kindersterfte. UNFPA en Unicef zijn belangrijke spelers op het gebied van dienstverlening en kwaliteit van informatievoorziening. Ook uit het maatschappelijke middenveld wordt hieraan bijgedragen. Zo geven de World Population Foundation (WPF) en CHOICE for Youth and sexuality (CHOICE) mannen, vrouwen en jongeren wereldwijd trainingen en voorlichting over reproductieve gezondheid en rechten.

Donor-output: lobbyen voor kinderen

Nederland komt actief op voor de belangen van kinderen die direct of indirect zijn getroffen door de HIV/Aids-epidemie (pleitbezorging). Het Ministerie van Buitenlandse Zaken is lid van de nationale CABA (*Children Affected By AIDS*) werkgroep waarin organisaties die actief zijn op het terrein van 'kinderen die getroffen zijn door Aids' hun lobbyactiviteiten afstemmen. In de geactualiseerde notitie AIDS en SRGR van november 2008 is de rol van Nederland als financier, maar vooral ook als pleitbezorger voor sociale bescherming duidelijk onderschreven. Zo wordt via de NGO *HelpAge International* een nationaal geboorteregistratie programma in Mozambique ondersteund en krijgen tal van organisaties die kwetsbare kinderen en hun gezinnen in Zimbabwe steunen een financiële bijdrage. Nederland draagt eveneens bij aan het *Joint Learning Initiative on Children affected by Aids* (JLICA), dat onder meer onderzoek doet naar de beste opvangmogelijkheden voor kinderen die direct of indirect zijn getroffen door de HIV/Aids-epidemie. De resultaten van het JLICA bieden aan alle actoren (onder meer donoren, NGO's en landen waarin de problematiek speelt) inzicht in de wijze waarop opvang voor getroffen kinderen het beste vorm kan krijgen. Dankzij de inzet van Cordaid hebben in 2007 31.990 wezen en kwetsbare kinderen toegang gekregen tot zorg.³³ Hiernaast is Cordaid een belangrijke pleitbezorger voor deze kinderen bij het Global Fund en de katholieke kerk, zowel wereldwijd als in de landen zelf.

In 2007 heeft de organisatie Hellen Keller met de steun van Simavi 46.400 mensen weten te bereiken met voorlichting over trachoom en hoe deze oogziekte valt te voorkomen. Hiervoor zijn 71 mensen opgeleid en hebben 5.200 mensen toegang gekregen tot veilig drinkwater. Aangetoond is dat het deel van de kinderen dat een schoon gezicht had van 2004 tot 2007 gestegen was van 70 tot 95 procent, waarmee zij veel minder kans liepen om deze blindmakende oogziekte op te lopen. Simavi heeft het *VN-jaar van de Sanitatie* (2008) gebruikt om onder andere met de steun van Zijne Koninklijke Hoogheid de Prins van Oranje haar succesvolle campagne in Nederland te intensiveren en het verband tussen kindersterfte (door diarree) en sanitatie onder de aandacht te brengen. Zo'n 412 duizend mensen hebben de betreffende Socutera-uitzendingen bekeken.³⁴

Ontwikkeling van nieuwe medicijnen, vaccins en strategieën om deze in te voeren is ook een belangrijk resultaat van de Nederlandse inzet. Het *Medicines for Malaria Ventures* heeft mede met Nederlandse steun een nieuw kindvriendelijk middel ontwikkeld voor de behandeling van malaria. Het anti-malariamiddel *Coartem Dispersible* is gebaseerd op het door de WHO aanbevolen middel *artemether-lumefantrine*, maar is speciaal geschikt voor kinderen. Het is namelijk makkelijker in te nemen en heeft een lekkere zoete smaak. Een ander voorbeeld van de ontwikkeling van nieuwe medicijnen met Nederlandse steun is een consortium onder leiding van UNICEF. Zij ontwikkelden speciaal voor kinderen een nieuwe aids-remmer, een zogenaamde drie-in-één formule. Tot nu toe zijn kinderen met aids afhankelijk van medicijnen voor volwassenen. Die medicijnen geven bij jonge kinderen echter problemen vanwege de behandelregimes, maar vormen tegelijk een gevaar voor hun gezondheid.

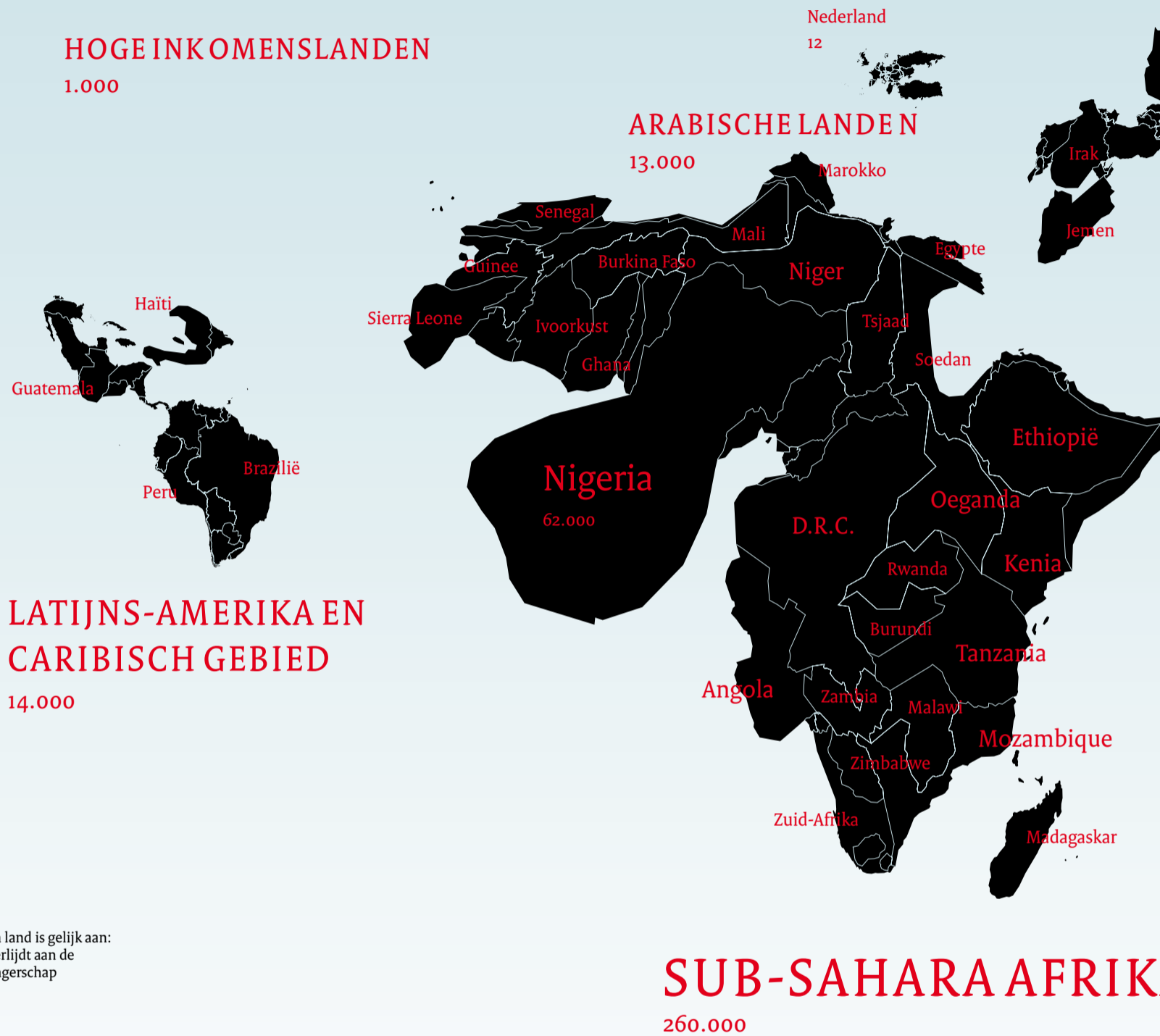
De Nederlandse minister-president, Jan Peter Balkenende, is een van de leden van het *Network of Global Leaders for the Health Millennium Goals*, de leiders die zich inzetten voor de gezondheids-millenniumdoelen. Een belangrijk resultaat van dit netwerk is dat het ervoor gezorgd heeft dat de G8 voor het eerst een brede benadering van gezondheid bepleit. Nederland is lid van de *GAVI Alliance Board* in de vertegenwoordiging van de geïndustrialiseerde landen. Hiermee levert Nederland een belangrijke bijdrage aan het uitbreiden van vaccinaties als zeer kosteffectieve, preventieve interventies. Ook stimuleert Nederland vanuit de *Board GAVI* om zo versterking van gezondheidssystemen breed te ondersteunen. De CABA-werkgroep is een belangrijk platform waar Nederland pleitbezorger is van sociale bescherming en van een meer holistische benadering van de aanpak van impact van Aids op kinderen. Als actief lid van de bestuursraden van Unicef en UNFPA draagt Nederland bij aan internationaal beleid en wordt het Nederlandse beleid uitgedragen. In bilateraal opzicht levert Nederland ook waardevolle input middels de themadeskundigen gezondheid op de ambassades die bijdragen aan het ontwikkelen van nationaal beleid in deze partnerlanden. Nederlandse NGO's, deels met overheidssubsidie, ondersteunen lokale NGO's om aanvullend aan de overheid de dienstverlening te versterken, zoals de zorg voor wezen en kwetsbare kinderen. Deze NGO's zijn ook pleitbezorgers voor zaken als een betere en eerlijkere gezondheidszorg, sociale bescherming, voedselzekerheid, gender gelijkheid enz..

Voor MDG 4 zijn belangrijke begunstigden van Nederlandse financiële steun UNICEF ('*Unite for Children, Unite Against Aids*' programma) en GAVI (inrentingsprogramma's voor de meest voorkomende kinderziekten). Een deel van de Nederlandse bijdrage aan het Global Fund draagt eveneens bij tot het terugdringen van kindersterfte. Dat doet het via het programma '*Preventing mother-to-child transmission of HIV*' (PMTCT, preventie van de transmissie van HIV van moeder op kind), ondersteuning van 3,2 miljoen aidswezen en andere kwetsbare kinderen, en malariaprogramma's.³⁵ Via de WHO levert Nederland een bijdrage aan het ontwikkelingsprogramma voor immunisering en vaccinatie en het gezondheidsprogramma voor jeugd en adolescenten. Daarnaast ontvangen zestien organisaties fondsen via het medefinancieringsstelsel voor activiteiten die met MDG 4 te maken hebben (2007)³⁶.

- 12 UNICEF, *The State of the World's Children*, 2009
- 13 Wereldbank, *Global Monitoring Report 2007*
- 14 *Countdown to 2015 (2008): Executive Summary*
- 15 Bron: UNICEF, as published on September 12, 2008 in *The Lancet*.
- 16 www.theglobalfund.org
- 17 http://www.globalhealthreporting.org/article.asp?DR_ID=55604
- 18 LSTHM, 2007, In: *Sector track record—health sector Tanzania 2007, including 2008 updates*
- 19 http://www.gavialliance.org/media_centre/press_releases/New_GAVI_numbers.php
- 20 DPT3: 3 opeenvolgende inenting tegen difterie, tetanus en kinkhoest bieden samen volledige bescherming
- 21 *Countdown to 2015 (2008): Executive Summary*
- 22 *Er zijn 60 prioriteitslanden: De landen die het meest achterlopen in het behalen van de MDG-doelstellingen*
- 23 *Countdown to 2015 (2008): Executive Summary*
- 24 Actuele cijfers Liliane Fonds. <http://www.lilianefonds.nl/wiezijwijn/cijfers/index.php>
- 25 www.lilianefonds.nl/
- 26 UNAIDS 2008
- 27 "Maternal and Newborn Health", *State of the World's Children*, Unicef 2009.
- 28 RHL, *The WHO Reproductive Health Library*, www.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/en/index.html Primaire bron: *Monitoring the situation of children and women*. New York: UNICEF
- 29 *The Lancet* (2008), Volume 371, Number 9608, pp 243 – 260.
- 30 GAVI Alliance: www.gavialliance.org/support/what/hss/index.php
- 31 GAVI Alliance: www.gavialliance.org/performance/commitments/hss/index.php
- 32 *Updated Sector Track Record Ghana obv Ministry of Health data*.
- 33 MFS voortgangsrapportage CORDAID, 2007.
- 34 SIMAVI jaarverslag 2007.
- 35 www.theglobalfund.org/en/hiv/aids/. December 2008
- 36 Bron: MFS Monitoring protocol

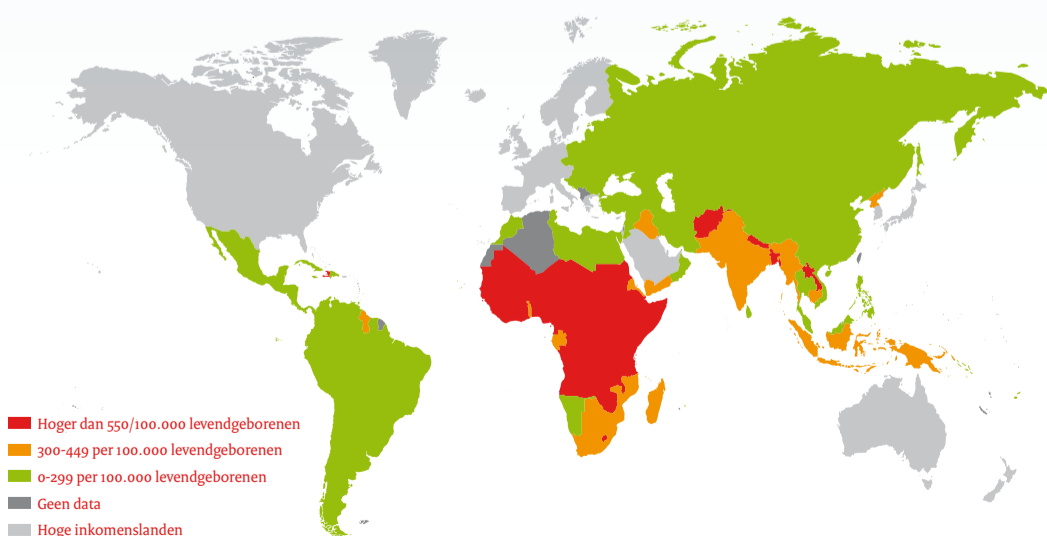
Doel 5: Verbeteren van de gezondheid van moeders

Aantal vrouwen dat overlijdt aan de gevolgen van hun zwangerschap.
Totaal: 525 duizend



Kraamsterfte

(Bron: United Nations Statistical Division)

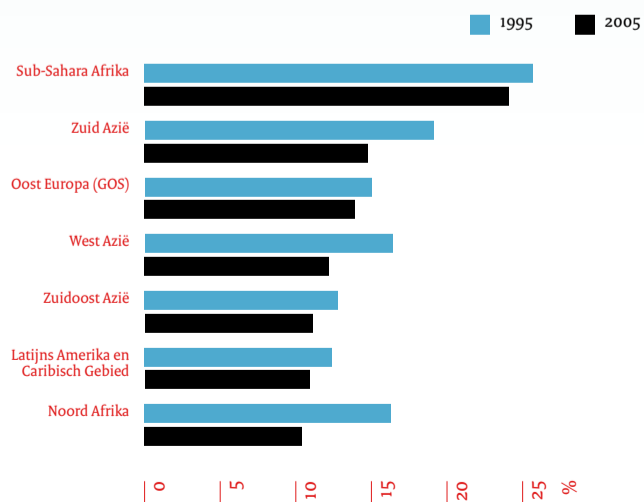




A

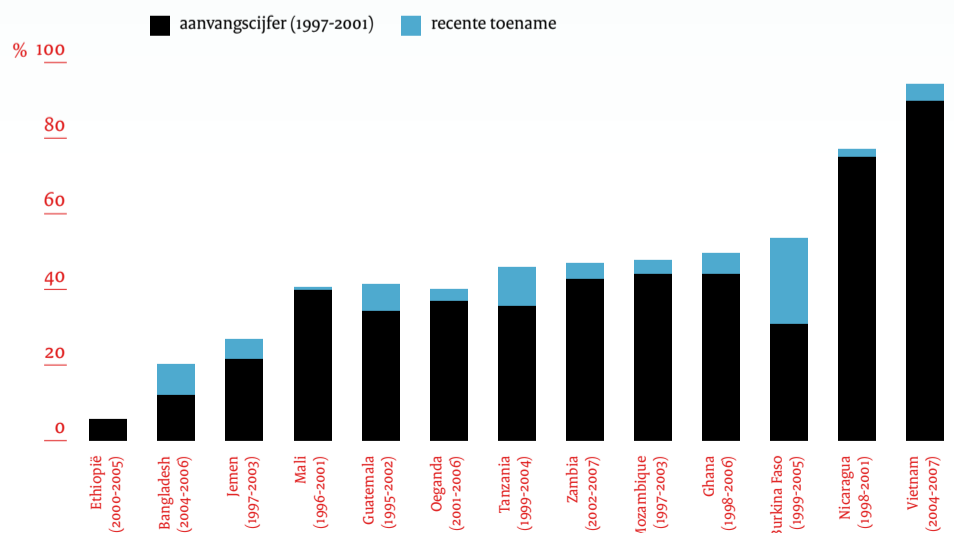
Getrouwde vrouwen (15-49jr) met onbeantwoorde behoefte aan moderne anticonceptie (%)

(Bron: Millennium Development Goals Report 2008 (United Nations))



Percentage bevallingen onder geschoolde begeleiding voor enkele partnerlanden*

(*Alleen partnerlanden waarvoor cijfers van na 2002 beschikbaar zijn) (Bron: World Development Indicators online (Wereldbank))



4.3

MDG 5: Verbetering van de gezondheid van moeders

4.3.1

Inleiding: gezonde, goed opgeleide moeders

Voor gezonde, goed verzorgde kinderen heb je gezonde en goed opgeleide vrouwen nodig. Kinderen met dergelijke moeders maken beter gebruik van onderwijs. De vrouwen dragen ook bij aan grotere kansen voor economische stabiliteit van het gezin. Vrouwen die zelf kunnen beslissen of en wanneer zij zwanger worden, zijn ook van groot belang voor de sociale en economische ontwikkeling in de gemeenschap en dragen direct bij aan de macro-economische ontwikkeling van een land. *Smart economics*, dus. Hoge sterfte vanwege zwangerschap en geboorte is een teken van armoede.

Maar moedersterfte neemt sinds 1990 onvoldoende af: wereldwijd overlijdt er elke minuut een vrouw ten gevolge van haar zwangerschap, meer dan een half miljoen per jaar. Het gebruik van voorbehoedmiddelen is lager dan de vraag (*'unmet need'*), het geboortecijfer onder adolescenten is te hoog. Kortom: er is nog geen sprake van universele toegang tot reproductieve gezondheid.

Geschat wordt dat de wereldbevolking de komende veertig jaar zal toenemen met 2,6 miljard mensen. Deze bevolkingsgroei zal voor 99 procent plaatsvinden in de armste landen. In 2050 zullen naar verwachting 7 miljard mensen in ontwikkelingslanden wonen en 2 miljard in rijke landen. Het aantal mensen in de reproductieve leeftijd is nog nooit zo hoog geweest als nu.³⁷ De wereldbevolking bestaat voor meer dan 50 procent uit kinderen en jongeren beneden de 25 jaar. Jongeren blijven grotendeels verstoken van informatie over seksualiteit en bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), HIV en ongewenste zwangerschap. Ze hebben veelal geen toegang tot condooms en andere vormen van anticonceptie. Veel landen beschouwen seksuele gezondheid niet als legitiem onderdeel van de publieke zorgplicht. Het heersende taboe op de seksualiteit van jongeren is echter een van de drijvende krachten achter de aidsepidemie, het hoge aantal tienerzwangerschappen en moedersterfte. Met het gestaag afnemen van de kindersterfte neemt ook de behoefte toe om kleinere gezinnen te stichten, wat blijkt uit de grote vraag naar voorbehoedmid-

delen. Het huidige beschikbare aanbod is te laag om aan de vraag te voldoen. Daardoor krijgen vrouwen meer kinderen dan zij eigenlijk zouden willen en neemt de bevolkingsgroei minder snel af dan wenselijk is.

Nederland draagt via verschillende kanalen bij aan het realiseren van MDG 5. Via het bilaterale kanaal wordt van twaalf partnerlanden³⁸ het nationale gezondheidsbeleid ondersteund, en daarmee de uitvoering van diensten voor seksuele en reproductieve gezondheid. Tevens wordt via de politieke dialoog en door steun aan lokale NGO's bijgedragen aan het opkomen voor de belangen voor SRGR (pleitbezorging). Nederlandse en internationale NGO's dragen in de eerste plaats bij aan directe verbetering van de decentrale dienstverlening aan de bevolking, vaak aanvullend aan die van de overheid. Daarnaast zijn deze ook vooral actief op het vlak van internationale en nationale pleitbezorging, met name op gevoelige onderwerpen als abortus en het recht op SRG, ook voor jongeren. NGO's hebben een toegevoegde waarde op het gebied van voorlichting en het verzekeren van toegang tot anticonceptie, taken die de overheid vaak niet op zich neemt. Nederlandse steun aan multilaterale organisaties is gericht op het versterken van het nationale beleid in ontwikkelingslanden en de ontwikkeling van internationaal beleid. Verder richt Nederland zich op instrumenten, standaarden en richtlijnen van mondiale financiële mechanismen voor het beschikbaar stellen van RHS (*reproductive health supplies*), en daarnaast voorziet het in technische assistentie en onderzoek. Deelname van de private sector ligt vooral op het terrein van het beschikbaar maken van middelen voor SGR en het in toenemende mate verlenen van diensten.

De afgelopen jaren is het inzicht in het complex van factoren waarom voortgang op moedergezondheid zo weerbarstig laag blijft, aanzienlijk verbeterd. Cruciaal voor verbetering is de aanwezigheid van getrainde vroedvrouwen, een doorverwijssysteem naar ziekenhuizen en de beschikbaarheid van spoedeisende dienstverlening, toegang tot goede informatie en de beschikbaarheid van voorbehoedmiddelen. Achterliggende

oorzaken – zoals ongelijkheid tussen jongens en meisjes, het taboe rond seksualiteit en het accepteren van huiselijk geweld – spelen echter ook een bepalende rol. De mate waarin jongens en meisjes gelijk worden behandeld bepaalt namelijk hun toegang tot informatie en zorg, tot secundair onderwijs, en daarmee of ze in goede gezondheid kunnen opgroeien. Andersom geredeneerd kan de kwaliteit van de gezondheidszorg de positie van vrouwen en meisjes beïnvloeden. De mate waarin zij keuzes kunnen maken over kinderen werkt vaak door in hun sociaal-economische positie. Vanwege deze sterk met elkaar samenhangende factoren is een multi-sectorale aanpak voor verbetering van moedergezondheid noodzakelijk.

Doelstelling MDG 5A:

In 2015 is de moedersterfte met driekwart afgenomen

Doelstelling MDG 5B:

In 2015 is er universele toegang tot reproductieve gezondheid

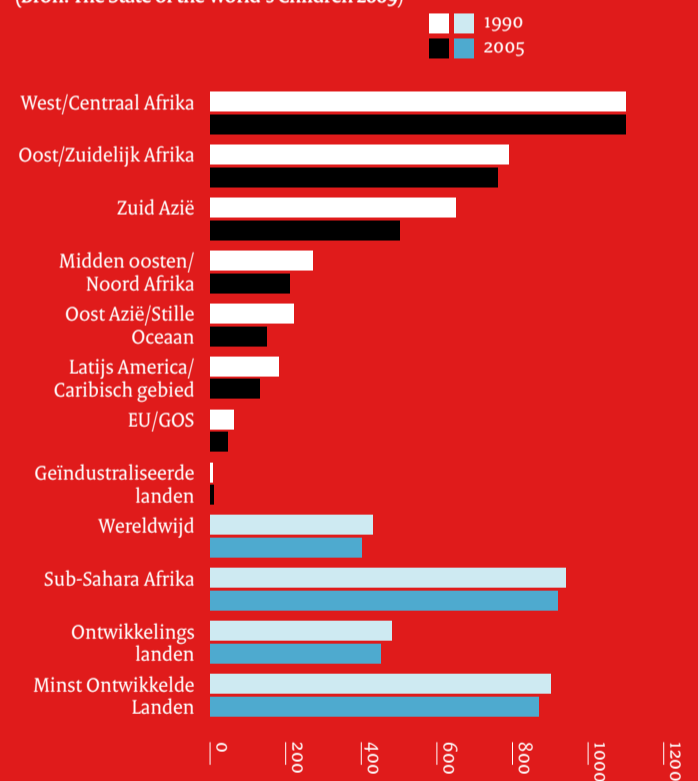


De resultaatketen voor MDG 5: een toelichting

Al vóór de zwangerschap is het van belang dat vrouwen mentaal en fysiek weerbaar en sterk zijn. Daar waar moedersterfte hoog is en de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid beperkt (impact) hebben vrouwen veelal weinig zeggenschap, noch invloed, of zij wel of niet naar school kunnen, met wie ze trouwen of hoe ze de eindjes aan elkaar kunnen knopen voor zichzelf en hun kinderen, zonder dat ze gedwongen worden om seksuele diensten te ruilen voor economisch gewin. Toegang tot voorbehoedmiddelen is extra moeilijk als spreken over seksualiteit taboe is en meisjes die voorbehoedmiddelen gebruiken gestigmatiseerd worden. Gezonde seksuele kennis, attitudes en gedrag dragen bij tot een effectiever gebruik van de belangrijke dienstverlening rond family planning, zwangerschap en bevalling (sector outcome). Als een vrouw al toegang heeft tot SRG-diensten dan is het wel van groot belang dat zij niet te ver van huis of school naar een kliniek kan met deskundig personeel, zoals een vroedvrouw, met de nodige apparatuur, medicijnen, laboratorium faciliteiten de mogelijkheid om op een veilige manier een zwangerschap af te breken en met de mogelijkheid om haar door te verwijzen, mocht dat nodig zijn. Dit stelt hoge eisen aan het goed functioneren van alle elementen van het gezondheidssysteem: personeel, gebouwen, apparatuur, medicijnen, transport, communicatie, informatie, opleiding, management enz. Alle onderdelen van de keten moeten kloppen en bepalen samen de capaciteit tot dienstverlening die nodig is. (sector output) De Nederlandse inzet benadrukt dan ook hoe prioritair SRGR is en hoe belangrijk het daarbij is dat de gezondheidszorg in de breedte maar ook op alle niveaus goed functioneert (donorinzet).

Figuur 4.8 Moedersterftecijfer, 1990 en 2005

(Bron: The State of the World's Children 2009)



4.3.2

Algemene voortgang en trends: impact

Op dit moment sterven nog steeds onnodig veel vrouwen en meisjes in het kraambed en is voor vele mensen een goede seksuele en reproductieve gezondheid niet weggelegd. De moedersterfte is met minder dan 1 procent per jaar afgenomen in de periode van 1990 tot 2005, ver beneden de benodigde 5,5 procent die nodig is om het millenniumdoel te bereiken.³⁹ Maar er zijn bemoedigende voorbeelden, ook in enkele bilaterale partnerlanden van Nederland. In Burkina Faso is het moedersterftecijfer tussen 1998 en 2003 afgenomen van 566 per 100.000 levend geboren naar ongeveer 400 of te wel een afname van ongeveer 14 procent over vijf jaar.⁴⁰ In Zambia is de moedersterfte gedaald van 729 per 100.000 levend geboren in 2001/2002 naar 449 in 2007.⁴¹ Ondanks deze vooruitgang in verschillende landen zijn voor vrouwen in Sub-Sahara Afrika en in Zuid-Azië de cijfers voor ziekte en sterfte in verband met zwangerschap en bevalling – inclusief onveilige abortus – onaanvaardbaar hoog.

De bijdrage van onveilige abortus aan de mondiale moedersterfte is aanzienlijk en bedraagt 13 procent. Ongeveer 40 procent van alle zwangerschappen is onbedoeld. Iedere minuut van de dag ondergaat ergens in de wereld een vrouw een onveilige abortus waarvan de meeste in ontwikkelingslanden. Iedere zeven minuten sterft er een vrouw als gevolg daarvan, met zeventigduizend sterfgevallen per jaar tot gevolg.⁴² Een groot deel van de slachtoffers betreft – vaak nog schoolgaande – tieners.

4.3.3

Resultaten op landenniveau

Sector-outcome: meer family planning, dalende vruchtbaarheid

De toegenomen beschikbaarheid van *family planning* methodes is een belangrijke factor gebleken in de daling van de totale vruchtbaarheid in veel landen in Latijns-Amerika en het Caribische gebied en Zuid-Oost-Azië.

Wereldwijd is het gebruik van anticonceptiemiddelen – inclusief vrijwillige sterilisatie – de afgelopen 45 jaar gestegen van 10 naar 65 procent van alle mensen in de vruchtbare leeftijd. In diezelfde periode is de totale vruchtbaarheid gedaald van gemiddeld 6 naar 2,6 kinderen.⁴³ Bijna overal daalde de vruchtbaarheid van adolescenten (15-19) tussen 1990 en 2000, maar stagneerde daarna, of nam licht toe (2005). De daling in vruchtbaarheid geldt echter niet voor Sub-Sahara Afrika en delen van Zuid-Azië waar de beschikbaarheid, en daarmee het gebruik van anticonceptie, laag ligt.⁴⁴

Dit doet zich voor in de meeste partnerlanden. Zo is de stijging van de acceptatiegraad voor *family planning* in Ghana tussen 2003 en 2007 van 26,8% naar 28% bescheiden te noemen.⁴⁵ In Bangladesh nam het gebruik van anticonceptiediensten tussen 2004⁴⁶ en 2006⁴⁷ nauwelijks toe (44% onder de armsten (laagste quintiel) en ongeveer 50% onder de rijksten (hoogste quintiel)).

Toch is er in deze landen een enorme toename van de vraag naar *family planning*. Momenteel kunnen 200 miljoen vrouwen de anticonceptie die ze willen gebruiken niet krijgen. De 'unmet need' voor *family planning*-methodes is tussen 1995 en 2005 heel beperkt afgenomen. Naar schatting zal de 'unmet need' de komende vijftien jaar groeien met 40 procent (UNFPA 2007).

Sector-output: miljoenen condooms en getrainde vroedvrouwen

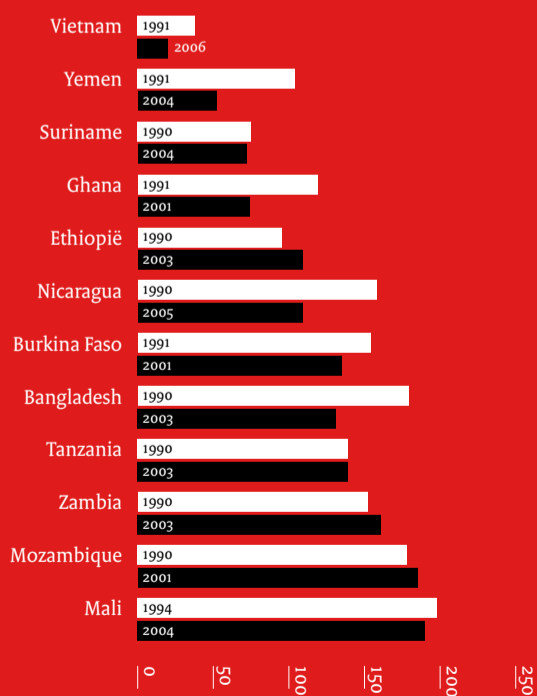
International Planned Parenthood Federation (IPPF) leverde in 2007 125,6 miljoen condooms aan jongeren en aan kliniekbezoekers. Dit aantal groeide sterk, in vergelijking met de 98 miljoen in 2005. Het gemiddeld aantal koppels dat IPPF zo een jaar lang beschermde tegen ongewenste zwangerschap was in 2007 7,6 miljoen.⁴⁸

Unicef meldt recentelijk dat zeventigduizend jonge vrouwen jaarlijks sterven tussen hun 15^{de} en 20^{ste} verjaardag vanwege zwangerschap. De kans hierop is vijf keer zo groot als voor vrouwen tussen de 20 en 30 jaar. In de minst ontwikkelde landen is bijna de helft (49%) van de jonge vrouwen getrouwd voor haar 18^{de}.⁴⁹

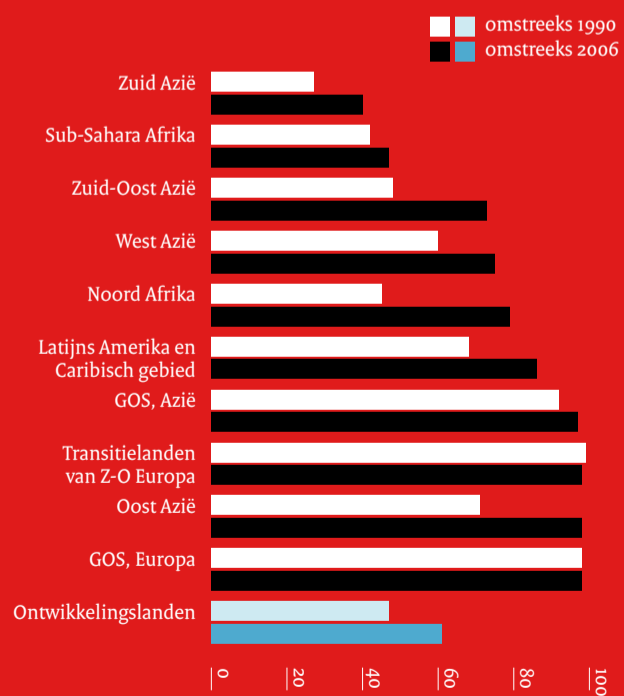
In onze partnerlanden blijkt dat per duizend jonge vrouwen meer dan vijftig tienerzwangerschappen per jaar voorkomen, met uitzondering van Vietnam. In Ethiopië, Mozambique en Zambia is dit sinds 1990 verslechterd. Opvallend is de winst die Jemen heeft geboekt.

Vroedvrouwen vormen de spil van de reproductieve gezondheidszorg. In rurale gebieden zijn de klinieken vaak onderbemenst of ontbreekt een vroedvrouw. In gevallen waar een arts nodig is maar niet beschikbaar, is steeds vaker getracht bepaalde taken rond de bevalling over te dragen aan vroedvrouwen. Deze blijken met extra training ook goed deze taken uit te kunnen voeren en geven daarnaast post-abortushulp. Om dit mogelijk te maken zijn in enkele landen de beroepsprotocollen aangepast om het tekort aan artsen op te vangen.

Figuur 4.9 Tienerzwangerschappen per 100.000 vrouwen (Bron: UNSD)



Figuur 4.10 Percentage van bevallingen bijgestaan door bevoegd gezondheidspersoneel (Bron: UN, MDG Report 2008)





Het percentage bevallingen in ontwikkelingslanden dat wordt begeleid door getrainde gezondheidswerkers (arts, verpleegkundige of vroedvrouw) is gestegen van minder dan de helft in 1990 tot bijna 61 procent in 2006. De toename is minder in Zuid-Azië (40%) en Sub-Sahara Afrika (47%): de twee regio's met de hoogste moedersterfte (UN 2008) maar ook hier worden resultaten geboekt.⁵⁰ In een aantal partnerlanden dat Nederlandse steun ontvangt voor de gezondheidssector, is vooruitgang. In Mali is mede door deze Nederlandse steun het percentage begeleide bevallingen gestegen van 40% naar 66% in de periode 2002 tot 2006. Opmerkelijk is wel het grote verschil tussen platteland en stad: met 22% in het district Gao tot bijna 99% in de hoofdstad Bamako.⁵¹ In Ghana is tussen 2003 en 2008 het percentage bevallingen onder begeleiding gestegen van 55% naar 60%, na een terugval naar 40% in de tussenliggende jaren.⁵² Zambia heeft in 2007 met een score van 45% haar doelstelling van 43% gerealiseerd.⁵³ Ook in Bangladesh is tussen 2006 en 2007 sprake van een 30% toename in het percentage bevallingen onder begeleiding, maar nog steeds is het erg laag, gemiddeld 18% in 2007. De beschikbare cijfers geven hier vooral de grote verschillen aan tussen de inkomensgroepen. Voor de armste groep steeg het percentage bevallingen onder begeleiding van 3,3% naar 5,2%.⁵⁴ Ook in Jemen, waar de Nederlandse bilaterale hulp voornamelijk gaat naar verbetering van SRGR, zijn de geboortes onder deskundige begeleiding gestegen van 27% in 2005 naar 36% in 2006.⁵⁵ Duidelijk is dat het verdelingsvraagstuk binnen landen een belangrijk aandachtspunt is.

Een kritisch punt voor adequate zorg voor vrouw en kind rond de bevalling is spoedeisende zorg. Keizersneden worden zeer

weinig uitgevoerd. Dit komt omdat operatiefaciliteiten maar zeer beperkt toegankelijk zijn. Verbetering van het medische verwijssysteem op alle niveaus volgens de principes van *Emergency Obstetrical Care* (EOC) is dus van groot belang.

Donor-output: pleitbezorging en een sterker draagvlak

De bewindslieden, de aidsambassadeur, de mensenrechtenambassadeur hebben in verschillende internationale en nationale fora voor de uitvoering van de Cairo Agenda gepleit. Een vertaling van het 'Maputo Plan of Action on sexual and reproductive health' (een actieplan voor het Afrikaanse continent voor 2008-2011) is als resultaat integraal opgenomen als prioriteit in de EU-Afrikastrategie.

Ambassades helpen vaak om de dialoog tussen diverse belangengroepen, overheidsinstanties en het bedrijfsleven te bevorderen. Een voorbeeld hiervan is het bijeen brengen van NGO's en de overheid in Nicaragua. Als gevolg daarvan werd een samenwerking opgestart in het kader van een baarmoederskankerprogramma.

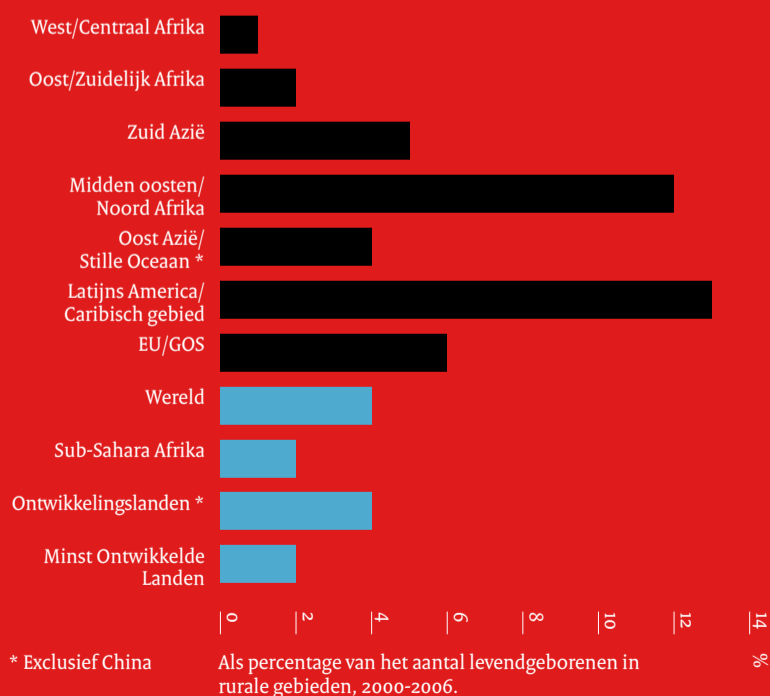
Nederland geeft steun aan organisaties die heikele onderwerpen niet uit de weg gaan. IPPF (International Planned Parenthood Federation) heeft in 2008 de 'Sexual Rights: an IPPF Declaration' opgesteld. In een overzichtelijk document zijn seksuele rechten zoals deze in de verschillende mensenrechtenverdragen vastgelegd zijn opgeschreven. Een dergelijk eerste document van zijn soort is een zeer bruikbaar instrument in de pleitbezorging voor seksuele gezondheid.

Ook steunt Nederland NGO's om deel te nemen aan nationale besluitvormingsprocessen. IPPF meldt in haar jaarrapport (van 2007) dat haar leden in 14 procent van de landen waar ze actief is, betrokken zijn bij het proces om een meerjarige begroting vast te stellen (MTEF) en dat zij in 51 procent van de landen de uitvoering van internationale afspraken volgen. In Gambia droeg IPPF bij om voorbehoedmiddelen op de lijst van essentiële medicijnen te krijgen (waardoor import veel makkelijker verloopt) en in Macedonië droeg ze bij aan de ontwikkeling van de nationale strategie voor gezondheid en ontwikkeling van jongeren. In vier landen in Afrika spelen de lidorganisaties van IPPF een belangrijke rol om het Afrikaans Maputo Plan of Action te vertalen naar nationale budgetten.⁵⁷

UNFPA, waarvan Nederland een van de grootste donoren is, werkt in landen nauw samen met overheden en religieuze leiders om SRGR onder de aandacht te brengen van religieuze groepen. UNFPA stimuleerde bijvoorbeeld het gebruik van islamitische teksten en waarden om vrouwen bewust te maken van hun rechten en geweld tegen vrouwen te voorkomen in Indonesië. In Kenia ondersteunt de VN-organisatie een lokaal initiatief om genitale verminking te voorkomen. Omdat de besnijdenis ook een betekenis heeft voor het meisje in haar overgang naar volwassenheid, is een alternatieve ceremonie ontworpen waarbij geen fysieke handeling plaatsvindt. Vaders, moeders, lokale leiders en anderen in de gemeenschap accepteerden dit. UNFPA en enkele NGO's die Nederland ondersteunt, pleiten op landenniveau voor specifieke budgetlijnen voor reproductieve gezondheidsproducten. Dit is bijvoorbeeld in Nigeria gelukt.

Figuur 4.11 Spoedverloskundig hulp: keizersneden in rurale gebieden (2000-2006)

(Bron: UNICEF: The State of the World's Children 2009)



Met steun van Nederland heeft de WHO in 2006 de *Global Strategy for the Prevention and control of sexually transmitted infections* opgesteld. Noodcontraceptie (de vroegere 'morning after pill') is zeker in situaties waar veel seksueel geweld voorkomt een noodzaak, maar ook elders een belangrijk middel om ongewenste zwangerschappen te voorkomen. World Population Foundation ondersteunde een noodtelefoonnummer in Zuid Afrika, o.a. voor vragen op het vlak van ongewenste zwangerschap. Bijna 3.500 mensen maakten hier in 2007 gebruik van.⁵⁸

Veilige abortus

Nederland ondersteunt de organisaties Ipas⁵⁹, Mary Stopes International (MSI), International Women's Health Coalition (IWHC), PSI en IPPF. Al deze organisaties plaatsen veilige abortus in een breed palet aan diensten en/of pleitbezorging. Marie Stopes International organiseerde in 2007 de eerste internationale abortusconferentie om aan dit prangende onderwerp aandacht te besteden. De conferentie bracht achthonderd mensen vanuit zestig landen bijeen.⁶⁰ Minister Koenders sprak op deze conferentie en onderstreepte de ernst van dit wereldwijde probleem. Onderzoek naar abortus door de *Population Council* in Latijns-Amerika vormde de basis voor de wetgeving die in Mexico Stad werd aangenomen. Ter ondersteuning van de pleitbezorging financiert Nederland het *Guttmacher Institute* voor het publiceerbaar maken van cijfers en inzichten uit onderzoek naar het vóórko men van onveilige abortus en de toegang tot veilige abortus.

Enkele internationale NGO's zijn actief om de toegang tot veilige abortus te verbeteren en onveilige abortus terug te dringen. In 2008 werden door het werk van MSI 500.000 veilige abortussen wereldwijd uitgevoerd door betaalbare en veilige abortussendiensten aan te bieden.⁶¹ IPPF bood in 2007 wereldwijd 650.000 abortusgerelateerde diensten aan, 430.000 meer dan in 2005. Hierdoor zijn meer dan één miljoen vrouwen gevrijwaard van de risico's die een onveilige abortus met zich mee brengt.⁶² Verder zijn de afgelopen jaren in steeds meer landen de opleidingen van gezondheidswerkers versterkt om post-abortuszorg en veilige abortus te kunnen bieden. Ook onder-

steunen zij overheden om de toegang tot benodigde middelen en medicijnen te stroomlijnen.

Meer capaciteitsversterking

Bilateraal is Nederland in twaalf landen actief in de gezondheidssector, vooral voor het versterken van gezondheidssystemen. Verbetering van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten is daarbij een speciaal aandachtspunt. Het gaat dan vooral om de capaciteit om planmatig en doelmatig te werk te gaan en het oplossen van de knelpunten, zoals het nijpende tekort aan getrainde menskracht, toegang tot medicatie en middelen, verbetering van infrastructuur en het koppelen van preventieve maatregelen aan curatieve inzet.

Op basis van de beschikbare gegevens kan worden geconstateerd dat de capaciteit van de gezondheidssector in het algemeen is toegenomen. Zo is in Bangladesh de dekking van de moeder en kindzorg uitgebreid van 10% naar 23% in de periode 2004 tot 2006. Ook hier verdient de verdeling aandacht, gelet op het feit dat de dekkingsgraad voor de rijkste bevolkingsgroep 81% is.⁶³ Een interessant gegeven is dat in hetzelfde land stappen zijn ondernomen om het bereik van basisverloskundige zorg te vergroten door het chronische tekort aan medische deskundigen aan te pakken via financiering van de vraagzijde, wat gebeurt door het verstrekken van zogenaamde *maternal vouchers* voor zwangere vrouwen. In Jemen zijn verschillende initiatieven ondernomen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat heeft geleid tot verbeterde training en opleiding, betere administratie van data, betere supervisie en integratie van verschillende diensten.

In Mozambique is in het kader van het *International Health Partnership* een substantieel plan ontwikkeld voor het opleiden van nog eens twintig duizend gezondheidswerkers. In Ethiopië wordt een soortgelijk plan al uitgevoerd.⁶⁴ Deze resultaten zijn een duidelijk bewijs dat op het vlak van het wereldwijde tekort aan gezondheidspersoneel de laatste twee jaar serieuze stappen zijn ondernomen waar Nederland aan heeft bijgedragen en aan zal blijven bijdragen.

Ook via NGO's is bijgedragen aan versterking van de capaciteit in ontwikkelingslanden. De World Population Foundation heeft een computerlespakket ontwikkeld voor seksuele voorlichting. In 2007 gebruikten 2500 scholen in een zevental ontwikkelingslanden, maar vooral in Zuid-Afrika, dit pakket, zodat in totaal ruim 650 duizend leerlingen over rolpatronen, seksualiteit, en het onderhandelen van condoomgebruik te weten kwamen.⁶⁵ Het gebruik van de computer is voor veel leraren een oplossing, omdat zij het moeilijk vinden over seksualiteit te praten met een klas vol jongeren. Ook Oxfam Novib (in samenwerking met Butterfly Works) heeft goede resultaten geboekt met e-learning, waarmee jongeren in Nigeria binnen hun schoolcurriculum werden voorgelicht over seksuele, reproductieve en mensenrechten. In 2007 besteedde Oxfam Novib bijna 6 miljoen aan een speciaal fonds voor vernieuwende projecten waarin seksuele rechten en de gelijkheid van de rechten van mannen en vrouwen waren opgenomen. Zo konden 38 partnerorganisaties bijdragen aan het terugdringen van moeder- en kindsterfte, HIV en Aids en ongelijkheid.⁶⁶

Betere toegang tot medicijnen voor reproductieve gezondheid

Nederland ondersteunt sinds jaren het VN-onderzoeksprogramma op het gebied van SRGR (naam afgekort HRP) dat onderzoek doet naar anticonceptiemiddelen en methoden, naar SOA's inclusief HIV, naar zwangerschapszorg, abortus, seksuele gezondheid. Nederland is voorzitter van het HRP bestuur.

Mede dankzij Nederlandse financiering leveren HRP-onderzoeksresultaten het bewijsmateriaal voor anticonceptie, zoals het spiraaltje; en voor een wereldwijd bekend handboek voor zorgverleners waarin beschreven wordt welke anticonceptiemethoden in welke situaties en voor welke personen aan te raden zijn. Ook is het behandelprotocol voor veilige afbreking van zwangerschap met medicijnen uitgebracht, en de richtlijnen voor introductie van het vaccin tegen baarmoederhalskanker in ontwikkelingslanden.

Nicaragua

In Nicaragua wordt de aanvullende rol die het particuliere kanaal kan vervullen, meer dan eens duidelijk.

Zo toonde Puntos de Encuentro, een partnerorganisatie van Oxfam Novib, aan dat ongeveer twee miljoen mensen dagelijks keken naar een door hen gemaakte soap waarin thema's als seksualiteit, HIV en Aids, abortus, homoseksualiteit en de relatie tussen mannen en vrouwen aan bod kwamen. Hierdoor heeft de populaire serie bijgedragen aan een meer open discussie rond deze onderwerpen. De succesvolle methode is vervolgens gedeeld met 'edutainment'-organisaties uit Afrika, Azië en Nederland.

Een voorbeeld van de katalyserende rol die Nederland vervult in de samenwerking tussen NGO's en de overheid is de cofinanciering van een screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker. Het aantal gevallen van baarmoederhalskanker is in Nicaragua hoog. De overheid biedt screening aan in haar klinieken, maar de meeste vrouwen in

rurale gebieden maken daar geen gebruik van. Nederland heeft in dit geval de rol van bruggebouwer tussen de overheid en een lokale NGO (Ixchen) gespeeld. Nu zet Ixchen haar mobiele kliniek in en samen met de verpleegkundige van de overheid wordt de screening in de dorpen gedaan. Als dat nodig blijkt, worden de vrouwen behandeld in een overheidskliniek. De gegevens van deze screening worden opgenomen in de officiële statistieken van de overheid. Dit is een unieke vorm van samenwerking tussen de overheid en een NGO in Nicaragua. In de periode 2005 tot 2008 zijn door deze samenwerking ruim 66 duizend uitstrijkjes gemaakt. Daarvan bleken 5200 vrouwen een vorm van baarmoederhalskanker te hebben. Deze vrouwen zijn behandeld of nog onder behandeling; 1200 van hen zijn inmiddels volledig hersteld.⁵⁶



4.3.4

Donorinzet: strategisch werken aan SRGR

De WHO heeft met Nederlandse steun een standaardwerk ontwikkeld op het gebied van gezinsplanning; het handboek beschrijft welke gezinsplanningmethoden in welke situaties en voor welke personen aan te raden zijn.

Nederland heeft direct bijgedragen aan het vergroten van de beschikbaarheid van middelen voor reproductieve gezondheid (*Reproductive Health Supplies*, RHS). Nederland heeft twee jaren de voorzittersstoel bekleed van de *Reproductive Health Supplies Coalition*. Daarnaast ondersteunt Nederland verschillende organisaties die RHS beschikbaar maken waaronder IPPF, UNFPA en het Global Fund. In 2005/2006 was het aandeel in de totale condoomdistributie van het Global Fund, UNFPA en IPPF respectievelijk 10,3%, 21% en 0,9%.⁶⁷ In toenemende mate stelt financiering van het Global Fund landen in staat om condooms voor gezinsplanning aan te schaffen.

Sinds 2007 investeert Nederland samen met enkele andere donoren in het vergroten van de toegang tot een betaalbaar vrouwencondoom. Bij een grotere keuze aan voorbehoedmiddelen blijkt het gebruik toe te nemen, maar het is bovendien momenteel het enige middel dat zowel tegen zwangerschap als SOA beschermt en waarvoor de controle bij de vrouw zelf ligt. In dit Schoklandakkoord heeft Oxfam Novib het initiatief genomen en hebben verschillende organisaties zich er bij aangesloten om het vrouwencondoom wereldwijd te verspreiden.

Resultaten die direct op het conto van Nederland kunnen worden geschreven. Liggen vooral op het vlak van pleitbezorging. Zo bracht minister Koenders de toegang tot veilige abortus op in Nicaragua en sprak de mensenrechtenambassadeur in Polen over de rol van de EU op het gebied van SRGR en OS. Naast eerder genoemde voorbeelden liet Nederland haar stem op belangrijke conferenties zoals *Women Deliver*, *Conflict in Emergencies* (minister Koenders) en de MDG-top in New York (premier Balkenende) horen. Nederland heeft zich in 2008 in diverse landen ingespannen voor gelijke rechten voor homoseksuelen. Dit kwam neer op interventies op politiek niveau, steun aan studies, of het bijeenbrengen van de verschillende actoren en het stimuleren van maatschappelijke dialoog.

Een aanzienlijk deel van de input is niet-financieel van aard. Deze niet-financiële input richt zich op capaciteitsopbouw, pleitbezorging en het bieden van platforms waar de diverse actoren ervaringen kunnen uitwisselen en tot besluiten komen. Voorbeelden van dergelijke pleitbezorging zijn in eerdere paragrafen genoemd.

Nederland zet door strategische detacheringen senior stafleden in bij UNFPA en bij de Europese Commissie. Zo werkt Nederland samen met UNFPA aan het integreren van SRGR in ontwikkelingsplannen en -processen op landenniveau (Parijs Agenda, PRSP). Via de inzet bij de Europese Commissie wordt het EU-beleid op het gebied van SRGR mede vorm gegeven en wordt de uitvoering bespoedigd. De detachering bij de UNFPA heeft als resultaat dat UNFPA de Parijs Agenda als een prioriteit heeft in haar aanpak op landenniveau. Daarmee heeft UNFPA een koppositie binnen de VN ingenomen. De detachering bij de EC heeft mede geleid tot het aannemen van de EU MDG 'Agenda for Action' door de Europese Commissie en alle lidstaten. Deze agenda is bedoeld om een extra impuls te geven aan het halen van de MDG's en er zijn 'tussendoelen' gesteld voor 2010. Voorbeelden van deze intermediaire doelen zijn: 21 miljoen meer geboortes onder begeleiding van gezondheidswerkers en 50 miljoen meer vrouwen die toegang hebben tot moderne anticonceptiemiddelen.

Op een politiek gevoelig onderwerp als seksuele en reproductieve rechten is de rol van NGO's cruciaal. NGO's zorgen dat de stem van belangengroepen te horen is: zij brengen feiten aan het licht, pleiten voor politieke aandacht voor schendingen van de mensenrechten, houden het beleid in de gaten, informeren het publiek en helpen met inspraak.

De belangrijkste begunstigden van de Nederlandse financiële steun voor MDG 5 zijn UNFPA, WHO, Nederlandse NGO's (WPF, CHOICE) en de internationale NGO's IPAS, MSI, IWHC, PSI en IPPF. Een belangrijke financiële bijdrage aan MDG 5 en SRGR wordt gegeven via de bilaterale ondersteuning aan de gezondheidssector in de twaalf partnerlanden.

- 37 Bron: Population Reference Bureau 2008 World Population Data Sheet. (www.prb.org)
- 38 Mali, Burkina Faso, Ghana, Ethiopië, Jemen, Tanzania, Zambia, Mozambique, Bangladesh, Vietnam, Suriname, Nicaragua
- 39 Joint News Release WHO/UNICEF/UNFPA/World Bank: Maternal mortality ratio falling too slowly to meet goal (17/10/2007). www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/en/print.html
- 40 Demographic Health Survey Burkina Faso (2003)
- 41 Demographic Health Survey Zambia (2007)
- 42 UNFPA, Population issues: Safe Motherhood 2007
- 43 UNFPA factsheet: No woman should die giving life. Contraceptives save lives; Meeting the needs for Family Planning: http://www.unfpa.org/safemotherhood/mediakit/documents/fs/factsheet2_eng.pdf
- 44 The Millennium Development Goals Report, United Nations – 2008: mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_En.pdf
- 45 Ministry of Health Mid Term Review 2008, uit Sector Track Record 2009.
- 46 Demographic Health Survey Bangladesh 2004, uit Sector Track Record Bangladesh 2009
- 47 Utilization Essential Service Delivery (UESD) Survey Bangladesh 2006, uit Sector Track Record Bangladesh 2009.
- 48 Annual Report IPPF 2007.
- 49 UNICEF State of World's Children, 2009
- 50 The Millennium Development Goals Report 2008.
- 51 Ministère De La Santé, Mali
- 52 Ministry of Health, Ghana
- 53 Ministry of Health, Zambia.
- 54 Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh.
- 55 Ministry of Public Health and Population, Jemen.
- 56 IXCHEN data i.s.m. en goedgekeurd door het Ministerie voor Gezondheid (MINSa) van Nicaragua.
- 57 IPPF Annual Report 2007: <http://www.ippfen.org/en/ippf+en+annual+report+2007.htm>
- 58 WPF jaarverslag 2007
- 59 Protecting Women's Health. Advancing women's reproductive rights.
- 60 WPF direct verschaft informatie, uit verslag van de conferentie, georganiseerd door MSI.
- 61 Jaarverslag MSI 2008.
- 62 Jaarverslag IPPF 2007.
- 63 Demographic Health Survey Bangladesh 2004, uit Sector Track Record Bangladesh 2009 en Utilization Essential Service Delivery (UESD) Survey Bangladesh 2006, uit Sector Track Record Bangladesh 2009.
- 64 IHP+ Compact Mozambique & IHP+ Compact Ethiopië, aanvullend op Plano Estrategico Sector Saude Mozambique en Health Sector Development Program (HSDP-III) 2005-2010.
- 65 WPF: directe communicatie uit eigen data, jaarverslag 2007.
- 66 OXFAM/NOVIB: eigen data uit innovatie fonds.
- 67 USAID policy brief

Doel 6: HIV-Aids epidemie tot staan brengen

Aantal personen (0-49 jaar) geïnfecteerd met HIV

WEST- EN CENTRAAL EUROPA
0,6 - 1 miljoen



LATIJS-AMERIKA EN
CARIBISCH GEBIED
1,5 - 2,1 miljoen

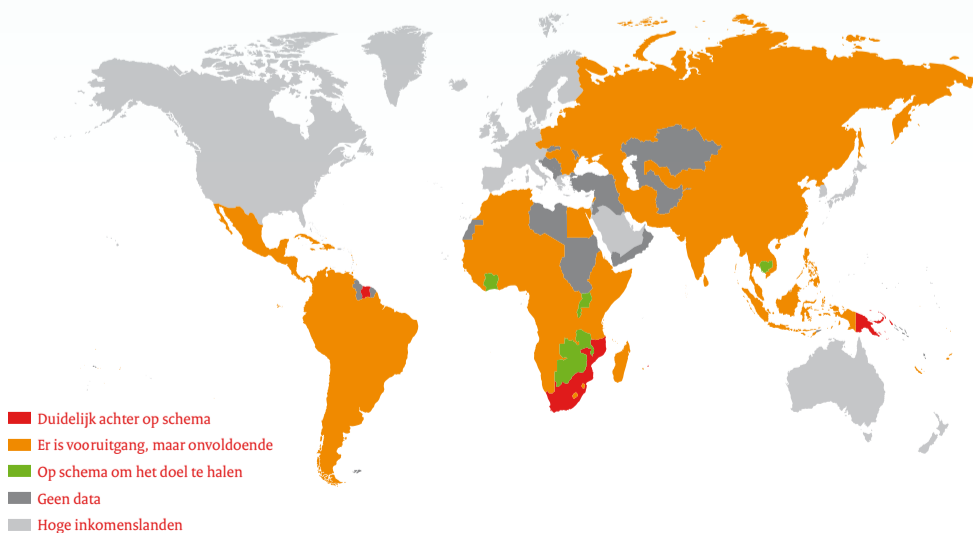


1 miljoen

De oppervlakte van een land is gelijk aan: aantal personen (0-49 jaar) geïnfecteerd met HIV

HIV-Aids epidemie tot staan brengen: halen landen dit doel?

(Bron: United Nations Statistical Division)





OOST-EUROPA EN CENTRAAL AZIË

1,1 - 1,9 miljoen



OOST-AZIË

0,5 - 1,1 miljoen



ARABISCHE LANDEN

0,3 - 0,5 miljoen



ZUIDWEST-AZIË

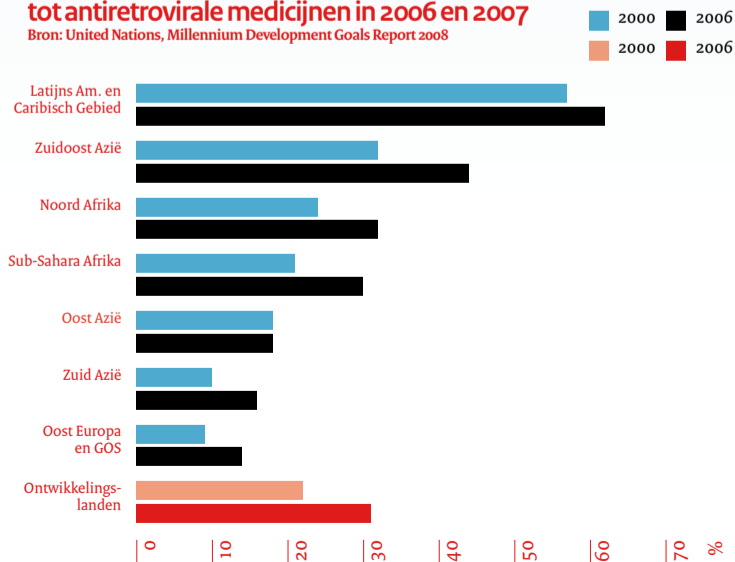
3,5 - 5,3 miljoen

SUB-SAHARA AFRIKA

20,5 - 23,6 miljoen

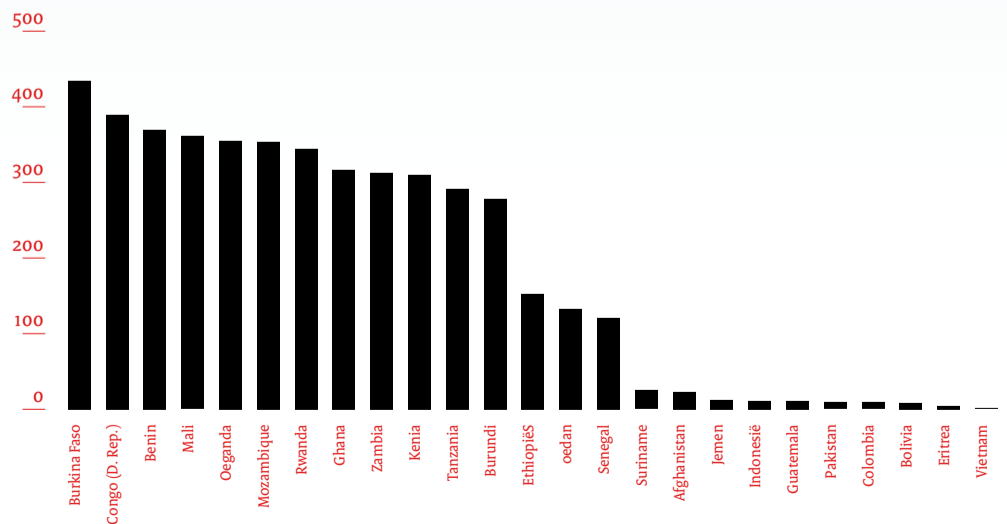
Het aandeel van mensen met AIDS dat toegang heeft tot antiretrovirale medicijnen in 2006 en 2007

Bron: United Nations, Millennium Development Goals Report 2008



Malaria gevallen per 1000 inwoners (meest recente schatting)

Bron: World Malaria Report 2008 (WHO)



4.4

MDG 6: Terugdringen van HIV/Aids, malaria, tuberculose en andere ziekten

4.4.1

Inleiding

Het absolute aantal mensen dat met HIV is geïnfecteerd is nog altijd hoog, ongeveer 33 miljoen mensen wereldwijd. Dat aantal stijgt nog steeds. De invloed van Aids op families, gemeenschappen en maatschappijen heeft sterke sociale en economische consequenties en actie, de 'aids respons', is daarom van groot belang. HIV/Aids staat ook sterk in verband met malaria en tuberculose (TB). Vandaar dat in deze resultatenrapportage voor het eerst niet apart wordt gesproken over HIV/Aids, maar ook over malaria en TB. Deze drie ziekten worden samengebracht in MDG 6, de leidraad voor dit hoofdstuk.

Rond MDG 6 is Nederland binnen de bilaterale hulp aan de gezondheidsector actief in twaalf partnerlanden. Daarnaast wordt in een aantal andere partnerlanden projectmatig steun gegeven aan HIV- en aids-programma's. In het multilaterale kanaal wordt gewerkt met tal van VN-organisaties waaronder UNAIDS en haar co-sponsororganisaties (UNICEF, WHO, UNFPA, UNODC). Zij beschikken over de inhoudelijke deskundigheid en het mandaat om SRGR, Aids, TB en malaria te agenderen en ontwikkelingslanden te helpen bij de uitvoering en het monitoren van de voortgang. Verder wordt er buiten de VN samen-gewerkt met onder andere de Wereldbank, het Global Fund

for AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) en andere internationale samenwerkingsverbanden, met name op het gebied van malaria en tuberculose. Binnen het particuliere kanaal werkt Nederland samen met een breed scala aan actoren en wordt er vooral via het medefinancieringsstelsel steun verleend aan aantal NGO's. Hierbij richt Buitenlandse Zaken zich op die organisaties die niet bang zijn heikele onderwerpen aan de orde te stellen – zoals seksuele en reproductieve gezondheid voor jongeren – of die met groepen van de bevolking werken die in veel landen gediscrimineerd worden, zoals mannen die seks hebben met mannen (MSM), sekswerkers, drug gebruikers, migranten, gevangenen en mensen met een beperking. NGO's spelen een belangrijke rol in de dienstverlening op lokaal niveau. Ook zijn zij vaak belangrijk voor belangenbehartiging (pleitbezorging), het verlenen van technische assistentie, het ontwikkelen van technische instrumenten, productie of distributie van informatiemateriaal en het beschikbaar stellen van fondsen voor kleine lokale organisaties en initiatieven.

De rol van het bedrijfsleven als dienstverlener van gezondheidszorg, neemt toe bij het behalen van de MDG's. Nederland stimuleert samenwerking tussen de publieke en private sector

door bijvoorbeeld steun te geven aan verschillende publiek-private samenwerkingsverbanden voor de ontwikkeling en implementatie van testen, vaccins, medicijnen en interventie-strategieën.

Nederland is mondiaal gezien voortrekker en expert op het gebied van TB-bestrijding, dit op basis van de TB-bestrijding in eigen land en de actieve betrokkenheid van de Nederlandse overheid bij de internationale bestrijding. Nederland steunt tal van multilaterale initiatieven zoals het Global Stop TB Partnership. Maar ook via het particuliere kanaal wordt veel bereikt. Mede met financiële steun van Nederland (jaarlijks 2,5 miljoen euro) neemt het KNCV Tuberculosefonds een belangrijke rol in. KNCV ondersteunt in 44 landen de opzet en capaciteits-opbouw voor management van nationale bestrijdingprogramma's. Het is een partner van de WHO, en een vooraanstaande partner van USAID op het gebied van TB-bestrijding. Andere actoren zijn het KIT en het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) die ook bij dragen aan de internationale TB-bestrijding, onder andere door ontwikkeling van laboratoriumcapaciteiten en implementatie van nieuwe diagnostische middelen.



Doelstelling MDG 6A:

In 2015 is de HIV/Aids-epidemie een halt toegeroepen en neemt het aantal nieuwe HIV-infecties af

Doelstelling MDG 6B:

In 2010 is er universele toegang tot aidsremmers voor allen die dit nodig hebben

Doelstelling MDG 6C:

In 2015 zijn malaria en tuberculose een halt toegeroepen en daalt het aantal mensen dat malaria en tuberculose krijgt

De resultaatketen voor MDG 6: een toelichting

Het lange termijn doel (impact) is het terugdringen van ziekte en overlijden ten gevolge van HIV/Aids, Tuberculose, Malaria en andere belangrijke ziektes. Gewichtsverlies, hoesten en algemene malaise bemoeilijken het werk van een vrouw op het land, haar gezin heeft minder te eten en de kosten om naar een kliniek te gaan lijken onoverkoombaar. De kruidendokter brengt geen uitkomst. Haar man geeft uiteindelijk toestemming om naar de kliniek te gaan. Wie zorgt er anders voor de kinderen? Haar sputum wordt onderzocht en tuberculose is de diagnose. Maar daar blijft het niet bij, haar weerstand is zo verzwakt omdat ze ook geïnfecteerd is met HIV, het virus dat Aids veroorzaakt. Waarschijnlijk is ook haar man HIV-positief. Malaria slaat met de regelmaat van de klok toe, vooral de kinderen hebben hier van te lijden. Misschien is haar jongste met HIV geïnfecteerd geraakt tijdens de bevalling een paar maand geleden. Gelukkig kunnen de tuberculose en malaria goed behandeld worden. Met antiretrovirale therapie kan ook het HIV in toom gehouden worden. Met insecticide behandelde muskieten netten helpen malaria tot een uitzondering te maken. Voorbehoedmiddelen maken het mogelijk de volgende zwangerschap uit te stellen en eerst aan te sterken, zodat de kinderen niet ingezet hoeven te worden en weer naar school kunnen. Nu maar hopen dat de man niet schuilt voor het stigma en ook naar de kliniek gaat. Het daadwerkelijk gebruik van deze diensten

heet in de keten 'outcome'. De sector-output is om deze diensten zo toegankelijk mogelijk te maken en zo goed mogelijk te proberen dat deze ziektes voorkomen worden, middels voorlichting en educatie. De Nederlandse inzet (donor-output & input) ondersteunt bi-lateraal vooral ministeries van gezondheid in twaalf partnerlanden. Nederland is ook een belangrijke donor van het Global Fund, waar wij ook in het bestuur vertegenwoordigd zijn. Nederlandse NGO's hebben via hun lokale partnerorganisaties een belangrijke invloed door het versterken van lokale dienstverlening en het vermogen om zaken aan de kaak te stellen. UNAIDS coördineert de inzet van de multilaterale VN-organisaties.

4.4.2

Algemene voortgang en trends: impact

HIV/Aids: minder nieuwe infecties

Volgens de meest recente schattingen waren er in 2007 wereldwijd ongeveer 33 miljoen mensen HIV-positief.⁶⁸ Het aantal mensen dat met HIV leeft, stijgt nog steeds. Deels komt dat door het aantal nieuwe infecties, en deels is het een teken van succes omdat meer mensen in leven blijven dankzij behandeling met aidsremmers. Sub-Sahara Afrika is het zwaarst getroffen door HIV en Aids. Tweederde van alle mensen die HIV-positief zijn, woont in deze regio, terwijl hier slechts iets meer dan 10 procent van de wereldbevolking woont. Wereldwijd komt driekwart van alle mensen die overlijden aan de gevolgen van Aids uit deze regio. In 2007 stierven wereldwijd 2 miljoen mensen aan de gevolgen van Aids.⁶⁹ De belangrijkste oorzaken van infectie in Afrika blijven onveilige seks, onveilige seks met meerdere contacten en de overdracht van moeder op kind. Ook overdracht via het delen van naalden en spuiten bij drugsgebruik is een belangrijke oorzaak van de verspreiding van HIV, met name in Azië en Centraal-Europa. Wereldwijd is tien procent van alle nieuwe gevallen van HIV toe te schrijven aan deze vorm van overdracht. Dit aantal stijgt naar dertig procent als we Afrika niet meerekenen.

Een aantal landen rapporteerde in de afgelopen jaren een dalende HIV-prevalentie (percentage HIV-positieven per bevolking).⁷⁰ Deze daling wordt vooral toegeschreven aan HIV-preventieprogramma's die gericht zijn op gedragsverandering onder jongeren.

De afgelopen jaren hebben wij veel veranderingen geconstateerd die van belang zijn voor de strijd tegen HIV/Aids, TB en malaria. In sommige opzichten zien wij verbeteringen. Zo is het aantal nieuwe HIV-infecties gedaald van 3 miljoen per

jaar in 2001 tot 2,7 miljoen in 2007.⁷¹ Uit onderzoek van onder andere UNAIDS wordt de laatste twee jaar steeds duidelijker dat HIV-prevalentie – ook in landen met een verspreide epidemie – met name hoog is onder bevolkingsgroepen die extra risico lopen op een HIV-infectie: sekswerkers en hun cliënten, mannen die seks hebben met mannen (MSM), en injecterende drugsgebruikers. De afgelopen jaren is er een duidelijke stijging te zien in het aantal aidspatiënten dat toegang heeft tot anti-retrovirale (ARV)-behandelingen.⁷² In verschillende landen verschuift de epidemie. Bijvoorbeeld in Thailand, waar een aantal jaren geleden sekswerkers de meest kwetsbare groep waren, zien we tegenwoordig dat de meeste nieuwe infecties zich voordoen bij de algemene bevolking, drugsgebruikers en onder MSM. Nieuwe epidemieën zijn in opkomst in Oost-Europa (Rusland, Oekraïne) en Centraal en Oost-Azië. Deze epidemieën worden voor een belangrijk deel veroorzaakt door injecterend drugsgebruik. De aidsepidemie groeit in Azië, ook hier wordt een combinatie met TB gesignaleerd. In Azië en Latijns-Amerika vindt de overdracht met name plaats via het injecteren van drugs en commerciële seks.

Rondom HIV en Aids hangt nog steeds een groot taboe. De voornaamste reden hiervoor is dat HIV in verband wordt gebracht met seks, ziekte, dood en gedrag dat veel mensen als sociaal onwenselijk beschouwen. Dit taboe en de stigmatisering, discriminatie en schending van de mensenrechten van mensen met HIV, vormen grote belemmeringen voor effectieve HIV-preventie, zorg en behandeling.

Het weerhoudt mensen ervan zich te laten testen op HIV, de diagnose te delen met anderen of maatregelen te treffen om

anderen te beschermen of zichzelf te laten behandelen. In die landen waar drugsgebruik een belangrijke rol speelt in de verspreiding van HIV versterkt de criminalisering van drugsgebruik het stigma. Overheden onderkennen soms niet de ernst van de epidemie en leveren zodanig niet de maximale inspanning.

De afgelopen jaren is er een toename gesignaleerd in de feminisering van HIV en Aids. Het relatieve aandeel van vrouwen onder HIV-positieven neemt toe, vooral in de leeftijdsgroep tot 24 jaar. Vrouwen, maar ook jongeren hebben veelal weinig mogelijkheden zich te beschermen tegen een HIV-infectie. Ze kunnen vaak niet onderhandelen over veilige seks en krijgen dikwijls te maken met seksueel geweld. Door ongelijke genderverhoudingen, armoede en tekortschietende HIV-preventie – inclusief gebrekkige seksuele en reproductieve gezondheidszorg – is er sprake van een feminisering van de epidemie. Ook de sociale consequenties van Aids zijn vaak voor vrouwen en meisjes het zwaarst, aangezien zij vaak belast worden met de zorgtaken zowel voor zieke familieleden als de opvang van kinderen.

Tuberculose

HIV-positieven zijn vatbaarder voor tuberculose. In de afgelopen twee jaar zijn ook aanzienlijke resultaten geboekt in het percentage TB patiënten dat op HIV getest wordt. In Kenia is dit percentage van minder dan 20% medio 2005 naar 79% eind 2007 gegroeid, deels met Nederlandse steun⁷³.

Dankzij de intensieve toepassing van TB-bestrijding conform de *Stop TB Strategie*, tekent zich sinds 2006 een kentering op impactniveau af in de het aantal nieuwe TB-gevallen (inciden-

Meer dan 7400 nieuwe HIV-infecties per dag in 2007

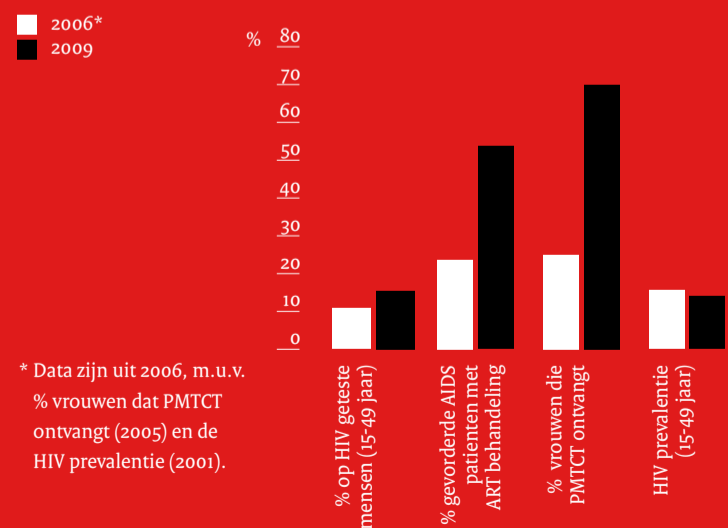
- Meer dan 96% hiervan vond plaats in lage- en middelinkomstenlanden
- Ongeveer 1000 vonden plaats bij kinderen jonger dan 15 jaar
- Ongeveer 6300 vonden plaats bij volwassenen van 15 jaar en ouder, van wie 50% vrouwen zijn en 45% jonge mensen (15 tot 24 jaar)

Voor iedere twee mensen die ARV-behandeling starten raken vijf mensen geïnfecteerd
Bron: UNAIDS, 2008

Figuur 4.12

Voortgang in Zambia: vier HIV/Aids indicatoren

(Bron: Demographic Health Survey Zambia 2007 (2008) en Ministry of Health (2008) Report of the Mid Term Review 2007)





4.4.3

Resultaten op landenniveau

Sector-outcome: ARV-behandelingen stijgen sterk

Een aantal landen kent een goede vooruitgang op de belangrijkste indicatoren voor HIV en Aids. Zambia bijvoorbeeld kent op de vier belangrijkste indicatoren een verbetering

Mede dankzij steun van Nederland is wereldwijd het aantal mensen dat zich laat testen voor HIV en toegang heeft tot ARV-behandeling sterk gestegen: er waren in 2007 tien keer zoveel mensen aan ARV-behandeling als in 2002⁷⁶. Het totale aantal mensen wereldwijd dat aidsremmers krijgt is nu meer dan 3 miljoen. Het aantal vrouwen dat toegang heeft tot PMTCT (*Prevention of Mother To Child Transmission*) is gestegen van 9% in 2006 tot 33%⁷⁷ van alle zwangere vrouwen in lage- en middeninkomenlanden in 2008. Dit heeft er onder andere toe geleid dat minder baby's HIV-positief raken tijdens of na de bevalling: 450.000 in 2000 tot 370.000 in 2007⁷⁸. Ook worden meer patiënten met tuberculose opgespoord en succesvol behandeld. De aanpak van malaria laat een positieve trend zien, er is een enorme toename in de beschikbaarheid van met insecticide behandelde bednetten. Het door Nederland gesteunde Global Fund speelt een zeer belangrijke rol.

Andere resultaten die bereikt zijn door ondersteuning van het maatschappelijke middenveld (via het MFS), zijn bijvoorbeeld het toegenomen aantal mensen dat voorlichting over HIV/Aids, preventiemethoden en reproductieve gezondheidszorg ontvangt. Tal van organisaties hebben hier de afgelopen jaren een bijdrage aan geleverd. Zo hebben Cordaid en Oxfam Novib in 2007 gezamenlijk ruim vier miljoen mensen bereikt met hun voorlichtingscampagnes. Hivos en Terre des Homes zorgden

tie). Mondiaal gezien is men goed op weg om het MDG-doel te halen: het ombuigen van de epidemie. De mondiale TB-bestrijding heeft evenwel nog een enorme uitdaging in de regio's Afrika en Europa. Hier worden de zelfgestelde doelen voor prevalentie en sterfte ten gevolge van tuberculose naar alle waarschijnlijkheid niet behaald. Van de twee belangrijke streefwaarden is 'behandelsucces' (85 procent) in de periode 2007-2008 al behaald, het 'opsporingspercentage' ligt met 62 procent nog ruim onder het doel (70 procent).⁷⁴ Deze streefwaarde zal naar verwachting in Afrika helaas niet voor 2015 behaald worden. Een ander belangrijk zorgpunt is de toename van tuberculose die niet gevoelig voor de gangbare medicijnen en dus erg moeilijk te behandelen is.

Malaria

Al worden met insecticide behandelde bednetten steeds meer gebruikt, de doelstelling – "80 procent van de bevolking slaapt onder een net" – is nog lang niet gehaald. Toch lijkt het er op dat een aantal landen wel in staat is deze streefwaarde te halen. Vooral voor kinderen leidt het slapen onder een bednet snel tot minder bloedarmoede, koorts en sterfte vanwege malaria. Om de doelstellingen in alle landen waar malaria met grote regelmaat voorkomt (endemisch) te bereiken, is echter een forse extra inzet nodig.

Terwijl er veel voortgang is geboekt, vooral op het gebied van het aantal beschikbare bednetten en de ontwikkeling van nieuwe medicijnen, blijft malaria een groot probleem en zal Nederland blijven inzetten op het terugdringen hiervan. In een aantal landen, vooral in Sub-Sahara Afrika maar ook in delen van Azië, wordt de malariabestrijding bemoeilijkt door

snelle verspreiding van resistentie tegen bestaande medicijnen, terwijl nieuwe medicijnen te duur zijn. Hoewel de meeste landen officieel over zijn gegaan op behandeling van malaria met nieuwe medicijnen, is er een grote markt voor nepmedicijnen ('counterfeit'). De WHO schat dat een vijfde (200.000/1 miljoen) van de sterfte wereldwijd ten gevolge van malaria voorkomen zou kunnen worden als er geen nep (counterfeit) malaria medicijn op de markt zou zijn.⁷⁵

Tabel 4.1 Interventies van GFATM ⁷⁹
(Bron: GFATM)

Interventie	Juni 2006	December 2007	Juni 2008	December 2008
HIV Aantal mensen op ARV behandeling	0,544 miljoen	1,4 miljoen	1,75 miljoen	2 miljoen
TB Patiënten op DOTS behandeling	1,43 miljoen	3,3 miljoen	3,9 miljoen	4,6 miljoen
Malaria Aantal geïmpregneerde bednetten verspreid	11,3 miljoen	46 miljoen	59 miljoen	70 miljoen

er in hetzelfde jaar voor dat een miljoen mensen met Aids toegang kregen tot medische zorg en professionele begeleiding tijdens ARV-behandelingen.⁸⁰

Er is ook concrete voortgang gemaakt in de aanpak van malaria. Zo heeft Nederland een actieve rol gespeeld bij het oprichten van de *Affordable Medicines Facility for malaria*, een initiatief waarmee werkzame geneesmiddelen tegen een gereduceerd tarief beschikbaar worden gesteld, zowel aan publieke als private zorgverleners. Op deze manier zullen de niet langer werkende medicijnen uit de markt worden 'weggedrukt'. In 2008 is dit mechanisme verder uitgewerkt en het zal in 2009 van start gaan.

Er zijn in Afrika zes landen die in staat waren het WHO-preventie-doel (om de helft van de bevolking te beschermen tegen malaria door de beschikbaarheid van bednetten te vergroten) te halen. Dit zijn Ethiopië, Kenia, Madagaskar, Niger, Sao Tomé en Príncipe en Zambia. Deze resultaten zijn hoopgevend en bevestigen dat het mogelijk is om met de huidige interventies de impact van malaria terug te dringen.

Ontwikkeling van nieuwe medicijnen en vaccins komt over het algemeen voort uit samenwerking tussen donoren, onderzoeksinstituten, particuliere organisaties en het bedrijfsleven. Dit zijn langjarige trajecten waarvan de uitkomsten zich moeilijk laten voorspellen. Maar er zijn ook resultaten te melden. Zo is er is met Nederlandse financiële steun een nieuwe combinatietherapie tegen malaria geregistreerd door het *Drugs for Neglected Diseases Initiative* (DNDI) wat nieuwe kansen biedt voor het behandelen van malaria. Nederland draagt ook bij aan internationale partnerschappen tussen de publieke en private sector op het terrein van TB. Dat onder andere heeft geleid tot de ontwikkeling van een nieuw vaccin dat naar de

volgende fase van klinisch onderzoek is gegaan. Opvallend is dat relatief veel Nederlandse organisaties en bedrijven bij dit laatste traject betrokken zijn.

In de partnerlanden waar Nederland bilaterale steun geeft aan de gezondheidszorg heeft het bijgedragen aan de kwaliteit en het aanbod van gezondheidsdiensten en daarmee aan de voortgang voor MDG 6. We zien dat in alle landen de behandeling van TB verbeterd is. In Mozambique bijvoorbeeld nam het percentage succesvolle behandelingen toe van 39 procent (in 1995) tot 79 procent (in 2005). In alle niet-Afrikaanse landen, en in Ghana en Mali, nam de prevalentie van TB af.⁸² Dezelfde trends zien we voor HIV/Aids: het aantal mensen dat ARV-behandeling krijgt is toegenomen, het aantal ARV behandelcentra gestegen en het percentage vrouwen dat PMTCT krijgt tijdens de zwangerschap verhoogd.

Sector-output: toewerken naar één beleid

Niet alleen op het gebied van financiële middelen is er grote voortgang geboekt, ook is er inmiddels mede door de Nederlandse pleitbezorging, veel bereikt rond de internationale consensus over methoden en doelstellingen. Zo is er meer aandacht voor aidsbestrijding onder (internationale) organisaties (bijvoorbeeld ASEAN, EU en AU), overheden die deel uitmaken van de G8 en bilaterale donoren. Er is op veel terreinen overeenstemming bereikt over de vraag wat ons gezamenlijke beleid moet voorstaan en waar de kansen en uitdagingen liggen. Zo hebben de diverse spelers, zowel de multilaterale, particuliere als de bilaterale actoren, zich achter het 'Three Ones'⁸³ principe geschaard. Deze inzet wordt nu wereldwijd toegepast voor een effectieve aidsrespons op nationaal niveau. Door betere samenwerking en uitwisseling is het inzicht in het complex van factoren dat ten grondslag ligt aan

de verspreiding van aids in 2007 en 2008 aanzienlijk toegenomen. Duidelijk is dat ieder land te maken heeft met eigen specifieke uitdagingen en dat er geen eenduidig "one-size-fits-all" beleid kan zijn. UNAIDS heeft, met financiële en institutionele steun van Nederland, de "know your epidemic" benadering omarmd om landen te helpen om op nationaal niveau effectiever te kunnen zijn. Dergelijke analyses helpen meer inzicht te krijgen in het gedrag en de sociale omstandigheden die de verspreiding van HIV veroorzaken en de factoren die de toegang tot informatie en diensten van kwetsbare groepen⁸⁴ beperken.

Uit analyses van behaalde resultaten van door Nederland gesteunde NGO's zien we dat deze actief zijn in het versterken van de lobbycapaciteit van lokale organisaties. We constateren dat in veel landen het maatschappelijk middenveld en de NGO's sterker geworden zijn en dat zij in toenemende mate hun eigen perspectieven inbrengen in beleidsdiscussies. Het *Global Network of People with hiv* (GNP+) en andere organisaties werken om de positie en organisatie van netwerken die bestaan uit mensen met HIV, te verbeteren. Een ander voorbeeld is de *Treatment Action Campaign*⁸⁵ in Zuid-Afrika die vooral door lobby en burgerlijke ongehoorzaamheidsacties de overheid onder druk heeft gezet om ARV-behandeling beschikbaar te stellen.

Nederland is een belangrijke sponsor van het *European Developing Countries Clinical Trial Partnership* (EDCTP). Haar bijdrage aan het EDCTP loopt via het NACCAP (*Netherlands-African partnership for capacity development and clinical interventions against poverty-related diseases*). Doel van NACCAP is om de Afrikaanse onderzoek en ontwikkeling (R&D, Research and Development) op het terrein van armoedegerelateerde ziekten te versterken door een betere Noord-Zuid samenwerking via lokale R&D-centra. Dankzij de subsidie van Nederland zijn inmiddels vier "networks of

Youth Peer Education

Het Y-peer programma van UNFPA heeft als doel de kennis van jongeren te vergroten en de toegang tot zorg te verbeteren. Jongeren worden getraind op het gebied van HIV/Aids en SRGR, waarna zij vervolgens hun peers weer trainen. Dit netwerk maakt gebruik van de expertise van Dance4Life en Soa Aids Nederland om een goed trainingsprogramma te realiseren. Het initiatief had eind 2007 zo'n 5.000 jongeren gemobiliseerd uit 39 landen via de website (www.youthpeer.org).⁸¹ Naast opleiden van peer-educators en trainers, maakt Y-peer kennis beschikbaar en begrijpelijk, biedt het nationale en internationale trainingen, organiseert het campagnes en conferenties en pleit voor de rechten van jongeren. Hier komen dus verschillende door Nederlands gefinancierde initiatieven samen met een gemeenschappelijke agenda en wordt zo onze inzet verbeterd door samenwerking en het elkaar aanvullen.

LAASER: Voorkom dat ARV-behandelingen resistent worden

De afgelopen jaren is er een forse toename geweest in het aantal mensen dat toegang heeft tot ARV-behandeling. Wanneer deze medicijnen op zo'n grote schaal worden toegepast dreigt het virus resistent te worden. Het Aids Fonds heeft in 2006 het initiatief genomen om hier tijdig wat aan te doen. Samen met drie partners (ICSS, PharmAccess en TREAT Asia) is het Aids Fonds het grootschalig LAASER-project gestart: *Linking African and Asian Societies for an Enhanced Response to HIV/Aids*. In 25 landen in Azië en Afrika worden gedurende vijf jaar circa 4.000 patiënten nauwlettend gevolgd met als doel meer inzicht te krijgen in de gevolgen van ARV-behandeling over langere tijd en de consequenties hiervan voor resistentie. Nederland draagt met 10 miljoen euro financieel bij aan dit initiatief.



4.4.4

Donorinzet: beter voorkómen

excellence” in verschillende Afrikaanse regio’s opgezet, die een belangrijke rol spelen in de lokale capaciteitsopbouw. Daarnaast is met een deel van het NACCAP⁸⁶-geld direct bijgedragen aan de ruim veertig klinische studies en ruim honderd capaciteitsversterkende activiteiten die door het EDCTP worden ondersteund.

Het *Tropische Ziekten Onderzoeks- en Trainingsprogramma (Tropical Disease Research and Training Programme, TDR)* van de WHO is een belangrijk programma voor onderzoek en capaciteitsversterking waar Nederland aan bijdraagt. Op het gebied van capaciteitsversterking is het bilaterale kanaal ook van grote waarde voor het succes van beleid. Daarbij gaat het vooral om het aanpakken van het nijpende tekort aan menskracht, toegang tot medicatie en middelen, het vergroten van deskundigheid van (medisch) personeel en samenwerken met de private sector en het maatschappelijk middenveld.

Donor-output: óók heikele onderwerpen

Nederland is een belangrijke pleitbezorger van de mensenrechtenbenadering van HIV en Aids. Het Nederlands beleid is duidelijk: het respecteren en handhaven van mensenrechten, zowel van degenen die risico lopen op een HIV-infectie als degenen die reeds HIV-positief zijn, is niet alleen een recht, maar leidt ook tot betere resultaten op het terrein van de volksgezondheid. Nederland staat internationaal bekend als een sterke pleitbezorger en een partner die heikele onderwerpen niet uit de weg gaat. Op het raakvlak tussen HIV/Aids en SRGR kan gedacht worden aan de speciale aandacht die Nederland heeft voor kwetsbare groepen, SRGR voor jongeren en mensen met HIV, feminisering van de aidsepidemie, de achterstelling van vrouwen en speciale aandacht voor mensen met een beperking. Er wordt daarom ingezet op het stoppen van geweld tegen vrouwen, de integratie van SRGR en HIV/Aids (van beleid naar praktijk) en het opvangen van de consequenties van aids-pandemie. De rol die Nederland speelt heeft tot veel resultaten geleid in het internationaal debat, de beleidsvorming en de praktijk. Het meest in het oog springende resultaat van onder andere de Nederlandse inspanning was dat tijdens de bijeenkomst op hoog niveau over de voortgang van UNGASS

in juli 2008, Secretaris-Generaal van de VN Ban Ki-Moon in zijn speech voor het eerst expliciet oproep heeft gedaan voor mensenrechten en de positie van kwetsbare groepen. Daarnaast vindt ons beleid invulling in het GIPA-principe⁸⁷, worden mannen en vrouwen betrokken bij de uitvoering en krijgen kinderen speciale aandacht.

Op nationaal niveau faciliteren ambassades vaak de dialoog tussen overheidsinstanties, NGO’s en het bedrijfsleven. Coördinatie tussen programma’s, het verhogen van complementariteit en meer effectieve uitvoering van aids-, en andere essentiële preventie en zorg staan hierbij centraal. Om toegang tot gezondheidszorg te vergroten zijn innovatieve benaderingen nodig. Zo lanceerde Nederland samen met PharmAccess International het Health Insurance Fund in Nigeria – een publiek-private samenwerking om een goede ziektekostenverzekering toegankelijk te maken voor minder draagkrachtige groepen. In Tanzania zijn voorbereidingen in gang om ook hier van start te gaan.

De Nederlandse overheid werkt samen met een groot aantal NGO’s. Het inzetten en door de overheid benutten van relevante sociale analyse en technische kennis via diplomatieke kanalen versterkt de impact van pleitbezorging. Ook op nationaal niveau wordt de beleidsdialoog verrijkt door een benadering van meerdere belanghebbenden en bredere lokale kennis. De toegankelijkheid, kwaliteit en de reikwijdte van dienstverlening wordt versterkt wanneer Nederlandse actoren consistent accenten in hun beleid leggen.

Op het gebied van pleitbezorging speelt Nederland een belangrijke rol. De Nederlandse aidsambassadeur draagt in verschillende nationale en internationale fora het beleid uit en spoort daarmee anderen aan tot meer actie. Nederland is ook een groot voorstander van consistent beleid en uitvoering van ‘harm-reduction’ strategieën die voorkomen dat injecterende drugsgebruikers HIV-positief worden. Zo heeft de beleidsdialoog die Nederland voert, onder andere bij UNAIDS en UNODC, er toe bijgedragen dat de landelijke consensus en coördinatie op het gebied van ‘harm-reduction’ is verbeterd. De toegevoegde waarde van Nederland strekt verder dan ‘harm reduction’. Nederland heeft goede ervaring opgedaan met onderwerpen als seksuele voorlichting voor jongeren en de problematiek rond MSM. In internationale fora is Nederland een gewaardeerd en gerespecteerd partner, wat zich vertaalt in een grotere bijdrage en invloed op afspraken die gemaakt worden. Zo heeft Nederland bijgedragen aan de VN *High Level Meeting* over HIV en Aids in 2006 en is er mede door die inbreng goede overeenstemming bereikt over universele toegang tot preventie, behandeling en zorg, alsmede het stellen van nationale doelen. De mensenrechtenbenadering die Nederland voorstaat, integreert elementen als deelname op basis van gelijkwaardigheid van mensen met HIV (GIPA⁸⁸) in de lokale, nationale en internationale reactie op Aids.

Ook via inzet op beter bestuur oefent Nederland invloed uit. Een voorbeeld is het VN *onderzoeksprogramma voor Tropical Diseases (TDR)* waar Nederland inzet op betere afstemming van onderzoek op beleidsvragen, concrete implementatievraagstukken en lokale behoeften voor capaciteitsopbouw. Ook levert Nederland belangrijke niet-financiële steun aan het *StopTB* initiatief. Mede op basis van een externe evaluatie van het *StopTB* programma heeft Nederland gezorgd voor verdere aanscherping van doelstelling en het monitoren van de voortgang binnen verschillende werkgroepen. Nederland speelt eveneens een actieve rol naar UNAIDS en UNFPA.

De afgelopen jaren zijn zeer succesvol geweest voor de mobilisatie van financiële middelen. In 2006 was er mondiaal 8,9 miljard dollar beschikbaar voor de aanpak van Aids; dit is ge-

Nederland als pleitbezorger, kennismakelaar en bruggenbouwer:

- 1 • Nederland organiseerde in 2007 een ronde-tafel-bijeenkomst over de feminisering van HIV en Aids
- 2 • Publicatie in 2008 door Buitenlandse Zaken van het rapport “Out of the Margin: Harm Reduction and HIV Prevention”
- 3 • Prominente vertegenwoordiging van Nederland op de International Aids Conference in Mexico in augustus 2008, met o.a. aanwezigheid van minister Koenders en de aidsambassadeur

stegen tot bijna 10 miljard in 2007.⁸⁹ Niet alleen voor Aids is er meer geld, de totale fondsen van Nationale Tuberculose programma's wereldwijd (voor de landen die 91% van de TB gevallen voor hun rekening nemen) voor TB waren in 2009 hoger dan ooit tevoren: US\$ 3.6 miljard. Dit bedrag was US\$ 2.6 miljard in 2008 en US\$ 1.6 miljard in 2007.⁹⁰

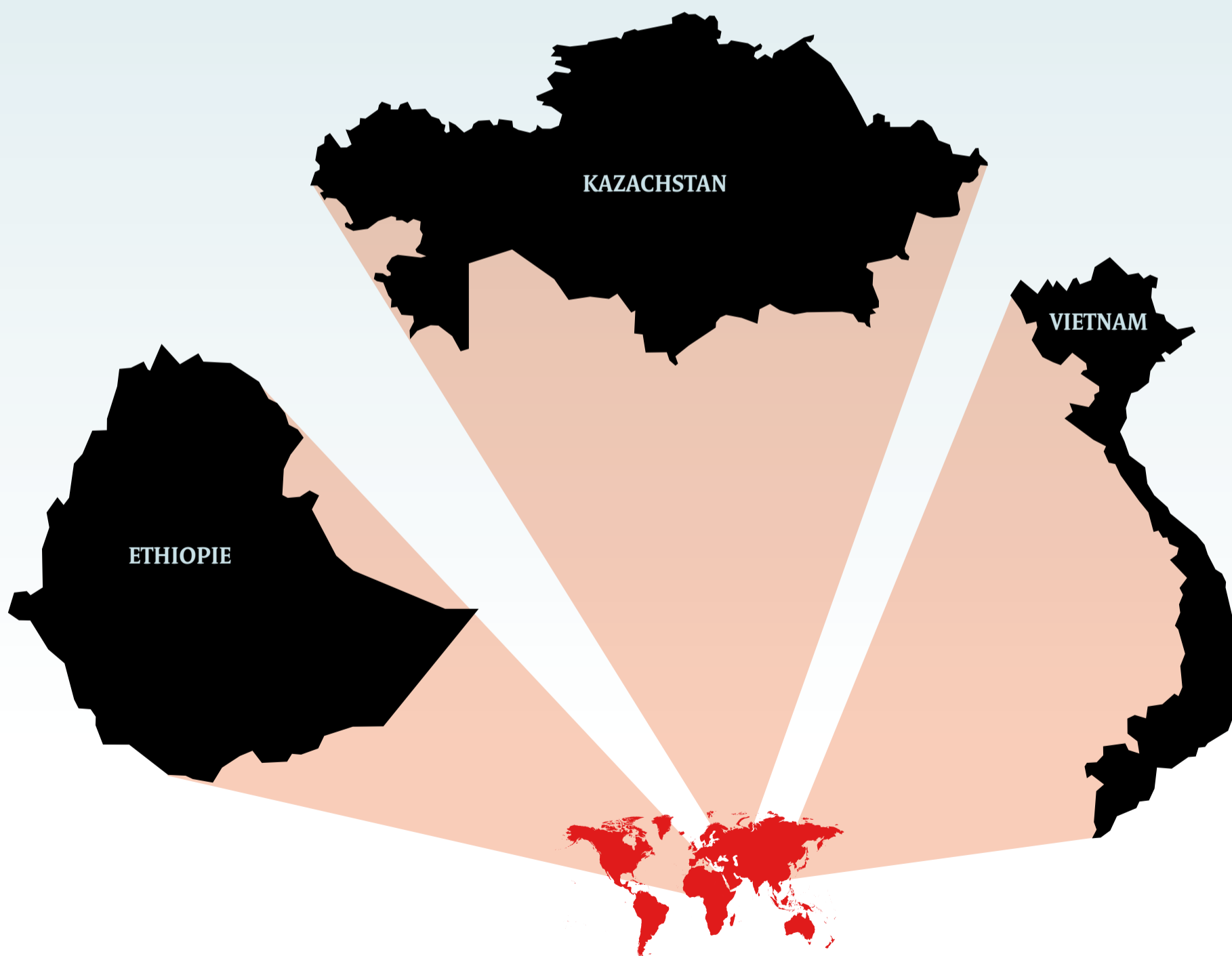
Nederland is een belangrijke donor in het multilaterale kanaal, financieel maar ook wat betreft bestuurlijke betrokkenheid. We zijn zeer belangrijk voor UNFPA en UNAIDS en verlenen daarnaast substantiële financiële bijdragen aan UNDP, Unicef, WHO en het Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Ook steunt Nederland het Global StopTB Partnership en Roll Back Malaria. Nederland investeert ook fors in publiek-private samenwerkingsverbanden die nieuwe vaccins, geneesmiddelen en diagnostica ontwikkelen voor HIV/Aids, TB en malaria. In totaal wordt 80 miljoen euro bijgedragen voor de periode 2006-2009. Ontvangende organisaties zijn IAVI, IPM, Aeras, GATBD, EMVI, MMV, DNDi en FIND. De meeste fondsen die beschikbaar zijn voor MDG 6 worden toegewezen aan Afrika. Een deel wordt gekanaliseerd via het particuliere kanaal.

Begunstigde organisaties van Nederlandse financiële steun in het particuliere kanaal zijn o.a. AFEW, PharmAccess, het Aids Fonds en Stop Aids Now.

- 68 UNAIDS Global facts and figures: Report on the global AIDS epidemic 2008, August 2008.
- 69 UNAIDS Global facts and figures: Report on the global AIDS epidemic 2008, August 2008.
- 70 UNAIDS, Injecting drug use: focused HIV prevention works. www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2007/20070511_BP_High_co-verage_sites.asp.
- 71 UNAIDS Global facts and figures: Report on the global AIDS epidemic 2008, August 2008.
- 72 UNAIDS Global facts and figures: Report on the global AIDS epidemic 2008, August 2008.
- 73 WHO report 2009, Global tuberculosis control: Kenya Country profile. Het Keniase NTP wordt door de KNCV ondersteund.
- 74 WHO report 2009, Global tuberculosis control.
- 75 Humanitarian news and analysis UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
- 76 AIDS Outlook/09 UNAIDS World AIDS Day Report
- 77 Report of the UN Secretary-General, Declaration of Commitment on HIV/Aids: five years later (2006)
- 78 AIDS Outlook/09 UNAIDS World AIDS Day Report
- 79 GFATM
- 80 MFS voortgangsrapportage 2007
- 81 Y-peer information: http://www.youthpeer.org/contents/About_Us_PDF/FILE090224051432.pdf
- 82 WHO report 2009, Global tuberculosis control.
- 83 Three Ones: principe dat één nationaal beleid, één coördinatie mechanisme en één M&E system voorschrijft.
- 84 Met de term kwetsbare groepen wordt verwezen naar seksuele minderheden, sekswerkers en injecterende drugsgebruikers. Andere groepen die risico lopen zijn kinderen die op straat leven en werken, vluchtelingen, ontheemden en mensen met beperkingen.
- 85 TAC = Treatment Action Campaign.
- 86 Netherlands-African partnership for capacity development and clinical interventions against poverty-related diseases
- 87 Greater Involvement for People living with HIV and AIDS
- 88 GIPA – Greater Involvement for People living with HIV/Aids
- 89 Where do we go from here? Report on the Global AIDS epidemic. 2008.
- 90 Global tuberculosis control : epidemiology, strategy, financing .WHO report 2009

4.5

Landencases



4.5.1

Kazachstan



In Kazachstan worden onder kwetsbare groepen, gevangenen en drugsgebruikers goede resultaten behaald door de samenwerking van twee Nederlandse organisaties met lokale autoriteiten en NGO's op het gebied van HIV en tuberculose. De nationale overheid en het multilaterale kanaal (Global Fund) financieren verdere vergroting van coördinatie en bestuur (opschaling) en de gekozen aanpak is regionaal overgenomen.

Een groeiende epidemie

Centraal-Azië kent een snel groeiende HIV-epidemie en een verergerende TB-epidemie (resistentie). Vooral in en vanuit gevangenissen en onder injecterende drugsgebruikers verspreiden de epidemieën zich. Aids Foundation East-West (AFEW) en KNCV Tuberculosefonds (KNCV), die aanvankelijk in projecten op lokaal niveau werkten, bundelden hun krachten en ontwikkelden een benadering over alle sectoren voor de versterking van capaciteit van NGO's en publieke en penitentiaire gezondheidsinstanties. Interregionale uitwisseling en trainingen hebben de basis gelegd voor navolging door drie andere landen in Centraal-Azië. Naast versterking van dienstverlening en institutionele capaciteit heeft de samenwerking geleid tot een grotere eigen (financiële en institutionele) betrokkenheid van de Kazachse overheid en het verwerven van externe fondsen voor schaalvergroting (Global Fund, USAID en private stichtingen, zoals Gorkas). Op impactniveau zijn resultaten zichtbaar: de sterfte in gevangenissen in Kazachstan is sterk teruggelopen, van 880 per 100.000 in 1997 tot 83 per 100.000 in 2007. Resultaten zijn ook tastbaar op sociaal terrein, waaronder mensenrechten. Regionale en intersectorale samenwerking borgt de verbeteringen over de hele regio.

Oorzaken: drugs en een afbrokkelend systeem

Drugs, sociale problematiek en afbrokkelende gezondheidssystemen verergerden na het uiteenvallen van de Sovjet-Unie de HIV- en TB-epidemieën. HIV verspreidt zich snel, voornamelijk bij het spuiten van drugs en door prostitutie. Kazachstan ligt op de drugsmokkelroute tussen Afghanistan en West-Europa. Naar schatting injecteert in Kazachstan één procent van de volwassen bevolking drugs. Drugsgebruik en prostitutie zijn illegaal. Zo komen risicogroepen frequent in de gevangenis. Vele gevangenen in één cel en slechte omstandigheden leiden tot verspreiding van tuberculose. Gevangenissen zijn zo het epicentrum van de HIV- en tuberculose-epidemieën, inmiddels ook van (tegen meerdere medicijnen resistente) TB en de co-epidemie TB/HIV.

Het stigma rond HIV

Zoals veel ex-Sovjet Unie landen, kampte ook Kazachstan met een sterk verkokerde gezondheidszorg die op deels verouderde praktijken was gestoeld. Het grote stigma op HIV en drugsgebruik bij hulpverleners belemmerde een effectieve aanpak van de snel groeiende HIV-epidemie. De co-epidemie TB/HIV was buiten zicht door een gebrek aan samenwerking tussen HIV- en tuberculosespecialisten, ontoereikende plannings-

capaciteit en het ontbreken van een doeltreffende aanpak, een tijdige diagnose en medicijnen voor 'multi drug resistant' TB (MDR TB) belemmerden voortgang in de tuberculosebestrijding.

De publieke gezondheidssector was terughoudend in de reactie op HIV en gesloten voor nieuwe methodes in tuberculosebestrijding. Eind jaren negentig stonden gevangeniswerkers daarentegen al open voor ondersteuning op humanitair en gezondheidsterrein. De ernst van het probleem onder gevangenen en de hieruit voortvloeiende gezondheidsrisico's voor gevangeniswerkers en hun familieleden gaf aan KNCV, en later AFEW, een ingang in de penitentiaire sector.

Outputs: Nederland en de gezondheidssector

KNCV en AFEW werken respectievelijk sinds 1997 en 2003 in Kazachstan en worden gefinancierd met een combinatie van eigen middelen, gelden uit de Thematische Medefinanciering/het medefinancieringsstelsel (TMF/MFS) en middelen van derden. Al gauw realiseerden de organisaties zich dat zich synergie en complementariteit vormde vanuit het behandelingsoogpunt (dezelfde risicogroeperingen en de co-epidemie). Maar vooral ook omdat de institutionele verankering versterkt kon worden in elkaars operationele netwerken (lokale publieke autoriteiten en NGO's die in de gemeenschap werken, mensenrechtenorganisaties en gevangeniswerkers, etc.). Ook werden trainingen en planningsworkshops aan elkaar gekoppeld. Voor het MFS-programma dat loopt van 2008 tot 2010 hebben AFEW en KNCV de aanpak verbreed tot systematische ondersteuning op nationaal niveau en in de omliggende landen.

Ook is in een vroeg stadium aansluiting gevonden met Penal Reform International (PRI). Juridische hervormingen leidden tot minder gevangenen en betere omstandigheden. Gelijktijdig is de zorg en preventie verbeterd en is er verbeterde verwijzing tussen de gevangenis- en de civiele gezondheidssector. Zo kunnen gevangenen ook na vrijlating hun behandeling met tuberculosemedicijnen of aids-remmers voortzetten, wat belangrijk is in het voorkomen van medicijnresistentie. Ook is de samenwerking tussen de overheid en NGO's die actief zijn in de opvang van ex-gedetineerden gestimuleerd.

Inwoners	16.764.000
Oppervlakte	2.717.300 km ² (65,4 x Nederland)
Hoofdstad	Astana
Religie	Islam 47% Christendom 46% Russisch-orthodoxen 44% Protestanten 2%
Etniciteit	Kazachen 59% Russen 26% Oekraïeners 3% Oezbeken 3% Tataren 1,5% Ujguren 1,5% Duitsers 1,4%

Geboortecijfer	16 per 1000 inwoners
Sterftcijfer	9 per 1000 inwoners
Zuigelingensterfte	28 per 1000 geboortes
Levensverwachting	63
Analfabetisme	0,5 % (>15 jaar)
Voedselvoorziening	11.958 kJ per inwoner per dag (2003)
Gezondheidszorg	295 inwoners per arts (2002)
Inentingen	99 % (2003)
Werk in landbouw	21,9 %
Werk in industrie	31,4 %
Werk in diensten	46,7 %
Koopkracht (BBP)	€ 6.671 per inwoner

Groei BBP '90-'03	0.4 % per inwoner/per jaar
Uitvoer	Aardolie, metalen, chemica- liën, graan, wol, vlees, steen- kool
Invoer	Machines en onderdelen, metaalproducten, voedings- middelen
CO₂ uitstoot	10,1 ton per inwoner (2003)
Energieverbruik	4.463 kg steenkoolequivalent per inwoner (2002)
Energiebalans	106 % overschot (2002)

Wat werd er bereikt? (output en outcome)

Geïntegreerde zorg en preventie onder kwetsbare groepen is beschikbaar. In de eerste negen maanden van 2008 hadden meer dan 1600 cliënten uit kwetsbare groepen in Kazachstan toegang tot zorg.⁹¹

Capaciteitsversterking heeft geleid tot empowerment van organisaties van mensen met HIV. Getraind als pleitbezorger ontving Nurali Amanzholov, voorzitter van de Kazachse Unie van Mensen met HIV, in 2007 de Jonathan Mann Award, een prestigieuze internationale erkenning op gebied van gezondheid en mensenrechten.

“Het project heeft ons op veel manieren geholpen. Toen we begonnen hadden we niets. Nu is onze staf getraind, we leerden de methode en hoe we deze konden toepassen en via seminars leerden we andere NGO's kennen. We hebben een overeenkomst met het Gemeentelijke aids Centrum en we hebben een lijst met artsen en instituten die zorg kunnen verlenen aan onze cliënten. Ik leerde ook hoe ik moet werken met gevangenisautoriteiten”, zegt Alexandr Palenkij, directeur van een NGO in Kazachstan die zich met gevangenen bezig houdt.

Behandeling van MDR-TB is beschikbaar gekomen en de laboratoriumketen versterkt. Een door het Global Fund gefinancierd proefproject voor MDR-TB, ondersteund door KNCV, heeft goedkeuring ontvangen om nationaal te worden uitgevoerd. De aanpak van reguliere tuberculose wordt door de overheid zelf gefinancierd.

Multidisciplinaire werkgroepen van lokale autoriteiten borgen structurele veranderingen en trainingscurricula zijn opgenomen in medische opleidingen.

De MFS en TMF projecten van AFEW en KNCV dragen bij aan versterking van de gezondheidssector in bredere zin, allereerst door het introduceren van een samenhangende aanpak in een verkokerd systeem. Ook een meer patiëntgerichte benadering behelst een gedragsverandering die de effectiviteit van het hele systeem ten goede komt. Het ondersteunen van de laboratoriumsector is cruciaal binnen een gezondheidssysteem. In de regio Centraal-Azië heeft de gekozen aanpak weerklink gevonden. Drie buurlanden zijn momenteel met een soortgelijke aanpak begonnen.

⁹¹ AFEW: client management monitoring system (CMMS)2008.





Kazachstan

Nurali Amanzholov

Wie?

Nurali Amanzholov (38) is graafmachinist en president van de Kazachse Unie van mensen die leven met HIV. Hij woont in de vroegere hoofdstad Almaty.

Wat is uw functie?

Ik ben president van de Kazachse Unie van mensen die leven met HIV.

Hoe kwam u bij de Unie?

In 1996 zat ik gevangen in de stad Temirtan, waar op dat moment een explosieve toename plaatsvond van het aantal HIV-infecties onder spuitende drugsgebruikers. In de gevangenis kreeg ik een HIV-test en ik bleek HIV-positief te zijn. Toen ik in 1999 vrijkwam, meldde ik me als vrijwilliger bij Shapagat, een lokale organisatie die zich inzet voor een beter leven voor HIV-positieve mensen en hun naasten. In 2000 nam ik de leiding over. Een van de dingen waar ik o.a. aan werkte was het verbeteren van de relatie met de overheid. Tot 2004 waren we de enige organisatie voor mensen met HIV in Kazachstan, maar in datzelfde jaar kwamen er twee nieuwe organisaties bij. We besloten te gaan samenwerken en in juli 2005 werd de Kazachse Unie van mensen die leven met HIV opgericht.

Wat is uw rol binnen de Unie?

Naast het organiseren en aansturen van verschillende projecten, op het gebied van management, training, partnernetwerking, voorlichting, communicatie en media, therapietrouw, HIV-overdracht van moeder op kind en rechten voor mensen met HIV, wil ik onze activiteiten verder uitbreiden. Mijn grote wens is om een landelijke community op te richten van mensen die leven met HIV waarin alle organisaties die geïnteresseerd zijn in partnership, kunnen deelnemen. Op dit moment bestaat onze Unie uit acht organisaties en nog vier staan op het punt zich aan te sluiten. En verder ben ik de samenwerking met de zakenwereld aan het onderzoeken. Dat is in Kazachstan nog heel ongewoon, maar het gaat redelijk goed.

Hoe belangrijk is het werk van de Unie?

In Kazachstan zijn HIV en drugs onderwerpen die omgeven zijn door discriminatie en stigmatisering. Maar heel weinig mensen met HIV worden gerespecteerd en kunnen openlijk spreken over HIV zoals wij dat doen. Als wij er niet waren zou de stem van mensen met HIV niet worden gehoord en zouden hun levensomstandigheden veel slechter zijn.

Kunt u een voorbeeld geven van een meer of minder succesvol project?

Drie jaar geleden hadden we met Aids Memorial Day een grote bijeenkomst georganiseerd, maar het weer was slecht en uiteindelijk kwam er maar een handjevol mensen opdagen. Afgelopen jaar was het gelukkig een groot succes. We hadden een concert georganiseerd met diverse popsterren waar rond de drieduizend jongeren op af kwamen. Ook hadden we een hier zeer populaire show georganiseerd, een soort stand-upcomedy, waarbij slimme jongeren voor de eerste keer grappen maakten over onderwerpen als veilige seks en HIV. De show werd door alle omroepen door het hele land uitgezonden. Een heel effectieve manier om jonge mensen te bereiken en om aandacht te vragen voor onderwerpen als discriminatie en tolerantie.

Hoe verhoudt uw werk zich tot de millenniumdoelen 4, 5 en 6?

De millenniumdoelen zijn voor mij niet een kaars waar ik achteraan loop. Ik kijk in mijn werk vooral wat mensen op dat moment nodig hebben. Ook als de doelen niet zouden bestaan, zou ik hetzelfde werk doen. Ik ben overigens wel blij dat de ontwikkelde landen deze doelen hebben bedacht om de ontwikkelingslanden vooruit te helpen. En ik denk ook dat datgene waar wij mee bezig zijn, in lijn ligt met de doelstellingen van de millenniumdoelen. Een paar jaar geleden was in Kazachstan nog bijna niemand bezig met HIV. Nu zijn er door het hele land steeds meer organisaties bij betrokken. En binnen die organisaties hebben HIV-positieve mensen ook steeds meer invloed.

Hoe vindt u het dat uw werk (deels) afhankelijk is van buitenlandse financiering?

Daar heb ik helemaal geen probleem mee. Ik vind het normaal dat rijke landen de ontwikkelingslanden helpen. Ik zou zelfs graag zien dat er meer donorgeld gegeven zou worden. Maar het hulpgeld moet wel naar Kazachse organisaties gaan en niet, zoals in het geval van USAID, worden uitgegeven door Amerikaanse organisaties.

Wat zou u veranderen als u minister voor ontwikkelingssamenwerking was?

Ik zou zorgen dat er meer geld naar behandeling, zorg en ondersteuning van mensen met HIV zou gaan, in plaats van naar preventie. Op dit moment wordt er door donoren in Kazachstan veel te veel geld uitgegeven aan preventie, zonder te kijken of het niet al door een ander is gedaan. We hebben genoeg condooms en schone naalden. Waar wel geld aan mag worden uitgegeven is aan onderzoek naar meer effectieve manieren van preventie.

Tekst: Paulette Mostart
Foto: Henk Wildschut

4.5.2

Ethiopië



Zo'n 25.000 gezondheidswerkers

Kenmerkend voor Ethiopië is het nationale 'Health Service Extension Programme' waarmee zo'n 21.000 (1,42*15.000 Kebeles) vrouwelijke eerstelijns gezondheidswerkers over het hele land opgeleid en ingezet worden.⁹² Deze capaciteitsversterking benadrukt het belang van basisgezondheidszorg voor een breed pakket: SRGR, Aids, vaccinaties (MDG 4, 5 en 6), maar ook bijvoorbeeld verbeterde afvalverwerking. Binnen dit duidelijke kader werken donoren onderling, maar ook met de Ethiopische overheid goed samen. Ethiopië is het eerste land waar gezondheidspartners afspraken hebben ondertekend binnen het International Health Partnership plus (IHP+). De recente restrictieve NGO-wetgeving die door het Ethiopische parlement is aangenomen baart wel zorgen.

Werken aan de drie gezondheidsdoelen

Het derde *Ontwikkelingsplan voor de Gezondheid Sector van Ethiopië* ('05-'10) zet in op een verbetering van alledrie de gezondheidsmillenniumdoelen. Tot nu toe is de kindersterfte (MDG 4) gestaag gedaald van 188 (2000) tot 124 kinderen per 1000 (2004) levendgeborenen die voor hun vijfde verjaardag overleden. In 2005 overleden per 100.000 levendgeboren kinderen nog 673 vrouwen ten gevolge van hun zwangerschap. Dit was in 2000 nog 871 per 100.000 levendgeboren kinderen. Slechts iets meer dan een kwart van de zwangere vrouwen komt tenminste één keer voor zwangerschapscontrole, terwijl slechts 6 procent in een gezondheidskliniek bevalt. Zwangere vrouwen met HIV maken te weinig (7 procent) gebruik van de mogelijkheid om anti-retrovirale middelen te gebruiken zodat hun baby veel minder risico loopt om ook HIV+ te worden. (Bron: *Aids in Ethiopia 6th report*)

In 2004 was 2,1% van de bevolking HIV-positief, terwijl in dat jaar nog 7% van de sterfte werd toegeschreven aan tuberculose (TB). Malaria is ook een belangrijk probleem: 4,3 % van de kleuters die malaria kregen en bij de gezondheidszorg aanklopten, overleed in 2004 aan malaria. In 2008 waren al 20,5 miljoen muskietennetten die behandeld waren met een muskietenerend middel, uitgedeeld. Recentelijk blijkt dat malaria gestaag minder voorkomt: in het jaar 2007/2008 zijn 370.000 gevallen van malaria geregistreerd, al minder dan de helft dan wat drie jaar eerder, in 2004/2005, gemeld werd.⁹³

Outcomes, outputs en trends: langzaam op weg naar de MDG 4, 5 en 6

Ethiopië is nog steeds één van de meest arme landen ter wereld. Een land waar vooral vrouwen weinig scholing hebben genoten, waar de mensen onvoldoende toegang hebben tot schoon water, goede sanitatie en gezondheidszorg. Deze armoede

brengt ook weer een hoge ziektelast met zich mee. Dit wordt nog verergerd door de aanhoudende bevolkingsgroei. In 2000 werd een Ethiopische vrouw in haar leven nog gemiddeld zes keer zwanger. Ongelijkheid tussen man en vrouw komen schrijnend tot uitdrukking in huwelijken op jonge leeftijd, besnijdenis van vrouwen, onvoldoende hersteltijd tussen zwangerschappen, onveilige abortussen en seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals HIV/Aids. De laatste jaren worden niet-overdraagbare aandoeningen ook steeds belangrijker. Sterfte ten gevolge van een verkeersongeval is het hoogst ter wereld in Ethiopië.

De Ethiopische overheid heeft duidelijk gekozen voor decentralisatie. Ook in de gezondheidszorg: de centrale en regionale overheid formuleren beleid, houden toezicht en ondersteunen de Woreda's. Deze districten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering: het voorkomen en behandelen van ziekte. Hierbij is de publieke sector dominant, al groeit de private sector, al dan niet met winstbejag, gestaag. Op het platteland zijn vergeleken met de stad zeer weinig gezondheidsvoorzieningen.

Per hoofd van de bevolking is er in Ethiopië iets meer dan vijf euro beschikbaar voor gezondheidszorg.⁹⁴ Al neemt dit bedrag de laatste paar jaar ietwat toe, dit blijft toch ver beneden het minimum van zo'n 25 euro per capita dat per jaar nodig is om essentiële gezondheidszorg te kunnen financieren.

Ethiopië is het eerste land waar op nationaal niveau een 'International Health Partnership plus (IHP+) compact' is getekend tussen ontwikkelingspartners en de overheid. Het IHP+ is een mondiaal initiatief om het streven naar effectievere hulp (*Aid Effectiveness*), zoals in 2005 in Parijs is overeengekomen, naar gezondheid te vertalen. Hiermee komt de verantwoordelijkheid voor uitvoering nadrukkelijk bij de Ethiopische autoriteiten te liggen. Enerzijds stellen de donoren vragen over de ruimte die de overheid, niet of te weinig, biedt voor kritische geluiden uit de samenleving en de rol die het maatschappelijk middenveld ook in gezondheid kan spelen. Anderzijds spreekt Ethiopië de donoren nadrukkelijk aan op de noodzaak om meer geld te mobiliseren voor de onder moeilijke omstandigheden al bereikte voortgang.

Niet alleen het geld is krap: er is ook een groot tekort aan goed opgeleide gezondheidswerkers. In Ethiopië wordt het 'Health Service Extension Programme' (HSEP) sinds 2003 als topprioriteit gedreven uitgevoerd. Met dit HSEP zijn al zo'n 25 duizend vrouwelijke basisgezondheidswerkers opgeleid en verspreid over het hele land ingezet in de bijna 10 duizend gezondheidsposten die inmiddels gebouwd zijn. Men is al goed op weg om in elk dorp vanaf ongeveer vijftien inwoners twee van

dergelijke gezondheidswerkers in te zetten: gemiddeld heeft zo'n Kebele inmiddels 1,42 basisgezondheidswerkers. Het belang dat de Ethiopische overheid hier aan hecht blijkt wel uit het feit dat deze basisgezondheidswerkers in overheidsdienst worden opgenomen en hierbinnen kunnen doorgroeien. Een probleem is nog wel dat de kennis van deze basisgezondheidswerkers nog (te) beperkt is.⁹⁵ Problematisch is ook dat deze investering heeft geleid tot sterk verminderde investeringen in gezondheidsklinieken op een iets hoger niveau, waar ook onvoldoende gekwalificeerd personeel werkt. Van de basisgezondheidswerkers kan niet verwacht worden dat zij de sleutel zullen zijn om de moedersterfte te doen dalen, omdat daarvoor nu juist goed functionerende gezondheidsklinieken nodig zijn.

Dat de kindersterfte is afgenomen heeft te maken met de hoge en toenemende vaccinatiegraden. Zo is 72 procent van de kinderen tegen mazelen gevaccineerd en meer dan 80 procent tegen ziektes als polio, tetanus, kinkhoest, hepatitis en haemophilus influenza. Er zijn al meer dan 20 miljoen geïmpregneerde muskietennetten uitgedeeld van de beoogde 23 miljoen. Het aantal malaria-gevallen is sterk afgenomen tot 370.000 in 2007/08 in vergelijking met bijna 790.000 in 2004/05. Zo'n 85 procent van de gezondheidsinstellingen past nu 'Integrated Management of Childhood Illness' (IMCI) protocollen toe. Een paar jaar geleden was dit minder dan 40%. Men heeft al bijna de 2009 doelstelling gehaald om 85% van de tuberculosepatiënten succesvol te behandelen: 84% in 2007/8. In 2004/5 was dit nog maar 76%. Ook worden tuberculosepatiënten daadwerkelijk beter opgespoord en behandeld: de 'case finding rate' is 67% en daarmee is de 2009/10 doelstelling reeds voorbijgeschoten. Dit percentage is echter nog steeds onvoldoende. Zes procent van de sterfte wordt nog toegewezen aan tuberculose.⁹⁶

De daling van het moedersterftecijfer (van 800 naar 600/100.000: 23% 2000/01 - 2004/05) is aanzienlijk⁹⁷, zeker gezien het geringe gebruik van zwangerschapscontroles en bevallingen in een kliniek en het geringe budget voor gezondheid. Om de moedersterfte verder naar beneden te krijgen moet er binnen de gezondheidszorg nog een grote slag gemaakt worden, maar het is bemoedigend dat 51% van de mensen die anticonceptie wensen dat ook krijgen. Het aandeel van de zwangere vrouwen dat de zwangerschapscontrole bezoekt is toegenomen tot bijna 60%. Een groot struikelblok blijft nog het klein deel van de bevallingen dat onder professionele begeleiding bevalt: 5,7% in 2004/05.⁹⁸ Dit komt ook omdat er nog veel te weinig gezondheidsklinieken in het land zijn.

Inwoners	66.558.000
Oppervlakte	1.104.300 km ² (26,6 x Nederland)
Hoofdstad	Addis Abeba
Religie	Christendom 61% Islam 33% Natuurgodsdiensten 5% (1994)
Etniciteit	Oromo 32% Amharen 30% Tigraway 6% Somali's 6% Gurage 4% Sidama 4% Welaita 2% (1994)

Geboortecijfer	38 per 1000 inwoners
Sterfecijfer	15 per 1000 inwoners
Zuigelingensterfte	94 per 1000 geboortes
Levensverwachting	49
Analfabetisme	58,5 % (>15 jaar)
Voedselvoorziening	7.776 kJ per inwoner per dag (2003)
Gezondheidszorg	33.333 inwoners per arts (2002)
Inentingen	56 % (2003)
Werk in landbouw	86,0 %
Werk in industrie	2,0 %
Werk in diensten	12,0 %
Koopkracht (BBP)	€ 711 per inwoner (2003)

Groei BBP '90-'03	2.0 % per inwoner/per jaar
Uitvoer	Koffie, qat, goud, vee en huiden, oliehoudende zaden
Invoer	Voedsel en vee, aardolie en aardolieproducten, chemicaliën, machines, motorvoertuigen, textiel
CO₂ uitstoot	0,1 ton per inwoner (2003)
Energieverbruik	424 kg steenkoolequivalent per inwoner (2002)
Energiebalans	7 % tekort (2002)

Nederlandse inzet

Via de ambassade in Addis Abeba is de Nederlandse ondersteuning aan de gezondheidszorg minder projectmatig geworden en wordt er vanuit de ambassade ook minder gebruik gemaakt van intermediaire organisaties zoals die van de Verenigde Naties of consultants. Dankzij de verbeterde capaciteit aan de Ethiopische kant en het streven van Nederland om zoveel mogelijk aan te sluiten bij nationale systemen ('alignment') zijn wij samen met andere donoren (harmonisatie) in staat geweest om de transactiekosten te verminderen bij de uitvoering van tal van programma's in de gezondheidssector, zoals HSEP. De inzet vanuit de Nederlandse ambassade is vooral gericht op het versterken van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR), bij de overheid maar vooral door lokale NGO's te steunen. Deze partners zetten vooral in op SRGR-dienstverlening, behandelend en preventief, en het bevorderen van de rol van de vrouw en haar rechten, door het versterken van capaciteit en technische ondersteuning. Via een zogenaamd *Multi Donor Trustfund* wordt een bijdrage geleverd aan de inkoop van gezondheidsmiddelen. Mede dankzij de leidende rol die Nederland in de gezondheidssector in Ethiopië heeft, is daar ook het eerste nationale *IHP+ compact* getekend. Cordaid ondersteunt een lokale NGO die het IHP+ proces in Ethiopië in de gaten houdt. Dit is ook wel nodig, want het Ethiopische parlement heeft onlangs een nogal restrictieve wetgeving aangenomen voor de rol die NGO's (mogen) spelen.

Cordaid heeft een HIV/Aids-programma met een geografische focus. Daarnaast is er, in samenwerking met Oxfam Novib, aandacht voor de integratie van HIV/Aids bij partners in Ethiopië die zich niet speciaal met Aids bezighouden (mainstreaming). Het aantal partners voor het aidsprogramma is toegenomen van vier tot acht in 2008. Een verdere toename tot rond de twaalf tot veertien partners wordt voorzien in 2009 en 2010. Een specifiek aandachtsgebied binnen HIV/Aids is de zorg en het levensonderhoud voor groepen die door HIV getroffen worden. Hierbij is er speciale aandacht voor de gevolgen van de introductie van antiretrovirale therapie op traditionele thuiszorgorganisaties. Een tweede aandachtsgebied is de steun voor netwerkorganisaties op regionaal niveau. Sinds 2005 krijgen HIV-positieven die behandeling met anti-retrovirale middelen nodig hebben dit in toenemende mate ook. In 2007 was dit 37 procent en het is de verwachting dit in 2010 100 procent zal zijn. In 2007 was 2,1 procent van de volwassenen (15-49 jaar) HIV-positief in Ethiopië.⁹⁹

92 Sector Track Record (STR) Ethiopië: bron MOH Performance Report EFY 2000 (onze kalender: 2007/2008).

93 Sector Track Record (STR) Ethiopië: bron MOH Performance Report EFY 2000 (onze kalender: 2007/2008)

94 UNAIDS/WHO 2008 see link <http://www.unaidsrsta.org/countries/ethiopia>

95 Initial community perspectives on the Health Service Extension Programme in Welkait, Ethiopia. Haile Negusse et al (2007)

96 Sector Track Record (STR) Ethiopië: bron MOH Performance Report EFY 2000 (onze kalender: 2007/2008)

97 Sector Track Record (STR) Ethiopië: bron MOH Performance Report EFY 2000 (onze kalender: 2007/2008)

98 Sector Track Record (STR) Ethiopië: bron MOH Performance Report EFY 2000 (onze kalender: 2007/2008)

99 Sector Track Record (STR) Ethiopië: bron MOH Performance Report EFY 2000 (onze kalender: 2007/2008)





Ethiopië

Tibebe Mako

Wie?

Tibebe Mako (49) is directeur van een lokale organisatie voor HIV/Aidspreventie, zorg en ondersteuning, en leider van een groot thuiszorgprogramma. Ze woont in de hoofdstad Addis Ababa.

Wat houdt uw werk in?

In 1999 begon ik met het organiseren van thuiszorg voor arme aidspatiënten die niet gedekt werd door de officiële gezondheidszorg. Inmiddels is onze dienstverlening enorm gegroeid. Ons thuiszorgproject is verspreid over heel Addis Ababa en er werken meer dan 600 vrijwilligers. We geven voorlichting, verzorging en nazorg, en zorgen voor betere toegang tot klinische zorg. Daarnaast doen we ook aan sociale dienstverlening zoals gezinsopvang, voedselhulp, hulp bij huisvesting en andere vormen van sociale solidariteit.

Wat is de impact van uw werk?

Vorig jaar hebben we verzorging gegeven aan ruim 7.000 bedlegerige zieken en 21.000 volwassenen en 11.000 kinderen geholpen met medische of andere zorg. Daardoor is het aantal zieken flink afgenomen. Maar nu worden we geconfronteerd met een nieuw probleem. Veel (Aids)patiënten worden weer seksueel actief en we zien steeds meer ongeplande en vaak ook ongewenste zwangerschappen.

Wat doet u daaraan?

We hebben voorlichting over seksuele en reproductieve gezondheid geïntegreerd in ons thuiszorgprogramma. Wij geven huis-aan-huisvoorlichting over family planning en verstrekken verschillende soorten van anticonceptie. We helpen de vrouwen ook met het ter sprake brengen van anticonceptie bij hun partner. Dat doen we bijvoorbeeld tijdens de traditionele koffieceremonies in de wijken. We geven ook voorlichting over seksueel geweld. Veel vrouwen in onze gemeenschap lijden daar erg onder.

Hoe belangrijk is uw werk?

Onze patiënten zijn zo arm, dat ieder extra kind een grote last is. Door niet in te grijpen zouden de armen nog armer worden. Er zouden meer ondervoede kinderen zijn, meer wezen en meer kinderen die met Aids worden geboren. Ons werk is succesvol, omdat we op 'grassroots'-niveau werken en mensen dagelijks helpen met het oplossen van mens-tot-mensproblemen. En verder laten wij zien dat het mogelijk is om groepen te mobiliseren voor zorgverlening aan hun naasten.

Hoe verhoudt uw project zich tot het halen van millenniumdoel 4,5 en 6?

In Ethiopië is de contraceptie bij gehuwde vrouwen 10,3% (en 15% in steden). Een op de drie gehuwde vrouwen heeft behoefte aan anticonceptie. Ethiopië is een van de armste landen ter wereld en 40% van de bevolking leeft onder de armoedegrens. De bevolkingsgroei ondermijnt de vooruitgang van al onze ontwikkelingsindicatoren. Met ons programma dragen wij bij aan een betere gezondheid en een betere kennis over hiv-preventie, aidsbehandelingen en seksuele en reproductieve gezondheid.

Hoe vindt u het om (deels) afhankelijk te zijn van buitenlands geld?

Ons werk is nu bijna volledig afhankelijk van buitenlandse steun. Wij verwachten dat met de vooruitgang in ons land, onze eigen overheid en gemeenschappen er geleidelijk meer financieel aan zullen kunnen bijdragen.

Wat zou u veranderen, als u minister van ontwikkelingssamenwerking was in Nederland?

Ik zou erkennen dat Ethiopië echt een heel groot land, is met een grote bevolking, dat vooruit wil. Onze overheid leidt grote en belangrijke programma's voor de vooruitgang van haar volk. Investeren in Ethiopië helpt ons vooruit, geeft ons een toekomst, en draagt dus ook bij tot de stabiliteit in onze regio.

Tekst: Francesca Stuer
Foto: Francesca Stuer

4.5.3

Vietnam



Een gezonder land

De afgelopen jaren heeft Vietnam een sterke economische groei meegemaakt en stevent het af op de status van een middeninkomens land (MIC) in 2010. De economische groei vertaalt zich niet alleen in de groei van de welvaart maar is ook terug te zien in de gezondheidsindicatoren. De levensverwachting is sinds het jaar 2000 toegenomen¹⁰⁰ en kindersterfte¹⁰¹ en het aantal vrouwen dat sterft tijdens de bevalling¹⁰² is fors afgenomen. Nederland heeft Vietnam aangemerkt als transitie land, wat in de praktijk betekent dat de klassieke ODA wordt afgebouwd. Dit wil echter niet zeggen dat er geen uitdagingen meer zijn. De grote financieringstekorten binnen de gezondheidszorg¹⁰³ en het gebrek aan overheidsingrijpen op de taboeonderwerpen als HIV/Aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten geven aan dat Vietnam nog veel tegenstellingen laat zien.

Op de goede weg

In het behalen van de MDG's 4, 5 en 6 is Vietnam over het algemeen op de goede weg en heeft het gestelde doelen gehaald en soms zelfs gepasseerd. Vietnam is één van de 22 zogenaamde "high burden"¹⁰⁴ landen en heeft met steun van het Medisch Comité Nederland-Vietnam (MCNV), de ambassade, MFS-gelden, en advisering over programmamanagement door KNCV Tuberculosefonds een goed lopend TBC-bestrijdingprogramma gerealiseerd. Als één van de weinige landen ter wereld behaalt Vietnam naast behandelings succes (92% in 2006) ook de opsporingstarget met 82% in 2007.¹⁰⁵ Desondanks zijn de effecten op impactniveau beneden verwachting. Analyse van beschikbare gegevens in 2007 en voorliggende jaren is opgetekend in PhD-dissertaties van lokale onderzoekers (capaciteitsopbouw onder Nederlandse begeleiding). Het beleid kan zich nu specifiek richten op de juiste risicogroeperingen.

Er zijn uitdagingen rond het recht op toegang tot gezondheidszorg en informatie, vooral op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR). Er is een groeiend aantal HIV-infecties: het aantal mensen met HIV tussen 2000 en 2005 verdubbeld¹⁰⁶. Deels komt dit omdat veel mensen aidsremmers gebruiken en dus langer blijven leven. Ook komt HIV/Aids meer voor omdat overdracht van HIV door drugsgebruikers, commerciële sekswerkers en hun partners belangrijker is geworden. *Harm-reduction* strategieën worden onvoldoende uitgevoerd en zijn voor velen in het land nog steeds niet beschikbaar. Het bestrijden van HIV en Aids lijkt geen hoge prioriteit te hebben bij de overheid in Vietnam. In 2008 was het totale budget voor het terugdringen van Aids maar voor een kwart gefinancierd vanuit nationale middelen¹⁰⁷. Ook wordt er onvoldoende gedaan om de overdracht van HIV van moeder op kind te voorkomen. Weinig vrouwen hebben toegang tot HIV-testen en diensten om de mogelijke infectie van het ongeboren kind te voorkomen; volgens cijfers van UNAIDS wordt minder dan 25 procent van de zwangere vrouwen met HIV bereikt met PMTCT-diensten. Hoewel voorbehoedmiddelen en informatie verkrijgbaar zijn en abortus legaal is, richten deze voorzieningen zich sterk op volwassenen en getrouwde koppels en niet of nauwelijks op jongeren. Door het stigma rond seksueel actieve jongeren maakt deze doelgroep geen gebruik van reguliere gezondheidscentra voor abortus of voor een behandeling van SOA's. Jonge meisjes zoeken hun toevlucht tot illegale diensten die onveilig abortussen uitvoeren.

Wat Nederland doet

Hoewel er een trend is ingezet om bilaterale steun fors terug te brengen, is Nederland nog zeer actief. Zo is er veel waardering voor de inbreng voor Nederland, bijvoorbeeld voor de capaciteitsversterking door systeembrede interventies, zoals opleidingen voor gezondheidspersoneel. Het *Netherlands Fellowship Programme* (NFP) en de studiebeurzen van NUFFIC hebben veel mensen in gelegenheid gesteld hun kennis en capaciteit te vergroten, iets waar het hele gezondheidssysteem nu van profiteert. Via het multilaterale kanaal steunt Nederland het werk van UNICEF en UNFPA. De afgelopen jaren is er via deze organisaties ook veel bijdragen aan MDG's. Zo was het aantal Vietnamese kinderen in 2004 dat gevaccineerd werd tegen mazelen ruim 10 procent gestegen ten opzichte van 1990, terwijl kindersterfte met 56 procent is gereduceerd sinds 1995¹⁰⁸. UNFPA meldt dat het gebruik van anticonceptiemiddelen door getrouwde vrouwen van 15 tot 49 jaar sinds 1990 gestegen is van 53 naar 78 procent. Hoewel er weinig concrete statistieken zijn over moedersterfte lijkt het erop dat dit ook terugloopt, mede omdat zwangerschappen en bevallingen door professioneel personeel worden begeleid. Wel zijn er in de afgelegen berggebieden haarden van hardnekkige armoede en hoge moedersterfte.

Wat de NGO's doen

World Population Foundation (WPF) en *CHOICE, for youth and sexuality* werken met Nederlandse steun aan de verbetering van seksuele rechten en gezondheid van jongeren: meer dan tweederde van de bevolking is jonger dan 24 jaar. Al is de kennis over HIV/Aids groot, minder dan de helft van de jongeren weet hoe ze er zich tegen moeten beschermen. Condoomgebruik is erg laag.¹⁰⁹ De gezondheidssector als informatiekanaal voor jongeren wordt niet benut.¹¹⁰ *CHOICE* draagt bij tot de versterking van capaciteit van een jongerenorganisatie die zich op pleitbezorging voor SRGR van jongeren richt, door kennisoverdracht en trainingen. WPF richt zich op het doorbreken van taboes op seks en seksuele voorlichting door een project te ondersteunen dat toekomstige leraren in de lerarenopleiding traint in het onderwijzen van seksuele voorlichting. In 2007 werden 23.000 jongeren in tuchtscholen bereikt met seksuele vormingsprogramma's en bewustwordingactiviteiten. In hetzelfde jaar maakten 15.700 van deze jongeren gebruik van gezondheidsdiensten.¹¹¹ Ook richt WPF zich op jongeren met een extra beperking. In samenwerking met de Wereldbank en de EVD is er een lokaal project gefinancierd waarin een gebarentaal werd ontwikkeld voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten voor dove kinderen.

Inwoners	81.625.000
Oppervlakte (8,0 x Nederland)	331.689 km ²
Hoofdstad	Hanoi
Religie	Boeddhisme 9% Christendom 7% Hoa Hao 1,5% Cao Dai 1,1%
Etniciteit	Vietnamezen 86% Tay 1,9% Thais 1,7% Muong 1,5% Khmer 1,4% Chinezen 1,1% Nun 1,1% Hmong 1%

Geboortecijfer	17 per 1000 inwoners
Sterftecijfer	6 per 1000 inwoners
Zuigelingensterfte	25 per 1000 geboortes
Levensverwachting	70
Analfabetisme	9,7 % (>15 jaar)
Voedselvoorziening	10.948 kJ per inwoner per dag (2003)
Gezondheidszorg	1.923 inwoners per arts (2002)
Inentingen	99 % (2003)
Werk in landbouw	71,5 %
Werk in industrie	14,1 %
Werk in diensten	14,4 %
Koopkracht (BBP)	€ 2.490 per inwoner
Groei BBP '90-'03	5,9 % per inwoner/ per jaar

Uitvoer	Aardolie, vis, rijst, koffie, rubber, thee, kleding, schoeisel
Invoer	Machines, aardolieproducten, kunstmest, staal, katoen, graan, cement, motorfietsen
CO₂ uitstoot	0,8 ton per inwoner (2003)
Energieverbruik	758 kg steenkoolequivalent per inwoner (2002)
Energiebalans	25 % overschot (2002)

Het KNCV Tuberculosefonds werkt aan verscheidene projecten in Vietnam. Zij ondersteunen het Nationale Tuberculoseprogramma (NTP) van Vietnam. Dat doet ze onder meer met technische programmaondersteuning, operationeel onderzoek en surveillance, capaciteitsvergroting, en TB-bestrijding in gevangnissen. Een belangrijk wapenfeit van het NTP is de uitvoering van een eerste onderzoek naar prevalentie. Daaruit bleek dat TB een groter probleem is in Vietnam dan eerder werd aangenomen. Hoewel het aantal patiënten dat besmet is met een multiresistente variant van TB (MDR TB) de laatste jaren niet is toegenomen, is er grote behoefte aan een behandelprogramma voor de huidige patiënten met MDR TB. Pilots hiervoor starten in 2009 en zullen met ondersteuning van KNCV Tuberculosefonds en het Center for poverty-related Communicable Disease (Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam) worden geëvalueerd. Het Medisch Comité Nederland Vietnam (MCNV) richt zich op mensen die onvoldoende of geen toegang hebben tot de medische zorg. Zij geeft advies, begeleiding en financiële steun en werkt samen met lokale gezondheidsdiensten, gezondheidswerkers en de mensen in de dorpen. Binnen de MDG's werkt zij aan tuberculosebestrijding, HIV en , de aanpak van malaria en capaciteitsvergroting van medisch personeel.

- 100 De levensverwachting was in 2000 67 jaar, in 2005 was dit gestegen naar 71,5
- 101 Kindersterfte is in de periode 2000 tot 2005 afgenomen van 36,7 naar 17,8 sterfgevallen per 1000 geboren
- 102 Sterfte tijdens de bevalling nam tussen 2001 en 2005 af van 95 naar 80 sterfgevallen per 1000 bevallingen
- 103 Zoals het jaarlijkse overheidsonderzoek (het Joint Annual Health Resources rapport) laat zien
- 104 De 22 high burden landen dragen 80 procent van de tuberculose ziektelast wereldwijd.
- 105 WHO report 2009 Global tuberculosis control. Country Profile Vietnam: www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/vnm.pdf
- 106 UNAIDS landen data 2008
- 107 JAH, 2008, p.60.
- 108 United Nations Statistics Division
- 109 SAVY (2003) Survey Assessment of Vietnamese Youth, General Statistics Office: Ministry of Health, Vietnam www.unicef.org/vietnam/. Kaljee L.M, Gree M, Riel R, Lerdboon P, Le H.T, Le T.K.T, Truong T. M (2007) Sexual Stigma, Behaviors and Abstinence Among Vietnamese Adolescents: Implications for Risk and Protective Behaviors for HIV, Sexually Transmitted Infections and Unwanted Pregnancy in Journal of the Association of Nurses in AIDS Care Vol 18, No 2 (March/APril 2007) pp48-59
- 110 Hong, K.T (2003) Adolescent and Youth Reproductive Health in Vietnam: Status, Policies, Programs and Issues POLICY Project
- 111 WPF Jaarverslag 2007





Vietnam

Frank Cobelens

Wie?

Frank Cobelens (50) is als senior epidemioloog verbonden aan het Academisch Medisch Centrum Amsterdam en aan de onderzoeksafdeling van het KNCV Tuberculosefonds. Hij woont in Amsterdam.

Wat is uw functie?

Ik ben sinds acht jaar verbonden aan het KNCV als senior epidemioloog. Ik begeleid namens het KNCV twee tot vier keer per jaar het Nationale Tuberculoseprogramma in Vietnam.

Wat doet het KNCV in Vietnam?

Sinds de jaren '80 bestaat er een nauwe samenwerking tussen het KNCV Tuberculosefonds en het Nationale Tuberculoseprogramma (NTP) in Vietnam. Sinds 1997 doen we ook programatisch onderzoek ter ondersteuning van de ziektebestrijding. Enerzijds doen we onderzoek naar het voorkomen van tuberculose, zoals het in kaart brengen van de ziektegevallen, de besmettingsrisico's en de resistentie. Anderzijds onderzoeken we hoe de tuberculosebestrijding functioneert. Ons uitgangspunt daarbij is voornamelijk capaciteitsopbouw. Doel van onze samenwerking is niet alleen het ondersteunen van het NTP, maar ook het opleiden en trainen van onderzoekers, zodat zij in de toekomst het onderzoek in Vietnam kunnen leiden.

Wat is uw rol binnen het programma?

Ik begeleid onze partners en onderzoekers. Ik help bijvoorbeeld met onderzoeksvoorstellen, het vertalen van een bestrijdingsprobleem in een onderzoeksvraag, bij de uitvoering en rapportage en vaak ook bij het zoeken naar financieringsmogelijkheden. We leiden ook medewerkers op door ze onderzoek in de vorm van een promotieonderzoek te laten doen. In 2007 heeft de eerste Vietnamese onderzoekster haar promotie kunnen afronden en op dit moment doen twee promovendi onderzoek op het gebied van bestrijding. Bovendien proberen we samenwerking te stimuleren tussen het NTP en lokale onderzoeksinstituten zoals universiteiten.

Kunt u een voorbeeld geven van een succes?

Een groot succes was het eerste nationale tuberculose prevalentieonderzoek, in 2007 door het NTP uitgevoerd, met hulp van het KNCV. Doel van het onderzoek was inzicht te krijgen in het percentage ziektegevallen door tuberculose in Vietnam. Eerdere cijfers waren gebaseerd op schattingen. Ruim 100.000 volwassenen door het hele land werden onderzocht op de symptomen en in meegereisde bussen werden röntgenfoto's gemaakt. Het onderzoek heeft voor het eerst een betrouwbaar inzicht gegeven in het werkelijke aantal ziektegevallen. Een van de belangrijkste uitkomsten was dat tuberculose veel meer voorkwam dan eerder werd geschat. Bovendien bleek tuberculose veel vaker voor te komen onder mannen dan onder vrouwen, terwijl eerder werd gedacht dat het man/vrouwverschil vooral een weerspiegeling was van verschillen in toegang tot de gezondheidszorg. Deze onderzoeksuitkomsten kun je baanbrekend en succesvol noemen.

Welke problemen komt u tegen?

Het NTP is een overheidsinstelling. Vanwege de bureaucratie duurt het soms lang voordat een onderzoeksvoorstel geïmplementeerd kan worden. Bovendien zijn de medewerkers van het NTP van nature geen onderzoekers, wat af en toe tot praktische problemen leidt. Vandaar dat ons uitgangspunt capaciteitsopbouw is en wij ons onder andere richten op het opleiden van onderzoekers daar.

Hoe verhoudt uw project zich tot het halen van de millenniumdoelen 4, 5 en 6?

Het programma is erg belangrijk voor het halen van MDG 5 en 6, en minder voor MDG4. Tuberculose komt namelijk in Vietnam, mede door goede vaccinatie, bij kinderen veel minder voor dan bij volwassenen. Het is geen grote veroorzaker van sterfte onder kinderen. MDG 6 is feitelijk de kern en directe aanleiding van onze werkzaamheden, namelijk de verspreiding van en sterfte door tuberculose terugdringen.

Hoe vindt u het dat het project (deels) afhankelijk is van buitenlandse subsidie?

De activiteiten van het KNCV in Vietnam worden vooral gefinancierd door TMF-subsidie (thematische medefinanciering). Ik sta hier erg positief tegenover. Dankzij deze subsidie kunnen wij onze werkzaamheden in Vietnam doen. Anders was een dergelijke langetermijnondersteuning niet mogelijk geweest. Deze subsidie is de sleutel tot ons succes.

Wat zou u veranderen als u minister voor ontwikkelingssamenwerking was?

Ik zou nog meer inzetten op onderwijs en onderzoek binnen de gezondheidszorg. Dat is een toekomstinvestering.

Wilt u nog iets zeggen?

Het is belangrijk om goed te blijven kijken welk onderzoek nodig is. Wat is de lokale vraag en hoe kunnen we dat vertalen naar een onderzoek waar men direct mee aan de slag kan. Het is van belang daar in te blijven investeren.

Tekst: Hadewich Rieff
Foto: Henk Wildschut

4.6

Conclusies

MDG 4, 5 en 6

MDG 4, 5 en 6 zijn als gezondheidsmillenniumdoelen nauw met elkaar verbonden. Meer dan een derde van de kindersterfte vindt plaats in de eerste levensmaand. De afname van de neonatale sterfte is – evenals de moedersterfte – ver beneden de verwachting sinds 1990. Deze beide sterftcijfers zijn sterk afhankelijk van het goed functioneren van de gezondheidszorg op alle niveaus, inclusief de verbindingen daartussen: van de zorg thuis, via de eerstelijnskliniek tot aan de ziekenhuizen. Hiervoor zijn goed opgeleide en gemotiveerde gezondheidswerkers nodig die kunnen beschikken over voldoende middelen (infrastructuur, transport, geneesmiddelen enzovoort) om te kunnen helpen. Deze focus op het ‘gezondheidssysteem’ versterkt het geheel aan factoren dat nodig is om gezondheidswerkers en de overige beschikbare middelen goed op elkaar af te stemmen en resultaatgericht en optimaal te laten functioneren. Het is bemoedigend deze geïntegreerde benadering herleeft nu de WHO recent de aloude principes van de ‘Primary Health Care’ (basisgezondheidszorg) weer nieuw leven in heeft geblazen.

Samen met de politieke gevoeligheid rond bijvoorbeeld de seksuele rechten van vrouwen en jongeren, bewijst dit dat een blijvende inzet via effectieve pleitbezorging en capaciteitsversterking binnen de landen heel hard nodig is. Het is duidelijk dat – mede dankzij extra investeringen in gezondheid – belangrijke ziektes zoals HIV/Aids, tuberculose en malaria niet alleen beter behandeld kunnen worden, maar ook beter voorkómen worden. Hierdoor, maar ook omdat steeds meer kinderen gevaccineerd zijn en voedingsuppletie (Vitamine A) krijgen is de kindersterfte de afgelopen jaren versneld afgenomen.

Ook de andere MDG’s hebben hierop een belangrijke invloed: aanhoudende economische groei, betere scholing (vooral meisjes) en verbeterde toegang tot veilig drinkwater en goede sanitatie. Het belang van voedselzekerheid en goede voeding is niet te onderschatten. Er dient dus voor gewaakt te worden dat de huidige financiële en economische crisis deze behaalde winst teniet doet.

De WHO heeft recent laten zien hoe belangrijk een eerlijke verdeling en sociale bescherming van kansarmen zijn voor het realiseren van een goede gezondheid. Het is tevens duidelijk dat er grote regionale verschillen bestaan: de bestrijding van tuberculose loopt in Afrika en Europa achter. Slechts een

kwart van de kinderen onder de vijf jaar woont in Afrika, maar zij maken wel de helft van de kindersterfte uit. Armoede, onvoldoende scholing, sociale achterstand en genderongelijkheid dragen er wereldwijd toe bij dat velen minder of helemaal niet delen in de gemaakte winst. Met de sterk afgenomen kindersterfte zien we dat vrouwen in hun leven minder vaak zwanger worden en de gezinsgrootte afneemt. Logischerwijs neemt hierdoor ook de bevolkingsgroei af.

De eind 2008 geactualiseerde Aids en SRGR notitie (*“Keuzes en Kansen”*) bewandelt een vergelijkbare weg, namelijk een intensievere aanpak waar nodig. Het accent ligt in deze notitie vooral op versterkte aandacht voor preventie en specifieke kwetsbare groepen en hun rechten, een aanpak in meerdere sectoren, gecombineerd met versterking van de gezondheidssector. Grote uitdagingen liggen op het vlak van vergroting van de effectiviteit van de hulp in de sector. De wereldwijde afspraken hiervoor zijn recent in Accra aangescherpt en spelen een centrale rol in het *‘International Health Partnership plus’* (IHP+) en de Nederlandse toepassing van de sectorale benadering.

We hebben geleerd dat (versnelde) vooruitgang mogelijk is, maar de hulp moet effectiever. Nu is het hoger hangend fruit aan de beurt. Ontwikkelingslanden dienen de kans te krijgen hun eigen verantwoordelijkheid en leiding te nemen, goed bestuur te praktiseren, nationale systemen verder te verbeteren, in eigen land duidelijker rekenschap af te leggen en ontwikkelingsdoelen centraal te stellen. Donoren dienen bereid te zijn hun functioneren en gedrag aan te passen om dit mogelijk te maken en ter ondersteuning van een beter uitvoering op landenniveau. Nederland sluit zich daar zoveel mogelijk bij aan en zal andere donoren hier op aanspreken. Bovendien blijft flankerend beleid dat zich op de millenniumdoelen richt, nodig. Hierbij hebben we geleerd dat samenwerking met particuliere organisaties (NGO’s) van groot belang is en juist een belangrijke Nederlandse kracht is om flexibel maatwerk te leveren.