

Innehåll

Om strategirapporten – syfte och upplägg.....	3
1 Sidas bedömning av strategigenomförandet – en sammanfattning	5
2 Översikt av strategisammanhanget.....	5
2.1 Förändringar i strategisammanhanget	5
2.2 Sveriges roll i strategisammanhanget	7
2.3 Synergier med andra svenska strategier	7
2.4 Integrering av perspektiven	8
3 Resultatredovisning	9
Sidas bidrag till förändring på strateginivå	9
3.1 Stödområde 1: Kvinnors och barns hälsa och SRHR	9
3.1.1 Mål 1.1: Minskat antal oönskade graviditeter	9
3.1.2 Mål 1.2 Förbättrad tillgång till säker och laglig abort	10
3.1.3 Mål 1.3 Färre barn smittade med hiv	11
3.2 Stödområde 2: Förbättrad grundläggande hälsa med fokus på kvinnors och mäns samt hbtq- personers hälsa och rättigheter	12
3.2.1 Mål 2.1 Bättre förutsättningar för ungdomar att fatta informerade beslut om sin hälsa, sexualitet och reproduktion	12
3.2.3 Mål 2.3 Förbättrad tillgång till SRHR	14
3.3 Stödområde 3: Förbättrad grundläggande hälsa med fokus på stärkta hälsosystem för ökad tillgång till SRHR	14
3.3.1 Mål 3.1 Ökad tillgång till grundläggande integrerad hälsoservice för kvinnor och barn 14	
3.3.2 Mål 3.2 Ökad användning av statistik och evidensbaserad information av hög kvalitet i verksamhetsstyrning inom hälsosystem	15
3.3.3 Mål 3.3 Stärkta förutsättningar för transparens, deltagande och ansvarsutkrävande inom hälsosystem	16
3.3.4 Mål 3.4 Förbättrad kunskap hos beslutsfattare om mer hållbara och rättvisa hälsosystem 17	

3.4	Stödområde 4: Stärkt demokrati och jämställdhet samt ökad respekt för mänskliga rättigheter	18
3.4.1	Mål 3.4 Ökad jämställdhet med fokus på förebyggande av barnäktenskap och sexuellt och könsrelaterat våld, inklusive könsstympning.....	18
3.4.2	Mål 3.4 Stärkta förutsättningar för hbtq-personer att åtnjuta sin rättigheter	19
4	Implikationer	20

Om strategirapporten – syfte och upplägg

Syftet med strategirapporten är rapportera Sidas strategigenomförande till UD. Strategirapporten tjänar som underlag till vårsamråden med Utrikesdepartementet (UD) samt till Regeringskansliets (RK) resultatrapportering. Sida är avsändare och UD är målgrupp för och mottagare av strategirapporten.

Vid sidan av strategirapporten redovisar Sida sin verksamhet till regeringen genom årsredovisningen. Denna inkluderar redovisning från strategigenomförandet på en övergripande nivå per strategi. Strategirapporten går djupare och redogör för strategigenomförandet per strategimål för varje strategi och drar även framåtblickande slutsatser.

Strategirapporten är utformad i enlighet med regeringens riktlinjer för strategier. Strategirapporten ska redovisa, analysera och bedöma resultaten av strategigenomförandet i förhållande till angivna strategimål¹ samt redogöra för implikationer för det fortsatta strategigenomförandet. Vid behov ska rapporten redovisa förändringar i förutsättningarna för genomförandet. Det finns tre typer av strategirapporter:

1. **Strategirapport år 1** skrivs för strategiperiodens första år efter att en operationalisering ägt rum. Rapporten sammanfattar slutsatser och redovisar resultat från genomförandet av föregående strategi (i de fall det finns en tidigare strategi). Denna strategirapport redogör även för den förändringsteori som ligger till grund för Sidas stöd inom strategin, centrala överväganden samt hur verksamheten ska genomföras och följas upp under strategiperioden.
2. **Den årliga strategirapporten** skrivs för de åren varken en fördjupad översyn eller operationalisering ägt rum.
3. **Den fördjupade strategirapporten** skrivs näst sista året av strategin efter att en fördjupad översyn ägt rum. Rapporten redogör för slutsatserna från den fördjupade översyn av strategigenomförandet som sker en gång per strategi. Den fördjupade strategirapporten ska sammanfatta genomförandet av hela strategin hittills² (bl.a. analys av resultat per strategimål) samt ge tydliga rekommendationer inför kommande strategiperiod. Den fördjupade strategirapporten utgör Sidas huvudtillfälle att lämna rekommendationer till regeringens anvisningar inför ny strategi.

Strategirapporten är en lägesuppdatering av strategigenomförandet och bedömer resultat sedan den senaste strategirapporten. Strategirapporten bygger på det underlag som finns tillgängligt vid tillfället för strategirapportens framtagande (t.ex. samarbetspartners rapporter, reserapporter, utvärderingar, analyser och mötesanteckningar).

Kapitel 1 sammanfattar Sidas bedömning av strategigenomförandet per strategimål. **Kapitel 2** ger en översikt av strategisammanhanget och beskriver den kontext (tematisk/geografisk) i vilken strategin genomförs. **Kapitel 3** redovisar resultat från strategigenomförandet. **Kapitel 4** redogör för eventuella implikationer för det fortsatta strategigenomförandet som behöver lyftas till UD.

¹ I de tidigare resultatstrategierna används begreppet *resultat*. Denna mall använder genomgående begreppet *strategimål* i linje med gällande riktlinjer för strategier. I resultatstrategierna är resultaten klustrade kring *resultatområden*. Mallen använder dock genomgående begreppet *stöd område*.

² Dvs. från strategins början fram till 15/4.

Sida använder **trafikljus** för att sammanfatta Sidas nulägesbedömning inom ett strategimål och ge en snabb överblick av hur det går i strategigenomförandet. Bedömningen och motiveringen till denna utgör narrativet i resultatredovisningen (kapitel 3) i strategirapporten. I strategirapporten bedöms två aspekter:

1. Utvecklingen i kontexten i förhållande till **strategimål**, dvs det kontextuella område som strategimålet handlar om. Bedömningen fokuserar på hur utvecklingen går inom detta område. Sida kan inte hållas ansvarig för utvecklingen men måste förhålla sig till denna. Bedömningen ska utgå ifrån hur det ser ut vid tidpunkten för strategirapportsskrivandet och motiveras med tillgänglig information såsom studier, utvärderingar, rapporter, indikatorer/utvecklingstrender.

Bedömning av utvecklingen i kontexten i förhållande till **strategimålen**:

Grön: Utvecklingen går framåt

Gul: Utvecklingen går delvis framåt eller delvis bakåt

Röd: Utvecklingen går bakåt

2. **Portföljens** relevans, dvs huruvida den sammansatta portföljen förväntas bidra till förändring i linje med strategimålet. Med portfölj menas insatser och andra aktiviteter som genomförs i förhållande till ett strategimål. Bedömningen motiveras med Sidas förändringsteori och de prioriteringar som vägleder insatsportföljen i förhållande till utveckling i kontexten och resultat från insatser.

Bedömning av **portföljens relevans**:

Grön: Portföljen är relevant

Gul: Portföljen är delvis relevant

Röd: Portföljen är inte relevant

1 Sidas bedömning av strategigenomförandet – en sammanfattning

Kvinnor och barns hälsa och SRHR

Minskat antal oönskade graviditeter

Förbättrad tillgång till laglig och säker abort

Färre barn smittade med hiv

Mål³

Portfölj⁴

Unga kvinnors och mäns samt hbtq-personers hälsa och SRHR

Ungdomar fattar informerade beslut om sin sexualitet

Minskat antal nya hiv-infektioner

Förbättrad tillgång till SRHR

Stärkta hälsosystem för ökat tillgång till SRHR

Tillgång till hälsotjänster för kvinnor och barn

Ökad användning av statistik och evidensbaserad information

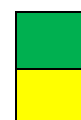
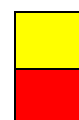
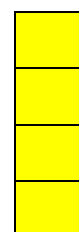
Ökad transparens, deltagande och ansvarsutkrävande

Ökad kunskap om hållbara och rättvisa hälsosystem

Stärkt demokrati, jämställdhet och ökad respekt för MR

Förebyggande av barnäktenskap, könsstympning och GBV

Stärkta rättigheter för hbtq-personer



2 Översikt av strategisammanhanget

Totalt strategibelopp:
3 200 MSEK

Utbetalat belopp hittills:
1 609 MSEK

Antal insatser 2018:
48

2.1 Förändringar i strategisammanhanget

Under året har utvecklingen i flera länder inneburit en tillbakagång och inskränkningar när det gäller sexuella och reproduktiva rättigheter. I Tanzania drogs förslag till *re-entry policy* tillbaka precis innan det skulle antas i parlamentet vilket innebär att flickor inte har rätt att återuppta skolgång efter graviditet. Även tillgång till information om preventivmedel/familjeplanering har begränsats. Också i Uganda har en rad händelser negativt påverkat SRHR bl.a. nya riktlinjer för SRHR som dragits

³ Bedömning av utvecklingen i kontexten i förhållande till **strategimålen**: Grön: Utvecklingen går framåt; Gul: Utvecklingen går delvis framåt eller delvis bakåt; Röd: Utvecklingen går bakåt.

⁴ Bedömning av **portföljens relevans**: Grön: Portföljen är relevant; Gul: Portföljen är delvis relevant; Röd: Portföljen är inte relevant.

tillbaka och inskränkningar kring sexualundervisning. Den starka, och växande, lobbyn för avhållsamhet, som motsätter sig sexualundervisning och annan informationsspridning som rör ungdomars sexualitet, utgör ett växande hot i Afrika.

Samtidigt finns positiva exempel såsom legalisering av abort i DRK genom en ny tolkning av grundlagen efter intensivt påverkansarbete av bland annat civila samhället. I Zambia har nya riktlinjer tagits fram för hur abortlagstiftning ska tillämpas som innebär förenklade rutiner och ökad tillgång till abort. Det regionala samarbetsorganet Southern Africa Development Community (SADC) har under 2018 tagit fram ett förslag till ny SRHR-strategi som kommer utgöra ett viktigt instrument för SRHR-arbete i de 16 medlemsländerna. Sida har varit delaktig i processen och planerar för fortsatt stöd i genomförandet av strategin. Stöd till det normativa arbetet på regional nivå blir ännu viktigare när utvecklingen delvis går bakåt i några länder. Arbetet kring UHC innebär en viktig möjlighet att driva frågan om allmän tillgång till integrerade SRHR-tjänster. En hörnsten i detta arbete är rapporten från Guttmacher Lancet Commission kring SRHR (2018) som föreslår en bred definition av SRHR samt definierar tjänster och insatser som behövs för att effektivt svara upp mot individers SRHR-behov och rättigheter.⁵

Konsekvenserna av den amerikanska administrationens återinförande Mexico City Policy (MCP) och utvidgning till Protecting Lives in Global Health Assistance (PLGHA) i början av 2017 innebär att amerikanskt bistånd inte kan finansiera utländska organisationer som arbetar för säkra och lagliga aborter i utlandet. Eftersom USA är den största givaren inom hälsa och SRHR i regionen får MCP/PLGHA stora konsekvenser, inte bara i arbetet kring abort, utan för SRHR-arbetet i bredare bemärkelse. Sidas uppföljning av konsekvenserna visar exempel på att vissa amerikanska organisationer tvingats avbryta samarbeten med genomförande parter för att de inte skrivit på MCP/PLGH. Likaså sker en fragmentisering av SRHR-tjänster vilket gör att människor måste söka sig till flera olika ställen för att få hjälp. Det har också förekommit en del missuppfattningar och feltolkningar kring Sidas position kring MCP/PLGH vilket har krävt insatser för att motverka negativ informationsspridning. Sida har stärkt samarbetet med partners och strategiska aktörer kring laglig och säker abort, och den ökade koordinering börjar ge resultat bl.a. i form av en pågående gemensam kampanj kring unga och oavsiktliga graviditeter och säker abort på regional och nationell nivå.⁶

Det minskande utrymmet för hbtq-organisationer att verka är en fortsatt utmaning och situationen förvärras på flera håll i regionen. För Sida blir det ännu viktigare att ha en nära dialog med samarbetspartners kring hur verksamheten kan anpassas, givet utmaningarna, och hur Sida som givare kan agera mest strategiskt för att undvika bakslag, inklusive söka synergier med andra aktörer och svenska strategier. Ett inledande arbete pågår för ett utökat samarbete med en bredare grupp av aktörer på regional nivå för att stärka hbtq-personers rättigheter.

SRHR-agendan är i högsta grad politisk i Afrika, vilket gör att Sidas och partners aktiva deltagande i den politiska dialogen avgörande för att nå strategireultat. Givet den alltmer politiserade kontexten i och med MCP/PLGH, samt ökade konservativa strömningar, blir det ännu viktigare att liera sig med rätt aktörer som kan påverka beslutsfattare. Sida har under året stärkt arbetet kring dialog genom att

⁵ <https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

⁶ Insatsnummer 10595 (SAfAIDS 2018-2021)

bl.a. göra en policy- och aktörsanalys⁷ och anordna ett policymöte med ett antal strategiska aktörer för att landa i hur Sida bäst kan bedriva dialog för att stärka det regionala normativa ramverket och SRHR-rörelsen på kontinenten.

2.2 Sveriges roll i strategisammanhanget

Det finns inga andra givare vid sidan av Sverige som har ett omfattande regionalt stöd till SRHR i Afrika söder om Sahara. Ett mindre antal länder har ett begränsat regionalt samarbete (Nederländerna, Storbritannien, Schweiz och Irland) men med mindre volym och mer inriktat på hiv/aids än en bredare SRHR-agenda. På bilateral nivå finns många givare inom hälsa/SRHR, både enskilda länder och flera globala fonder och program. Både DfID's nya program för riktade SRHR-insatser i Afrika och Asien, WISH (*Women's Integrated Sexual Health*), och EU-finansierade *Spotlight Initiative* mot könsrelaterat våld som administreras av FN, har förutom stöd till landinsatser också mindre regionala komponenter. Samordning sker framförallt kring specifika insatser och program som har finansiering från flera givare men också alltmer genom gemensamma policyinriktade insatser såsom arbetet kring *Universal Health Coverage* (UHC) och säker abort.

Det strategiska policyarbetet kräver ett nära och koordinerat samarbete inom Sverigelaget, inte minst mellan SRHR-teamet, Sida Stockholm och UD men även UM i Addis Abeba. Arbetet innebär ett ökat fokus på samarbete med kontinentala mekanismer såsom AU och AU-kommissionen, afrikanska MR-kommissionen, regionala ekonomiska gemenskaper (RECs), parlamentariska fora och nätverk, för att därmed bidra till ett stärkt ägarskap av den kontinentala SRHR-agendan.

Den väl fungerande och täta samordningen mellan SRHR-teamet, Sida Stockholm och UD möjliggör också en samstämmig policydialog på global och regional nivå. Erfarenheterna från arbetet inom den regionala strategin kan på så vis "informera" dialogen på en mer övergripande nivå och vice versa. Detta gäller även samarbete och dialog med FN, inte minst UNFPA och UNAIDS som är viktiga partners på regional nivå. Ett exempel på stärkt policyengagemang är arbetet kring att stärka SRHR inom ramen för UHC som inletts under året tillsammans med ett större antal bilaterala givare, internationella organisationer, civilsamhällesorganisationer och FN.

2.3 Synergier med andra svenska strategier

Ett ökat samarbete med *Strategin för Sveriges regionala utvecklingssamarbete med Afrika söder om Sahara* har inletts under året kring genomförande av Maputo-protokollet (en del av den afrikanska stadgan om mänskliga och folkens rättigheter som garanterar omfattande rättigheter för kvinnor). Även vad gäller övergripande SRHR-dialog med Afrikanska Unionen och Kommissionen samt UNECA, sker en ökad samordning med UM i Addis Abeba som har etablerade kontakter.

Tydliga kopplingar finns också till svenska bilaterala strategier i regionen som har en inriktning på MR, hälsa, SRHR och utbildning. Detta gäller inte minst de större regionala samarbetena med FN där Sida i flera fall på landnivå samarbetar med samma partner. Sidas stöd till UNESCO är ett exempel på tydliga synergier mellan global, regional och bilateral nivå. Både i Zambia och i Tanzania kompletterar det regionala stödet bilaterala program. Sida beslutade nyligen om en insats för att öka

⁷ Insatsnummer 12203 (Policy analysis and strategic directions for Sida's Regional SRHR team)

tillgången till preventivmedel i regionen med finansiering både från den regionala SRHR-strategin och från fyra bilaterala strategier (DRK, Liberia, Mali och Mozambique).

2.4 Integrering av perspektiven

Fattiga människors perspektiv: Stödet till FNs gemensamma program för att eliminera könsstympning av flickor och kvinnor i 16 länder i Afrika, som inletts under året, är ett exempel på insats som riktas till de mest utsatta (*left behind*). I exempelvis vissa regioner i Kenya, där förekomsten av könsstympning och också den monetära fattigdomen är mest utbredd, överstiger 85% (kvinnor 15-49 år) medan det nationella genomsnittet uppgår till 21%. Flickor som utsätts för könsstympning löper betydligt större risk att sluta skolan i förtid, tvingas till barnäktenskap och tidiga oönskade graviditeter. Sexuell och reproduktiv ohälsa utgör, i kombination med begränsade möjligheter att bestämma över sin egen kropp och kontrollera sin fertilitet utgör, en av grundorsakerna till fattigdom och brist på egenmakt i Afrika söder om Sahara. Detta utgör också ett avgörande hinder för människor, särskilt flickor och unga kvinnor, att ta sig ur fattigdomen.

Rättighetsperspektivet: Rättighetsaspekten av SRHR genomsyrar all verksamhet och utgör ett av de viktigaste mervärdena i det svenska samarbetet. Detta innebär bland annat stöd till partners som driver rättighetsagendan och särskilt lyfter utsatta gruppers rättigheter gentemot beslutsfattare på regional och nationell nivå (tex CAL, ARASA, FEMNET), stöd till strategiskt policy- och normativt arbete på regional nivå (exempelvis SADC, EAC) där framtagandet antagandet av SADCs SRHR strategi under 2018 är ett exempel, och att inom ramen för samarbetet med FN driva på och säkerställa att principer om icke-diskriminering, ansvarsutkrävande och transparens genomsyrar verksamheten. Ett annat exempel är det aktiva arbetet inom ”Team Sweden” kring att säkerställa SRHR inom UHC.

Jämställdhet: Samtliga insatser fokuserar på ojämlikheter mellan grupper pga av kön, sexuell läggning och identitet och socioekonomisk status. 71% av insatserna har jämställdhet som huvudmål och resterande 29% som delmål. Portföljen har ett starkt fokus på unga kvinnor som på många sätt är de mest utsatta vad gäller brist på SRHR (exempelvis brist på tillgång till preventivmedel, osäkra aborter, barnäktenskap och könsstympning). Det utvidgade stödet till UNESCO kring allsidig sexualundervisning är exempel på insats inriktad på att öka jämställdheten genom att stärka ungas kunskaper och självkänsla för att fatta informerade beslut om sin sexualitet och framtid. Samtidigt visar portföljanalysen att arbetet kring sociala normer behöver stärkas.

Konfliktperspektivet: SRHR-agendan har i sig en inbyggd och tilltagande konfliktynamik på många håll i regionen, inte minst vad gäller hbtq-personers rättigheter, frågan om abort samt allsidig sexualundervisning. Löpande förs dialog internt och med partners samt andra aktörer om hur dessa frågor kan hanteras på ett sätt som inte bidrar till ökade spänningar och polarisering i samhället. Ett arbete pågår för att se hur portföljen kan stärkas med riktade insatser kring SRHR i konflikttrabbade och fragila kontexter.

Klimat/miljö: Även om det finns en indirekt koppling mellan miljö/klimat och SRHR, så tillvida att konsekvenserna av miljö- och klimatförändringar ökar ekonomisk fattigdom och utsatthet som i sin tur ofta leder till negativa effekter på SRHR (tex att flickor gifts bort i större utsträckning, könsrelaterat våld ökar och bristande resurser för att uppsöka hälso- och sjukvård), så saknas en direkt koppling till strategins resultat. Portföljen innehåller inga riktade insatser kring miljö och klimat och insatsernas effekt på miljö och klimat bedöms vara begränsade.

3 Resultatredovisning

Sidas bidrag till förändring på strateginivå

En fortsatt kraftig volymökning har skett under 2018 då 540 MSEK utbetalades jämfört med knappt 400 MSEK föregående år. Ökningen har skett främst inom Område 2 (Unga kvinnors och mäns samt hbtq-personers hälsa och SRHR) genom det utvidgade stödet till allsidig sexualundervisning (UNESCO) samt Område 4 (Stärkt demokrati, jämställdhet och ökad respekt för mänskliga rättigheter) genom stöd till UNFPA/UNICEFs program för att eliminera könsstympning av flickor och kvinnor. Över strategiperioden har en ökning också skett inom resultat avseende oönskade graviditeter och tillgång till laglig och säker abort medan fördelning till resultat avseende minskade hiv-fall minskat som ett resultat av mer integrerade SRHR-insatser. Samtidigt är det viktigt att understryka att stödområdena och de tolv resultaten överlappar varandra i olika grad och att klassificeringen av insatserna inte alltid är självklar.

Som del i halvtidsöversynen 2018 togs en ny förändringsteori fram baserat på fyra övergripande målområden (stärkt normativt ramverk, ökad tillgång till prioriterade SRHR-tjänster, förändrade sociala normer samt ansvarsutkrävande). Portföljens tyngdpunkt ligger i nuläget de två första områdena medan stöd till att förändra sociala normer och ansvarsutkrävande är mer begränsat. Förändringsteorin innefattar även fem regionala strategier för att förtydliga det regionala mervärdet i implementeringen av strategin.

Alla insatser utom en förväntas uppnå fastställda mål.⁸

3.1 Stödområde 1: Kvinnors och barns hälsa och SRHR

3.1.1. Mål 1.1: Minskat antal oönskade graviditeter

Strategimål



På övergripande policynivå har det gjorts vissa framsteg då afrikanska ministrar vid uppföljningskonferensen till *Addis Ababa Declaration on Population and Development* (2014) i slutet av 2018 enhälligt antog en resolution som bekräftar åtaganden från befolkningskonferensen 1994 (ICPD) som sätter individens reproduktiva rättigheter i centrum. På regional nivå innebär antagandet av SADCs SRHR-strategi och tillhörande uppföljningsramverk med progressiva skrivningar om bl.a oönskade graviditeter och osäkra aborter ett mycket viktigt framsteg, och utgör ett strategiskt instrument för driva SRHR-agendan i de 16 medlemsländerna framöver. Medan viktiga framsteg har gjorts på kontinental och regional nivå sker en tillbakagång i flera länder inklusive Tanzania, Uganda och Kenya där inskränkningar skett vad avser SRHR bland annat i form av förbud att återgå till skolan efter graviditet och ungdomars tillgång till preventivmedel och säkra aborter. Detta påverkar också

⁸ Uppgiften är hämtad från Tabell 5 i BISI-rapport P6 som bygger på uppgifter registerade genom sk *Conclusion on Performance* sedan systemuppdatering i mars 2018, vilket i detta fall representerar 55% av insatserna i portföljen.

EAC Sekretariatets förmåga att driva SRHR frågor där de flesta av medlemsstaterna emotsätter sig särskilt sexuella rättigheter.

Portfölj



Viktiga resultat under året är framtagandet av SADCs SRHR-strategi där Sida tillsammans med flera partners haft en central roll, UNESCOs och SAfAIDs studier och kampanjer kring tidiga och oönskade samt ökad tillgång till preventivmedel genom *social marketing* program genom DKT och PSI. T.ex har DKT distribuerat preventivmedel som resulterat i 6,5 miljoner s.k. *couple years of protection* i sex länder i regionen och även genomfört riktade kampanjer för att öka unga människors användning av preventivmedel. Portföljens sammansättning med fokus på regionala och nationella legala ramverk (t.ex 2gether4SRHR, EAC, FEMNET, SAfAIDS), stärkt tillgång till kvalitativa tjänster och preventivmedel (PSI, DKT, SAT, 2gether4SRHR) och förändring av sociala normer (UNESCO, PSI, DKT, SAfAIDS) och ansvarsutkrävande (SAT och Hivos,) bedöms som relevant och ändamålsenlig. Ytterligare fokus på ansvarsutkrävande och förbättrade nationella riktlinjer för hälsotjänster skulle kunna stärka portföljen ytterligare.

3.1.2 Mål 1.2 Förbättrad tillgång till säker och laglig abort

Strategimål



Uppskattningsvis lever 93% av kvinnor i reproduktiv ålder i Afrika i länder med restriktiva abortlagar. Även i länder som tillåter abort under särskilda omständigheter så begränsas tillgång av t.ex administrativa rutiner och faktisk tillgång till aborttjänster. 9 av 54 länder i Afrika har absolut förbud mot abort.⁹ AU Kommissionen har under året stärkt sitt arbete kring Maputo-protokollet som inkluderar tillgång till säker abort under vissa omständigheter, och håller på att ta fram en plan för att påskynda ratificering, implementering och rapportering av protokollet. Åtaganden på global och kontinental nivå kring minskad mödradödligheten (ex SDGs) som fortsatt är mycket hög i regionen och till del orsakas av osäkra aborter, gör att vissa länder är mer mottagliga att diskutera abortfrågan och försöker hitta praktiska metoder för att hantera problemet. Under året införde DRK Maputo-protokollet i sin nationella lagstiftning och därigenom legaliseras abort. Zambia har infört nya riktlinjer för säker abort som förenklar procedurer för att få tillgång till abort inom ramen för rådande lagstiftning. MCP fortsätter att ha stor inverkan i regionen med negativa konsekvenser såsom bl.a. minskad tillgång till hälsovårdstjänster, vilket särskilt drabbar de redan mest sårbara, fragmentisering av tjänster, själv censur och krympande utrymme för civila samhällsorganisationer. Ett exempel på detta är Kenya där regeringen temporärt stoppade MSI som är den största leverantören i landet att tillhandahålla aborttjänsterna.

Portfölj



Det gemensamma FN-programmet 2gether4SRHR som startade 2018 innebär ett stärkt fokus på laglig och säker abort i portföljen där WHO's aktiva engagemang och kapacitetsstärkande resulterat i att konkret arbete på landnivå initierats. Under året har också ett ökat deltagande i den strategiska policy dialogen skett, både i egen regi av Sida/regionala teamet och genom partner, bl.a. genom att arrangera ett regionalt möte kring säker abort i anslutning till den internationella befolkningskonferensen i

⁹ <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa>

Kigali i november som resulterat i landbaserade initiativ i flera länder. Genom DKT och PSI har tillgång till abortprodukter förbättrats och framsteg har gjorts under året för att introducera nya kombipreparat i sex länder i södra Afrika (PSI). Sammantaget bedöms portföljens relevans vara fortsatt hög och också ha stärkts under året, även om starkare synergier bör sökas mellan nyckelaktörer inom portföljen och även med centrala globala Sida-partners inte minst vad gäller arbetet kring *Maputo Protokollet*. Även ett starkare fokus på sociala normer som abortrelaterad stigma bedöms viktigt samt evidensbaserat påverkansarbete kring osäker abort som en huvudorsak till mödradödlighet och konsekvenser av tidiga och oönskade graviditeter.

3.1.3 Mål 1.3 Färre barn smittade med hiv

Strategimål



På global nivå har stora framsteg gjorts för att förbättra tillgången till antiretroviral behandling för gravida och ammande kvinnor som lever med hiv, från 50% år 2010 till 80% 2017.¹⁰ Södra och östra Afrika ligger i topp med 93%. Detta anses vara en av de främsta orsakerna till att antalet barn i åldrarna 0-4 som nyligen infekterats med hiv har minskat med 35% under samma period. Trots detta krävs ytterligare insatser för att minska antalet nya hiv-infektioner bland barn i linje med globala och regionala mål, såsom det UNAIDS-ledda *Super-Fast Track-initiative* och WHO:s *Global Health Strategy on HIV 2016-2021*. Den främsta utmaningen är det fortsatt höga antalet nya hiv-infektioner bland kvinnor i reproduktiv ålder och brister i uppföljning av mödrar och deras barn, särskilt i länder med hög hiv prevalens. Dessutom har man i många länder inte lyckats med att effektivt integrera PMTCT (*Prevention of Mother to Child Transmission*) i befintliga hälsoinsatser.

Portfölj



Genom stödet till OHTA-programmet 2013-2017 (UNICEF) har mer än 200 000 gravida och ammande kvinnor som lever med hiv fått tillgång till livslång hiv-behandling och relaterade tjänster i de fyra länder där programmet genomfördes (Elfenbenskusten, DRK, Malawi och Uganda) vilket beräknas innebära att 146 500 nya fall av hiv bland barn kunnat undvikas. Erfarenheterna från initiativet kring förebyggandet av PMTCT har också legat till grund för strategier och programmering utanför de fyra länderna.¹¹ OHTA-initiativet, som avslutades 2017, var det enda bidraget i portföljen som fokuserade på PMTCT och har varit strategiskt viktigt i utformandet av det gemensamma *2gether4SRHR* där UNICEF ingår tillsammans med UNFPA, UNAIDS och WHO som löper från 2018 till 2021. I detta avseende kommer portföljen att fortsätta att leverera strategins resultat av färre hiv-infekterade barn.

¹⁰ UNICEF (2018b) *Women: At the heart of the HIV response for children*, July 2018 New York: UNICEF. Page 22

¹¹ UNICEF (2018a) Final OHTA Project Report for the period December 2012 – December 2017, page 5

3.2 Stödområde 2: Förbättrad grundläggande hälsa med fokus på kvinnors och mäns samt hbtq-personers hälsa och rättigheter

3.2.1 Mål 2.1 Bättre förutsättningar för ungdomar att fatta informerade beslut om sin hälsa, sexualitet och reproduktion

Strategimål



Det gemensamma politiska åtagandet på regional nivå (2014) att öka tillgången till allsidig sexualundervisning samt sexuella och reproduktiva hälsotjänster för ungdomar, har inneburit stora framsteg med att introducera allsidig sexualundervisning i regionen. I 15 länder tillhandahålls allsidig sexualundervisning i minst 40% av grund- och gymnasieskolorna, i 21 länder finns anpassade utbildningsprogram för lärare och i 17 länder finns utbildningsprogram för ungdomsvänliga SRHR-tjänster för hälso- och socialarbetare. Fortfarande finns stora utmaningar kring samarbetet mellan sektorer/ministerier och begränsande åldersgränser för ungdomars tillgång till SRHR och hiv-tjänster. Unga människors tillgång till SRHR-tjänster, särskilt preventivmedel, fortsätter vara ett stort problem, och det finns ett stort gap mellan efterfrågan och tillgång. Genomgående finns också kapacitets- och resursbrist och svagheter i uppföljningsmekanismer vilket försvårar genomförandet.¹² *Dakar Call to Action* från 2016 innebär möjligheter för att stärka arbetet kring sexualundervisning i väst- och centralafrika.¹³

Portfölj



Ett flertal partner bidrar till detta resultat, främst UNESCO, Save the Children, SADC Parliamentary Forum, DKT och PSI. Genom ett utvidgat stöd till UNESCO 2018 stöds nu införandet av allsidig sexualundervisning i 32 länder i Afrika söder om Sahara. Slututvärderingen av programmet för perioden 2013-2017 konstaterar att 14 miljoner elever deltagit i sexualundervisning, 164 000 lärare och 50 000 föräldrar har utbildats.¹⁴ Ytterligare 180 000 ungdomar och 94 000 vuxna (lärare, traditionella och religiösa ledare m.fl.) har nåtts av sexualundervisning genom Save the Children (aug-dec 2017).¹⁵ Genom SAT har över 650 000 unga kvinnor och män erhållit ungdomsvänliga SRHR-tjänster inklusive tillgång till preventivmedel (april 2017-mars 2018).¹⁶ SADC Parliamentary Forum har utbildat parlamentsledamöter kring SDGs och allsidig sexualundervisning¹⁷ och DKT och PSI har genomfört riktade kampanjer för att öka efterfrågan och tillgång till preventivmedel. PSI har testat modell för *on-line* apotek och tagit fram en strategi för interaktiv digital kommunikation. Genom DKTs samarbete med ungdomsvänliga hälsokliniker har tillgång till preventivmedel ökat och DKT har

¹² UNESCO, UNFPA and UNAIDS 2018, Progress Report on the Implementation of the Eastern and Southern African Ministerial Commitment on Comprehensive Sexuality Education and Sexual and Reproductive Health Services for Adolescents and Young People 2015-2017; sid 6

¹³ Dakar Call to Action 29 Nov 2016, sid 3-5

¹⁴ UNESCO, Strengthening Sexual and Reproductive Health and HIV prevention amongst children and young people through promoting comprehensive sexuality education in Eastern and Southern Africa' 2013-2017, sid 15-33

¹⁵ Save the Children 2017 August-December Narrative Report, page 11; UNESCO, Strengthening Sexual and Reproductive Health and HIV prevention amongst children and young people through promoting comprehensive sexuality education in Eastern and Southern Africa' 2013-2017, sid 34

¹⁶ SAT 2017-2018 Annual Report, 2018 sid 5.

¹⁷ SADC PF SRHR, HIV and AIDS Governance Narrative report 1 April 2017-31 May 2018, sid 50

utbildat personal kring olika produkter inklusive abortrelaterad eftervård. Drygt 100 000 kvinnor varav cirka hälften mellan 15-25 år har erbjudits service på kliniker i DKTs nätverk.¹⁸

3.2.2 Mål 2.2 Minskat antal nya hiv-infektioner

Strategimål



På global nivå har dödlighet bland människor som lever med hiv minskat avsevärt; från 1,9 miljoner 2004 till 940 000 år 2017. Detta beror till stor del på den snabbt ökade tillgång till antiretroviral behandling i Afrika söder om Sahara, och i synnerhet östra och södra Afrika.¹⁹ Nya fall av hiv minskar också men inte tillräckligt snabbt för att möta globala mål om att eliminera nya fall bland barn och att minska antalet fall av hiv till färre än 500 000 år 2020. Huvudsakliga orsaker är främst brist på förebyggande insatser i större skala och restriktiva lagar och policyer som begränsar tillgången till förebyggande tjänster för ungdomar. Mot bakgrund av detta bildades 2017 den globala hiv-förebyggande koalitionen som leds av UNAIDS och UNFPA. Bland de afrikanska länder som deltar i koalitionen har utvecklingen avseende nya fall av hiv sedan 2010 varierat kraftigt, från en minskning med 49% till en ökning av 41%, vilket understryker behovet av att intensifiera stödet till hiv-förebyggande arbete.²⁰

Portfölj



Ett flertal insatser i portföljen bidrar till detta resultat; 2gether4SRHR, SAT, REPSSI, UNESCO, PSI och DKT. Genom att flera partner arbetar integrerat med SRHR finns dock en underrapportering kring hur verksamheten bidrar till hiv-förebyggande insatser, t ex stöden till PSI och DKT som har en viktig roll i kondomförsörjning och efterfrågeskapande insatser. I linje med det strategiska fokuset på att främja tillgången till icke-diskriminerande hiv-tjänster, och med fokus på länder och befolkningsgrupper som drabbats mest, har olika insatser genomförts under rapporteringsperioden. I Botswana samarbetar SAT med TeenWyze, en ungdomsbaserad online-interaktiv mediaplattform vars mål är att koppla unga människor till SRHR-tjänsteleverantörer. Under perioden har 4 868 ungdomar hjälpt till att få tillgång till tjänster som rådgivning och testning via de 23 ungdomsvänliga kliniker som TeenWyze har samarbetat med.²¹ Andra resultat som uppnåtts genom UNESCO-programmet är förbättrad kapacitet inom utbildningssektorn för att effektivare planera, följa upp och rapportera kring hiv-respons²² samt ökad kunskap om hiv-förebyggande metoder bland ungdomar genom SAFAIDS insatser.²³ Givet den delvis negativa utvecklingen vad gäller antalet nya hiv-smittade skulle en utvidgning av portföljen med fokus på förebyggande program riktade speciellt till ungdomar kunna övervägas, särskilt med fokus på långsiktig förändring av sociala normer.

¹⁸ DKT February 2019 update (archived UM2016/39375:11)

¹⁹ UNAIDS (2018a) UNAIDS DATA 2018, November 2018 Geneva: UNAIDS. sid 5

²⁰ UNAIDS(2018b) Annual Progress Report on HIV Prevention 2020, November 2018 Geneva: UNAIDS. sid 5. (Presented to the 43rd Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board 2017 held 11-13 December 2018)

²¹ SAT (2018) 2017-2018 Annual Report, sid 18

²² UNESCO (2018) End of Project Report 2013-2017, sid 16

²³ SAFAIDS (2018) SCORE End of Programme Report 2014-2017, sid 28

3.2.3. Mål 2.3 Förbättrad tillgång till SRHR

Strategimål



I många länder i östra och södra Afrika har reformerna av hälso- och sjukvården från 1990-talet bidragit till förbättringar av utbudet av hälsovårdstjänster som är tillgängliga för allmänheten. Tillgången till dessa tjänster är emellertid en utmaning på grund av vertikala strukturer för specifika sjukdomar som försvårar tillgång för medborgare och underbemannade hälsoinrättningar som kännetecknas av långa väntetider. Det finns även fortsatt stora utmaningar för ungdomar att få tillgång till information, tjänster och produkter som rör deras sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter. Förutom bristande utbud, är dömande attityder bland hälsopersonal gentemot ungdomar, särskilt när det gäller deras sexualitet, fortfarande vanliga. Likaså finns i de flesta länder begränsande åldersgränser vad gäller tillgång till preventivmedel och hiv-test utan förälders samtycke. Hbtq-personer möter ytterligare hinder och marginalisering på grund av sin sexuella läggning och könsidentitet, ofta nekas de tillgång till vård helt och hållet. Samkönade relationer är kriminaliserade i många länder i Afrika och under de senaste åren har det skett en tillbakagång när det gäller rättigheter för hbtq-personer i regionen. En utmaning är att det saknas en aktiv och välkoordinerad SRHR-rörelse inom civila samhället för att utkräva ansvar av regeringar och beslutsfattare, i likhet med den tidigare starka hiv-rörelsen. Det finns en rad potentiella mekanismer och strukturer för ansvarsutkrävande som skulle kunna utnyttjas bättre.

Portfölj



Ökad tillgång till SRHR kan betraktas som ett övergripande mål för hela strategin, där alla resultat bidrar på ett eller annat sätt till ökad tillgång till sexuella och reproduktiv hälsa och rättigheter. Utöver ett fortsatt fokus för att arbeta integrerat kring hiv, SRHR och sexuellt och könsrelaterat våld finns ett ökat fokus på att motverka åldersrelaterade hinder för att få tillgång till SRHR-tjänst och hbtq-personer rätt till SRHR-insatser. SADCs antagande av en regional SRHR-strategi (2019-2030) i november 2018 liksom den särskilda SRHR-strategin för nyckelgrupper (*key populations*) som antogs av SADC 2017 utgör viktiga instrument för att stärka tillgång till SRHR tjänster i de 16 medlemsländerna. Inom ramen för 2gether4SRHR-programmet pågår insatser för att stärka existerande hälso- och sjukvårdssystem genom utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal för att skala upp modeller för att tillhandahålla ett kvalitativt, rättighetsbaserat utbud av integrerade SRHR/hiv och SGBV-tjänster baserade på WHO:s verktyg och riktlinjer.

3.3 Stödområde 3: Förbättrad grundläggande hälsa med fokus på stärkta hälsosystem för ökad tillgång till SRHR

3.3.1 Mål 3.1 Ökad tillgång till grundläggande integrerad hälsoservice för kvinnor och barn

Strategimål



Trots en allmänt hårdare ton i regionen vad gäller SRHR, finns ett antal positiva händelser som påverkar utvecklingen av hälsovårdsreformer i rätt riktning. De mest relevanta är; UHC håller på att utvecklas till ett dominerande ramverk för länder att öka tillgången till och säkerställa grundläggande

hälso- och sjukvårdstjänster för att främja ett hälsosamt liv och välbefinnande för alla människor i alla åldrar (SDG 3). Arbetet kring UHC har skapat en unik möjlighet att driva frågan om allmän tillgång till integrerade SRHR tjänster som en del av UHC- strategier och program på landnivå. Samtidigt finns en risk att mer känsliga delar av agendan, såsom säker abort, sexualrådgivning och ungdomars tillgång till SRHR, uteblir om prioriteringsarbete kring vilka hälsotjänster som ska ingå inte sker på ett transparent sätt och baseras på evidens. Vidare antog EAC: s statschefer år 2018 ett ramverk för prioritering av hälso- och sjukvårdsinvesteringar 2018-2028 som har (om än begränsad) hänvisning till integrerade SRHR tjänster i tillhörande uppföljningsramverk.

Portfölj



Inom ramen för pågående reformer inom hälso- och sjukvården och utvecklingen av nationella sjukförsäkringssystem i olika länder, fokuserar insatserna i portföljen (CHAI, 2gether4SRSHR) främst på resursmobilisering, prioriteringsarbete, definition av förmånspaket och effektiv resurshantering. Andra viktiga områden är att stödja regeringar, särskilt hälsoministerier, utforma strategier och program inom hälso- och sjukvård på evidens, stärka nationella system för att skapa högkvalitativa, aktuella och tillförlitliga data för uppföljning av nationella mål kopplade till SRHR-tjänster samt finansiering av regionala och landspecifika kapacitetsuppbyggnadsåtgärder för att hantera omfattande brist på utbildad personal. Insatser inriktas främst på teknisk kapacitetsuppbyggnad till statliga strukturer och civilsamhällesorganisationer, kunskapsgenerering av evidensbaserade fakta, informationsutbyte och spridning av resultat för att bidra till utveckling av politiken på nationell och regional nivå. Stödet, inklusive den strategiska dialogen, riktas också mot politiska åtgärder och *movement building* för ökade politiska åtaganden och ansvarsutkrävande. Ett informellt partnerskap har etablerats för att bidra till en gemensam strategisk ram för SRHR inom UHC (*The SRHR in UHC policy initiative*) där Sida genom den regionala strategin har en aktiv roll och inledningsvis agerar informellt sekretariat. En global färdplan har tagits fram inklusive gemensamma nyckelbudskap samt en kartläggning av prioriteringsarbetet kopplat till UHC i sex länder: eSwatini, Sydafrika, Nigeria, Rwanda, Etiopien och Malawi.

3.3.2 Mål 3.2 Ökad användning av statistik och evidensbaserad information av hög kvalitet i verksamhetsstyrning inom hälsosystem

Strategimål



Med en stark koppling till de hälsorelaterade globala SDG-målen pågår ett intensivt arbete kring statistik och evidensbaserad information inom hälso- och sjukvården. I stor utsträckning ligger fokus på omfattande, manuell och resurskrävande insamling av fragmenterad data på lokal nivå som används centralt för att exempelvis prioritera behov och grupper samt i budget- och planeringsprocesser. Trots faktiska hinder som t ex, tillgång till el, Internet och användarkunskaper så finns det stora möjligheter att automatisera datahantering med hjälp av IT-baserade vård- och ledningssystem för att effektivare leda och utveckla hälso- och sjukvården. Det finns stora utmaningar för kvalitetssäkring och användning av insamlad information i beslutsfattandet. Med en stark koppling till mål 3.3 (se nedan) måste större vikt läggas på att insamlad data faktiskt används som beslutsunderlag i policyutveckling, prioriteringsarbete, utformning av tjänstepaket, budget- och planering samt vid framtagning av riktlinjer för effektiva insatsmetoder. Det finns ett fortsatt behov av att stärka aktörer som kan förmedla evidens på ett mer lättillgängligt och avgränsat sätt för beslutsfattare och medborgare. Beslutsunderlag måste också anpassas till den politiska logiken som inte alltid bygger på evidens, utan vägleds av andra agendor. Ett sådant område skulle kunna vara framtagning av etiska värdegrunder för

politiska prioriteringar i vården. Det finns även en potential att bättre använda insamlad data hos enskilda vårdgivare i det lokala kvalitetsarbetet för att utveckla verksamheten.

Portfölj



I portföljen är det framför allt HEARD, CHAI och 2gether4SRHR som direkt och systemövergripande arbetar med statistik och faktabaserad verksamhetsstyrning i hälso- och sjukvården. Som en universitetsbaserad institution bygger HEARD upp regional forskningskapacitet för framtagning av ny kunskap och evidensbaserad fakta för policyutveckling och beslutsfattande inom SRHR, medan CHAI systematiskt tillämpar statistik och evidens i direkt samarbete med hälsoministerier i åtta länder²⁴. 2Gether4SRHR som bidrar, bl.a. genom UNAIDS sk *Situation Rooms*, till att stärka det regionala och nationella informations-, övervaknings- och utvärderingssystem genom att samla in, analysera och använda högkvalitativ statistik och evidensbaserad information. Informationen används för att informera beslutsfattare om framsteg som gjorts för att uppnå globala, kontinentala och regionala åtaganden samt för att förbättra design och planering av insatser²⁵. Inom CHAI programmet har man för andra året i rad verifierat kvaliteten på lokalt insamlad data i Zambia som grund för resultatbaserad finansiering där distrikten premieras för resultatförbättringar inom ett urval av SRHR- och hälsoindikatorer. Förutom positiva hälsoeffekter i befolkningen har även inrapporterad datakvalitet förbättrats liksom förståelsen hos enskilda vårdgivare att använda resultaten i det lokala planerings- och kvalitetsarbetet.

3.3.3 Mål 3.3 Stärkta förutsättningar för transparens, deltagande och ansvarsutkrävande inom hälsosystem

Strategimål



För att uppnå insyn, deltagande och ansvarsutkrävande måste det finnas effektiva och öppna processer och mötesplatser för att diskutera och leda hälso- och sjukvården på olika nivåer i hälsosystemet. Prioriteringar som bygger på den bästa tillgängliga kunskapen inklusive insamlad befolkningsdata, och beprövad kunskap om effektiva insatser måste systematiskt redovisas och beslutas om öppet med ett brett deltagande från olika intressenter. I praktiken är fortfarande medborgares, vårdtagares och medarbetares möjligheter till insyn, deltagande och ansvarsutkrävande svaga. Många länder i regionen har fortsatt stora utmaningar med ett strukturerat och öppet prioriterings- och planeringsarbete som grund för resursfördelning. För att möjliggöra förbättringar i inom detta målområde måste systematiska arbetssätt, verktyg och institutionell kapaciteten stärkas för att demokratiskt leda och styra hälso- och sjukvård på alla nivåer. Professionella yrkesgrupper och medarbetare bör involveras mer i riktlinjearbete och i det lokala arbetet med ständiga förbättringar för att stärka kvaliteten på utförda tjänster.

Portfölj



²⁴ CHAI's Program Completion report on Sustainable HIV/AIDS and Health Sector Financing Phase II, December 2018.

²⁵ 2gether 4SRHR project proposal of which activities will be included in the 2018 annual narrative report from UNFPA.

Genom teknisk rådgivning har CHAI utvecklat och stärkt interna processer, verktyg och arbetssätt för att effektivt, transparent och på ett tydligt sätt förvalta och rättvist fördela och styra hälsoresurser avsedda för grundläggande hälso- och sjukvård för kvinnor och barn. Viktiga processer har institutionaliserats såsom kartläggning av resurser, kostnadsanalys, strategisk planering samt redovisnings- och ledningssystem. I den nya programperioden som började 2018, arbetar CHAI mer aktivt med prioriteringar och utformning av definierade hälsopaket inom ramen för nationella hälsoförsäkringsreformer i Etiopien, Sydafrika, Rwanda och Zambia²⁶. Från EAC's integrerade hälsoprogram rapporteras om ett antal konkreta resultat kring regional policyutveckling. Exempel på detta är gemensamma och integrerade minimihälsopaket och riktlinjer för SRHR/RMNCAH samt HIV/AIDS. Genom EAC:s strategiska hälsoprioriteringsplan för 2018-2028 (Health Sector Investment Priority Framework) har hälsa lyfts upp till den högsta nivån i organisationen där det numera även finns en resursmobiliseringsstrategi för UHC och HIV/AIDS för perioden 2018-2023²⁷. Flera civilsamhällespartners arbetar också med att utveckla modeller för *social accountability*, ett spännande pilotprojekt genomförs av SAfAIDS i sex länder som utvecklat en mobilapp för att ungdomar ska kunna anmäla brister i service och bemötande on-line.²⁸

3.3.4 Mål 3.4 Förbättrad kunskap hos beslutsfattare om mer hållbara och rättvisa hälsosystem

Strategimål



Ratificering av internationella deklarationer och konventioner gör det möjligt att driva utvecklingen i rätt riktning samt att ställa länder och regeringar till svars för ingångna åtaganden. Det viktigaste området just nu vad gäller hälsoreformarbete är UHC som kan skapa förutsättningar för att utveckla en mer jämlik hälso- och sjukvård för alla. Arbetet kring UHC innebär en unik möjlighet att driva frågan om allmän tillgång till integrerade SRHR-tjänster som en del av UHC policys och program. En hörnsten i detta arbete är rapporten från Gutmacher Lancet Commission kring SRHR baserad på evidens och i linje med 2030-agendan²⁹. Med utgångspunkt i internationella och regionala MR-baserade avtal, överenskommelser och principer föreslås en ny integrerad definition av SRHR samt tjänster och interventioner som behövs för att effektivt svara upp mot individers SRHR-behov och rättigheter. Rapporten utgör ett strategiskt verktyg för det regionala arbetet för att främja och definiera SRHR och prioriterade tjänster som ska ingå i det offentliga åtagandet. I regionen finns en medvetenhet och engagemang kring UHC som kan gynna arbetet med att stärka hälsosystem för ökad tillgång till SRHR. Samtidigt kan konstateras att ojämlikheter vad gäller hälsa och ekonomisk utveckling fortsätter att prägla utvecklingen i regionen vilket gör UHC- arbetet relevant att följa och stödja ur ett SRHR-perspektiv.

Portfölj



²⁶ CHAI's Program Completion report on Sustainable HIV/AIDS and Health Sector Financing Phase II , December 2018.

²⁷ EAC Integrated Health Programme (EIHP) Annual progress report, Technical narrative report 1st July 2017 – 30th June 2018.

²⁸ SAfAIDS Transforming Lives, Inception Phase Report, 1 January -30 June, 2018. Sid 10

²⁹ <https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

För många insatser i portföljen har det momentum som finns globalt kring UHC-agendan inneburit en möjlighet att stärka pågående arbete och för andra har nya möjligheter tillskapats. Sedan 2012 jobbar CHAI med regeringar i åtta afrikanska länder mot förverkligandet av UHC och idag har flertalet länder utvecklat långsiktiga nationella strategier för hälsofinansiering som identifierar resursluckor, möjligheter att hantera dessa luckor och i vissa fall strategier för heltäckande finansieringsreformer där exempelvis samlade hälsoresurser och användaravgifter hanteras. I Etiopien, Sydafrika och Rwanda stödde CHAI regeringar i utformning, genomförandet och förvaltning av nationella försäkringsreformer. Även HEARD använder UHC som ingång i sitt arbete. Sidas utvärdering av HEARD-programmet år 2017 är överlag positiv och insatsen bedöms ha betydande inverkan och vara av hög relevans genom strategiska tekniska bidrag i frågor gällande SRHR för viktiga befolkningsgrupper, hållbar finansiering, könsrelaterat våld och jämställdhet. På landnivå har HEARD och partnerinstitutioner bidragit med solida data som behövs för att formulera skraddarsydda strategier och policys³⁰. SADC:s SRHR-strategi och styrkort utgör ett av de mest progressiva regionala SRHR-instrumenten med en tydlig mekanism för uppföljning. Dokumenten utvecklades av en teknisk arbetsgrupp bestående av eSwatini, Sydafrika, Namibia med tekniskt stöd från 2Gether4SRHR-programmet och UNESCO och inkluderade tekniskt samråd med civila samhället och anammar ett systemtänk där UHC är en av fyra pelare.

3.4 Stödområde 4: Stärkt demokrati och jämställdhet samt ökad respekt för mänskliga rättigheter

3.4.1 Mål 3.4 Ökad jämställdhet med fokus på förebyggande av barnäktenskap och sexuellt och könsrelaterat våld, inklusive könsstympning

Strategimål



Det finns fortsatt stora utmaningar vad gäller barnäktenskap, könsstympning av flickor och kvinnor och sexuellt och könsrelaterat våld i Afrika söder om Sahara. Djupt rotade strukturella hinder, såsom ojämn fördelning av resurser, makt och tillgångar, i kombination med sociala institutioner och normer som upprätthåller ojämlikhet, håller jämställdhet och rättvisa tillbaka. Trots att en modell mot barnäktenskap antagits av SADC-PF, efter omfattande insatser av flera av Sidas partners, har endast två länder aktivt arbetat med att inkludera lagen i nationell lagstiftning och förekomsten av barnäktenskap är fortfarande hög i många länder. Kryphål i lagstiftning och fragmenterad programmering försvårar möjligheter att vända utvecklingen. Trots detta och det faktum att uppskattningsvis 38% av kvinnorna är gifta vid 18 års ålder och 12% vid 15 års ålder i Afrika söder om Sahara, finns positiva exempel på policyförändringar, medborgarutbildning och arbete med religiösa och traditionella ledare för att förändra attityder. Den höga befolkningstillväxten, inte minst i Väst och Centralafrika där barnäktenskap är mest utbrett, innebär att SDG-mål om att eliminera barnäktenskap till år 2030 inte kommer uppnås. T.ex. i Niger har kvinnor i genomsnitt 7,3 barn och förekomsten av barnäktenskap är 76%.³¹ Av samma skäl kommer utrotning av könsstympning inte lyckas till år 2030 trots att stora framsteg skett med att minska förekomst av könsstympning, och varje år riskerar mer än tre miljoner flickor att utsättas för könsstympning. Trenden att könsstympning i tilltagande utsträckning utförs av hälsovårdspersonal i många länder, trots att det av FN och i

³⁰ Sida – HEARD End of Grant Report, 2012 – 2017.

³¹ United Nations Children's Fund, Child Marriage: Latest trends and future prospects, UNICEF, New York, 2018.

internationella konventioner klassas som ett brott mot individens mänskliga rättigheter, försvårar arbetet. Sexuellt och könsrelaterat våld fortsätter att vara mycket framträdande i Afrika söder om Sahara. Konflikter och naturkatastrofer leder dessutom oftast till en ökning av barnäktenskap och sexuellt och könsrelaterat våld.

Portfölj



Ett flertal partners bidrar till detta mål; SaFAIDS, Sonke Gender Justice, Population Council, UNFPA/UNICEF, FEMNET, Save the Children, SADC PF, SAT, REPSSI och UNESCO. Sidas beslut i augusti 2018 om stöd till UNFPA/UNICEFs gemensamma program för att eliminera könsstympning på flickor och kvinnor fyller en lucka som tidigare funnits i portföljen. I flertalet länder ses en nedgång av förekomsten av könsstympning men det finns fortfarande stora skillnader mellan länder, mellan regioner och etniska grupper inom länder. I slutet av 2018 hölls en högnivåkonferens kring könsstympning inom AU med tekniskt stöd av FN-programmet som resulterat i ett gemensamt åtagande av AUs statschefer och uppdrag åt AU-Kommissionen att inrätta en uppföljningsmekanism för att säkerställa ansvarsutkrävande av medlemsländerna.³² Genom SADC-PFs arbete har flera resolutioner antagits för stärka insatser på landnivå för att förebygga spridning av hiv bland flickor och kvinnor³³ samt öka kvinnors deltagande i politiska processer och beslutsfattande.³⁴ Sidas stöd till UNESCOs program för allsidig sexualundervisning innefattar förebyggande av könsrelaterat våld och UNESCO har samarbetet med bl.a. Sonke Gender Justice och MenEngage Africa Alliance i utformningen och genomförandet av insatser som syftar till att engagera män och pojkar i arbetet för ökad jämställdhet, ökad tillgång till sexualundervisning och ungdomsvänliga tjänster. Inom ramen för nytt stöd till SaFAIDS (2018) avses gemensamma SADC-riktlinjer tas fram för att förebygga och hantera sexuellt och könsrelaterat våld. Under 2018 har arbetet förberetts genom bred konsultationsprocess i medlemsländerna och med SADC Sekretariatet, och en analys av nuvarande lagstiftning genomförts.³⁵ SAT har under 2018 granska befintlig lagstiftning om barnäktenskap och i Zimbabwe bidragit till framtagande av lagförslag för att kriminalisera barnäktenskap.³⁶ Givet utvidgningen av portföljen med ett omfattande stöd för att eliminera könsstympning är den samlade bedömningen att portföljen är relevant.

3.4.2 Mål 3.4 Stärkta förutsättningar för hbtq-personer att åtnjuta sina rättigheter

Strategimål



Förutsättningarna för hbtq-personer att åtnjuta sina mänskliga rättigheter fortsätter försämrans på många håll i regionen. I ökande utsträckning diskrimineras, trakasseras och attackeras hbtq-personer på grund av sin verkliga eller upplevda sexuella läggning och könsidentitet. Likaså fortsätter hbtq-personer att arresteras, anklagas och dömas utan bevis, och ibland utförs kränkande medicinska undersökningar i försök att erhålla bevis för samkönade sexuella relationer. Hbtq-organisationer möter olika typer av juridiska utmaningar för att kunna registreras och verka, och i många länder tvingas

³² https://drive.google.com/file/d/1L6YnAIOB_kSDvfc30ziV5QHul9mqjLLs/view

³³ SADC PF {2018}. SRHR, HIV and AIDS Governance Narrative report 1 April 2017-31 May 2018. Sid 19 & 23

³⁴ SADC PF {2018}. SRHR, HIV and AIDS Governance Narrative report 1 April 2017-31 May 2018. Sid 37

³⁵ SaFAIDS Transforming Lives, Inception Report Jan-June 2018, 25/09/18, sid 9

³⁶ SAT (2018) 2017-2018 Annual Narrative Report, sid 5

hbtq-organisationer verka i hemlighet med stora säkerhetsrisker. Samkönade relationer är kriminaliserade i många länder i Afrika söder om Sahara med hänvisning till att det är "mot naturens lagar". Ett exempel på detta är indragningen av CALs (*Coalition for African Lesbians*) observatörsstatus i Afrikanska kommissionen för mänskliga och mänskliga rättigheter (ACHPR) efter att Afrikanska Unionen instruerat ACHPR att de "måste ta hänsyn till afrikanska värderingar och traditioner".³⁷

Portfölj



Portföljen är relevant men med få insatser varav CAL, ARASA och UNDP (avslutades 2018) är de viktigaste. Även HEARD och APHRC (ny samarbetspart från 2018) bidrar till resultatet genom den forskning som bedrivs kopplat till hbtq-rättigheter. Inom ramen för stödet till UNDP³⁸ har legala ramverk i regionen kartlagts med fokus på diskriminerande lagar som kriminaliserar samkönade relationer och begränsar hbtq-personers tillgång till hälsovårdstjänster som nu används inom FN-systemet. ARASA är ett nätverk av över 100 organisationer i 18 länder som driver MR-frågor fr.a. för *key populations*, ofta i form av driva prejudicerande rättsprocesser. Ett exempel är den nyligen antagna strafflagen i Angola som avkriminaliserar homosexualitet där ARASA haft en strategisk roll genom att möjliggöra plattformar för det civila samhället och viktiga aktörer att diskutera HBTQ-frågor och genom kapacitetsstärkande insatser för parlamentsledamöter, i samarbete med SADC: s parlamentariska forum. Man har också samarbetat med partners i Angola för att genomföra evidensbaserad samhällsforskning. Utvärdering av stödet till ARASA visar att 66% av medlemsorganisationerna anger att ARASA bidragit till påtagliga framsteg för hbtq-personers rättigheter.³⁹ Sammantaget är erfarenheten att det finns få aktörer inom hbtq-rörelsen som har kapacitet att driva ett strategisk och normativt påverkansarbete på regional nivå, och Sidas möjligheter att direkt stärka partners regionala arbete är mycket resurskrävande. Samtidigt är behovet av att arbeta på den regionala nivån stor då de nationella kontexterna i vissa fall är alltför svåra för bilaterala insatser. Under året har därför ett analys- och konsultationsarbete initierats för få en djupare förståelse av kontexten och aktörer som syftar till att ta fram en bredare och mer samordnad insats för hbtq-personers rättigheter med fokus på legal och politisk miljö, förändrade sociala normer och ökat ansvarsutkrävande i policycykeln inklusive resursfördelning och rättvis tillgång till samhällsservice.

4 Implikationer

Såsom framgår av analysen ovan gör Sida bedömningen att den samlade portföljen är relevant och balanserad, och levererar på alla resultat i strategin med undantag för hbtq-personers rättigheter, där ett arbete pågår att utforma en bredare insats. Även insatser för att stärka SRHR i konfliktdrabbade och fragila kontexter utgör ett gap i portföljen och en kartläggning av möjliga ingångar har tagits fram. Det finns därmed beredskap och möjligheter att utveckla portföljen också inom dessa områden vilket dock

³⁷ <https://femnet.org/2018/12/civil-society-joint-declaration-on-responding-to-the-attacks-on-the-independence-of-the-african-commission-on-human-and-peoples-rights-achpr-in-banjul-the-gambia>

³⁸ UNDP and Law

³⁹ ARASA 2013 -2017, Strategic Plan Evaluation sid .5

skulle kräva en ökad årlig volym 2019-2021 till 600 miljoner SEK (dvs 200 miljoner utöver beslutat strategibelopp om 3 200 miljoner SEK).

Andra områden där Sida förutser ett fördjupat arbete inom ramen för existerande portfölj och i dialogarbetet är kring förändring av sociala normer kopplat till SRHR och ansvarsutkrävande, två områden som framstår som svaga i portföljen utifrån analys baserat på den nya förändringsteori som Sida tagit fram som ett resultat av halvtidsöversynen av strategin 2018.

Det strategiska policyarbetet kräver ett nära och koordinerat samarbete inom Sverigelaget, inte minst mellan SRHR-teamet, Sida Stockholm och UD men även med UM i regionen, och särskilt ambassaderna i Addis Abeba, Nairobi och Pretoria som utgör regionala noder i policydialogen. För att få genomslag för SRHR-arbetet är det viktigt att alla delar i Sverigelaget har tydliga uppdrag och kapacitet att delta i det strategiska policyarbetet. Det regionala SRHR-teamet på Ambassaden i Lusaka har inledningsvis tagit på sig en ledande roll inom Sverigelaget i arbetet kring att säkra SRHR inom ramen för UHC. Det är angeläget att säkerställa att detta arbete tas över /ges stöd på UD och Sida Stockholm för att driva frågan vidare inom relevanta globala forum och processer.

SRHR-teamets placering vid UM-Lusaka är en fråga som bör utredas i samband med att processen kring att ta fram underlag för en ny regional SRHR-strategi påbörjas under 2020. I och med att strategin fr.o.m. 2015 har ett fokus på en bred SRHR-agenda och med större geografisk spridning i Afrika söder om Sahara, är placeringen i Zambia inte den bästa av flera skäl. Ingen av teamets nuvarande partner har sin ledning i Zambia, utan har endast viss landnärvaro genom olika typer av kontor, i de fall de har närvaro alls. Ingen av de aktörer som teamet identifierat som strategiskt viktiga för policy- och påverkansarbete utgår ifrån Zambia, och ingen annan givare inom detta område gör det med Zambia som utgångspunkt. Dessutom är rekrytering av lokalanställd personal till SRHR-teamet är en utmaning som både har koppling till den tematiska inriktning som strategin har, med områden som kräver teknisk kompetens, men som också kan upplevas som svåra att hantera i den afrikanska kontexten, exempelvis hbtq och abort.

Annex 1: Strategiöversikt i tabeller och diagram (BISI P6 rapport):

All data in report is per December 31, 2018. It is an annex to the Strategy Report submitted to the Ministry of Foreign Affairs.

Average Annual Strategy Amount 2018: 457 000 KSEK

Total Strategy Outcome 2018: 539 854 KSEK

Table 1. Financial Overview 2018 per Area of Support/Objective in Strategy

Strategi	Stödområde	Mål	Utbetalat 2018
Strategy	Areas of Support	Objective	Outcome 2018 (KSEK)
Regional SRHR 2015-2021	Total		539 854
	SRHR and Women's and Children's health	Increased access to integrated basic health services for women and children	68 330
		Reduced number of unwanted pregnancies	37 857
		Improved access to safe and legal abortions.	14 750
		Fewer HIV-infected children.	20 000
		Total	140 938
	Health and SRHR of young women and men and LGBT people	Better conditions for young people to make informed decisions about their health, sexuality and reproduction	124 011
		AF20152019b2 - TBD	15 800
		Improved access to SRHR	78 741
		Total	218 552
	Strengthened health systems for greater access to SRHR	Increased use of high-quality statistics and evidence-based information in health management	16 113
		Strengthened conditions for transparency, participation and accountability in health systems	9 729
		Improved knowledge among decision-makers about more sustainable and equitable health systems	32 140
		Total	57 982
	Strengthened gender equality and greater respect for human rights	Increased gender equality focusing on prevention of child marriages and sexual and gender-based violence, including female genital mutilation	94 722
		Greater enjoyment of human rights for LGBT people	27 564

		Total	122 286
	Not allocated to area of support	Not allocated to result	96
		Total	96

Table 2. Total Strategy Amount and Disbursed Amount During the Strategy Period (KSEK)

Strategy is in its 4th year with total duration of 7 years.

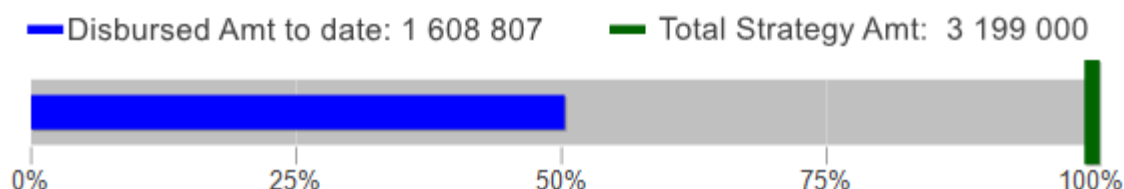
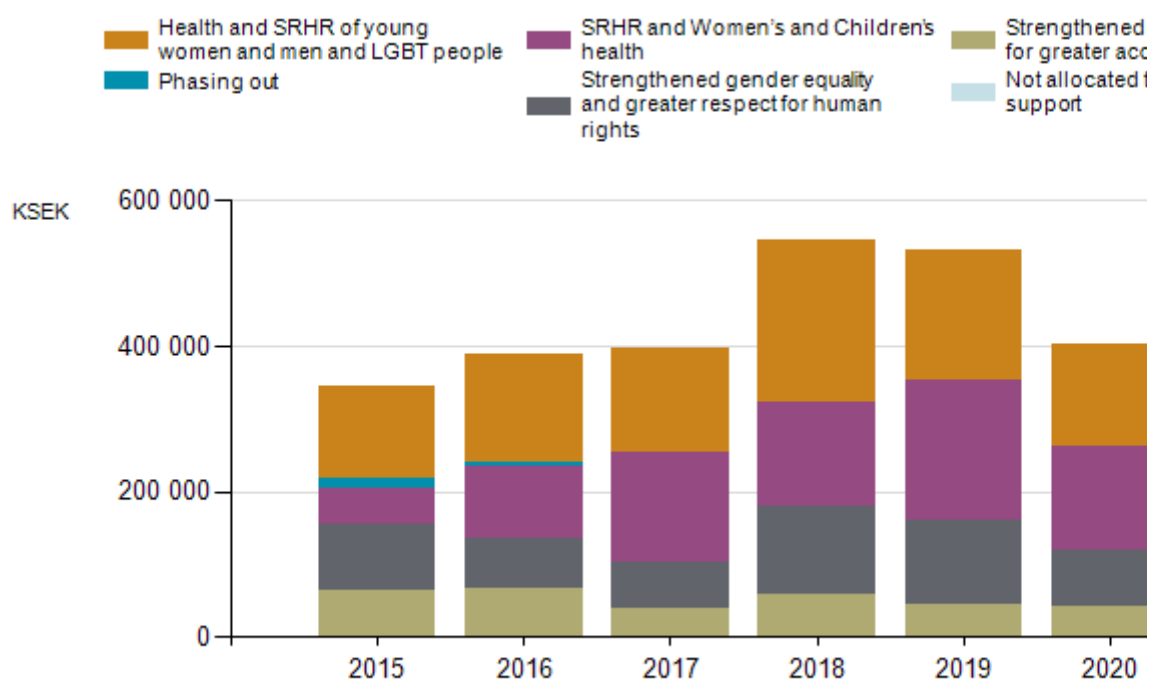


Table 3. Agreed Amounts per Area of Support for the Strategy Period



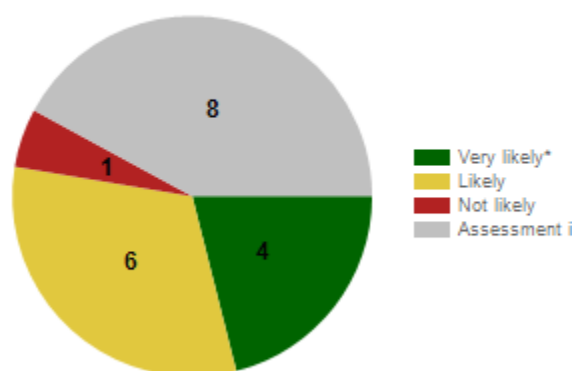
Information on area of support/objective in strategies was phased into Sida's systems starting 2012, but is incomplete up to 2015. This relates only to system generated data. Sidas contributions have always been assessed in relation to decided strategies incl. areas of support and objective (and previously areas and subareas). Correct information on division per area of support for 2015 and earlier is available in the previous strategy reports.

Table 4. Assessment of the Likelihood of Achieving the Contribution Objectives

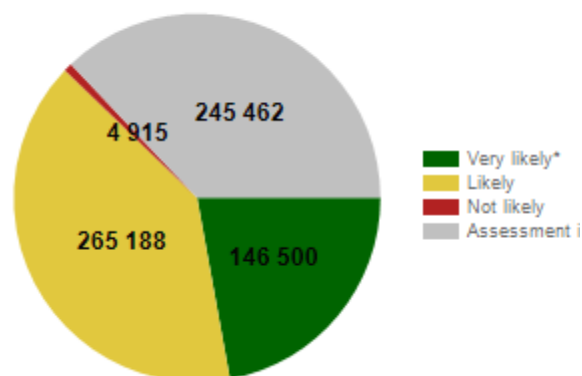
The two pie charts show the assessments of the likelihood of achieving the objectives of the contributions included in the strategy portfolio as per (4.1) contributions and (4.2) accumulated disbursed amount. The data is system-generated and aggregated based on the *Conclusion on Performance* (CoP) in Trac. In connection with the CoP, the question of the likelihood of achieving the contribution objective is answered according to a four-point scale, namely:

1. Very likely
2. Likely
3. Not likely
4. Not appraisable¹

4.1 As per Contribution



4.2 As per Accumulated Disbursed Amount (l)



* Agreements newer than one year are assessed as "very likely" by default.

** Assessments made in Trac 6 have not been migrated since some questions in Trac 7.0 are new and have no equivalent in earlier versions of Trac. Therefore, the assessments made in Trac 6 are grey.

¹ Assessment "Not appraisable" is justified in cases when:

- There is not enough data to make an assessment (eg in difficult environments or late reports)
- The context of the contribution has changed significantly (eg natural disaster, coup d'état, extensive staff change of partner, corruption claim or similar.)
- The contribution itself has changed significantly (eg, the goal, scope, or timeframe of the contribution has been changed)

