

Dialog för förändring

Ett material till stöd för policydialog om
sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter



FÖRORD

Några av de mest grundläggande mänskliga rättigheterna är rätten att bestämma över sin egen kropp, sexualitet och reproduktion. Därför prioriterar Sveriges regering sedan många år sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) som en central fråga i Sveriges internationella politik. Representanter för Sverige har inom ramen för sina arbetsuppgifter en viktig roll i att försvara och främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Sveriges internationella politik för SRHR drivs på olika sätt och genom olika kanaler. De konkreta beslut och insatser som får direkt effekt för kvinnor, män, ungdomar och barn sker genom policyinitiativ och bilaterala och multilaterala program i länder. Minst lika viktigt är det normativa och policyskapande dialogarbetet som oftast bedrivs i internationella fora. Därför identifieras regeringar, FN, Världsbanken, EU, Europarådet, regionala institutioner och lokala och internationella enskilda organisationer som viktiga samarbetspartners.

Statsrådet Gunilla Carlsson skickade den 29 februari 2008 ut ett cirkulärbrev till samtliga enhetschefer på utrikesdepartementet och utlandsmyndigheterna för att uppmärksamma om regeringens höjda ambition när det gäller att driva frågor om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i det internationella arbetet. I brevet uppmärksammades behovet av stöd till medarbetare på utrikesdepartementet och utlandsmyndigheterna vad gäller SRHR-frågor, bland annat för att öka dialogkompetensen.

Som ett led i detta fick riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU, i uppdrag att ta fram ett underlag till material som syftar till att underlätta och förstärka kommunikationen och dialogen om frågor som omfattas av SRHR, såsom sexualundervisning, unga människors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter, bekämpning av könsrelaterat våld, HBT-personers rättigheter, mödradödlighet, tillgång till säkra aborter, kondomer och andra preventivmedel. RFSU har över 75 års erfarenhet av att arbeta med frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige och internationellt, såväl med partnerorganisationer som med beslutsfattare på olika nivåer.

Syftet med materialet är att stärka den svenska SRHR-politikens genomslagskraft genom ökat fokus på kommunikation och dialog. Utgångspunkten är ett rättighetsperspektiv med tonvikt på utveckling och fattigdomsbekämpning, men materialet är användbart i många olika politiska och policy-sammanhang där diskussioner om människors förutsättningar och levnadsvillkor äger rum.

RFSU har utvecklat detta material i nära samråd med UD och Sida, samt genom en konsultativ process med medarbetare på svenska utlandsmyndigheter runt om i världen. Andra departement i regeringskansliet har inkommit med kommentarer på materialet och under processens gång har synpunkter på innehåll och upplägg lämnats från olika aktörer i det svenska samhället för att spegla den verklighet som representanter för Sverige möter vad gäller ingångar, argument och strategier för att driva SRHR. Referens har gjorts till materialet vid det utbildningspass om jämställdhet och SRHR som UD har genomfört vid dess regionmöten under våren 2010.

Frågor rörande sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är i många fall kontroversiella, vilket får till följd att de kan vara svåra att diskutera på högsta politiska nivå. Representanter för Sverige har som uppgift att bidra till att förändra förutsättningarna för detta genom att visa att SRHR är en viktig utrikespolitisk fråga.

Detta material vänder sig till samtliga medarbetare i regeringskansliet, på Sida och samtliga utlandsmyndigheter.

Utrikesdepartementet Stockholm i juni 2010

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	6
Att föra en effektiv dialog	9
Checklista för dialog	11
Tematiska frågor	13
Mödradödlighet och arbetet med att uppnå millenniemål 5	14
Tillgång till säkra aborter	18
Ungdomar och SRHR	22
Sexualundervisning	26
Kondomer och andra preventivmedel	30
Hiv och aids	33
Homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter (HBT-frågor)	37
Könsrelaterat våld	41
Annex I SRHR: Definitioner, termer och begrepp	45
Annex II Utgångspunkter och mandat	49
Annex III SRHR och EU	52
Annex IV Aktörer på SRHR-området	53
Annex V Länkar och referenser	56



INLEDNING

I Politiken för global utveckling (PROP. 2002/03:122; RSKR 2007/08:89; RSKR 2009/10:129) slås det fast att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är av särskild relevans i arbetet att uppnå målet om en rättvis och hållbar global utveckling. Samtidigt är SRHR en komplex och i många fall oerhört känslig fråga. Globalt sett är meningsskiljaktigheterna på området stora och särskilt kontroversiella är frågor som rör kvinnors och ungdomars sexualitet. Sverige prioriterar arbetet med att främja SRHR högt. Medarbetare i regeringskansliet, på Sida och utlandsmyndigheterna har ett ansvar för att främja SRHR.

Detta material har tagits fram för att utgöra ett verktyg och stöd för arbetet med att föra en effektiv dialog om SRHR-frågor inom ramen för svenskt internationellt arbete. Det innehåller fakta, vanligt förekommande frågor samt talepunkter och tips på argumentation i relation till ett antal av de frågor som SRHR omfattar. I annexena finns också definitioner och begrepp; internationella ramverk och mandat; information om SRHR och EU, samt länkar och referenser till viktiga dokument och aktörer som kan vara till ytterligare stöd i arbetet.

VARFÖR ARBETA MED SRHR?

SRHR är i allra högsta grad en politisk fråga med bäring på såväl utrikes- och säkerhetspolitik som utvecklingssamarbetet. Åsiktskillnader finns bland länder och olika intressegrupper vad gäller SRHR-relaterade frågor såsom exempelvis sexualundervisning, tillgång till säker abort och HBT-personers rättigheter. Bredden på SRHR-frågor gör att samstämmighet mellan olika politikområden är nödvändig. SRHR är inte bara en hälsofråga utan omfattar ett brett fält av frågor som har ofrånkomliga kopplingar till såväl fattigdomsbekämpning som till främjande av jämställdhet och kvinnors rättigheter och roll i utveckling. Då människor blir utsatta för våld, får bestående skador till följd av graviditet eller barnafödande, smittade av hiv eller någon annan sexuellt överförd sjukdom, eller inte kan påverka om, när och hur många barn de vill ha begränsas också deras möjligheter att leva ett liv i frihet, att studera, arbeta och bidra till en positiv samhällsutveckling.

SRHR OCH JÄMSTÄLLDHET

I konventioner och deklARATIONER har världens regeringar kommit överens om att kvinnor och män ska ha samma rättigheter

och samma möjligheter. Efterlevnaden av dessa haltar på många sätt, inte minst när det gäller SRHR. FN:s särskilda kvinnokonvention (CEDAW) från 1979 innehåller artikel 12 om hälsa och 16 om äktenskap och familjeliv, som båda är viktiga för kvinnors rätt till sexuell och reproduktiv hälsa. Artikel 2(f) i CEDAW innebär ett åtagande för stater att "vidta alla lämpliga åtgärder, inklusive lagstiftning, för att ändra eller upphäva gällande lagar och förordningar, sedvänjor eller bruk som innebär diskriminering av kvinnor." I Barnkonventionen återfinns ett krav på stater att vidta åtgärder för att "avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa" (Barnkonventionen Artikel 24.3). Deklarationen och handlingsprogrammet från FN:s internationella konferens i Kairo om befolkningsfrågor och utveckling 1994 (ICPD) slår bland annat fast att kvinnans möjlighet att kontrollera sin fertilitet är en grundsten för utveckling. ICPD betonar också mäns ansvar i frågor om föräldraskap, sexualitet och reproduktion.

I Deklarationen och handlingsplanen från FN:s kvinnokonferens i Peking 1995 slås fast att kvinnors rättigheter inkluderar rätten att ha kontroll över sin sexualitet och rätten till frihet från alla former av tvång och våld, inklusive sexuellt våld.

Normer för vad som är manligt respektive kvinnligt är starkt förankrade i de flesta samhällen och kan begränsa människors livsval och livsmöjligheter, inklusive möjligheten att bestämma över sin kropp och sin sexualitet. Motståndet till samma villkor för kvinnor och män motiveras ofta av argument som bygger på kulturella föreställningar om kön. På grund av maktbalansen mellan könen är det kvinnor och flickor som drabbas mest av sexuell och reproduktiv ohälsa eftersom män ofta tar besluten gällande sexualitet. Det handlar om att besluta om och när man har sex, om eller vilka preventivmedel som används, samt hur många barn en kvinna ska ha och när. Kvinnor är i många fall såväl ekonomiskt som socialt beroende av män och har därför ofta svårt att ifrågasätta mäns beslutsfattande, både privat och offentligt. Såväl män och pojkar som kvinnor och flickor måste engageras i arbetet för att stärka sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och för att främja jämställdhet.

Sociala orättvisor, diskriminering, marginalisering och ojämlikhet är några orsaker till fattigdom då de påverkar individens tillgång till bland annat information, utbildning och hälsoer-service, samt till arbetsmarknaden. Kvinnor med funktionshinder

saknar ofta tillgång till hälsovård och får sällan del av information om sexuell och reproduktiv hälsa.

- I Afrika söder om Sahara är 57 procent av de som lever med hiv kvinnor.
- Varje år dör hundratusentals kvinnor och varje minut drabbas 35 kvinnor av kroniska skador till följd av graviditet och förlossning.
- En tredjedel av världens kvinnor har någon gång blivit tvingade till sex.¹

SYNEN PÅ SRHR I OLIKA SOCIALA OCH KULTURELLA SAMMANHANG

Synen på SRHR varierar såväl mellan som inom olika nationella och lokala sociala och kulturella kontexter. Kulturer omfattar kollektiva värderingar, kunskaper, föreställningar om sedlighet och moral, sedvänjor och traditioner som skapats för att förstå och ge mening i tillvaron. Alla människors beteende präglas av den kultur de är uppväxta inom och som format deras referensramar och tänkande. Detta gäller inte minst uppfattningar om sedlighet och moral kopplade till SRHR och relationer mellan könen.

Ojämsställdhet mellan könen är i de allra flesta kulturer utbredd och djupt rotad. Skadliga sedvänjor och traditioner som kränker kvinnors och flickors sexuella och reproduktiva rättigheter och äventyrar deras liv och hälsa, som exempelvis barnäktenskap och könsstympning, fortsätter att förekomma i många länder trots nationella lagar och internationella regelverk som förbjuder dessa.

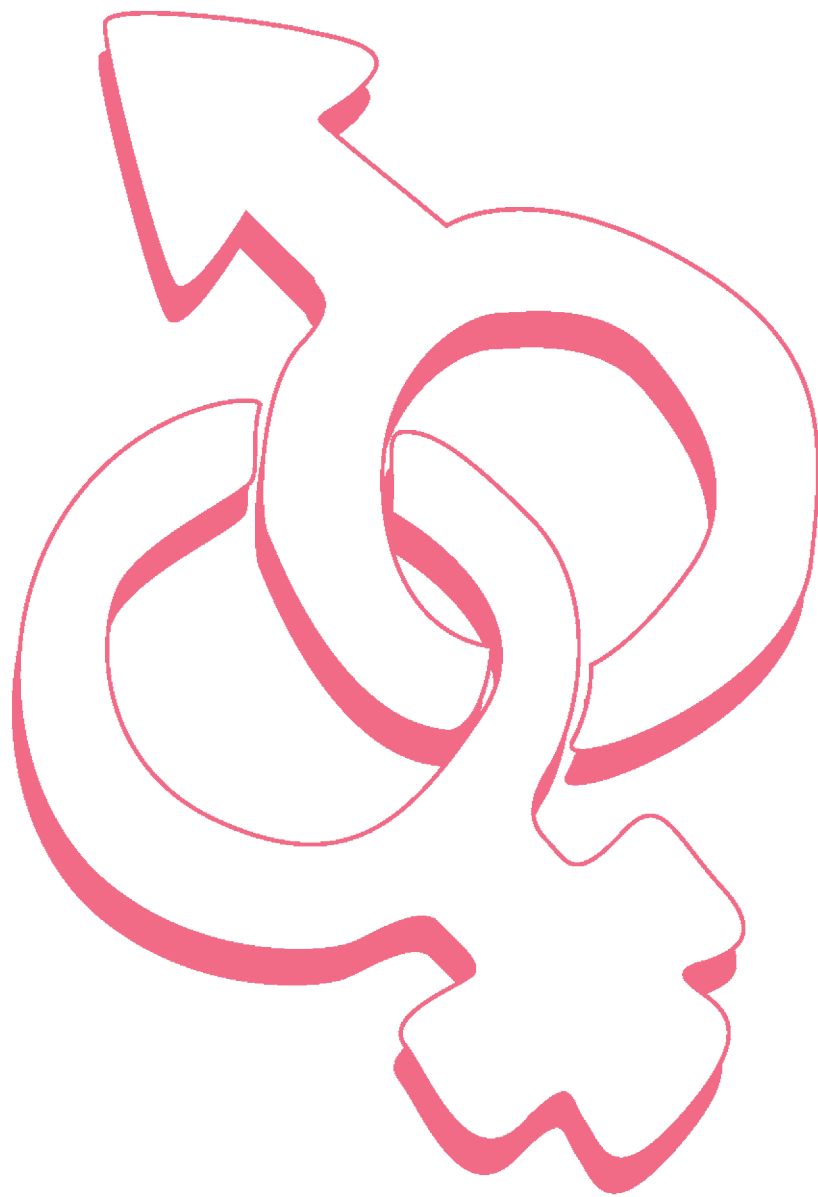
Internationella konventioner om de mänskliga rättigheterna slår fast att dessa är universella och odelbara. FN-konventionerna om de medborgerliga och politiska rättigheterna tillåter inte att individers rättigheter inskränks på grundval av religiösa och kulturella yttringar.

Trots detta finns det en uppfattning bland en del människor i länder utanför Europa och Nordamerika om att de mänskliga rättigheterna bygger på en västerländsk idétradition och är därför inte giltiga enligt deras kulturer. Detta gäller i synnerhet de rättigheter som är kopplade till kvinnors sexualitet, fysiska integritet och bestämmande över sin egen kropp. I dialogen om SRHR är det oftast de kulturella argumenten som är svårast att bemöta och som utifrån religion, tradition och sedvänja anses förklara

exempelvis varför en handling som abort inte kan accepteras, eller att en handling som könsstympning är en viktig identitetsmarkör och måste utföras.

Förändringar av kulturbaserade företeelser måste ske inifrån och kräver kollektiva förändringar i attityder och beteenden. För att nå fram i dialogen måste man därför ha kännedom om den lokala kulturen för att kunna förstå de utgångspunkter och resonemang som ligger till grund för människors ställningstaganden. Man måste också söka strategiska partnerskap med personer, organisationer eller nätverk inom den lokala kontexten.

1. UNIFEM, Progress of the world's women 2008/2009. *Who answers to women? Gender and accountability* (2008).



ATT FÖRA EN EFFEKTIV DIALOG

SVERIGE, EN VIKTIG RÖST I VÄRLDEN

Dialog utgör ett centralt politiskt verktyg i processen att främja SRHR. Dialog innebär ett utbyte och ett ömsesidigt lyssnande och lärande som kräver öppenhet, ödmjukhet och en förmåga att föra fram ett tydligt och situationsanpassat budskap för att påverka och förändra. Det handlar om att engagera sig i en kommunikationsprocess genom att inhämta relevant kunskap och att knyta kontakter, formella och informella med myndigheter, civila samhället i Sverige och i samarbetslandet, andra institutioner och partners. Det handlar också om att förstå den specifika kulturella, sociala och politiska kontext som finns i ett land eller en region för att på mest framgångsrika sätt föra fram svenska budskap och positioner.

Den politiska dialogen är en långsiktig förhandlingsprocess som är effektiv om den växer fram inom ramen för tillitsfulla kontakter och samarbetsrelationer där förtroende, ömsesidig respekt och öppenhet byggs upp över lång tid. Det är särskilt viktigt att förbereda dialoger och argument och att ta sig tid till att förstå strukturer – både informella och formella, samt att identifiera vilka som bör involveras i dialogen. I likhet med andra kontroversiella utvecklingsfrågor måste även SRHR-frågorna ägas av dem de berör. Vidare ska Sveriges SRHR-dialog ha sin utgångspunkt i svensk politik samt internationella överenskommelser på området.

Sverige är en respekterad aktör i världen och anses ledande på ett antal områden såsom mänskliga rättigheter, jämställdhet och SRHR. Representanter för Sverige förväntas därför ha god kunskap, förutsättningar och beredskap för att föra dialog även om dessa svåra och många gånger kontroversiella frågor.

SRHR innehåller ett brett spektrum av dimensioner och frågor. Därför är det viktigt att i olika dialoger och specifika sammanhang ha fokus på en eller ett fåtal särskilda frågor, som exempelvis tillgång till preventivmedel, utbildning av barnmorskor, tillgång till säkra aborter, sexualundervisning eller HBT-personers rättigheter. Vissa av frågorna är svårare att driva än andra. Gemensamt är att de alla handlar om människors rättigheter vad gäller att bestämma över sin egen kropp, sexualitet och reproduktion.

SAMMANHANG OCH DIALOGINGÅNGAR

Vissa SRHR-frågor är mindre kontroversiella än andra och kan således användas som ingångar för att tala om de som är svårare.

Att till exempel använda den nationella situationen och lokala exempel när det gäller hiv och aids som en utgångspunkt för att prata om ungdomars sexualitet, sexualundervisning och behovet av tillgång till reproduktiv hälsovård kan vara en bra ingång. Könrelaterat våld kan också vara en ingång för dialog om mer komplexa frågor rörande kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp, sexualitet och reproduktion.

Effektiv dialog och framgång uppkommer just genom att deltagarna har möjlighet att på olika sätt mötas i ett mer informellt sammanhang. Informella möten och strukturer är ofta mycket gynnsamma för dialogen, men det är viktigt att också vara uppmärksam på och fundera över vilka aktörer som finns med i den informella dialogen och vilka som inte har tillträde till den samt vilka konsekvenser detta kan ge.

SRHR och jämställdhet är viktiga frågor inom alla sektorer, inte minst när det gäller att bekämpa fattigdom och annat arbete som är avgörande för länders utveckling. Inom hälsosektorn har flera av dessa frågor en given plats, men för att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter och jämställdhet måste frågorna diskuteras inom ramen för sektorer som t.ex. utbildning, demokratiutveckling, infrastruktur, jordbruk och arbetsmarknad. Om SRHR finns med i nationella handlingsplaner utgör det en bra ingång för att ta fram strategier och indikatorer för att nå önskat resultat.

PLANERA DIALOGEN

En dialog kan vara del i en långsiktig process eller mer begränsad. Syftet med en specifik dialog måste göras tydligt för alla inblandade redan från början.

Att sätta upp målsättningar för dialogen underlättar mätning och synliggörande av resultat. Det är viktigt att sätta upp såväl kortsiktiga som långsiktiga mål för dialogen. Ett kortsiktigt mål kan vara att ett möte med dialogpartners har genomförts eller att en kontakt är etablerad, medan långsiktiga mål kan vara att dialogen ska ge förutsättningar för ökad tillgång till utbildade barnmorskor i ett visst geografiskt område i form av en anslagspost i partnerlandets hälsobudget eller i budgeten för landsbygdsutveckling. Det är viktigt att arbeta med såväl kortsiktiga som långsiktiga målsättningar för att föra arbetet framåt.

FÖRBEREDELSE INFÖR DIALOG – FRÅGOR ATT FUNDERA PÅ

- Vad är syftet med den svenska insatsen och vad kräver detta av utlandsmyndigheten eller hemmaenheten?
- Vad vill vi uppnå/uträtta (var så konkret som möjligt och undvik att greppa över för många frågor samtidigt)?
- Vilka riktlinjer och styrdokument arbetar vi efter, exempelvis internationella, regionala eller nationella åtaganden, inklusive svensk politik och positioner?
- Hur ser den nationella lagstiftningen och den faktiska situationen i landet ut? Vilka är konsekvenserna för olika grupper i landet? Ta reda på statistisk och andra faktiska uppgifter som argument och koppla dessa till en specifik målsättning.
- Vilka hinder kan vi tänkas stöta på och hur kan vi förbereda oss på att bemöta dessa?
- Vilka är de viktigaste och mest centrala utmaningarna i det land jag arbetar i vad gäller SRHR?

SE MÖJLIGHETERNA

Det tar tid att förändra människors syn och värderingar samt traditioner i samhällen. Att ha tålamod är centralt. Det är viktigt att sätta upp rimliga etappmål och att identifiera de tillfällen som erbjuds genom att skapa politiskt momentum samt bygga allianser med exempelvis civilsamhällesorganisationer och andra aktörer.

Det är också viktigt att samarbeta med likasinnade aktörer och länder. Det är inte alltid samma aktörer som Sverige kan samarbeta med i alla frågor eller forum. I olika kontexter och sakfrågor finns olika partners som kan stödja eller vara med och driva viktiga frågor. Sverige är en aktiv medlem i många multilaterala organisationer och har haft långt samarbete med internationella enskilda organisationer som också är viktiga aktörer att samverka med kring SRHR-frågor.

Det är också viktigt att på olika sätt stödja och främja dialoger mellan aktörer, exempelvis mellan regeringar, parlamentariker, multilaterala organisationer, civila samhället, samt aktörer inom näringslivet.

LYHÖRDHET OCH KULTURKOMPETENS

Att känna till den politiska och kulturella situationen i vilken myndigheten arbetar och dialogen ska föras är avgörande för att kunna föra en trovärdig och effektiv dialog i syfte att främja

förändring inifrån. Det handlar också om att vara respektfull och förstå vilka frågor som är viktiga och för vem/vilka, liksom vilka frågor som bör prioriteras och med vilka de bör behandlas.

Det är ibland inte möjligt att diskutera SRHR-frågor på det sätt och med de termer och begrepp som vi i Sverige är vana vid. Att förespråka vad som av andra ses som en extrem och icke-flexibel SRHR-politik kan komma att innebära att man hamnar i konflikt med kontraproduktiv polarisering och låsta positioner som konsekvens.

Med tid för förberedelser om språkbruk anpassad till den kulturella kontexten undviker man onödiga kontroverser och inbjuder istället till konstruktiv dialog. Det innebär inte att man ska göra avkall på svenska positioner om SRHR. Det handlar helt enkelt om att kommunicera med sin motpart. Det viktiga blir då att välja orden noggrant och att "paketera" sina argument väl, utifrån faktakunskap och en förståelse för den andres argumentation.

På nästa sida följer en checklista på frågeställningar och politikområden som kan hjälpa till vid byggande av argument och kunskap samt utgöra ingångar till en dialog om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Internationella och regionala överenskommelser och åtaganden är centrala utgångspunkter för dialog. Det är viktigt att ta reda på vilka internationella och regionala överenskommelser landet har ratificerat, eventuella reservationer samt vad som ingår om SRHR i landets eventuella nationella rapporteringar till MR-konventionernas övervakningskommittéer, samt vilka slutsatser och rekommendationer kommittéerna har gett vad gäller dessa.

Viktiga källor till information finns givetvis också att hitta i svenska ambassaders rapportering om mänskliga rättigheter.

CHECKLISTA FÖR DIALOG

FÖRSLAG PÅ ÖVERGRIPANDE FRÅGOR
MAN BÖR STÄLLA SIG PÅ OMRÅDET:

- Hur ser den nationella lagstiftningen eller det nationella policyramverket ut på hälsoområdet eller andra områden som berör SRHR?
- Hur hanteras frågor som har bäring på mödrahälsa, kvinnors tillgång till säkra aborter eller unga människors tillgång till preventivmedel?

NATIONELL POLITIK ATT BEVAKA SOM INNEFATTAR SRHR:

Mänskliga rättigheter

- Hur efterlevs de?
- För kvinnor, män, barn och ungdomar, HBT-personer, personer med funktionsnedsättning?

Rättssystemet och lagstiftning

- Hur ser rättssäkerheten ut?
- Hur lagförs våld och andra brott mot kvinnor?
- Finns det lagar som reglerar frivillig sexuell aktivitet mellan vuxna människor?
- Hur ser lagstiftningen ut vad gäller abort, preventivmedelsanvändning och mödrahälsa?
- Vilken lagstiftning finns gällande barns rättigheter, sexualbrott, HBT-personers rättigheter och villkor?
- Vad är den nationella myndighetsåldern och legala åldern för sexualdebut? Finns diskrimineringslagstiftning eller lagar som reglerar smittskydd, med avseende på personer som lever med hiv och aids?

Jämställdhet

- Vilken är lägsta ålder för giftermål enligt lagen?
- Har kvinnor rätt att ta ut skilsmässa?
- Att äga mark?
- Har kvinnor rätt att arva? Finns lagar om mäns ansvar för sina barn? Lagar gällande våld mot kvinnor?

Utbildning

- Är det tillåtet att bedriva sexualundervisning i skolan och om ja, vilket innehåll har den?
- Är det tillåtet att dela ut kondomer i skolan och på andra offentliga platser?

- Hur ser situationen ut för flickor som blir gravida när de går i skolan?

Hälsa

- Har ungdomar tillgång till preventivmedelsrådgivning och testning?
- Finns det olika typer av preventivmedel att välja mellan?
- Vilka kostnader finns i samband med sexuell och reproduktiv hälsovård?
- Hur ser tillgången till preventivmedel såsom kondomer ut?

DEN ALLMÄNNA OPINIONEN, MEDIA, POLITIKEN?

- Diskuteras SRHR-frågor i media?
- Vilka ministrar tar upp frågorna och på vilket sätt?
- Vem/vilka försvarar frågorna officiellt?
- Vem/vilka motarbetar frågorna?
- Hur ser stödet ut i parlamentet?
- Hur ser stödet ut bland det civila samhällets aktörer och ute i lokalsamhällen bland traditionella och religiösa ledare?
- Vilken inställning har olika nyckelaktörer nationellt, regionalt och lokalt?
- Vilka har formell och informell makt i samhället?
- Vilken roll spelar: Religiösa företrädare? Lokala ledare? Traditionella ledare? Parlamentet? Media? Kvinnoorganisationer och -nätverk? Vissa enskilda eller grupper av män eller kvinnor? Rättighetsförsvarare och andra sammanslutningar i civila samhället?

INSTÄLLNING HOS INTERNATIONELLA AKTÖRER?

- Hur ser stödet ut bland EU:s medlemsstater?
- Vilken inställning har internationella aktörer såsom givarsamfundet?
- Vilka givare eller multilaterala aktörer är aktiva inom hälsosektorn, utbildningssektorn, på MR-området eller andra relevanta sektorer?
- Vilka utgångspunkter har de?
- Vilka är deras dialogfrågor?
- Hur kan vi mer effektivt förstärka varandras dialog?
- Finns likasinnade givare med i sammanhang där Sverige inte finns representerade och kan vi i sådant fall påverka dem?



TEMATISKA FRÅGOR

I detta avsnitt presenteras de åtta tematiska frågorna som regeringen prioriterar högst i arbetet med att främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Dessa tematiska frågor är i allra högsta grad relevanta för arbetet men är samtidigt ofta kontroversiella och synnerligen knepiga att hantera i dialoger på grund av deras komplexitet och värdeladdning på många håll i världen. De olika tematiska frågorna är också nära sammankopplade på många sätt, vilket innebär att dialog kring en av frågorna ofta skapar ingångar till diskussion om andra SRHR-frågor.

Varje avsnitt består av en kort bakgrund med utgångspunkt i Sveriges position och handlingslinje, och grundläggande information i form av fakta och siffror, förslag till dialog-ingångar, samt exempel på vanligt förekommande påståenden och förslag på hur de kan bemötas. De tematiska avsnitten kan användas var och en för sig eller i kombination. Den ordning i vilken de presenteras här avspeglar alltså inte någon inbördes prioritering. Det är myndigheten som avgör utifrån rådande förhållanden och de specifika sammanhang inom vilken dialog sker, vilken eller vilka frågor som ska prioriteras.

MÖDRADÖDLIGHET OCH ARBETET MED ATT UPPNÅ MILLENNIEMÅL 5

Sambanden mellan förbättrad mödrahälsa och minskad fattigdom är mycket tydliga. Minskning av mödradödligheten är därför en av de mest centrala utvecklingsfrågorna. FN:s millenniemål 5 syftar direkt till att minska mödradödligheten med tre fjärdedelar genom bl.a. universell tillgång till reproduktiv hälsa.

VARFÖR SKA SVERIGE ARBETA FÖR FÖRBÄTTRAD MÖDRAHÄLSA OCH MINSKAD MÖDRADÖDLIGHET?

De flesta gravida kvinnor i fattiga länder utsätts för påtagliga hälsorisker i samband med graviditet, förlossning och vård efter barnafödande. Detta trots att särskilda internationella initiativ och insatser för att trygga kvinnors hälsa har funnits och genomförts sedan mer än 20 år tillbaka. Orsakerna till den höga mödradödligheten, globalt sett, omfattar bland annat bristande tillgång till adekvat obstetrisk vård samt komplikationer efter osäkra aborter.² I dagsläget är millenniemål 5 det av målen som är längst ifrån att uppnås.

Den 17 juni 2009 antog FN:s råd för mänskliga rättigheter resolutionen, 'Preventable maternal mortality and morbidity and human rights'.³ Resolutionen slår fast att de höga nivåerna av mödradödlighet går att förhindra, samt att de utgör en kränkning av kvinnors rättigheter. Länder har inte gjort tillräckligt för att utrota mödradödlighet och förhindra skador till följd av graviditeter och förlossningar. Resolutionen innebär således ett viktigt steg i att fastställa vidden av det politiska ansvarets omfattning från att ha handlat framförallt om mödradödlighet som enbart en hälsofråga, till att vara en fråga om att tillgodose kvinnors rättigheter.

INGÅNGAR TILL DIALOG OM INSATSER FÖR ATT MINSKA MÖDRADÖDLIGHETEN

Dialogen om förbättrad mödrahälsa handlar om att visa på de viktiga kopplingarna mellan utveckling, kvinnors hälsa och grundläggande mänskliga rättigheter. I dialogen bör även vinsterna av att investera i rådgivning, preventivmedel, säkra aborter, bekämpning av kvinnlig könsstympning, utbildade barnmorskor och ökad tillgång till förlossningsvård av god kvalitet uppmärksammas.

En viktig dialogingång är länders arbete med att uppnå FN:s millenniemål 5 om förbättrad mödrahälsa. De två delmålen om att minska mödradödligheten med 75 procent fram till 2015, samt universell tillgång till reproduktiv hälsa är båda centralt i detta arbete.

Dialogen kan också ta sin utgångspunkt i FN:s Kvinnokonven-

tionen, CEDAW, som ålägger stater att avskaffa diskriminerande åtgärder som kan försvåra kvinnors tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive familjeplanering. Stater ska också se till att kvinnor har tillgång till hälso- och sjukvård under graviditeten, vid förlossningen och efter nedkomsten (Artikel 12).

- Vissa framsteg har gjorts på senare år men fortfarande dör 100 000-tals kvinnor årligen av graviditetsrelaterade orsaker och så många som 8,7 miljoner kvinnor drabbas av infektioner i samband med förlossning varje år.⁴ För flickor mellan 15 och 19 år är komplikationer i samband med graviditet eller förlossning en ledande dödsorsak.
- Kvinnor som föder sitt första barn efter 20 års ålder som och inte utsatts för könsstympning, löper långt mindre risk att drabbas av dödliga komplikationer och infektioner. Det samma gäller för kvinnor som innan förlossningen får rådgivning och under förlossningen tas om hand av utbildad hälsopersonal med beredskap att hantera även svåra förlossningar med komplikationer.
- 74 procent av mödradödligheten kan motverkas med tillgång till utbildad hälsopersonal, kliniker med steril och adekvat utrustning och rådgivning till kvinnor i samband med graviditet.⁵ Enligt Världshälsoorganisationen saknas mer än 700 000 barnmorskor i världen för att kunna uppnå millenniemål 5 om minskad mödradödlighet. Barnmorskans viktiga roll och yrkeskunnande måste uppmärksammas och stärkas, och fler barnmorskor med rätt kompetens måste utbildas.⁶
- Mer än en tredjedel av all mödradödlighet i världen sker i situationer präglade av konflikt, postkonflikt eller kris. I humanitära kriser saknas ofta tillgång till preventivmedel, mödravård och akut förlossningsvård.
- Mer än 70 000 kvinnor dör varje år och miljontals får allvarliga men i samband med osäkra aborter, vilket leder till en stor belastning på sjukvården i många utvecklingsländer.⁷ Tillgång till säker och laglig abort är nödvändigt för att minska dessa siffror.

Kvinnors reproduktiva hälsa skyddas också av FN:s Barnkonvention. Stater behöver säkerställa tillfredsställande hälsovård för

Sveriges ståndpunkt och huvudbudskap: Att minska den globala mödradödligheten är en förutsättning för att uppnå flera av FN:s millenniemål, såsom minskning av fattigdom och minskad barnadödlighet. Sverige anser att god mödrahälsa är starkt kopplat till övergripande frågor om jämställdhet och kvinnors möjligheter att till fullo åtnjuta de mänskliga rättigheterna.

mödrar före och efter förlossningen för att barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa ska kunna förverkligas (Artikel 24 (2) (d)).

Frågor om kvinnors rättigheter vad gäller hälsa ska integreras i alla samhällssektorer samt i humanitära krissituationer. Världshälsoorganisationen och UNFPA identifierade i september 2009 behovet av att integrera sexuell och reproduktiv hälsa i det humanitära arbete som bedrivs i krissituationer.⁸

I många utvecklingsländer är hälsosystemet mycket svagt, framförallt vad gäller infrastruktur och hälsopersonal. Många insatser för att förbättra hälsosystemen är sjukdomsspecifika, och stora resurser har dirigerats till exempelvis behandling hiv, malaria och tuberkulos. Detta kan få konsekvenser för finansiering och planering för reproduktiv hälsa.

Biståndsfinansiering sker allt oftare genom budgetstöd, sektorstöd och andra samordnade insatser. Här är det särskilt viktigt att uppföljning av insatser för att minska mödradödlighet och främja mödrahälsa synliggörs genom indikatorer och andra resultatredovisningsverktyg. I detta arbete kan representanter för finansministerier vara lämpliga dialogpartners. Dessa har dock ofta begränsad kunskap om sociala frågor. Svenska utlandsmyndigheter kan spela en viktig roll vad gäller att skapa ingångar och arenor för dialog kring budget- och sektorstöd genom att anordna möten mellan finansministerier och de ministerier som är ansvariga för exempelvis hälsa, jämställdhet och ungdomsfrågor. FN:s befolkningsfond UNFPA och Guttmacher institute har sedan 2003 tagit fram rapporter om kostnader och vinster med att investera i sexuell och reproduktiv hälsa. Den senaste har fokus på mödrahälsa, *Adding it up – The Costs and Benefits of investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (december 2009). Sådan information kan tjäna som underlag i budgetdialoger med finans- och andra ministrar.

NEDAN FÖLJER ETT ANTAL VANLIGT FÖREKOMMANDE PÅSTÅENDEN OM KVINNORS RÄTTIGHETER OCH HÄLSA SAMT FÖRSLAG PÅ HUR DESSA PÅSTÅENDEN KAN BEMÖTAS:

”Vi kan inte prioritera allt. Hunger, tillgång till rent vatten och konflikthantering kommer helt enkelt före mödrahälsa på en behovstrappa.”

Mycket pekar på att just satsningen på kvinnor leder till minskad hunger och färre konflikter. FN:s förra generalsekreterare Kofi

Annan påpekade redan 2002 att frågor om befolkning och reproduktiv hälsa måste lösas om vi ska kunna tackla de övriga millenniemålen, särskilt kampen mot hunger och extrem fattigdom.⁹ En lång rad experter har vidare pekat på de starka sambanden mellan högt antal födslar, brist på kvinnors och flickors rättigheter och bristande mödrahälsa och fattigdom. Det är med andra ord nödvändigt att öka investeringar i mödrahälsa om millenniemålen ska kunna uppnås. Satsningar på förbättrad mödrahälsa minskar också länders sjukvårdskostnader överlag, vilket kan innebära att resurser frigörs till andra viktiga frågor.

Kvinnor är i många fall de som försörjer familjen och ser till så att barnen får mat, vatten och skolgång. Familjers hälsa och utbildning bygger ofta på flickors och kvinnors insatser, varför deras hälsa är av stor betydelse.

”Det lönar sig inte att satsa på kvinnor.”

Enligt Världsbanken är familjeplanering och förlossningsvård två av de sex mest kostnadseffektiva insatser ett låg- och mellaninkomstland kan göra i hälsosektorn.¹⁰ Att investera i unga kvinnors hälsa och rättigheter är särskilt viktigt och kan ha stora effekter för fattigdomsbekämpning och utveckling.

Preventivmedelsanvändning främjar ekonomisk utveckling. Studier från bland annat Guttmacher Institute och UNFPA visar tydligt att investeringar i preventivmedel, rådgivning och mödrahälsa kan sänka offentliga utgifter för sjukvård och annan samhällsservice avsevärt.¹¹

Det går att minska mödradödlighet! Många länder har vänt sin utveckling. I till exempel Kuba, Egypten, Malaysia, Sri Lanka, Thailand och Tunisien har mödradödligheten sjunkit betydligt. I alla dessa länder har satsningar gjorts för att förbättra kvinnors möjligheter till reproduktiv hälsovård, utbildad personal vid förlossningar och förbättrade möjligheter till akut förlossningsvård.¹²

”I vår kultur bör kvinnor gifta sig unga.”

Att arbeta mot tidiga giftermål handlar inte om att arbeta mot äktenskapet i sig. Vi vet att kvinnor som gifter sig senare i livet har större möjlighet att utbilda sig, drabbas av färre komplikationer i samband med graviditet samt löper mindre risk att drabbas av sexuella infektioner och hiv och aids.¹³ Att förändra traditioner

kring tidigt äktenskap och familjebildning är därför en viktig del i kampen mot fattigdom och mödradödlighet.

Familjer har mycket att tjäna på att låta flickor utbilda sig istället för att giftas bort tidigt, då de senare kan få mer kvalificerat och bättre betalt arbete, och på så sätt bidra till familjens inkomst.

ERFARENHETER FRÅN FÄLTET

Bangladesh är ett av världens fattigaste och mest tätbefolkade länder. I Bangladesh är en form av kirurgisk abort, menstrual regulation, tillåten fram till graviditetsvecka nio. Mödradödligheten har sjunkit i takt med att tillgången till menstrual regulation ökat. Detta är en god förutsättning för Sverige att driva dialogen vidare och visa på dess positiva effekter för kvinnors hälsa. Det svenska stödet i Bangladesh går bland annat till att minska mödradödligheten och på plats arbetar Sida med andra aktörer, så som Nederländerna, Storbritannien, WHO och UNFPA.

Dialogen i Bangladesh kring abort och mödradödlighet har haft sin utgångspunkt i att visa på kopplingarna mellan kvinnors hälsa och osäkra aborter, som svarar för en stor del av mödradödligheten. Denna dialog har varit framgångsrik eftersom s.k. menstrual regulation tillåts och är accepterat. Sverige har genom utvecklingssamarbetet i Bangladesh etablerat sig som en erkänd röst för mödrhälsa och SRHR. Ambassaden arbetar utifrån de lagar som finns i Bangladesh samt de policy-dokument som antagits av regeringen. Man kopplar svenska synpunkter och positioner till dessa utgångspunkter.

2. Utrikesdepartementet, *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*, s. 20 (2006).

3. Human rights council Eleventh session Agenda item 3, Resolution 11/8.

4. UNFPA, *No Woman Should Die Giving Life* (2008).

5. UNFPA, *Giving Girls Today and Tomorrow. Breaking the cycle of adolescent pregnancy* (2007).

6. WHO, Fact sheet WHO/MPS/08.11 *Skilled birth attendants* (2008).

7. WHO, *Unsafe abortion*, Fifth edition (2007); IPPF, *Death and Denial – Unsafe Abortion and Poverty* (2006).

8. UNFPA, WHO, *Granada Consensus on Sexual and reproductive health in protracted crises and recovery* (2009).

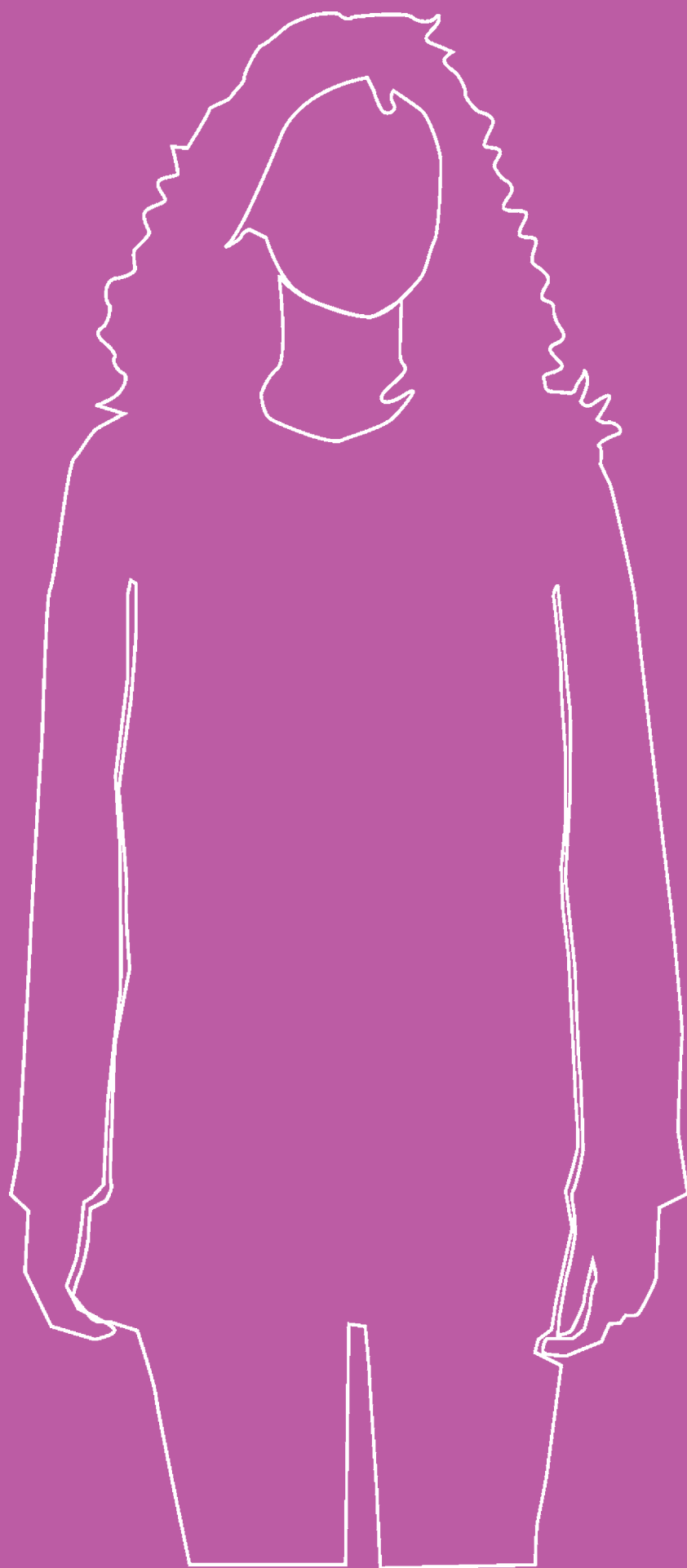
9. Bernstein, S & Juul Hansen, C, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (2006).

10. The Alan Guttmacher Institute & UNFPA, *Adding it up. The benefits of investing in sexual and reproductive health care* (2003).

11. Guttmacher institute & UNFPA, *In Brief Series*, No.5 (2008).

12. UNFPA, *No woman should die giving life* (2008).

13. UNFPA, *State of the World Population* (2005).



TILLGÅNG TILL SÄKRA ABORTER

En central dimension när det gäller kvinnors åtnjutande av de mänskliga rättigheterna är möjligheten att själva bestämma över sin egen kropp, sexualitet och barnafödande. Kvinnors rätt att, på grundval av jämställdhet mellan könen, bestämma när de vill ha barn försäkras genom FN:s konvention om avskaffandet av alla former av diskriminering mot kvinnor (CEDAW). Kvinnors möjlighet att åtnjuta denna rätt förutsätter tillgång till preventivmedel för att undvika oönskade graviditeter och förebygga aborter.

VARFÖR SKA SVERIGE DRIVA OCH AKTIVT FÖRSVARA KVINNORS TILLGÅNG TILL SÄKER OCH LAGLIG ABORT?

Osäkra aborter sker till följd av bristande möjligheter att förebygga oönskade graviditeter. Av de 46 miljoner aborter som utförs varje år, sker 78 procent i utvecklingsländerna.¹⁴ Många av dessa sker bland flickor och unga kvinnor, och i situationer där tillgång till sexualundervisning, rådgivning och preventivmedel är begränsade. En oönskad graviditet innebär ofta att en ung flicka blir avstängd från skolan, förlorar möjligheten till utbildning och arbete, samt löper risken att bli socialt stigmatiserad. I desperation väljer många unga flickor att göra en osäker abort som kan kosta dem livet eller skada dem allvarligt. Osäkra aborter utförs framförallt i länder där tillgång till säkra abort är begränsad av lagstiftningsmässiga eller andra skäl.

INGÅNGAR TILL DIALOG OM SÄKER ABORT

Dödlighet bland kvinnor och flickor i samband med graviditet och barnafödande är så pass omfattande i en del länder att den kan klassificeras som ett folkhälsoproblem. Rätten till abort finns inte uttalat i FN-konventioner om de mänskliga rättigheterna. Däremot har de kommittéer som övervakar konventionernas tillämpning i många fall funnit att när en kvinnas tillgång till säkra och laglig abort begränsas, hotas flera av kvinnors rättigheter. Stater har därför rekommenderats att se över och ändra lagstiftningen för att öka möjligheterna för kvinnor att få tillgång till säkra abort och för att kvinnor som genomgår en olaglig abort inte ska riskera rättsliga påföljder inklusive fängelsestraff.

Kommittén för mänskliga rättigheter och CEDAW-kommittén har gjort kopplingen mellan osäker och olaglig abort och rätten till liv. Rätten till hälsa är sålunda också hotad vid begränsningar i tillgång till abort och/eller där abort är osäker, vilket kom-

mittén om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har framfört vid flera tillfällen.

Handlingsplanen från ICPD innehåller ingen referens till rätt till abort. Däremot fastställs att när abort är laglig ska den vara säker och kvinnor ska alltid ha tillgång till de tjänster som behövs för att behandla komplikationer som kan uppstå efter abort (PoA 8.25). Vid femårsuppmärksammandet av ICPE betonades att osäkra aborter är ett folkhälsoproblem. Handlingsplanen från fjärde kvinnokonferensen i Peking uppmanar dessutom stater att ompröva lagar som straffar kvinnor som gör abort (106 (k)).

- Mödradödlighet är fortsatt hög i utvecklingsländer. Av de kvinnor som dör årligen i sviterna av graviditet och förlossning utgörs cirka 13 procent av dem kvinnor som dör till följd av osäkra och olagliga aborter. Ytterligare närmare fem miljoner kvinnor skadas allvarligt till följd av osäkra aborter varje år.¹⁵
- 90 procent av dessa dödsfall och skador kan hindras enbart genom att öka tillgången till preventivmedel.¹⁶ Mellan 1995 och 2003 sjönk antalet säkra aborter från 25,6 miljoner till 21,9 miljoner medan antalet osäkra aborter enbart sjönk från 19,9 miljoner till 19,7 miljoner.¹⁷
- I några länder kriminaliseras kvinnor som genomgår en abort. Detta bidrar till ett svårt lidande för de ofta mycket unga kvinnor som drabbas av komplikationer i samband med en osäkert utförd abort. Osäkra aborter är även lokalt ett stort ekonomiskt problem som ofta belastar den lokala hälsosektorn genom att det tar stora delar av sjukvårdens resurser i anspråk.¹⁸
- Endast ett fåtal länder i världen har i dagsläget ett totalförbud mot aborter.¹⁹

Regionala instrument kan utgöra en viktig utgångspunkt för dialog kring säkra abort. I juli 2003 antog Afrikanska Unionen 'The Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa'. Detta regionala instrument fastställer bl.a. afrikanska staters skyldighet att tillhandahålla laglig och säkra abort när en graviditet är ett resultat av ett sexuellt övergrepp, där kvinnans mentala eller fysiska hälsa hotas eller där kvinnans eller fostrets liv är i fara (Artikel 14 (2) (c)).

Sveriges ståndpunkt och huvudbudskap: Tillgång till säker och laglig abort ryms inom ramen för de mänskliga rättigheterna, är viktig för att stävja mödradödligheten och är ett led mot att uppfylla rätten till hälsa.

I AU:S Africa Health Strategy 2007–2015 som antogs i Johannesburg i april 2007 lyfts vikten av ett helhetsangreppssätt när det gäller viktiga frågor såsom mödradödlighet inklusive i samband med osäkra aborter.

Sveriges position vad gäller tillgång till abort anses som ett extremt ställningstagande av flera andra länder och det kan därför vara strategiskt och framgångsrikt att inleda diskussioner om abort med argument byggda på hälsa, jämställdhet och länders arbete med att uppnå FN:S millenniemål, och då i synnerhet målen 3, 4 och 5.

I de flesta länderna i världen finns ingångar till en diskussion om sambandet mellan abortlagstiftning, kvinnors tillgång till och kunskap om säkra aborter och förbättrad folkhälsa. Vidare är det viktigt att ta reda på hur lagstiftningen ser ut i ett land, hur den efterlevs och om befolkningen känner till lagen. Här kan man stärka progressiva krafter inom hälsosystemet och civila samhället som vill öka tillgängligheten, eller stärka organisationer som arbetar med upplysning kring lagen och/eller krav på myndigheter att erbjuda den service som lagen ska tillhandahålla.

Kopplingen mellan mödradödlighet och osäkra aborter är en viktig ingång i dialogen. De flesta länder vill minska det höga antalet kvinnor och flickor som dör till följd av komplikationer i samband med graviditet och barnafödande. Osäkra aborter utgör ca 13 procent av mödradödligheten globalt, men i många länder i Afrika söder om Sahara utgör de ca 30–40 procent.²⁰ Att göra säkra aborter tillgängliga är därför ett led i arbetet med att minska mödradödligheten.

Att stödja kvinnors tillgång till säkra aborter sänker kostnaderna för sjukvård och är ett steg mot att förverkliga rätten till hälsa för alla. Studier visar att kostnader för sjukhusplatser, blodreserver, kirurgiska ingrepp, antibiotika och andra mediciner samt läkare och sjukvårdspersonal överstiger betydligt kostnaderna för att tillhandahålla säkra aborter. Det är fattiga och unga kvinnor som i störst utsträckning är hänvisade till att utföra osäkra aborter. Kvinnor från andra samhällsklasser har ofta möjlighet att söka upp och betala för en säkert utförd abort. Detta gör att konsekvenserna av osäkra aborter till största delen drabbar fattiga kvinnor, något som gör abortfrågan också till en fråga om fattigdom, rättvisa och social jämlikhet.

Erfarenheter från utlandsmyndigheter visar att abort är en oer-

hört känslig fråga som måste bemötas strategiskt. En viktig ingång kan vara diskussioner med likasinnade och att uppmärksamma erfarenheter från Sveriges egen utveckling där så mycket har förändrats sedan mitten på 1900-talet. Kopplingar mellan tillgång till säkra aborter och tillgång till preventivmedel samt de positiva konsekvenser dessa har haft för folkhälsan bör lyftas fram i dialogen.

NEDAN FÖLJER ETT ANTAL VANLIGT FÖREKOMMANDE PÅSTÅENDEN OM ABORT SAMT FÖRSLAG PÅ HUR DESSA PÅSTÅENDEN KAN BEMÖTAS:

”Kvinnor får psykologiska men av att göra aborter.”

Studier visar att abort inte är ett enkelt beslut för de kvinnor som väljer att avbryta en graviditet. De flesta kvinnor som blir gravida i ett svårt läge i livet kan känna desperation, sorg eller ångest. När abort är laglig får kvinnor möjlighet att bearbeta sina känslor i samband med rådgivning.

Kriminalisering av abort leder till skamkänslor, rädsla och ångest. Samtidigt försvåras kvinnors möjlighet att söka rådgivning för att bearbeta sina känslor och att uppsöka sjukhusvård om komplikationer skulle uppstå till följd av en olaglig abort.

”Abort är mord, synd och omoraliskt.”

Att framföra att det är kvinnan själv som har rätt att besluta över sin kropp och därmed om en abort ska ske (enligt svensk modell) kan vara kontraproduktivt i en diskussion med någon som menar att abort är mord och bör vara straffbart. Det man kan diskutera är det rimliga i att kvinnor dör av osäkra aborter och att de betraktas som kriminella på grund av att de utfört en abort. De hälsovådliga konsekvenserna av att förvägra kvinnor abort är att kvinnor istället använder livsfarliga metoder inklusive förtäring av skadliga substanser i ett försök att framkalla en spontan abort eller missfall.

”Abort påverkar inte bara kvinnan, utan samhället i stort också.”

Ja, eftersom kvinnor i de allra flesta samhällen är de som tar hand om och uppfostrar barnen är det också ofta kvinnan som tar beslut som gynnar familjens hälsa. Det bör vara upp till kvinnan själv om hon vill gå vidare med graviditeten. Kvinnor är också oftast mycket väl medvetna om hur deras reproduktiva

val påverkar familjen och om det exempelvis finns möjlighet för ytterligare barn.

Konsekvenserna av olagliga och osäkra aborter kostar i dödsfall, lidande, sjukvårdsresurser och förlorad tillväxt på såväl lokal som på nationell nivå.

”Att införa fri abort är ett västerländskt påfund, nykolonialism.”

Kvinnor har i alla tider valt att göra avbryta en graviditet när de känt sig tvungna till det, oavsett om det varit olagligt eller lagligt. Den absoluta majoriteten av alla skador och dödsfall som sker i samband med osäkert utförda aborter utförs inte i väst utan i utvecklingsländer där abort är starkt reglerat eller olagligt eller där tillgången till säkra aborter är bristfällig. (För att bemöta detta argument på ett bra sätt är det viktigt att man känner till hur landets abortlagstiftning ser ut och vilka de möjliga ingångarna till diskussion är).

”Abort leder till socialt och samhälleligt förfall.”

Beslut om en abort, oavsett hur säker och laglig den är, är inget som kvinnor gör lättvindigt, utan för att hon anser att det är nödvändigt och att hon står utan något annat val. Om man verkligen vill förebygga oönskade graviditeter är den mest effektiva vägen att se till så att kvinnor har tillgång till information om sexuell och reproduktiv hälsa och preventivmedel och möjlighet att bestämma över sin egen sexualitet, samt att uppmäna män att ta ansvar.

Ett vanligt argument som används för att attackera de som arbetar för tillgång till laglig och säker abort, är att påstå att de är aktiva abortförespråkare eller att abort ska användas som preventivmedel. Det är viktigt att inte kalla sig abortförespråkare utan istället säga att man är för att kvinnor ska kunna välja och arbetar för att de som vill ska ha tillgång till säker abort.

”Mannen måste också ha något att säga till om.”

Kvinnan är den som blir gravid och i de flesta fall den som har huvudansvaret för att ta hand om barnet oavsett vilka levnadsomständigheter hon befinner sig i och de faktiska möjligheter hon har att ta hand om ett barn. Därför måste hon själv få bestämma om hon vill genomföra en graviditet eller inte. Mannen i fråga har självfallet rätt att framföra sina åsikter, men i

slutändan måste beslutet tas av kvinnan och hennes bedömning av sin situation och sina valmöjligheter.

ERFARENHETER FRÅN FÄLTET

Zambia har en relativt liberal abortlagstiftning, men ett av de stora problemen är att lagen inte är känd, inte ens bland sjukvårdspersonal. Att träffa ett stort antal aktörer som arbetar med frågan har varit viktigt för att uppmärksamma framförallt multilateralerna på att det finns en laglig grund för att arbeta med säkra aborter.

I Uganda är abort förbjudet men handläggaren där har i diskussion med andra likeminded-aktörer lyft frågan men påpekar vikten av att göra detta väldigt försiktigt på grund av den politiska känsligheten och risken för en back-lash.

Inom ramen för sektorprogramstödet i Centralamerika har SRHR-frågor varit högst aktuella men också väldigt svåra att driva. Abortfrågan har varit särskilt svår och enligt en handläggare på ambassaden i Nicaragua har man mer att vinna på att inte enbart lyfta abortfrågan som en enskild fråga utan sätta den i sitt sammanhang, t.ex. genom att koppla till långsiktigt förebyggande arbete och sexualundervisning i skolan samt att visa på de ekonomiska konsekvenserna för ett samhälle att inte satsa på SRHR.

14. IPPF, *Death and denial* (2006).

15. WHO, *Unsafe abortion*, Fifth edition (2007).

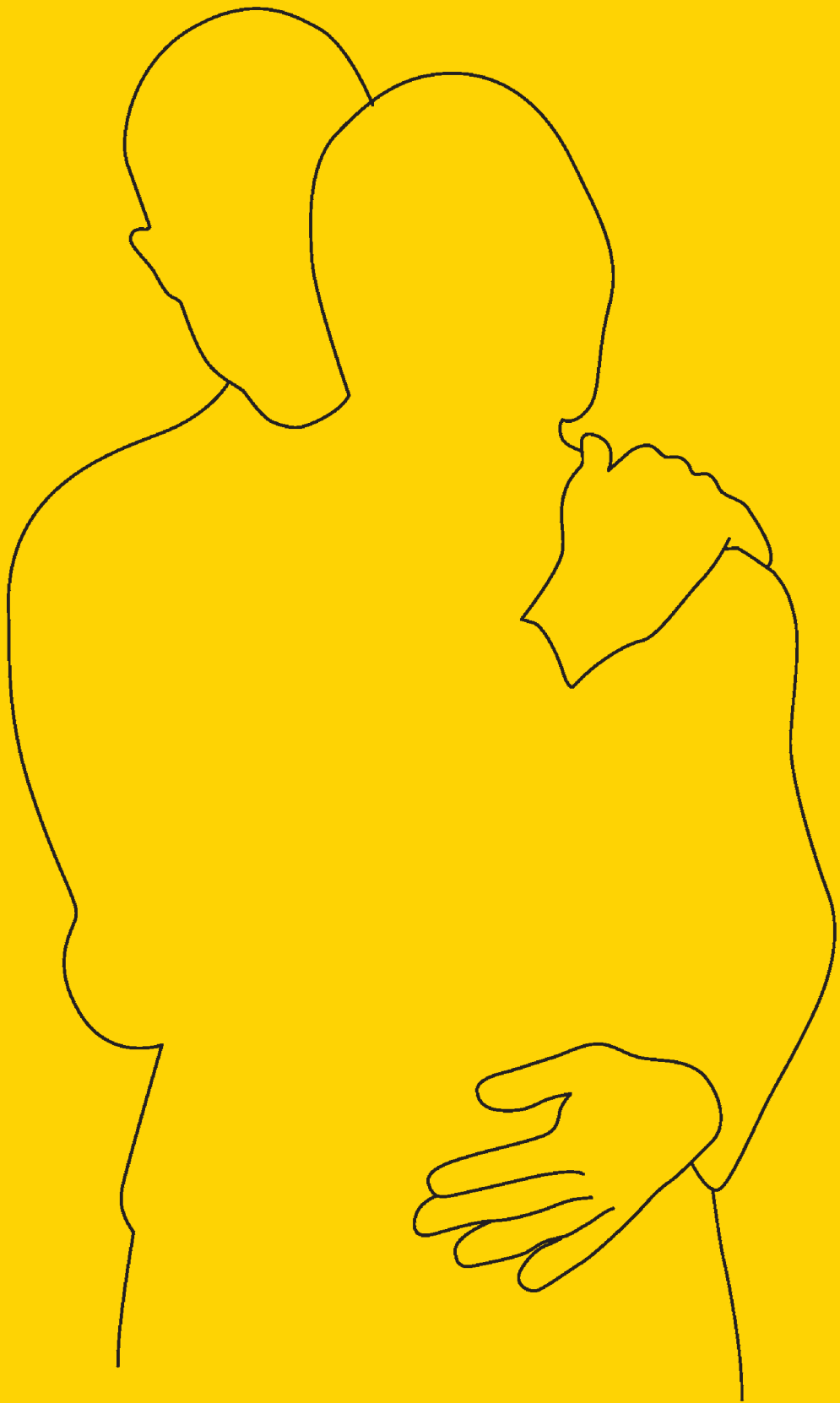
16. UNFPA, *No Woman Should Die Giving Life* (2008).

17. Guttmacher Institute, *Abortion worldwide. A decade of uneven progress* (2009).

18. RFPU, *Breaking Through. A guide to sexual and reproductive health and rights* (2004).

19. Chile, El Salvador, Malta och Nicaragua.

20. UNFPA, *Healthy expectations. Celebrating achievements of the Cairo Consensus and highlighting the urgency for action* (2009).



UNGDOMAR OCH SRHR

Över hälften av jordens befolkning är under 25 år gamla och i flera utvecklingsländer uppgår andelen ungdomar till mellan 50 procent och 60 procent av befolkningen. Hälften av dessa lever i fattigdom eller extrem fattigdom. En rekordstor generation unga människor befinner sig i en tid i livet då de formar sin tillvaro, planerar inför framtiden, ställer sig på egna ben och blir sexuellt aktiva. Samtidigt har praktiken att överföra positiva traditionella kunskaper om sexualitet gått förlorad. Många ungdomar saknar således tillgång till korrekt information, kunskap och medel för att skydda sig mot sexuellt överförbara sjukdomar inklusive hiv, samt att planera sitt barnafödande.

VARFÖR SKA SVERIGE DRIVA UNGA MÄNNISKORS SEXUELLA OCH REPRODUKTIVA HÄLSA OCH RÄTTIGHETER?

Ungdomar är inte bara mottagare av vård och information utan även handlingskraftiga aktörer som har rätten och förmågan att delta i beslut som påverkar deras liv. Att fokusera på unga kvinnor och män är också viktigt för att främja jämställdhet.²¹

Unga kvinnors och mäns tillgång till kunskap och information om såväl sin sexualitet som om metoder för att undvika riskfyllt sexuellt beteende såsom osäkert sex är en förutsättning för att de ska kunna fatta informerade beslut. I alla länder styr normer och värderingar synen på ungdomars sexualitet och könsidentitet. Dessa normer får konsekvenser för unga människors handlingsutrymme och möjligheter att uttrycka sin sexualitet, att skydda sig från könssjukdomar, samt för unga kvinnor att undvika en önskad graviditet.

INGÅNGAR TILL DIALOG OM UNGA MÄNNISKORS SRHR

Arbete med unga kvinnors och mäns sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter ska inte ses som en isolerad fråga. Den är nära sammanflätad med unga människors allmänna villkor och positioner i samhället. I många utvecklingsländer utgör befolkningen under 25 år som sagt en mycket stor andel – ofta nära hälften – av den sammanlagda befolkningen, samtidigt som deras faktiska sociala och politiska position ofta är svag. Unga människor saknar ofta en röst och inflytande i samhället och dess utveckling. Det är därför viktigt att engagera unga och vuxna i dialog över generationsgränserna med syfte att nå samförstånd om varandras behov och förutsättningar.

Det finns ett stort motstånd mot att unga människor fattar självständiga beslut kring sin sexualitet och reproduktion och är sexuellt aktiva utanför de socialt erkända samlevnadsformer som finns i olika samhällen. I många samhällen förespråkar ledare och beslutsfattare sexuell avhållsamhet och trohet i äktenskapet som enda alternativ, särskilt för kvinnor. De ser därför sexualupplysning och tillgång till kondomer och preventivmedel som onödigt och ett hot mot den allmänna ordningen.

- Tidiga giftermål för flickor ses i många samhällen som en väg till en bättre social och ekonomisk livssituation, men tidiga giftermål är i sig tätt sammankopplade med fattigdom. Att skjuta upp giftermål till senare i livet, ökar unga kvinnors möjligheter till utbildning och arbete.²² En graviditet i unga år för med sig allvarliga hälsorisker. En del framsteg har gjorts men FN beräknar att inom det kommande decenniet kommer 100 miljoner flickor att giftas bort innan de fyllt 18 år.²³
- Fyrtiofem procent av de över 15 år som smittas med hiv idag är mellan 15 och 24 år gamla och den stora majoriteten av dem lever i utvecklingsländer.²⁴ Unga kvinnor är särskilt drabbade.

Barn och ungdomar upp till 18 år omfattas av Barnkonventionen. Barnkonventionens artikel 24 behandlar barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Ett av de områden som särskilt lyfts upp rör staters skyldighet att sträva efter att utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp när det gäller familjeplanering och andra reproduktiva val (Artikel 24.2 (f)).

Barnrättskommittén övervakar staters efterlevnad av Barnkonventionen och tolkar dess innehåll. I en kommentar som rör unga människors hälsa och utveckling²⁵ klargör Barnrättskommittén att unga människor inte får diskrimineras i åtnjutande av sina rättigheter på grund av sin sexuella läggning eller sin hälsostatus (här inkluderas hiv och aids) och att minimiåldrar för sexuellt självbestämmande och medicinsk behandling utan föräldrars medgivande ska införas i lag. Minimialdern för att ingå äktenskap rekommenderas vara 18 år.

Likaså framhåller Barnrättskommittén att stater – utifrån

Sveriges ståndpunkt och huvudbudskap: Unga människor måste tillförsäkras rätten att bestämma över sin egen sexualitet och ges möjligheten till ett ansvarsfullt, tillfredställande och säkert sexualliv utan tvång, våld, diskriminering eller risken att ofrivilligt bli gravid eller att smittas av hiv och andra sexuellt överförda infektioner.

principen om barnets bästa, rätten till tillgång till information samt rätten till hälsa – ska förse unga människor med information om sexualitet och reproduktion, inklusive preventivmedel, hiv-prevention och hur man undviker att smittas av andra sexuellt överförbara infektioner. Stater uppmanas att låta unga människor själva spela en aktiv roll i att ta fram och sprida information. Vidare rekommenderas stater att utveckla program för tillgång till sexuell och reproduktiv hälso- och sjukvård, inklusive preventivmedel och säker abort där det är lagligt (se bladet om tillgång till säkra aborter).

ERFARENHETER FRÅN FÄLTET

För att ge mer tyngd åt dialogen om ungdomar och SRHR är det enligt en handläggare på ambassaden i Lusaka bra att använda sig av material och statistik från exempelvis UNFPA och WHO. FN-organ kan ge mer trovärdighet än att enbart hänvisa till Sveriges position.

En tjänsteman vid ambassaden i Maputo där Sverige har givit stöd till ett UNFPA-lett projekt om ungas sexuella och reproduktiva hälsa bekräftar vikten av valet av dialogkanal. Projektet visade sig även vara ett bra forum för dialog om sexualundervisning, familjeplanering, abort och hiv och unga människor. Enligt denne anses FN-organ ha bättre lokal förankring än enskilda länders biståndsorgan.

I ICPD:s handlingsplan finns flera formuleringar som lyfter fram kopplingen mellan unga människor och SRHR. Där framhålls att ungdomar ska delta i planering, genomförande och utvärdering av aktiviteter som rör sexuell och reproduktiv hälsa (PoA 6.15). Vidare sägs bland annat att stater ska verka för att unga människors tillgång till tjänster och information inte ska begränsas och att regeringar ska skydda och främja unga människors rätt till sexualundervisning, information och vård (PoA 7.45–46). I uppföljningsdokumentet 'Key Actions' betonas att dessa tjänster (som också inbegriper rådgivning) ska skydda unga människors rättigheter till privatliv, diskretion och informerat samtycke (ICPD + 5 73 (a)).

Pekinghandlingsplanen uppmanar regeringar att möta unga människors behov så att de kan handskas med sin sexualitet på ett positivt och ansvarsfullt sätt (Pekinghandlingsplanen

108 (k)). Här återfinns också ett krav på att röja undan alla hinder för gravida flickor och unga mödrar att fortsätta sin utbildning (Pekinghandlingsplanen 83 (s)).

Ungdomars hälsa och tillgång till utbildning och information uppmärksammas även i mellanstatliga processer och initiativ inriktade på prevention, vård, stöd och behandling av hiv/aids som UNGASS, och regionala instrument som exempelvis Mexico City Declaration on Sex Education in Latin America and the Caribbean (2008).

NEDAN FÖLJER ETT ANTAL VANLIGT FÖREKOMMANDE PÅSTÅENDEN OM UNGDOMAR OCH SRHR SAMT FÖRSLAG PÅ HUR DESSA PÅSTÅENDEN KAN BEMÖTAS:

”Sex hör enbart hemma i äktenskapet.”

Oavsett vad man tycker om sexuell aktivitet hos unga människor eller utanför äktenskapet så är det ett faktum att unga människor söker intimitet och kärlek, och att de allra flesta förr eller senare har sex. Därför är det viktigt att ungdomar informeras om vad sex är, vad det innebär och kan få för känslomässiga eller direkta konsekvenser, så de kan fatta välinformerade beslut. Då ungdomar har kunskap om olika konsekvenser av att vara sexuell aktiv kan det även stärka deras förmåga att säga nej till sex när de själva inte vill.

”Föräldrarna är de som har ansvaret för barnen och vet bäst”

En ung kvinna kan inte besluta om sin utbildning eller sitt förvärvsarbete om hon utsätts för våld eller på andra sätt inte ges möjlighet att fatta beslut om sin sexualitet och reproduktion. Det betyder rent konkret att unga kvinnor själva måste ges möjlighet att bestämma när de är redo att gifta sig, skaffa barn och hur många barn de vill ha eftersom dessa beslut också påverkar deras möjligheter att fortsätta sin skolgång eller möjlighet att försörja sig själva. Att ge någon annan makt innebär emellertid också att förlora egen makt eller kontroll. Man kan därför ta fasta på sådant som kan vara positivt för föräldrarna även om de därmed förlorar makt över sina barn. Till exempel att döttrar genom att utbilda sig istället för att gifta sig tidigt kan skaffa ett yrke och bidra till sin egen och sin familjs välstånd.

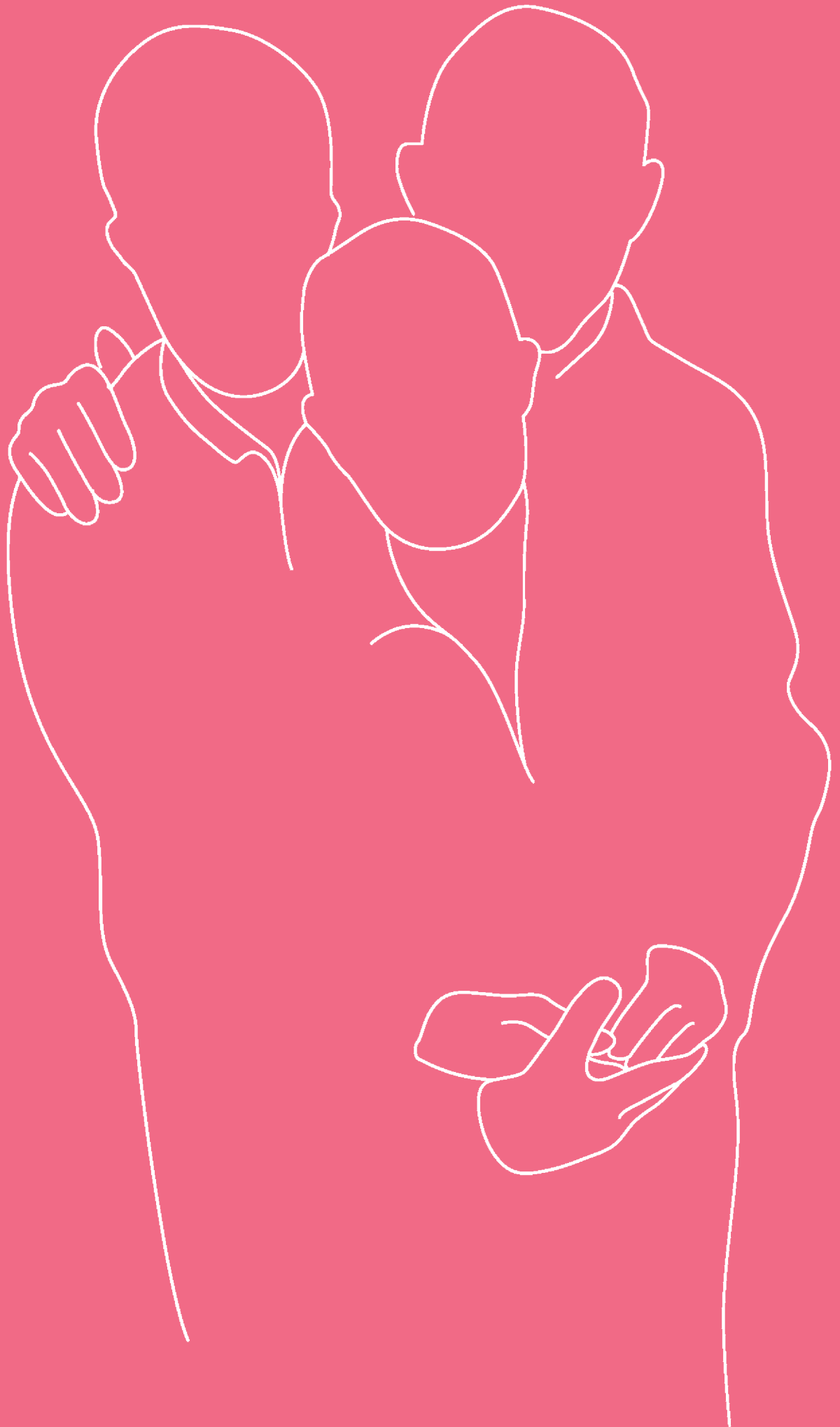
”Vi kan inte prioritera SRHR för ungdomar. Arbetslöshet, utbildning och vattenförsörjning är viktigare”

Konsekvenserna av att inte satsa på unga människors sexuella

och reproduktiva hälsa och rättigheter leder förutom till en utarmning av värdefulla mänskliga resurser, även till högre kostnader för hälso- och sjukvården i form av förlossningsskador, skador i samband osäkert utförda aborter och behandling av könssjukdomar samt bromsmediciner för unga som lever med hiv. Det leder också till att samhället får en lägre utbildad, mindre kvalificerad arbetsstyrka samt ett ökat ekonomiskt beroende av unga människor av föräldrar och släktingar.²⁶



21. Utrikesdepartementet *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (2006), s. 15.
22. UNDESA, *The Millennium Development Goals Report* (2008).
23. UNFPA, *State of the World Population* (2005).
24. UNAIDS, *08 Report in the Global Aids Epidemic* (2008).
25. Barnrättskommittén, General comment No. 4, *Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, CRC/GC/2003/4, 1 July 2003 (2003).
26. UNFPA, *Giving girls today and tomorrow. Breaking the cycle of adolescent pregnancy* (2007).



SEXUALUNDERVISNING

Trots vikten av sexualundervisning för människors hälsa och rättigheter är det ett kontroversiellt ämne i många länder. I många fall präglas offentliga samtal om sexualitet, särskilt i relation till kvinnors och unga människors sexualitet, av uppfattningar och normer om sedlighet snarare än av faktakunskap. Motståndet ser givetvis olika ut beroende på det sammanhang man befinner sig i och bör därför bemötas med utgångspunkt i en förståelse för det politiska och sociala sammanhanget inom vilken den förs.

VARFÖR SKA SVERIGE ARBETA FÖR SEXUALUNDERVISNING INTERNATIONELLT?

Sveriges utgångspunkt är att sexuell och reproduktiv ohälsa såsom sexuellt överförbara infektioner inklusive hiv och aids, oönskade graviditeter och osäkra aborter till stor del beror på begränsad kunskap och information om den egna kroppen, sexualitet, sex och samlevnad samt reproduktion. Sexualundervisning är därför en viktig förutsättning för att minska människors utsatthet i dessa avseenden. Ungdomar är en självklar målgrupp i detta arbete men det är också viktigt att nå vuxna med stöd och utbildning samt att särskilt uppmärksamma utsatta grupper som står utanför det formella utbildningssystemet.²⁷

De flesta barn går i skolan åtminstone under några år i livet och därför finns en stor potential för sexualundervisning inom ramen för den reguljära undervisningen. Den sexualundervisning som ges i skolan bör ges tidigt, dels för att den ska kunna nå så många unga människor som möjligt, dels för att den är mer effektiv om den ges innan unga människor blir sexuellt aktiva.²⁸

73 miljoner barn i världen går dock inte i skolan och i utvecklingsländer kan så många som 50 procent i vissa fall stå utanför motsvarande gymnasial utbildning.²⁹

En mycket stor andel vuxna har heller aldrig fått någon sexualundervisning. Sexualundervisning är därför inte bara en utmaning i termer av att förbättra kunskaperna bland lärare, utan även vad gäller utveckling av pedagogiska program som når ut till de som står utanför utbildningssystemet. Här har ofta civilsamhällesorganisationerna stor kunskap och ett brett kontaktnät som kan vara behjälpligt.

VAD ÄR SEXUALUNDERVISNING?

Syftet med sexualundervisning är att människor, i synnerhet ungdomar, ska kunna förstå sig själva bättre och göra informerade val när det gäller sex och samlevnad, men också för att motverka myter och felaktiga föreställningar om sexualitet. Sexualundervisning syftar också till att förebygga sexuella trakasserier, sexuellt våld, diskriminering av HBT-personer eller personer som lever med hiv och aids. En god sexualundervisning förbättrar folkhälsan genom att tillhandahålla ålders- och kontextanpassad information som tar upp verkliga frågeställningar relaterade till sex och samlevnad för unga människor. Sådan sexualundervisning är ett stöd till dem vad gäller att kunna göra sina egna val och att respektera andras när det gäller intimitet och sex. De viktigaste komponenterna i en god sexualundervisning är att den ger rätt och riktig information om kroppen och sexualiteten, att den utvecklar färdigheter så som kritiskt tänkande, kommunikations- och förhandlingsmetoder, självkänsla och respekt för andra och slutligen att den uppmuntrar till respekt för sig själv och en icke-fördömande och icke-diskriminerande attityd.³⁰ Diskussioner om känslor, kärlek, relationer, onani, sexuell njutning, jämställdhet, könsroller, sexuell läggning och könsidentitet samt metoder för att skydda sig mot oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar ger kunskap, gör människor tryggare och underlättar säkrare sex.

En relevant sexualundervisning kräver lärare med kompetens. En lärare som undervisar i sexualundervisning måste ha förtroende hos eleverna. De måste lita på att läraren respekterar deras tankar och funderingar utan fördömanden eller förlöjliganden och svarar på deras frågor med korrekt och fördomsfri information. En god sexualundervisning ställer höga krav på lärare.

UTGÅNGSPUNKTER OCH INGÅNGAR TILL DIALOG OM SEXUALUNDERVISNING

Sexualundervisning är ett ord med mycket innehåll som ser mycket olika ut världen över. För att sätta fokus på sexualundervisning är det viktigt att diskutera sexualundervisningens roll i samband med barn och ungas utveckling, dess potential för fattigdomsbekämpning och dess roll i främjande av folkhälsan.

Ungdomar är nyfikna och drar sig vanligen inte för att ställa frågor om sina känslor eller att söka information på egen hand om

Sveriges ståndpunkt och huvudbudskap: Kunskap och information om den egna kroppen, sexualitet, reproduktion och samlevnad är en grundläggande förutsättning för att människors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter ska tillgodoses.

det är svårt att tala med sina föräldrar eller andra vuxna. Studier visar att idag får många unga människor i såväl utvecklingsländer som industriländer sådan information från varandra eller andra källor som tidskrifter eller Internet, och att denna information många gånger är långt ifrån korrekt. Om unga får korrekt kunskap kan de lättare ta ansvar för sitt sexuella beteende. Kunskap om relationer och sexualitet leder till bättre kommunikation gentemot en partner. Skolan kan också remittera de unga till kliniker och på andra sätt öka deras medvetenhet om vikten av att söka vård och när den bör sökas. Kunskap leder till att myter om hur hiv smittar eller könssjukdomar sprids avmystifieras och därmed till att skadliga praktiker som förekommer på vissa håll kan undvikas.

TIPS

Ett antal FN-organ; UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF och WHO, har tillsammans tagit fram "International Technical Guidance on Sexuality Education", en teknisk guide med syfte att ge underlag och riktlinjer för sexualundervisning i skolan. Guiden är uppdelad i en del som innehåller argument för sexualundervisning som kan användas i dialog med regeringar och framförallt hälso- och utbildningsministerier samt en del mer inriktad på hur en bra sexualundervisning bör läggas upp.

ICPD:s handlingsprogram lyfter bland annat upp universell tillgång till sexualundervisning som en förutsättning för att de sexuella och reproduktiva rättigheterna ska kunna åtnjutas och att sexualundervisning ska genomföras i grundutbildningar såväl som i andra formella och icke-formella utbildningar.

Kommittén för de mänskliga rättigheterna, Kvinnodiskrimineringskommittén och Barnrättskommittén har kopplat tillgång till sexualundervisning i skolan till rätten till liv, hälsa, utbildning och information.

Regionala ramverk kan vara viktiga instrument. Ett exempel på ett sådant ramverk är 'Mexico City Declaration on Sex Education in Latin America and the Caribbean'. Ett annat är 'Maputo Plan of Action' för den afrikanska regionen. I Europa har den Europeiska kommittén för sociala rättigheter, övervakningsorganet för den Europeiska sociala stadgan, utvecklat resonemang om att sexualundervisning måste vara objektiv, grundad på vetenskaplig

fakta och innehålla korrekt information om preventivmedel och andra frågor. Sexualundervisning får inte vara diskriminerande genom att den exkluderar barn från undervisning eller förstärker nedvärderande stereotyper och fördomar.³¹

NEDAN FÖLJER ETT ANTAL VANLIGT FÖREKOMMANDE PÅSTÅENDEN OM SEXUALUNDERVISNING, SAMT FÖRSLAG PÅ HUR DESSA PÅSTÅENDEN KAN BEMÖTAS:

"Sexualundervisning ökar den sexuella aktiviteten/promiskuitet bland unga."

Det stämmer inte, studier visar tvärtom att, med mer kunskap sker sexualdebuten senare i livet och unga som har fått kunskap skyddar sig bättre mot sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter.³²

För att sexualundervisning ska vara effektiv krävs inte bara väl fungerande insatser som ökar människors kunskaper och förmåga att diskutera sexualitet med sina partners. Det måste också kompletteras med tillgång till rådgivning, preventivmedel och hälsovård.

"Sexualundervisning behövs inte – unga ska ändå inte ha sex."

Skolans roll är att sprida objektiv och allsidig kunskap så att unga människor kan göra sina val utifrån sin egen verklighet. Kunskap om kroppen, sexualitet och preventivmedel ger ungdomar möjlighet ta ansvar för sina liv och sin sexualitet. Sexualundervisning är en effektiv väg till ökade kunskaper, samtidigt som sexualdebuten inte tidigareläggs bland elever som får den.³³ Ensidiga kampanjer för att unga människor ska avstå från sex visar inte positiva resultat.³⁴

De flesta unga människor har förr eller senare sex. I länder där man inte tillåter en öppen diskussion eller någon form av sexualundervisning är konsekvenserna ofta att ungdomarna känner förvirring, skam och skuld över sin sexualitet, att flickor tvingas sluta skolan på grund av att de blir gravida, att människor som smittas med könssjukdomar och hiv för att de vet för lite om hur deras kroppar fungerar, om hur de kan skydda sig och om hur de ska få tag på kondomer och andra preventivmedel. Unga människor har samma funderingar och frågor om sexualitet över hela världen, men de får olika svar beroende på var de bor.

Ungdomar måste kunna skydda sig. Sexualundervisning ökar dessa möjligheter. Utan information är man mer utsatt.

"Lärare förlorar respekten hos barnen om de ska prata om sex."

Unga människors sexualitet är visserligen kontroversiell, men lärare som har fått utbildning och stöd i rollen som sexualupplysare rapporterar att arbetet visst är genomförbart, och att de dessutom blir populära bland eleverna. Vad gäller relationen mellan lärare och elev kan man lyfta fram att lyckad sexualundervisning snarare fungerar som förtroende- och statushöjare. En lärare eller annan vuxen person som kan ge en bra sexualundervisning vinner unga människors respekt.

Bra sexualundervisning är användbar i människors verklighet och måste utgå från diskussioner om bland annat könsrelationer, samlevnad, jämställdhet och sexuella trakasserier. Diskussionerna är oerhört viktiga då de stärker unga människors självkänsla och självsäkerhet, och deras möjlighet att ta ansvar för sitt beteende och sin framtid.

ERFARENHETER FRÅN FÄLTET

På ambassaden i Tanzania har ambassadören diskuterat SRHR med lärare, lokalpolitiker och ministrar. Han har särskilt drivit frågan om att gravida flickor ska få gå kvar i skolan. Sexualundervisning möter inget större motstånd i debatten, men är inte heller en prioriterad fråga. Däremot har man i debatten fått genomslag för hållningen i fråga om tonårsgraviditeter och att låta gravida flickor få gå kvar i skolan. En bra metod för att komma vidare har varit att kombinera offentlig opinionsbildning med pressmeddelanden och tidningsartiklar med att söka allierade bland lokala organisationer och beslutsfattare.

27. Utrikesdepartementet, *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (2006), s.23.

28. Guttmacher Institute, *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa* (2007).

29. UNDP, *Goal 2: Achieve Universal Primary Education* (2008).

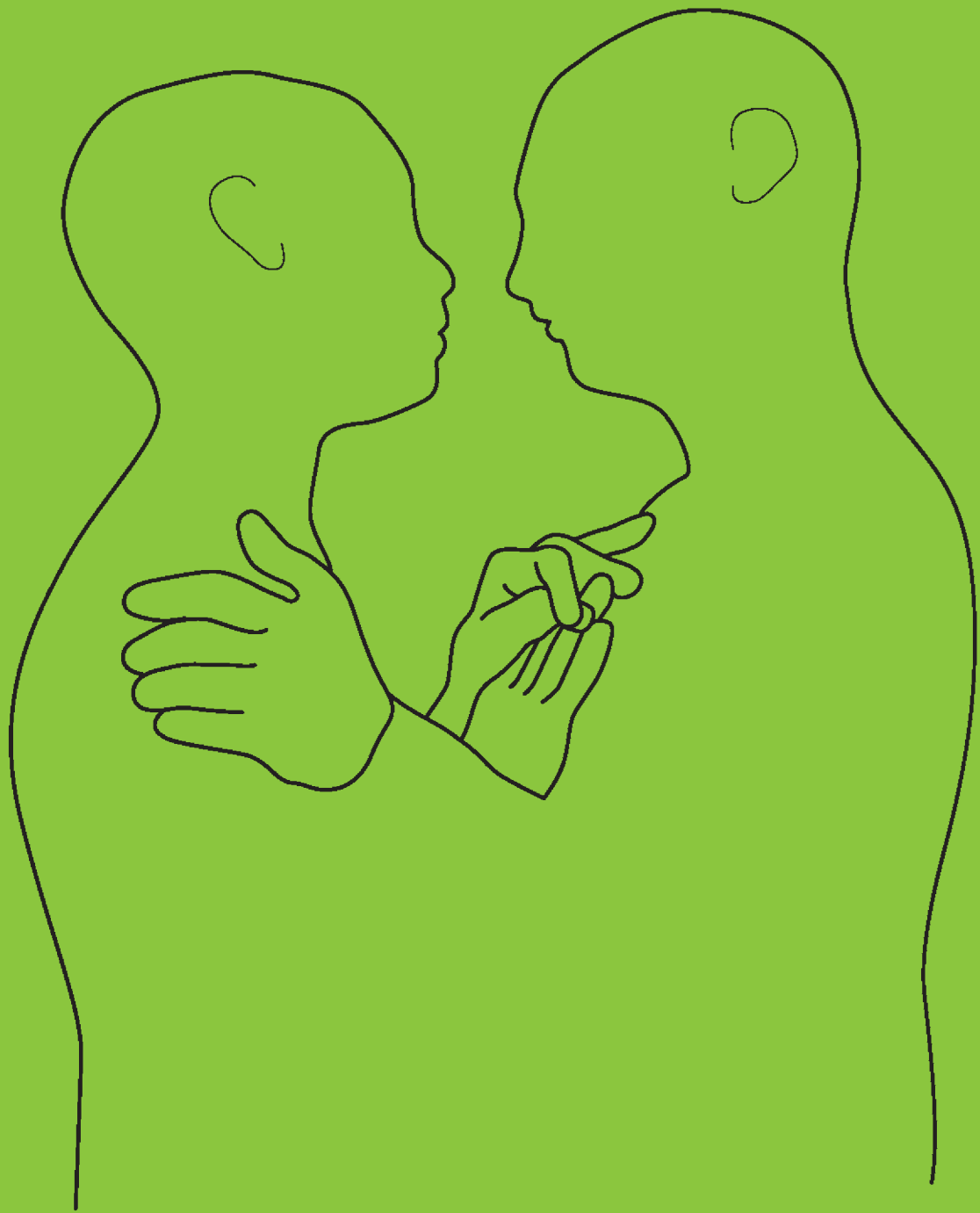
30. IPPF, *Reference guide to policies and practice. Sexuality education in Europe* (2006).

31. European Committee on Social Rights *INTERIGHTS v. Croatia* (Complaint No. 45/2007).

32. Guttmacher Institute, *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa* (2007).

33. Guttmacher Institute, *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa* (2007).

34. Human rights Watch, *The less they know, the better Abstinence-Only Hiv/Aids Programs in Uganda* (2005).



KONDOMER OCH ANDRA PREVENTIVMEDEL

I målen för handlingsprogrammet från den internationella befolkningskonferensen i Kairo 1994, samt för flera av FN:s millenniemål är tillgången till preventivmedel, läkemedel och sjukvårdsutrustning för sexuell och reproduktiv hälsa centralt.

VARFÖR SKA SVERIGE DRIVA FRÅGOR OM TILLGÅNG TILL KONDOMER OCH ANDRA PREVENTIVMEDEL?

Tillgång till preventionsmetoder såsom kondomer samt till information och rådgivning om olika preventionsmetoder är grundläggande för kvinnors, mäns och ungdomars möjlighet att ha ett säkert sexualliv och för att kunna bestämma om och när de vill ha barn.

Människors allmänna hälsa, kapacitet och möjlighet att studera och arbeta förbättras avsevärt när de är garanterade tillgång till en adekvat sexuell och reproduktiv hälsovård till ett överkomligt pris. Tillgången till en sådan hälsovård, vilken inkluderar preventivmedel såsom kondomer, förbättrar framförallt kvinnors och ungdomars möjligheter att kunna bestämma över sina egna liv och aktivt ta del i samhället. Kvinnor som kan planera sina graviditeter och skydda sig mot sexuellt överförda infektioner utbildar sig också i högre grad och har större möjligheter att försörja sina barn än de som saknar den möjligheten. Stärkt sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter innebär även att fler har möjlighet att arbeta och därmed bidra till samhällsekonomin och en ökad produktivitet samt att sjukvårdskostnader minskar. Att säkra tillgången till kondomer och preventivmedel är betydligt mer kostnadseffektivt än att behöva sörja för vård efter osäkra aborter och graviditets- och förlossningskomplikationer eller efter det att människor har smittats med hiv.

INGÅNGAR TILL DIALOG OM KONDOMER, PREVENTIVMEDEL OCH ANNAN SJUKVÅRDSUTRUSTNING FÖR SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA

Vikten av att ha tillgång till kondomer, preventivmedel, läkemedel och sjukvårdsutrustning för att säkerställa sexuell och reproduktiv hälsa kan kopplas till människors grundläggande rätt till hälsa och till att leva ett värdigt liv som finns befästa i ett flertal av FN:s konventioner om de mänskliga rättigheterna.

Kvinnokonventionen (CEDAW) omfattar rätten att fritt och under ansvar bestämma antalet barn och tidsrymden mellan dem liksom rätten till tillgång till sexualupplysning, utbildning och

de medel som krävs för att utöva denna rätt (Artikel 16(1)(e)). CEDAW-kommittén som övervakar konventionens efterlevnad har också betonat att kvinnor inte kan fatta välinformerade beslut om användandet av säkra och pålitliga preventivmedel om de inte har fått adekvat information och preventivmedelsrådgivning.³⁵

Andra FN-övervakningskommittéer för de mänskliga rättigheterna har rekommenderat stater att förbättra tillgången till säkra och billiga preventivmedel. Stater har också uppmanats att specifikt se till att kvinnor och män och unga människor har tillgång till kondomer och att information om kondomanvändning sprids inom ramen för program för hiv-prevention.

ERFARENHETER FRÅN FÄLTET

Dialog om sexualitet och jämställdhet med unga män och lokala ledare inom ramen för RFSU:s projekt 'Young Men as Equal Partners' i Tanzania, Zambia, Uganda och Kenya 2006–2009 resulterade i en ökad efterfrågan på sexualundervisning och sexuell och reproduktiv service. Såväl antalet kliniker för rådgivning som kondomanvändningen ökade vilket bidrog till att förekomsten av sexuellt överförbara infektioner och tonårsgraviditeter minskade i projektområdena.

Biståndsfinansiering till familjeplanering har minskat.³⁶ Studier visar att insatser för bekämpning av hiv och aids är de insatser som får mest stöd inom SRHR-området idag. Även om insatser mot hiv och aids med fördel kan integreras i och skapa synergieffekter med andra SRHR-insatser är det viktigt att inte försumma andra SRHR-frågor. Även om vissa framsteg vad gäller till exempel mödradödlighet kan noteras i en del länder måste mödrhälsovård och tillgång till kondomer och andra preventivmedel i världen förbättras avsevärt om FN:s millennieutvecklingsmål 4, 5 och 6 ska kunna förverkligas till år 2015.

Dialoger kring nationella budgetar i samband med uppföljning av nationella strategier för fattigdomsbekämpning, hälsosektorstöd eller handlingsplaner för uppbyggnad av hälsosystem kan utgöra viktiga ingångar för att lyfta frågan om sexuell och reproduktiv hälsovård. Det kan till exempel gälla att aktivt verka för att adekvata utgiftsposter för bl.a. preventivmedel, kondomer, provtagning, rådgivning, barnmorskor, akut p-piller, vård efter

Sveriges ståndpunkt och huvudbudskap: Tillgång till kondomer och andra preventivmedel är ett viktigt medel för att undvika oönskade graviditeter. Användning av kondomer är också en förutsättning för ett effektivt förebyggande arbete mot spridningen av hiv och andra sexuellt överförbara infektioner.

osäkra aborter, mödravård, hiv-testning och bromsmediciner finns med i nationella budgetar.

Preventivmedelsanvändning främjar utveckling på alla nivåer, d.v.s. för individer, familjer, lokalsamhällen och nationer. Investeringar i sexuell och reproduktiv hälsa och preventivmedel stärker familjers möjlighet att klara sin försörjning och kan sänka de offentliga utgifterna för hälsovård och annan social service. Att öka tillgången till kondomer och preventivmedel är således ett kostnadseffektivt sätt att främja fattigdomsminskning på. Vidare skulle flera av FN:s millenniemål kunna uppnås om det satsades mer på sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive på kondomer och andra preventivmedel.

NEDAN FÖLJER ETT ANTAL VANLIGT FÖREKOMMANDE PÅSTÅENDEN OM KONDOMER OCH ANDRA PREVENTIVMEDEL SAMT FÖRSLAG PÅ HUR DESSA PÅSTÅENDEN KAN BEMÖTAS:

"Information om preventivmedel och kondomer leder till ökad sexuell aktivitet."

Det finns ingen forskning eller studier som visar att information om kondomer eller preventivmedel skulle leda till ökad sexuell aktivitet. Däremot finns det studier som visar att okunskap leder till ökat sexuellt risktagande.⁴⁰

På många håll är kondomanvändning en moralisk fråga och där kondomer ibland kommit att symbolisera otrohet, promiskuitet och sex före äktenskapet. Personliga religiösa eller moraliska övertygelser bör dock inte påverka andra människors individuella möjlighet att själva välja om de vill använda kondom eller ej. Korrekt använda kondomer, både manliga och kvinnliga, är i nuläget det enda effektiva preventivmedlet mot överföring av hiv och andra sexuellt överförda infektioner för individer som är sexuellt aktiva.

"Det lönar sig inte att satsa på preventivmedel och kondomer. De flesta här vill ändå ha stora familjer."

De flesta familjer vill faktiskt ha så stora familjer som de kan ta hand om. Mer än 200 miljoner kvinnor som vill skjuta upp eller begränsa sitt barnafödande saknar tillgång till moderna preventivmedel. Under 2009 var upp till 50 procent av alla graviditeter oplanerade och 25 procent var oönskade globalt sett.

Studier visar också att kvinnor som kan planera sitt barnafödande vinner såväl personliga som ekonomiska fördelar. I Filip-

pinerna var den genomsnittliga inkomstillväxten för kvinnor dubbelt så hög om man hade genomgått tre graviditeter än om man hade genomgått mer än sju graviditeter.⁴¹

- En tredjedel av mödradödligheten skulle kunna undvikas enbart genom att förbättra kvinnors tillgång till effektiva preventivmedel.
- 200 miljoner kvinnor saknar preventivmedel trots att de vill ha dem.
- Den totala efterfrågan på preventivmedel beräknas öka med 40 procent inom dekommande 15 åren.³⁷ Detta bottnar delvis, men inte uteslutande i ett bristande finansiellt stöd, liksom i ett akut behov av att göra omprioriteringar inom befintliga insatser och investeringar.
- Mödradödligheten skulle kunna halveras och sjukvårdskostnader minskas påtagligt om större investeringar görs för att förbättra tillgängligheten till kondomer och andra preventivmedel.³⁸ Bristande infrastruktur, i form av transportmöjligheter och logistikproblem leder också till att preventivmedel, läkemedel och sjukvårdsutrustning för sexuell och reproduktiv hälsa inte når ut till alla som behöver dem.
- I Thailand satsade myndigheterna på 1990-talet på en "100 procent"-kampanj gällande kondomanvändning på bordeller. Detta ledde till att kondomanvändningen ökade från 14 till 95 procent över fem år och att STI under samma tidsperiod minskade från 400 000 till 30 000 fall per år.³⁹

35. Convention on the Elimination of Discrimination against Women, General Recommendation No. 21, *Equality in marriage and family relations*, (13th session, 1994).

36. EURONGOS, DSW, EPF Euromapping, *Mapping European development aid and population assistance* (2008).

37. UNFPA, *No Woman Should Die Giving Life* (2008).

38. Guttmacher Institute, UNFPA, *Adding it Up – Costs and Benefits of Family Planning and Maternal and Newborn Health Services* (2009).

39. WHO Regional office for the Western Pacific, *Fact sheet: Condom facts and figures* (2003).

40. Guttmacher, UNFPA, *Adding it Up – The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (2009).

41. UNFPA, *State of the world population* (2005).



HIV OCH AIDS

Bekämpning av hiv och aids kräver ett aktivt engagemang, ansvarsfullt ledarskap och kraftfulla åtgärder från många olika aktörer. Hiv och aids utgör en komplex utmaning och är ett av de största globala hoten mot fattigdomsminskning och en rättvis och hållbar utveckling. Dock finns positiva trender: spridningen av hiv ser ut att stabiliserats på flera håll i världen och genom internationella satsningar och länders ansträngningar har idag mer än 4 miljoner människor som lever med hiv och aids i låg- och medelinkomstländer tillgång till kondomer och bromsmediciner.⁴²

VARFÖR SKA SVERIGES ARBETE FÖR ATT BEKÄMPA HIV OCH AIDS SKE INOM RAMEN FÖR SRHR?

Den svenska regeringen antog 2008 en policy för *Sveriges internationella hiv- och aidsarbete; Rätten till en framtid*. Policyn betonar att mänskliga rättigheter, arbete med att främja jämställdhet och bekämpning av hiv och aids är intimt sammankopplade. Sårbarheten för hiv-infektion hos individer och grupper av människor ökar när de mänskliga rättigheterna – särskilt sexuella och reproduktiva rättigheter – inte respekteras. Således måste respekten för de mänskliga rättigheterna stärkas och jämställdheten mellan könen öka för att hiv och aids effektivt ska bekämpas. Sverige har i policyn lyft fram två centrala områden i arbetet mot hiv och aids: att förebygga spridning av hiv och att mildra de långsiktiga effekterna av hiv och aids för individer och samhällen.⁴³

Det starka stigma som idag omger hiv har lett till att hiv-positiva personer och deras anhöriga i många avseenden lever i utanförskap och ibland utsätts för våld och trakasserier. Det leder också till att många undviker att testa sig för att undvika stigma och diskriminering.

Människor som lever med hiv måste ha lika tillgång till hälsovård, utbildning, information, rådgivning om SRHR, och till preventivmedel som kondomer. De har också rätt till att slippa utsättas för våld och bör ges möjlighet till ett aktivt deltagande vid formuleringen och genomförandet av hiv-policyer och program.

INGÅNGAR TILL DIALOG OM HIV OCH AIDS

Prevention av hiv är en prioriterad svensk fråga och bör därför lyftas i dialogen. Här handlar det i stor utsträckning om att integrera ett rättighets- och jämställdhetsperspektiv i de insatser som görs, samt att påverka och föra en dialog om genomförandet och uppföljningen

av befintliga policyer, handlingsplaner, riktlinjer och budgetar.

Många av de mänskliga rättigheterna aktualiseras i diskussioner kring hiv och aids, exempelvis rätten till tillgång till mediciner och rätten att inte bli diskriminerad. FN:s kommitté för mänskliga rättigheter har under rubriken 'Rätten till liv' uppmanat stater att tillhandahålla bromsmediciner till människor som lever med hiv och aids.

- De delar av världen som är fattigast har drabbats hårdast av hiv och aids. Idag lever 33 miljoner människor med hiv, varje år smittas 2,7 miljoner. Av dessa är 45 procent unga människor mellan 15 och 24 år, merparten av dessa lever i fattiga länder.⁴⁴ Fattigdom, brist på jämställdhet och sexuellt våld leder till att flickor och kvinnor, framförallt i Afrika söder om Sahara i större utsträckning än män lever med hiv och aids.
- Hiv och aids orsakar förutom personliga tragedier stora problem för samhället i stort. Konsekvenser av hiv-pandemin omfattar allt från sänkt bruttonationalinkomst till en decimerad lärar- och tjänstemannakår. De flesta människor som lever med hiv har blivit smittade genom sexuella kontakter. Insatser för att möta hiv-epidemin måste därför handla om sexualitet och rättigheter. Det innebär konkret att insatser för att förebygga hiv måste innehålla sexualundervisning, kondomanvändning och jämställdhet.

Artikel 12 (2) (c) i konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter handlar om rätten till prevention, behandling och kontroll av epidemiska sjukdomar och innebär att regeringar behöver inrätta preventions- och utbildningsprogram för hälsoproblem som sexuellt överförbara infektioner, inklusive hiv och aids.⁴⁵

I deklarationen från FN:s generalförsamlings specialsession om hiv och aids (HIV-UNGASS) 2001 förband sig alla FN:s medlemsstater att sätta upp tidsbestämda mål och att regelbundet följa upp arbetet. Vid uppföljningen 2006 skrev man under en ny deklaration med tydliga skrivningar om allmän tillgång till prevention, medicin och vård till 2010.

Hiv-epidemierna ser mycket olika ut i olika delar av världen. Det är därför viktigt att göra en analys av hur epidemin ser ut

Sveriges ståndpunkt och huvudbudskap: Sveriges internationella arbete på hiv- och aidsområdet ska ses i sammanhanget av SRHR och präglas av kravet på stärkt respekt för de mänskliga rättigheterna och ökad jämställdhet. Effekterna av hiv och aids berör inte bara hälsosektorn utan även andra samhällsområden.

där man befinner sig för att identifiera lämpliga ingångar för dialog och kontextspecifika insatser. I vissa länder är epidemin koncentrerad till särskilda grupper medan den i andra länder omfattar den generella befolkningen i större utsträckning. I Afrika söder om Sahara är 57 procent av dem som lever med hiv kvinnor. Många av dem smittas inom äktenskapet. Även i andra regioner är det framförallt kvinnor och flickor som smittas i allt högre grad. Insatser för att främja jämställdhet och kvinnors rättigheter liksom att motverka den ökande feminiseringen av hiv-epidemin är därför viktiga.

Män som har sex med män, kvinnor och män i prostitution samt sprutnarkomaner lämnas ofta utanför insatser, vilket bidrar till att ytterligare öka dessa gruppers utsatthet och utanförskap. Dessa grupper måste också omfattas av kontextspecifika insatser och beredas möjlighet att delta i utformningen av preventionsprogram.

ERFARENHETER FRÅN FÄLTET

På ambassaden i Pretoria har man erfarit att det finns goda möjligheter att föra dialog om olika SRHR-frågor inom ramen för hiv och aids-arbetet. Sydafrika har en relativt progressiv lagstiftning vad gäller mänskliga rättigheter som delvis utvecklades inom ramen för nationella hiv och aids-insatser. Det har kommit att betyda att arbetet med att bekämpa stigma och diskriminering av hiv-positiva tydligt kopplats till MR-frågor. På grund av de tydliga konsekvenserna av hiv och aids i det sydafrikanska samhället, har en större öppenhet kring kontroversiella frågor såsom sexualundervisning, preventivmedel samt kvinnor och HBT-personers rättigheter utvecklats i landet, vilket ger en bra grund för fortsatt SRHR-dialog.

Unga människors sexualitet och rättigheter är tabubelagt och svårt att prata om i många samhällen. Det är dock omöjligt att nå FN:s utvecklingsmål utan att satsa på hälsa och rättigheter för den stora grupp som unga kvinnor och män utgör. Unga människor måste få information om hur kroppen fungerar och om sex och samlevnad. De måste också få tillgång till hälsovård som inte är fördömande eller diskriminerande, så att de kan testa sig, få rådgivning och tillgång till preventivmedel.

När personer diskrimineras på grund av kön, sexuell läggning eller andra faktorer ökar deras utsatthet och risken att drabbas av hiv. För att kunna förhindra spridningen av hiv måste traditionella könsroller utmanas. Det är också en svensk profil- och dialogfråga att finna former för att involvera män i detta arbete. Män och pojkar måste exempelvis kunna ta ansvar för sin egen sexualitet genom att respektera kvinnors och flickors mänskliga rättigheter, samt ifrågasätta sitt eget sexuella beteende, genom att till exempel använda kondom och ta avstånd från alla former av könsrelaterat våld gentemot kvinnor och flickor.

I och med kvinnors underordnade ställning och brist på sexuellt förhandlingsutrymme är den kvinnliga kondomen ytterst viktig. Den kvinnliga kondomen ger kvinnor möjligheten att själva kontrollera användande av kondom och bör marknadsföras och distribueras i en långt högre utsträckning än vad som görs idag. Samtidigt bör satsningar på att ta fram nya preventiva metoder, som microbicer och vaccin fortsätta att finansieras, men forskning om dessa pågår fortfarande och det kommer att dröja tills det finns effektiva medel som är allmänt tillgängliga.

De stora globala initiativ som har tagits för att stoppa spridningen av hiv har inte alltid inkluderat SRHR, trots den uppenbara kopplingen mellan sexualitet, jämställdhet, makt och spridningen av hiv. Sverige har till exempel inom Globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria⁴⁶, tillsammans med andra aktörer, verkat för att SRHR-organisationer ska kunna ta del av globala fondens program och att policyer och riktlinjer för hur medlen utbetalas även måste komma SRHR-initiativ till del. Att följa upp genomförandet av detta arbete på land- och regionnivå är en viktig ingång för representanter för Sverige. Det är viktigt att ta reda på vem som får ta del av de pengar som kommer från de stora globala initiativen och att ställa krav på att dessa även bejakar jämställdhet och mänskliga rättigheter, liksom att organisationer, program och projekt som arbetar med HBT-personers rättigheter och unga människors rättigheter också får tillgång till finansiering.

Stöd till civilsamhälleorganisationer som arbetar med ett integrerat perspektiv på SRHR och hiv bör utgöra ett väsentligt inslag i utformningen av riktlinjer och policyer på såväl nationell som lokal nivå. Det är därför viktigt att påverka processerna i exempelvis Globala Fondens Country Coordinating Mechanisms (ccm) för att säkerställa att en bred och väl förankrad syn på

preventionsarbete som innehåller kondomanvändning, sexualundervisning, jämställdhet och ett fokus på kvinnor, ungdomar och grupper som är särskilt utsatta.

I många länder kan dialog och samarbete med progressiva, pragmatiska religiösa ledare vara av stor betydelse. De kan till exempel vara nyckelpersoner i dialoger om flickors rätt till utbildning, våld mot kvinnor samt att involvera män i insatser för att hindra spridningen av hiv liksom för att främja sexuell och reproduktiv hälsa överlag.

NEDAN FÖLJER ETT ANTAL VANLIGT FÖREKOMMANDE PÅSTÅENDEN OM HIV OCH AIDS SAMT FÖRSLAG PÅ HUR DESSA PÅSTÅENDEN KAN BEMÖTAS:

"Kondom skyddar inte mot hiv och aids"

Det stämmer inte att kondomer inte skyddar mot hiv och aids. En hel kondom som används på rätt sätt är i dagsläget det enda som effektivt skyddar mot hiv-överföring. Det är ett billigt och enkelt redskap för att säkra hälsan hos sin befolkning. Motståndet mot kondomanvändning från religiöst och politiskt håll är stort i många delar av världen. Detta avspeglas såväl i budskap och kampanjer i länder som i personliga ställningstaganden från politiska och religiösa företrädare.

"Avhållsamhet är det enda sättet att undvika hiv och aids"

Att inte ha sex överhuvudtaget gör att överföringen av hiv via sexuella kontakter elimineras. Detta är dock inte ett långsiktigt alternativ för de flesta människor. Människor har sex för att de söker intimitet och vill, men ibland tyvärr också för att de blir tvingade till det. Eftersom människor har sex måste de ha kunskap om hur man skyddar sig mot hiv och andra sexuellt överförbara infektioner.

"Förebyggande arbete lönar sig inte"

Jo, studier visar att förebyggande hiv-insatser är upp till 28 gånger mer kostnadseffektivt än behandlings- och sjukhusvård-insatser. Alla som är smittade måste få tillgång till behandling, men med tanke på det stora antal som infekteras varje dag (7 400) måste stora resurser läggas på förebyggande insatser för att effektivt stoppa spridningen.⁴⁷ När två personer får tillgång till bromsmediciner är det fem personer som samti-

digt nyinfekteras med hiv. Antalet nysmittade överstiger med andra ord antalet personer som påbörjar hiv-medicinering.⁴⁸ Att investera i förebyggande arbete är därför absolut nödvändigt för att vända utvecklingen. I länder där hiv-prevalensen är utbredd i befolkningen innebär detta stora förluster av humankapital och institutionellt minne vad gäller exempelvis lärare, hälsopersonal och andra viktiga samhällsfunktioner. Detta i sin tur leder till att redan hårt ansträngda utbildnings- och hälsosystem belastas ytterligare och riskerar att försämr

42. WHO, *Towards universal access: scaling up priority hiv/aids interventions in the health sector. Progress report* (2009).

43. Regeringskansliet, *Rätten till en framtid Policy för Sveriges internationella hiv- och aidsarbete* (2008), s. 6.

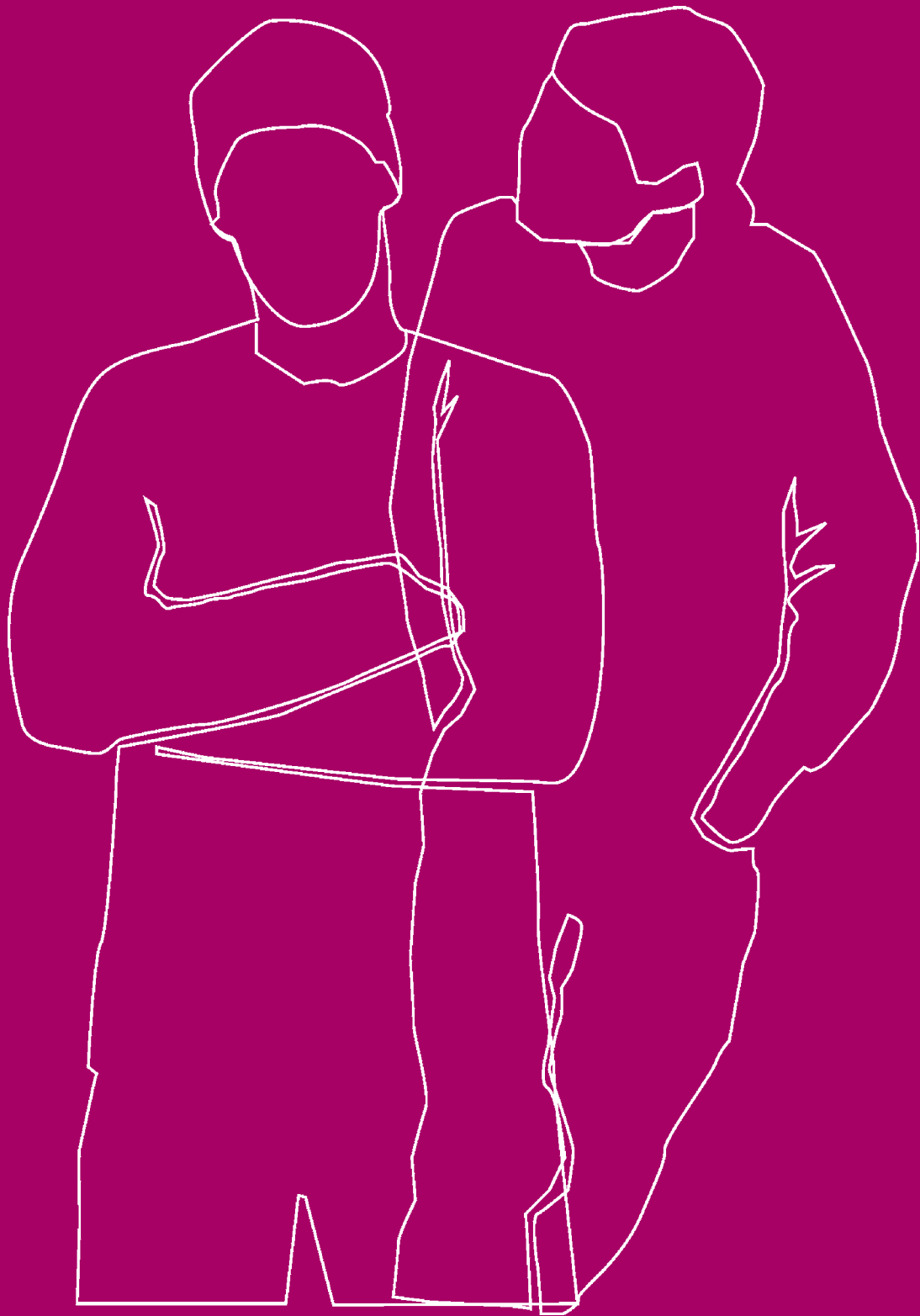
44. UNAIDS, *08 Report on the Global Aids Epidemic* (2009).

45. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: *The right to the highest attainable standard of health*, w/c.12/2000/4 (2000).

46. Läs mer om Globala fondens arbete på: www.theglobalfund.org

47. *Fact sheet for the High level event on the Millennium development goals*, United Nations headquarters, New York, September 2008.

48. UN General Assembly Sixty-fourth session Agenda item 44, *Implementation of the Declaration of Commitment on Hiv/Aids and the Political Declaration on Hiv/Aids Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on Hiv/Aids and the Political Declaration on Hiv/Aids Report of the Secretary-General* (2010).



HOMOSEXUELLA, BISEXUELLA OCH TRANSPERSONERS RÄTTIGHETER (HBT-FRÅGOR)

VARFÖR ARBETA FÖR HBT-PERSONERS RÄTTIGHETER?

Homosexuella, bisexuella och transpersoner (HBT) utsätts på många håll i världen för diskriminering, förföljelse, social marginalisering och våld, inklusive sexuella övergrepp. I vissa länder är det som anses vara en avvikande sexuell läggning, identitet eller könsuttryck från den heterosexuella normen förenligt med fängelsestraff, tortyr och avrättning. För att HBT-personers mänskliga rättigheter ska skyddas och respekteras och för att de ska kunna bidra till samhällsutvecklingen, är det viktigt att deras situation och utsatthet synliggörs.⁴⁹

Diskriminering av HBT-personer och kränkning av deras rättigheter förekommer överallt i världen. Att motverka t.ex. diskriminerande lagstiftning vad gäller HBT-personers rättigheter utgör en viktig dialogfråga i bilaterala samarbeten, inom EU-samarbetet och i globala mellanstatliga sammanhang.

Diskriminering och stigmatisering gör att HBT-personer ofta lever i ett socialt och ekonomiskt utanförskap då de kan ha svårt att få tillgång till eller behålla ett arbete. Många HBT-personer tvingas skapa och/eller söker sig till sociala nätverk vid sidan av det etablerade samhället, då de ofta utesluts från familj, vänner, föreningar och andra samhällsgemenskaper.⁵⁰ Alla har rätt till information, hälsovård och skydd mot att smittas av olika sexuellt överförda infektioner. Till följd av samhällets exkludering av HBT-personer riskerar de dock att inte nås av information om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, inklusive om säkrare sex eller hälsovård såsom hiv-prevention. Vidare riskerar HBT-personer som söker sig till sjukvården att nekas vård och stöd på grund av sin sexuella läggning eller könsidentitet. Transpersoner möter stort socialt förtryck och erkänns sällan som en viktig intressentgrupp i diskussioner kring hiv-prevention och sexualitet.

INGÅNGAR TILL DIALOG OM HBT-PERSONERS RÄTTIGHETER

Diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet står i strid med den grundläggande principen om alla människors lika värde och rättigheter. Sexuell läggning upptas inte uttryckligen bland diskrimineringsgrunderna i FN:s konventioner. De kommittéer som granskar efterlevnaden av FN:s två centrala konventioner för mänskliga rättigheter (ICCPR och ICESCR) har dock slagit

fast att diskrimineringsförbudet i dessa även omfattar sexuell läggning, liksom Europadomstolen vad gäller diskrimineringsförbudet i Europakonventionens artikel 14.⁵¹

2006 utvecklade ett antal människorättsexperter de s.k. Yogyakarta-principerna som visar hur de mänskliga rättigheterna kan tillämpas i förhållande till sexuell läggning och könsidentitet. Yogyakarta-principerna behandlar bland annat rätten till liv, frihet, privatliv, tillgång till rättvisa samt frihet från våld, tortyr och godtyckliga arresteringar.⁵²

- I över 85 länder i världen är sexuella handlingar mellan vuxna av samma kön förbjudet enligt lag.⁵³
- I åtta länder är homosexualitet belagt med dödsstraff.⁵⁴
- Brist på adekvat rättsligt skydd av HBT-personer är vanligt även i de stater som inte utdelar dom om döds- eller kroppsstraff mot HBT-personer.
- Trakasserier från polis är vanligt förekommande, liksom straffrihet för förövare.
- I vissa delar av världen riskerar kvinnor som inte passar in i den heterosexuella normen att utsättas för s.k. kurativa våldtäkter, där förövarnas uttalade syfte är att "bota" den utsatta kvinnan från sin sexuella läggning.⁵⁵

I december 2008 lanserades FN en deklaration om avkriminalisering av HBT-personer i samband med generalförsamlingen. Deklarationen har hittills undertecknats av nära 70 länder inklusive USA och EU:s samtliga medlemsstater.

Det är staters ansvar att se till att individer inte diskrimineras. HBT-personer och deras familjer utsätts för många risker. Rättsystemet undermineras eftersom straffrihet är vanlig när det gäller våldsbrott mot HBT-personer. Förutom ett stort lidande för de berörda individerna, skapar en sådan situation social otrygghet och spänningar i samhället. Även om homosexuella handlingar eller manifesterade transidentiteter inte är kriminella enligt nationell lagstiftning kan dessa könsuttryck uppfattas som att de bryter mot rådande kulturella värderingar och den lokala synen på sedlighet.

HBT-PERSONERS RÄTTIGHETER – ETT LYXPROBLEM?

HBT-frågor är i allra högsta grad en rättighetsfråga med bäring på hälsa, fattigdomsbekämpning och välbefinnande samt på målet

Sveriges ståndpunkt och huvudbudskap: Alla människor har rätt att få sina sexuella och reproduktiva rättigheter tillgodosedda. Grundläggande för arbetet med att främja HBT-personers villkor och möjligheter är principen om icke-diskriminering samt alla människors lika värde och rätt till lika behandling.

om en rättvis och hållbar global utveckling. Förutom kännedom om det lokala sammanhanget är det värdefullt att väga in utvecklingen i Sverige och hur situationen för HBT-personers rättigheter har förändrats genom åren. Avvisande beteenden och negativa attityder gentemot HBT-personer som i vissa sammanhang tidigare betraktades som moraliskt rätta i Sverige ses idag ofta som gammalmodiga och bakåtsträvande. Många andra samhällen och länder i världen har genomgått eller genomgår en liknande förändringsprocess av normer.

ERFARENHETER FRÅN FÄLTET

I Vietnam är det svårt att arbeta med HBT-frågor. Enligt ambassaden i Hanoi är dessa frågor föremål för väldigt liten om ens någon uppmärksamhet. I dialogen om hiv och aids har frågan om män som har sex med män delvis kunnat lyftas in.

Sedan 2008 samarbetar ambassaden med en vietnamesisk NGO som arbetar för HBT-personers rättigheter. Sverige är det första landet som stödjer en organisation som arbetar uttalat med lesbiska kvinnors rättigheter i Vietnam.

”Som ett resultat av det svenska stödet finns det nu 15 minuters rådgivning live i Radio FM varje söndag i Vietnam. Det är en hotline för lesbiska kvinnor där de kan ringa direkt till programmet för att få rådgivning och stöd.”

Tjänsteman på Sveriges ambassad i Hanoi

Försiktighet är viktigt när man samarbetar med aktörer i det civila samhället. I länder där homosexualitet är kriminaliserat eller inte socialt accepterat kan det vara förenat med (livs)fara för HBT-personer att träda fram eller bli exponerade av andra. Lokalanställd personal som arbetar med dessa frågor vid svenska ambassader kan också riskera att utsättas för hot och trakasserier. Att genom diplomati och dialoger på olika nivåer arbeta för förändrad lagstiftning och att stödja MR-försvare är därför av största vikt i sådana situationer.

I länder där det finns ett gott lagskydd bör arbetet framförallt handla om att övertyga makthavare om vikten av att se till att lagar efterlevs och att olika institutioner i samhället inte diskriminerar HBT-personer.

Det underlättar i dialogen om man är förberedd på att möta direkta faktafel liksom känslomässig argumentation.

NEDAN FÖLJER ETT ANTAL VANLIGT FÖREKOMMANDE PÅSTÅENDEN OM HBT-PERSONER SAMT FÖRSLAG PÅ HUR DESSA PÅSTÅENDEN KAN BEMÖTAS:

”Rättigheter för HBT-personer är att likställa med att godkänna pedofili.”

Det finns en tydlig distinktion mellan sexuella handlingar mellan vuxna människor som är uttryck för ömsesidighet och brotts handlingar som kränker och utnyttjar andra människor (såsom pedofili och andra övergrepp mot barn eller våldtäkt).

”Rättigheter för HBT-personer leder till ökad spridning av hiv”

HBT-personer löper en högre risk att drabbas av hiv och aids just för att de är diskriminerade och därför inte nås av generella och förebyggande insatser, samtidigt som de kan vara rädda för att uppsöka hälsovård. Öppenhet kring dessa frågor har därför potential att minska spridning av hiv.

”HBT-rättigheter underminerar äktenskapets fortlevnad.”

De mänskliga rättigheterna gäller alla människor inklusive HBT-personer. Det handlar inte om särskilda rättigheter för någon enskild grupp. Ökade medborgerliga och sociala rättigheter har genom historien lett till mer stabila samhällen, med starkare utveckling och mindre fattigdom. Att erkänna och stärka HBT-personers mänskliga rättigheter innebär heller inte att andra människors rättigheter eller möjligheter inskränks när det gäller kärlek eller äktenskap.

”Homosexualitet är onaturligt, omoraliskt och fel. Homosexuella bör inte få finnas.”

De mänskliga rättigheterna gäller alla människor oavsett sexuell läggning och stater och omgivningens åsikter kring individens livsval. I dessa frågor behöver man alltså inte ge sig in i en argumentation i huruvida man tycker att homosexualitet är rätt eller fel, naturligt eller onaturligt. Oavsett vad man känner inför andra människors individuella val av kärleks- eller livspartner finns det alltid utrymme att argumentera för de mänskliga rättigheternas okränkbarhet för alla människor. Innehållet i påbud om

sedlighet och moral är liksom andra kulturella föreställningar, traditioner och uttryck föränderliga.

"Homosexualitet är ett västerländskt påhitt, finns inte i vår kultur."

HBT-personer finns i alla länder. En anledning till att de kan uppfattas som fler i exempelvis Europa och USA kan bero på att de i dessa regioner har visst skydd i lagen liksom en möjlighet att välja att leva öppet med en sådan identitet.



49. Utrikesdepartementet, *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (2006), s. 17.

50. RFSL, *HBT i utveckling* (2008).

51. Regeringens skrivelse 2007/2008, *Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik*, s.25.

52. Yogyakartaprinciples.org

53. RFSL, *HBT i utveckling* (2008).

54. Förenade Arabemiraten, Iran, Jemen, Mauretanien, Nigeria, Saudiarabien, Somalia och Sudan.

55. RFSL, *HBT i utveckling* (2008).



KÖNSRELATERAT VÅLD

VARFÖR SKA SVERIGE DRIVA FRÅGOR OM KÖNSRELATERAT VÅLD?

Könsrelaterat våld förekommer överallt i världen och skiljer sig från annat våld genom att det drabbar individer på grund av deras kön eller könsuttryck, och på grund av de förväntningar som är förknippade med kulturella uppfattningar om kvinnligt och manligt. Det är framförallt män och pojkar som utsätter flickor och kvinnor för våld och detta hänger nära samman med kvinnors och flickors låga ställning generellt i relation till mäns och pojkars. Män som inte lever upp till normer för hur en man ska vara eller bete sig kan också utsättas för våld av andra män. Könsrelaterat våld kan vara kopplat till hedersrelaterat våld och våld mot HBT-personer, vilket ofta också bottnar i kulturella värderingar.

- 20 procent av världens kvinnor kommer någon gång under sin livstid att utsättas för en våldtäkt eller ett våldtäktsförsök.
- 33 procent kommer att utsättas för våld, trakasserier eller övergrepp i en nära relation.
- Av de sexuella övergreppen begås 50 procent mot flickor under 15 år, oftast inom ett tvångsäktenskap. Det sexuella våldet bidrar till spridningen av sexuellt överförbara infektioner inklusive hiv. Våld och våldtäkt inom äktenskapet anses inte som brottsliga handlingar i många länder. Undersökningar visar att även många kvinnor accepterar våld inom äktenskapet. Våld mot kvinnor orsakar lika många dödsfall och allvarliga men som cancersjukdomar gör bland kvinnor i åldrarna 15 till 44 år.⁵⁶
- I vissa länder uppgår kostnader för könsrelaterat våld till en betydande andel av den totala BNP, och omfattar förutom höga kostnader för sjukhusvård och annan samhällsservice även utebliven produktivitet.

En stor del av det könsrelaterade våldet som har anknytning till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är osynligt, exempelvis sexuella övergrepp i hemmet och våldtäkt inom äktenskapet. Könsrelaterat våld är ofta djupt rotat i kulturella sedvänjor och traditioner. Skadliga traditioner och sedvänjor som till exempel kvinnlig könsstympning, tvångsäktenskap och barnäktenskap inskränker flickors och kvinnors rätt att bestämma

över sina egna kroppar. FN definierar dessa handlingar som könsrelaterat våld och har slagit fast att de inte kan ursäktas med hänvisning till kultur eller religion. Dialogen om sådana former av könsrelaterat våld kan ske inom ramen för staters åtaganden vad gäller implementering och uppföljning av internationella, regionala och nationella lagar och överenskommelser som förbjuder skadliga traditioner och sedvänjor.⁵⁷

Könsrelaterat våld, våldtäkt eller sexuella övergrepp skapar fysiska och psykiska trauman. Förutom skador, ångest och rädsla begränsar våldet kvinnors och flickors möjligheter att utbilda sig, arbeta och bidra till utveckling. Kvinnor och flickor som blivit utsatta för sexuellt våld stigmatiseras ofta och utesluts ur familjegemenskapen, vilket gör att de kan stå helt utan sina vanliga sociala skyddsnet. Eftersom det är kvinnor i de flesta samhällen som ansvarar för vård av barn, sjuka och äldre riskerar våld mot kvinnor att även få negativa effekter på övriga familjen, inte minst för barn som föds till följd av en våldtäkt. Det behövs stöd, rådgivning och uppsökande verksamhet riktade såväl till utsatta kvinnor och flickor, som till män, familjer och lokala samhällen för att de som drabbats av våld ska kunna bistås på ett effektivt sätt. Här finns mycket kunskap att hämta från lokala kvinnoorganisationer och nätverk.

KÖNSRELATERAT VÅLD OMFATTAR MÅNGA OLIKA TYPER AV VÅLD

Omkring 3 miljoner flickor könsstympas varje år.⁵⁸ Flera former av könsstympning av flickor är mycket hälsofarliga och leder till blödningar, svåra infektioner och alltför ofta till bestående men eller dödsfall, bland annat i samband med barnafödande senare i deras liv. Könsstympning kopplas ofta till flickors framtida identitet som "riktiga" och vuxna kvinnor, och till deras utsikter att bli gifta.

Könsrelaterat våld tenderar att öka i krissammanhang och våldtäkt och annat sexuellt våld används i många fall som en medveten strategi och ett vapen i krig och konflikt. De stridande parterna i krig och konflikt använder ofta sexuellt våld för att förödmjuka och förnedra sina offer och att förstöra lokalsamhällets sociala struktur. Sexuellt våld i konfliktsituationer kan rubriceras som ett krigsbrott eller ett brott mot mänskligheten. Graden av straffrihet är dock stor och det kan vara mycket svårt

Sveriges ståndpunkt och huvudbudskap: Könslaterat våld är ett stort globalt problem. Våldet inkräktar på individers möjligheter att åtnjuta de mänskliga rättigheterna, urholkar säkerheten och rättstatens principer, och innebär stora ekonomiska kostnader för samhället.

att lagföra och straffa de som begår dessa brott. Sexuellt våld i konflikt- och postkonfliktsituationer drabbar framför allt kvinnor och flickor, men även män och pojkar.

Kvinnor och flickor med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning är mycket utsatta när det gäller könslaterat våld. De är ofta beroende av sina familjer, sin partner eller institutionspersonal, och vågar ofta inte rapportera våld och övergrepp. En bristande eller obefintlig självkänsla leder även till ökad utsatthet. Kvinnor och flickor med funktionsnedsättning måste få sina rättigheter tillgodosedda och ha tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa.

ERFARENHETER FRÅN FÄLTET

I Etiopien finns det en stark koppling mellan utbildningsnivå för kvinnor och mödra- och barnadödlighet samt en stor acceptans för våld mot kvinnor. På ambassaden i Addis Abeba har dialogen varit kopplad till utbildningsområdet och där har man arbetat med jämställdhet och könslaterat våld som viktiga frågor. På detta sätt kan man också utöka frågorna och dialogen kan komma att fokusera på jämställdhet.

Den vanligaste formen av könslaterat våld är det våld som kvinnor utsätts för av sin egen partner, far, bröder eller andra manliga släktingar. Denna sortens våld ses som en privat angelägenhet i de flesta samhällen. Detta hindrar många kvinnor från att söka den hjälp de behöver, såväl juridisk som medicinsk (bland annat i form av mödrhälsovård), och våldet kan därmed också få allvarliga konsekvenser för deras sexuella och reproduktiva hälsa. I vissa fall hotas kvinnor med våld då de ställer krav på sin partner vad gäller kondomanvändning eller hiv-testning. I sådana lägen är det troligt att kvinnan undviker detta och därmed utsätter sig för än större hälsorisker och/eller för en oönskad graviditet.

Våld, förtryck och mord i hederns namn är en form av våld som motiveras och rättfärdigas av att en kvinna eller flicka anses ha dragit skam över familjen genom beteende kopplat till sexualitet. Denna form av förtryck och våld drabbar inte bara kvinnor utan även unga män som inte rättar sig efter normen inom familjen.

Eftersom det i de allra flesta fall är män som utsätter kvinnor för könslaterat våld krävs stora insatser inriktade på att främja

beteende- och attitydförändringar hos män och pojkar. Män måste förstå vilken skada de orsaker genom att utöva våld mot kvinnor både fysiskt och psykiskt samt på vilket sätt barnen och resten av familjen drabbas.

Trots att problematiken kring könslaterat våld är mycket utbredd och allmänt känd måste både givarländer och partnerländer göra mycket mer när det gäller effektiva insatser för att bekämpa våldet.

INGÅNGAR TILL DIALOG OM KÖNSRELATERAT VÅLD

Könslaterat våld och framförallt sexuellt våld utfört av män mot kvinnor och flickor ökar spridningen av hiv, andelen osäkra aborter och mödradödlighet samt minskar kvinnors rörelsefrihet och möjlighet till utbildning, arbete och inflytande.

Våld mot kvinnor är ett problem inte bara för individer utan för samhället i stort och har bäring på viktiga samhällsområden. Bland annat kan kostnaderna, både ekonomiskt och vad gäller lidande både för kvinnan, hennes familj och för samhället i stort, vara avsevärda.

Könslaterat våld är ett folkhälsoproblem och en säkerhetsfråga. Det är också den fråga som flera multilaterala organ och kvinnorrättsorganisationer världen över anser vara det allvarligaste hotet mot kvinnors rättigheter, liv, hälsa och välbefinnande. Flera viktiga samhällsinstitutioner måste samverka för att kartlägga länders specifika situationer, och tillsammans formulera vad som bör göras. Forskning, datainsamling, lagstiftning och kunnig sjukvårdspersonal behövs. Planering och genomförande av insatser bör ske tillsammans med lokala myndigheter, samt med frivilligorganisationer, som dels har bred erfarenhet och kunskap på området och dels kan inge större förtroende bland utsatta kvinnor och flickor än statliga institutioner. Det är även viktigt att samarbeta med näringslivet och andra aktörer i den privata sektorn.

FN:s säkerhetsråd antog år 2000 resolution 1325, om kvinnor, fred och säkerhet. Denna resolution har åtföljts av resolution 1820 (2008), samt resolutioner 1888 och 1889 (2009), som förstärker staters åtaganden och ansvarighet när det gäller att bekämpa sexuellt våld i konflikt. Dessa resolutioner är viktiga verktyg och utgångspunkter för att driva frågor om kvinnors rättigheter i kris-, konflikt- och postkonfliktsituationer. Insatser för att bekämpa och förebygga könslaterat våld behövs på

många olika nivåer och områden. Det krävs först och främst politisk vilja och initiativ. Det behövs också lagstiftning, en fungerande polismakt, ett fungerande rättsväsende och system för hälsovård och annan samhällsservice. Könrelaterat våld är accepterat på många håll eller betraktas som att det tillhör den privata och inte den offentliga sfären. Följaktligen prioriteras våldet sällan tillräckligt högt av beslutsfattare och lagstiftare i många länder.

NEDAN FÖLJER ETT ANTAL VANLIGT FÖREKOMMANDE PÅSTÅENDEN OM KÖNSRELATERAT VÅLD SAMT FÖRSLAG PÅ HUR DESSA PÅSTÅENDEN KAN BEMÖTAS:

”Våld i hemmet är accepterat av såväl kvinnor som män i vårt samhälle. Detta är något som hör hemma i familjen.”

Oavsett vilka kulturella, religiösa eller traditionella argument som används för att försvara våld mot flickor och kvinnor är våld enligt lag förbjudet i de allra flesta länder och utgör en kränkning av de mänskliga rättigheterna. En viktig del i kampen mot könrelaterat våld är lagstiftning mot alla former av sexuellt våld, våld i nära relationer samt könsstympning, såväl som en rättsstat som ser till att lagarna efterlevs.

”Könrelaterat våld är en marginell fråga i fattigdomsbekämpningen”

Könrelaterat våld får långtgående konsekvenser för kvinnors liv och hälsa och följligen för familjer och samhället i stort. Förutom de fysiska och psykiska skador som uppkommer i samband med det faktiska våldet, leder våldet också till försämrade reproduktiv hälsa, med bland annat graviditetsrelaterade skador till följd. Könrelaterat våld gör också, framförallt kvinnor och flickor, mer utsatta för sexuellt överförda infektioner och hivsmitta. Kvinnors försämrade hälsa till följd av könrelaterat våld innebär att deras produktivitet sjunker och deras möjlighet att ta hand om sina familjer försämras. Detta är negativt för samhällsutvecklingen och därmed också för fattigdomsbekämpningen.

56. UNFPA, *State of the World Population* (2005).

57. Utrikesdepartementet, *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (2006), s. 17.

58. UNFPA, *A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting* (2007).



ANNEX I

SRHR: DEFINITIONER, TERMER OCH BEGREPP

När SRHR förhandlas på internationell och global nivå finns alltid ett visst motstånd som kan ha såväl religiösa, traditionella som politiska motiv. Det är särskilt vissa begrepp och ämnen som ifrågasätts. Även om inte detta gäller för alla politiska kontexter eller om olika ord har olika betydelse på olika platser är det viktigt att känna till SRHR-begrepp inklusive de som rönt mycket debatt internationellt. Denna kännedom är till hjälp när det gäller att finna ingångar till hur man kan närma sig dessa och ta upp dem i en dialog. Själva begreppet SRHR är till exempel inte accepterat i många sammanhang.

VAD ÄR SRHR?

Sexuell och reproduktiv hälsa definierades i handlingsprogrammet från FN:s befolkningskonferens (ICPD Programme of Action, PoA) i Kairo 1994. I denna definition ingår sexuell hälsa i begreppet reproduktiv hälsa. "a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capacity to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant." (ICPD PoA 7.2)

För Sverige är det viktigt att lyfta fram sexualitet som inte enbart syftar till reproduktion och därför använder Sverige begreppen "sexuell" och "reproduktiv" hälsa separerade. När frågor som rör människors sexualitet berörs i internationella sammanhang fokuserar debatten ofta på problem och negativa effekter. I många fall bortser man från sexualitetens positiva och livskvalitetshöjande funktioner. Sverige vill i stället betona att målet om en god sexuell hälsa är att människor ska ha lika möjligheter, rättigheter och förutsättningar att kunna bejaka sin sexualitet och bestämma över sin egen kropp.

REPRODUKTIV HÄLSA

En god reproduktiv hälsa förutsätter bland annat bra mödrahälsovård, d.v.s. mödra- och förlossningsvård, som innefattar akut obstetrik och kunskap om sexualitet och reproduktion, samt tillgång till preventivmedel och till säkra aborter.

REPRODUKTIVA RÄTTIGHETER

Reproduktiva rättigheter definieras enligt ICPD som rätten att fritt bestämma om antalet barn och tidsrymden mellan havandeskapen samt att få tillgång till upplysning och utbildning liksom till de medel som erfordras för att kunna utöva denna rätt.⁵⁹ Reproduktiva rättigheters innebörd debatteras ofta och är föremål för kontroverser, eftersom de också innebär rätten att begränsa sitt barnafödande och därmed indirekt rätten till abort. Abort omfattas inte explicit av referenser till reproduktiva rättigheter i de internationella MR-konventionerna, men Sverige driver detta som en viktig fråga inom ramen för bl.a. kvinnors rättigheter när det gäller hälsa och rätten att bestämma om sitt barnafödande som dessa slås fast i artikel 12 respektive artikel 16 i FN:s Kvinnokonvention (CEDAW).

SEXUELLA RÄTTIGHETER

Sexuella rättigheter har ännu inte definierats i internationella överenskommelser. Detta beror på att frågor om mänskliga rättigheter i förhållande till sexualitet av vissa stater anses för kontroversiella.

Sveriges position är att sexuella rättigheter ingår i de mänskliga rättigheterna som definieras i det internationella ramverket som består av FN-konventionerna. Detta innebär att människor, oberoende av kön, etnisk tillhörighet, funktionshinder, könsidentitet, eller sexuell läggning, har rätt till att bestämma över sin egen kropp, sexualitet och att inte vara utsatt för diskriminering, kränkning eller våld. Detta innebär bland annat att ha rätt att välja sin egen partner, välja att säga ja och nej till sex och bestämma om och när man vill ha barn.

Världshälsoorganisationen definierar i en rapport från 2002 sexuella rättigheter som följer: "Sexual rights embrace human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus statements."

They include the right of all persons, free of coercion, discrimination and violence, to:

- the highest attainable standard of sexual health, including access to sexual and reproductive health care services;
- seek, receive and impart information related to sexuality;
- sexuality education;
- respect for bodily integrity;
- choose their partner;
- decide to be sexually active or not;
- consensual sexual relations;
- consensual marriage;
- decide whether or not, and when, to have children; and
- pursue a satisfying, safe and pleasurable sexual life.”⁶⁰

International Planned Parenthood Federation, IPPF, en paraplyorganisation som samlar SRHR-organisationer över världen har tagit fram en deklaration som visar sexuella rättigheter som mänskliga rättigheter. IPPF har använt de mänskliga rättigheterna som grund och visat hur dessa kopplas till sexualitet och fysisk integritet.

HBT, SEXUELL LÄGGNING OCH SAMKÖNADE KÄRLEKSRELATIONER

I många länder är frivilliga sexuella handlingar mellan två personer av samma kön kriminaliserat och samkönade familjebildningar olagliga. Det handlar i grunden om icke-diskrimineringsprincipen och alla människors lika värde, mänskliga rättigheter och möjlighet att ta ansvar för och bestämma över sin egen kropp, och att tillsammans med andra kunna bidra till ett gemensamt, demokratiskt arbete och samtal, utan att behöva utsättas för våld eller diskriminering.

KULTUR

Kultur omfattar kollektiva värderingar, kunskaper, föreställningar, sedvänjor och traditioner som skapas av människor för att förstå och tolka omvärlden, och ge mening i tillvaron. Alla människor tillhör och präglas av en kulturell sfär som påverkar beteende, normer och handlande. Kulturer påverkar hur människor tänker men det skapar inte ensidigt tänkande människor. Kulturell bakgrund är en av de viktigaste identitetsmarkörerna för hur människor orienterar sig. Kulturer är på intet sätt statiska utan är stadda i ständig förändring. De påverkar och påverkas av såväl interna som

externa händelser och processer. Olika kulturer möts och interagerar, vilket ger upphov till förändring av kulturella mönster, traditioner och värderingar. Dessa processer kan vara både berikande och skrämmande. Att ifrågasätta sin egen kultur och det som kulturen består av kan också leda till osäkerhet och utanförskap.

Hänvisningar till kultur och religion används ofta som en utgångspunkt för att begränsa människors rättigheter och detta gäller framförallt sexuella och reproduktiva rättigheter. Sådana argument används också ofta för att motarbeta strävan mot jämställdhet och kvinnors åtnjutande av de mänskliga rättigheterna.

ABORT

Laglig och säker abort är en av de mest kontroversiella frågorna och det finns inte några bindande internationella överenskommelser om tar upp detta som en rättighetsfråga. FN:s befolkningskonferens (ICPD) har fastställt att aborter ska vara säkra där de är lagliga, det är så långt man har kommit i internationella förhandlingar. Abort nämns i förhandlingstexter i samband med osäkra aborter och då som en hälsofråga och inte en rättighetsfråga.

AVHÅLLSAMHET

Sexuell avhållsamhet och trohet i en heterosexuell parrelation framhålls av somliga som det bästa och enda sättet att förebygga hiv och oönskade graviditeter. För de flesta människor är dock avhållsamhet under en längre tid eller livstid inte ett realistiskt alternativ.

Ensidiga budskap och kampanjer om avhållsamhet visar inte positiva resultat och kan inte stoppa oönskade graviditeter och spridningen av hiv. De flesta kvinnor och män kommer förr eller senare i sina liv att ha sex. Studier visar att med mer kunskap sker sexualdebuten senare i livet och att människor som får sexualundervisning och tillgång till preventivmedel skyddar sig bättre mot sexuellt överförda infektioner och oönskade graviditeter.

FAMILJ/FAMILJER

De finns ännu så länge ingen enhetlig definition av familjen trots att begreppet varit viktigt och kontroversiellt länge. Familjen definieras traditionellt i västerländska sammanhang som kärnfamiljen – mamma, pappa, barn. Att använda uttryck som Sverige förespråkar så som families or various forms of the family,

different types of families or other unions tolkas av somliga som samkönade relationer vilket inte accepteras. I många delar av världen är familjen mycket mer komplext sammansatt än enbart kärnfamiljen och det är därför viktigt att man pratar om familjer och olika typer av familjer och inte enbart familjen.

FAMILJEPLANERING

Familjeplanering är ett begrepp som kanske inte ter sig så kontroversiellt, men liksom diskussionen om begreppet familj ovan så kan familjeplanering exkludera de som inte tillhör en traditionell familj. I familjeplanering ingår att tillhandahålla information, rådgivning, metoder, service och medel för att kunna planera antalet barn och när man vill ha dem. Familjeplanering som begrepp exkluderar följaktligen personer som inte är gifta eller planerar en familj. Det är viktigt att alla som behöver reproduktiv hälso-service inkluderas och det är även viktigt att integrera denna med prevention av sexuellt överförda infektioner inklusive hiv.

VUXNAS KONTRA UNGDOMARS RÄTTIGHETER

Motståndare till SRHR hävdar att föräldrar eller andra vuxna har beslutanderätten över ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa. På befolkningskonferensen 1994 i Kairo ägde stora diskussioner rum om just ungdomars rättigheter. Slutdokumentet var en kompromiss där föräldrars rättigheter och skyldigheter att ge unga hälsoinformation är infört, men i dokumentet erkänns också ungdomars rätt till utbildning, information och vård. Hinder för unga människor att få tillgång till information baserad på fakta samt preventivmedel, kondomer, vård och rådgivning måste tas bort.

PAR, INDIVIDER OCH GRUPPER

Det är en individuell rättighet att få tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård. I många samhällen anses individer vara oskiljbara medlemmar i en grupp och ett sammanhang som är definierat utifrån specifika sociala och kulturella parametrar. Detta innebär att människors sexualitet och reproduktion anses vara en kollektiv och inte en privat angelägenhet. En sådan syn ligger till grund för att i synnerhet ogifta personer, kvinnor och ungdomar förnekas rätt till ett sexualliv och den vård och service som är förknippat med detta.

SEXUELL LÄGGNING OCH KÖNSIDENTITET

Det finns fortfarande inget bindande internationellt konsensusdokument som explicit nämner diskriminering på grund av sexuell läggning även om det finns skrivningar som gör att dessa tolkningar lätt kan göras. I december 2008 i FN:s Generalförsamling lästes för första gången en deklaration om HBT-personers rättigheter upp. Deklarationen togs fram av en tvärgeografisk grupp och har hittills undertecknats av nära 70 stater, inklusive samtliga EU-medlemsländer och USA.

SEXUALITET

Sexualitet är en viktig aspekt av människors liv och innefattar sex, lust, könsidentitet och könsroller, sexuell läggning, njutning, intimitet och fortplantning. Sexualiteten är också nära sammankopplad med makt och sexualitet har genom alla tider och i alla samhällen på olika sätt styrts. Kvinnors sexualitet har varit, och är ofta, särskilt styrd av traditioner och sedvänjor. Sexualitet är mycket mer än den sexuella akten, enligt WHO:s definition.⁶¹ Sexualiteten är en del av att vara människa, men det är inte för den skull något av naturen bestämt. Sexualiteten formas och förändras av religion, lagstiftning, den historiska, ekonomiska, sociala och kulturella kontext i vilken människor lever.

59. Utrikesdepartementet, *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (2006).

60. WHO, *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28–31 January 2002, Geneva* (2002).

61. WHO, *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28–31 January 2002, Geneva* (2002).



ANNEX II

UTGÅNGSPUNKTER OCH MANDAT

Utgångspunkter och mandat för arbetet med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter finns att hitta i såväl flera nationella styrdokument som i internationella ramverk och Sveriges åtaganden inom ramen för dessa.

Sverige var först i världen med att anta en särskild SRHR-policy, Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter 2006. Policyns syfte är att lägga en grund för Sveriges internationella bilaterala, multilaterala, operationella och normativa arbete på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. I policyn slås ett antal strategiska områden fast för Sveriges internationella SRHR-arbete. Dessa är bland annat att arbeta för att stärka kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter, unga människors hälsa och rättigheter, mäns roll och ansvar i jämställdhetsarbetet, HBT-personers rättigheter, säkra aborter, tillgång till preventivmedel och sexualundervisning samt bekämpning av könsrelaterat våld och våld mot kvinnor och flickor. SRHR-policyn utgår från internationella överenskommelser om de mänskliga rättigheterna.

Sveriges politik för global utveckling, PGU, vars mål är att bidra till en rättvis och hållbar global utveckling, är främsta utgångspunkten för regeringens utvecklingspolitik. PGU är en samstämmighetspolitik för utveckling och omfattar samtliga politikområden. Målet för utvecklingssamarbetet i PGU är att bidra till att skapa förutsättningar för fattiga människor att förbättra sina levnadsvillkor. Två grundläggande perspektiv ska genomsyra politiken: ett rättighetsperspektiv och fattiga människors perspektiv på utveckling. PGU slår fast att alla människor oavsett kön, ålder, funktionshinder, etnisk tillhörighet eller sexuell läggning ska kunna åtnjuta de mänskliga rättigheterna, inklusive sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). SRHR utgör ett PGU-fokusområde inom ramen för den globala utmaningen 'Förtryck', som identifierats som central för att uppnå målet om en rättvis och hållbar global utveckling.

2008 antogs, *Rätten till en framtid – Policy för Sveriges internationella hiv- och aidsarbete*. I denna fastslås att Sverige särskilt ska prioritera det förebyggande arbetet av hiv samt lindrandet av dess långsiktiga effekter. Arbetet ska genomsyras av kravet på stärkt respekt för de mänskliga rättigheterna och ökad jämställdhet. Huvudsakligen ska arbetet inriktas på främjandet av bättre villkor och möjligheter för kvinnor och flickor, unga människor

och grupper som löper hög risk att smittas av hiv och att dö i förtid av aids.

I regeringens PGU-skrivelse till riksdagen 2007/08:89 och 2009/10:129 ingår SRHR som ett särskilt fokusområde inom ramen för de globala utmaningarna 'förtryck' och 'smittsamma sjukdomar'.

FN-KONVENTIONER OCH SRHR

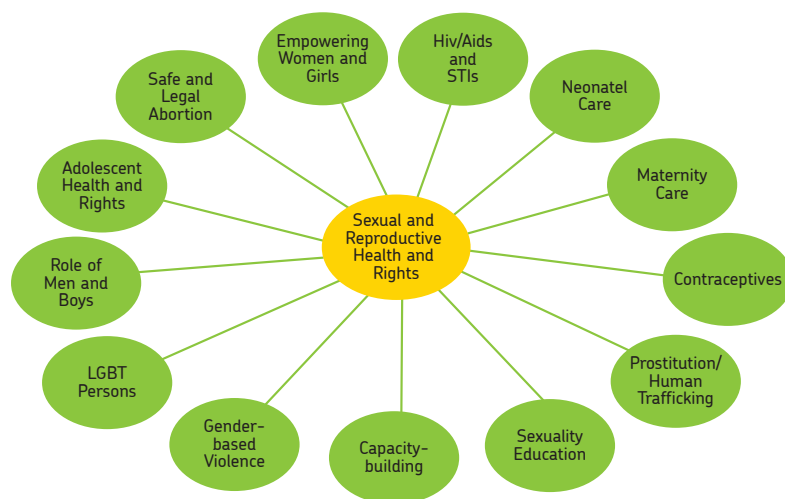
FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna och de efterföljande centrala konventionerna om de mänskliga rättigheterna betonar principerna om icke-diskriminering och alla människors lika värde. Den allmänna förklaringen gav det internationella samfundet en gemensam värdegrund i synen på människan och förhållandet mellan stat och individ, och satte en standard för mänskliga rättigheter som är överordnad politiska och ekonomiska, sociala, kulturella och religiösa skillnader. Konventionerna och de rekommendationer som utarbetas inom FN:s konventionskommittéer är viktiga verktyg och underlag för dialog, samarbete och uppföljning av de åtaganden som konventionerna omfattar.

1990-TALETS BEFOLKNINGS- OCH KVINNOKONFERENSER I FN:S REGI

Internationella överenskommelser kring SRHR-frågor mer specifikt nåddes i mitten av 1990-talet, under två stora och viktiga FN-möten: Konferensen om befolkning och utveckling (International Conference on Population and Development, ICPD) 1994 i Kairo och den fjärde kvinnokonferensen 1995 i Peking. ICPD handlade om individens möjligheter att uppnå bästa möjliga sexuella och reproduktiva hälsa och fastslog bland annat att aborter ska vara säkra, där de är lagliga. Handlingsprogrammet fastslår bland annat behovet av satsningar på mödrhälsa, sexualupplysning, tillgång till preventivmedel och jämställdhet.

Under kvinnokonferensen i Peking bekräftades besluten från ICPD och vikten av arbete för jämställdhet och kvinnors egen makt, utbildning, arbete, politiska deltagande samt frihet från våld. Kvinnokonferensen fastslog även att makten över den egna sexualiteten och reproduktionen är viktiga steg för att kvinnor till fullo ska kunna åtnjuta de mänskliga rättigheterna.

Sweden's Strategic Areas for International SRHR



FN:S GENERALFÖRSAMLINGS SPECIALSESSION OM HIV OCH AIDS

År 2001 samlades världens ledare till ett toppmöte om hiv och aids, FN:s generalförsamlings specialsession om hiv och aids, HIV-UNGASS. I deklARATIONEN FRÅN HIV-UNGASS 2001 fastställdes bland annat vikten av jämställdhet och stärkandet av kvinnor som nödvändiga metoder för att stoppa hiv-epidemin. HIV-UNGASS följdes upp 2006, där slogs fast att alla människor år 2010 ska ha tillgång till breda preventiva insatser, samt vård och behandling. Unga människors behov av tillgång till preventivmedel och information kring hiv fick också utrymme.

MILLENNIEDEKLARATIONEN OCH MILLENNIEMÅLEN

Under FN:s toppmöte år 2000 antog alla medlemsstater, Millenniedeclarationen. Det är en överenskommelse om globalt samarbete, en gemensam dagordning för global utveckling operationaliserad genom åtta mätbara och tidsbundna millenniemål. SRHR finns inte med som ett eget mål utan begränsas till millenniemål 5 som syftar till att minska mödradödligheten. Detta trots att SRHR har avgörande betydelse för uppfyllandet av samtliga millenniemål och särskilt de hälsorelaterade målen om minskad barnadödlighet, mödradödlighet och att stoppa spridningen av hiv/aids. 2002 uppdrog dåvarande generalsekreteraren i FN, Kofi Annan, åt en grupp experter, att ta fram en konkret handlingsplan för millenniemålen uppfyllande. I deras analys poängterades att sexuell och reproduktiv hälsa är nödvändigt för millenniemålen uppfyllande.⁶² 2006 lades ett viktigt delmål till under millenniemål 5, *Universal access to reproductive health*.

PARISDEKLARATIONEN

Parisdeklarationen från 2005 har satt nya riktlinjer för hur biståndet ska levereras och följas upp, och har lett till att samordningen mellan givare inom ramen för samarbetspartners aktiva ägarskap har blivit allt viktigare. Parisagendans principer har fått som effekt att det satsas mer på program- och sektorstöd snarare än investeringar i småskaliga projekt med begränsat genomslag. Samarbetsländerna själva ska kunna styra de medel de mottar utifrån nationella prioriteringar. Sektorstöd har många fördelar och betydande potential, men vissa frågor riskerar att hamna i skymundan, eller försvinna, om det inte finns kunskap, kapacitet

och en vilja att prioritera dem i samarbetslandet. Policydialog är ett av de viktigaste instrumenten för att kunna påverka biståndets inriktning.

MILLENNIUM GOAL 5: IMPROVE MATERNAL HEALTH

Target 5.a: reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio

Indicators

- 5.1 Maternal mortality ratio
- 5.2 Proportion of births attended by skilled health personnel

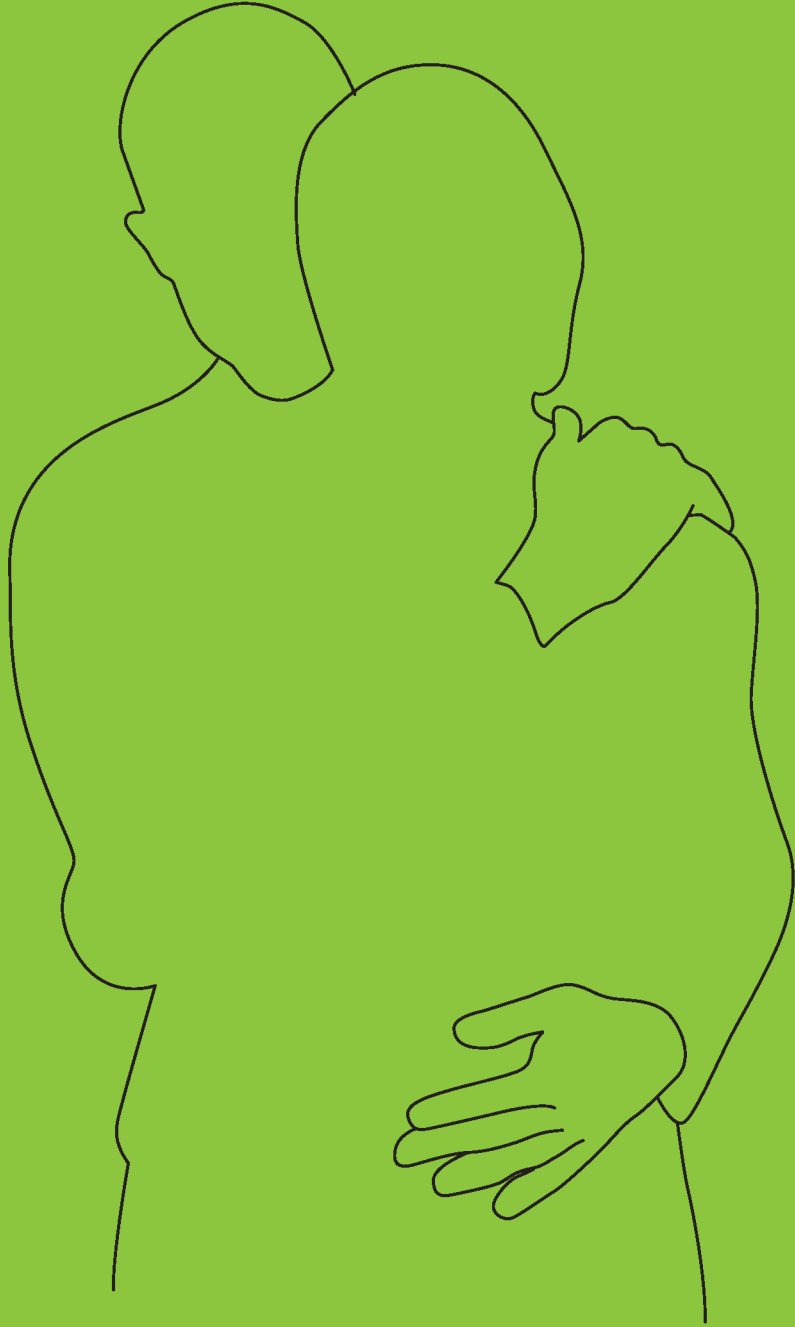
Target 5.b: achieve, by 2015, universal access to reproductive health

Indicators

- 5.3 Contraceptive prevalence rate
- 5.4 Adolescent birth rate
- 5.5 Antenatal care coverage (at least one visit and at least four visits)
- 5.6 Unmet need for family planning

www.mdgmonitor.org/goal5.cfm

62. Bernstein, S & Juul Hansen, C, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (2006).



ANNEX III SRHR OCH EU

Skydd för de mänskliga rättigheterna är en central rättighetsprincip inom EU. EU:s stadga för grundläggande rättigheter kompletterar och förtydligar denna princip. EU:s medlemsländer är alla bundna av mänskliga rättighetsfördrag som Europakonventionen, Barnkonventionen och Kvinnokonventionen. Alla EU:s medlemsländer enades dessutom kring handlingsplanerna från Kairo och Peking.⁶³ Alla dessa instrument garanterar på något sätt sexuella och reproduktiva rättigheter. Nedan följer ett antal exempel på rådslutsatser som EU antagit: På ett GAERC-möte i november 2004 antogs rådslutsatser om ett förnyat engagemang för ICPD och millenniemålen.

”The council recognises that additional resources are needed to enable a prompt implementation of the ICPD agenda by focusing in particular on sexual and reproductive health and rights, and encourages EC and Member States to provide financing through geographical and thematic instruments, multi sector support and/or budget support and through additional resources from the UN and other international development agencies.”

Förutom detta finns rådslutsatserna antagna vid GAERC april 2007: Rådslutsatser om ”Nyuppkomna frågor om hiv och aids” fokuserar på feminiseringen av hiv-epidemin och unga människors behov. De tar också upp vikten av att integrera hiv/aids i nationella utvecklingsplaner och biståndsprogram. Under detta möte togs även rådslutsatser om jämställdhet och kvinnors egenmakt i utvecklingssamarbetet. Rådslutsatserna hänvisar till ICPD, CEDAW, Peking och millenniemålen.

EU:s gemensamma tal inför FN:s generalförsamling vid högtidlighållandet av 15-årsmarkeringen av ICPD den 12 oktober 2009 betonade vikten av att investera i SRHR och kvinnors rättigheter.

”The EU recognises that the right to attain the highest standard of health, including sexual and reproductive health, is a basis for action. The incorporation of the ICPD agenda into national development strategies – especially in national health policies, strategies, programmes and budgets – is a prerequisite for achieving the Millennium Development Goals.”

Joakim Stymne, State Secretary, International Development Cooperation at the Swedish Ministry for Foreign Affairs.

I och med nya medlemmars inträde i EU finns vissa motsättningar vad gäller SRHR främst vad gäller frågan om abort. Formuleringar som exempelvis innehåller ordet ”services” i relation

till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är svåra att få igenom p.g.a. misstankar om att det kan vara förtäckt språk för aborter. Inom EU är det endast Malta där abort är helt illegalt. I andra medlemsstater finns begränsningar vad gäller abort, t.ex. i Polen och Irland.

Sverige har tillsammans med andra likasinnade medlemsländer i EU aktivt drivit en linje som går ut på att värna om SRHR-frågor, försvara EU:s policy och arbete och visa ledarskap gentemot samt genom stöd till tredje land. SRHR har tenderat att dela EU i tre grupperingar: de som är likasinnade med Sverige, de som föredrar en gemensam EU-position och är mycket flexibla när det gäller konkreta formuleringar om SRHR, och en grupp som motsätter sig att skrivningar om sexuella rättigheter eller reproduktiv- och sexuell hälsovård, med motivering att dessa kan omfatta tillgång till abort.



63. Malta reserverade sig skriftligen mot användningen av termer som ”reproduktiva rättigheter” i ICPD.

ANNEX IV

AKTÖRER PÅ SRHR-OMRÅDET

VAR KAN MAN HITTA RELEVANT INFORMATION OM SRHR?

På UD och Sida finns information att tillgå om Sveriges arbete med SRHR. När det gäller länder som Sverige samarbetar med på olika sätt är det lokala aktörer som kan ge den bästa och mest aktuella informationen om SRHR-situationen och behoven. Det finns också ett antal nationella, regionala och internationella organisationer som arbetar med policyutveckling, metodutveckling och påverkansarbete som man kan använda sig av för att få mer kunskap, argument och nätverk. Nedan finns information om ett antal organisationer och aktörer som kan ge fördjupad kunskap om SRHR såväl i Sverige som i världen.

RFSU

Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU är en svensk ideell organisation som arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter såväl i Sverige som internationellt med upplysning, påverkansarbete och med samarbetspartners i Syd.

www.rfsu.se

RFSL

Riksförbundet för homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter, RFSL är en svensk rikstäckande organisation som sedan 1950 arbetar för homosexuella, bisexuella och transpersoners rättigheter genom att upplysa, påverka och genomföra förändringsarbete i Sverige och internationellt.

www.rfsl.se

ILGA

RFSL är medlemmar i International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, ILGA, som är en paraplyorganisation för HBT-personers rättigheter i världen. ILGA har medlemsorganisationer runt om i världen och ett antal regionkontor.

www.ilga.org

IPPF

International Planned Parenthood Federation, IPPF är en paraplyorganisation som samlar världens SRHR-organisationer, där RFSU är den svenska medlemmen. IPPF finns i över 150 länder och arbetar med upplysning, uppsökande verksamhet, klinisk verksamhet,

påverkansarbete och rådgivning inom SRHR-området. IPPF har sitt huvudkontor i London och regionala kontor finns i Nairobi (för Afrika), Tunis (för Arabvärlden), Bryssel (för Europa), New Delhi (för Sydasien), Kuala Lumpur (för Östasien och Oceanien) och New York (för västra halvklotet, Western Hemisphere).

www.ippf.org

Det finns ett antal FN-organ som på olika sätt arbetar med SRHR:

UNFPA

UNFPA är FN:s befolkningsfond som arbetar med att följa upp och genomföra handlingsplanen från ICPD. Här finns relevanta dokument som relaterar till SRHR samt fakta och statistik om framförallt reproduktiv hälsa, ungdomar och mödrahälsa.

www.unfpa.org

UNAIDS

UNAIDS arbetar med hiv och aids och här finns information om policyutveckling på området, fakta, statistik samt material och metodutveckling.

www.unaids.org

UNICEF

Unicef arbetar med barn och unga och har mycket statistik och fakta om unga människors livsvillkor, hiv och SRHR.

www.unicef.org

WHO

WHO arbetar brett med hälsa och hälsofrämjande insatser men också särskilt med SRHR.

www.who.int

I september 2009 antog FN:s generalförsamling en resolution för att förbättra det sammanhållna arbetet med jämställdhet och kvinnors rättigheter inom FN-systemet. Fyra nuvarande FN-organ (UNIFEM, Division for the Advancement of Women, Office of the Special Adviser on Gender Issues och UN-INSTRAW) kommer att bli ett och kommer att ledas av en undergeneralsekreterare.

Ett antal aktörer i det civila samhället arbetar med SRHR på olika sätt. De kan vara en bra källa till fakta, argument, nya projekt, metodutveckling och påverkansmaterial.

GUTTMACHER INSTITUTE

Guttmacher institute, är en forskningsorganisation som gör forskningsrapporter om SRHR, ungdomar och sexualitet i USA och i utvecklingsländer. Här kan man finna intressant information och forskning om sexualundervisning, preventivmedel, abort och tonårsgraviditeter.

www.guttmacher.org

RAISE

RAISE, är en kampanj som arbetar för att uppmärksamma behovet av SRHR i humanitära situationer. Här finns fakta, statistik och argument för att inkludera SRHR i humanitärt bistånd.

www.raiseinitiative.org

IPAS

IPAS är en organisation som arbetar med kvinnors sexuella och reproduktiva rättigheter och framförallt med att minska abortrelaterade dödsfall och skador.

www.ipas.org

CATHOLICS FOR CHOICE

Catholics for Choice är en amerikansk organisation som arbetar för att påverka lagstiftning och attityder gällande sexualitet, preventivmedel och abort genom ett katolskt perspektiv. De finns i USA, Europa och Latinamerika.

www.catholicsforchoice.org

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS

Center for Reproductive Rights är en organisation som använder juridiken för att driva reproduktiva rättigheter som mänskliga rättigheter och arbetar för att stater ska skydda, respektera och uppfylla sina skyldigheter vad gäller reproduktiva rättigheter. Center for reproductive rights arbetar med påverkans- och förändringsarbete i Afrika, Asien, Europa, Latinamerika och Karibien samt i USA.

www.reproductiverights.org

POPULATION ACTION INTERNATIONAL

Population Action International, PAI, är en amerikansk organisation som arbetar över hela världen för att säkra tillgången till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. PAI arbetar med policyutveckling inom SRHR och bistånd och har riktat in sig på bland annat att säkerställa tillgång till preventivmedel, kondomer och annan sjukvårdsutrustning.

www.populationaction.org

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION

International women's health coalition, IWHC, är en amerikansk organisation som arbetar med kvinnors rättigheter och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter världen över. IWHC arbetar med policyutveckling och kapacitetsbyggnad genom FN-systemet och genom att finansiera och utveckla påverkansarbete i olika delar av världen.

www.iwhc.org

SEXUALITY INFORMATION AND EDUCATION COUNCIL OF THE UNITED STATES

Sexuality Information and Education Council of the United States, SIECUS, är en amerikansk organisation som arbetar med att sprida information om sexualitet och sexuell och reproduktiv hälsa. SIECUS arbetar med utbildning, påverkansarbete och upplysning för att skapa stöd för allomfattande sexualundervisning.

www.siecus.org

MARIE STOPES INTERNATIONAL

Marie Stopes International, MSI, är en ideell organisation som arbetar för att förbättra sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. De finns representerade i 43 länder runt om i världen och de har ett stort antal kliniker med preventivmedelsrådgivning, säkra aborter, mödra- och barnhälsa samt hiv-testning och service. De bedriver även ett policy- och påverkansarbete på såväl global som nationell nivå.

www.mariestopes.org

ASSOCIATION FOR WOMEN'S RIGHTS IN DEVELOPMENT

Association for women's rights in development, AWID, är en organisation som arbetar för kvinnors mänskliga rättigheter i utveckling. AWID utvecklar och tar fram rapporter och material för att stärka policy och arbete för kvinnor.

www.awid.org

REPRODUCTIVE HEALTH SUPPLIES COALITION

Reproductive health supplies coalition är ett nätverk av statliga, privata och ideella organisationer med målsättning att människor i låg- och medelinkomstländer har tillgång till preventivmedel, kondomer, sjukvårdutrustning och mediciner för att säkerställa den reproduktiva hälsan. Reproductive health supplies coalition arbetar med påverkansarbete, kapacitetsbyggnad, rådgivning och tekniskt stöd runt om i världen.

www.rhsupplies.org

THE INTERNATIONAL GAY AND LESBIAN HUMAN RIGHTS COMMISSION

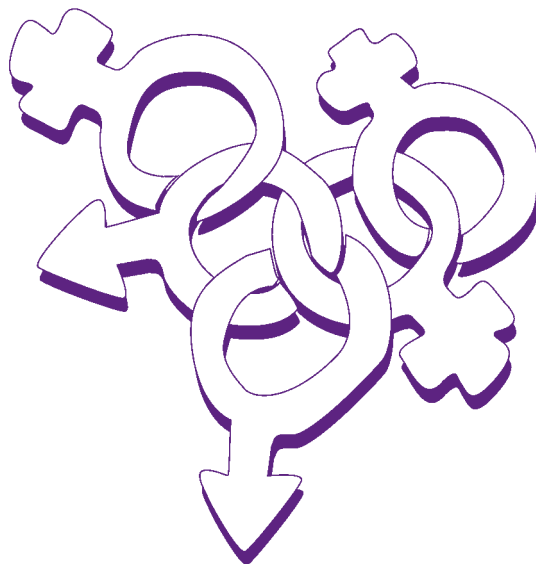
The International Gay and Lesbian Human Rights Commission, IGLHRC är en påverkansorganisation som arbetar med att uppmärksamma och bekämpa diskriminering av HBT-personer världen över.

www.iglhrc.org

KUNSKAPS- OCH KONSULTFÖRETAG

Kunskaps- och konsultföretag såsom Stockholmsbaserade InDevelop-IPM arbetar med studier och rådgivning om jämställdhets- och SRHR-frågor på kommersiell basis.

www.indevelop-ipm.se



ANNEX V

LÄNKAR OCH REFERENSER

POLICYER

Sveriges politik för global utveckling (PGU) (PROP. 2002/03:122, betänkande UU 2003/04:UU3), SKR 2007/08:89, SKR 2009/10:129

Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (2006)

Mänskliga rättigheter i svensk utrikespolitik (SKR 2007/2008:109)

Rätten till en framtid – Policy för Sveriges internationella hiv- och aidsarbete (2009)

Pluralism – Ny policy för Sveriges stöd till civila samhället i utvecklingsländer inom svenskt utvecklingssamarbete (2009)

Förändring för frihet – policy för demokratisk utveckling och mänskliga rättigheter inom svenskt utvecklingssamarbete 2010–2014

Polycyn för jämställdhet och kvinnors rättigheter och roll i svenskt internationellt utvecklingssamarbete 2010–2015

HANDLINGSPLANER

Handlingsplan för Sidas arbete mot könsrelaterat våld 2008–2010

Handlingsplan för konkretisering av Homo-, Bi- och Transfrågor i utvecklingssamarbetet 2007–2009. Sidas arbete med Homo-, Bi- och Transfrågor i utvecklingssamarbetet

KONVENTIONER

Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europa-konventionen), 1950

FN:s konvention om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR) 1966

FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR) 1966

FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (CEDAW) 1979

FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) 1989

DEKLARATIONER OCH RESOLUTIONER

Världskonferenser

Program of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD) (1994)

Beijing Declaration and platform for Action (1995)

FN:s generalförsamling

Key actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD – ICPD+5 (A/RES/S-21/2) (1999)

Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development – ICPD+10 (E/CN.9/2004/9) (2004)

Declaration of Commitment on Hiv/Aids (Resolution S-26/2) (UNGASS 2001)

Political Declaration on Hiv/Aids (A/RES/60/262) (UNGASS 2006)

United Nations Millennium Declaration (A/RES/55/2) (2000)

OECD Paris Declaration on Aid Effectiveness 2005

FN:s säkerhetsråd

Resolution 1325 on women peace and security (S/RES/1325 (2000))

Resolution 1820 on women peace and security (S/RES/1820 (2008))

Resolution 1888 on women peace and security (S/RES/1888 (2009))

FN:s råd för mänskliga rättigheter

Resolution 11/8 (2009), Preventable maternal mortality and morbidity and human rights

Regionala överenskommelser

AFRIKANSKA UNIONEN

The Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa, 2003

Africa Health Strategy 2007–2015

Plan of action on sexual and reproductive health and rights (Maputo plan of Action), 2006

EUROPEISKA UNIONEN

Rådets slutsatser om Kairoagendan om befolkning och utveckling antagna den 23 november 2004 (15157/04)

Rådets slutsatser om hiv/aids antagna den 23 april 2007 (7225/07)

LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

Mexico City Declaration on Sex Education in Latin America and the Caribbean (2008)

Informativa rapporter och publikationer som kan ge fakta och vägledning

Bernstein, S & Juul Hansen, C, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (2006)

Cornwall, Corréa Jolly, *Development with a body. Sexuality, human rights and development* (2008)

Guttmacher Institute, *Abortion worldwide. A decade of uneven progress* (2009)

Guttmacher Institute, UNFPA, *Adding it up. The benefits of investing in sexual and reproductive health care* (2003)

Guttmacher Institute, *Adding it up. The benefits of investing in sexual and reproductive health care* (2009)

IPPF, *Charter on Sexual and Reproductive Rights* (2003)

IPPF, *Sexual rights an IPPF declaration* (2008)

Population Action International, *Funding common ground. Cost estimates for international reproductive health* (2010)

RFSU, *Breaking Through. A guide to sexual and reproductive health and rights* (2004)

RFSU, *Fokus Kairo. Tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter* (2004)

RFSU, *Reality counts. Focusing on sexuality and rights in the fight against hiv/aids* (2004)

RFSU, *Respect choice. Safe abortion a prerequisite for safe motherhood* (2004)

Sida concept paper, *Sexuality a missing dimension in development* (2008)

UNIFEM, *Progress of the world's women 2008/2009. Who answers to women? Gender and accountability* (2008)

UNESCO, UNFPA, Unicef, WHO, *International Technical Guidance on sexuality education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators* (2009)

WHO, *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28–31 January 2002, Geneva* (2002)

TEMATISKA OMRÅDEN

Mödradödlighet

Human rights council, Eleventh session, Agenda item 3

UNFPA, *No Woman Should Die Giving Life* (2008)

UNFPA, *Giving Girls Today and Tomorrow. Breaking the cycle of adolescent pregnancy* (2007)

WHO, *Unsafe abortion, Fifth edition* (2007); IPPF, *Death and Denial – Unsafe Abortion and Poverty* (2006)

UNFPA, WHO, *Granada Consensus on Sexual and reproductive health in protracted crises and recovery* (2009)

Bernstein, S & Juul Hansen, C, *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals* (2006)

The Alan Guttmacher Institute & UNFPA, *Adding it up. The benefits of investing in sexual and reproductive health care* (2003)

Guttmacher institute & UNFPA, *In Brief 2008 Series, No.5*

UNFPA, *State of the World Population* (2005)

WHO, *Fact sheet WHO/MPS/08.11 Skilled birth attendants* (2008)

Tillgång till säkert abort

IPPF, *Death and denial* (2006)

WHO *Unsafe abortion, Fifth edition* (2007)

UNFPA, *No Woman Should Die Giving Life* (2008)

Guttmacher Institute, *Abortion worldwide. A decade of uneven progress* (2009)

RFSU, *Breaking Through. A guide to sexual and reproductive health and rights* (2004)

UNFPA, *Healthy expectations. Celebrating achievements of the Cairo. Consensus and highlighting the urgency for action* (2009)

Alan Guttmacher Institute, *Sharing responsibility. Women society and abortion worldwide*

Ungdomar och SRHR

Center for Global Development, *Start with a Girl: A New Agenda for Global Health* (2009)

UNDESA, *The Millennium Development Goals Report* (2008)

UNFPA, *State of the World Population* (2005)

UNAIDS, *08 Report in the Global aids Epidemic* (2008)

UNFPA, *Giving girls today and tomorrow. Breaking the cycle of adolescent pregnancy* (2007)

Sexualundervisning

Guttmacher Institute, *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa* (2007)

UNDP, *Goal 2: Achieve Universal Primary Education* (2008)

Human rights Watch, *The less they know, the better Abstinence-Only Hiv/Aids Programs in Uganda* (2005)

IPPF, *Reference guide to policies and practice. Sexuality education in Europe* (2006)

Kondomer och preventivmedel

UNFPA, *No Woman Should Die Giving Life* (2008)

Guttmacher Institute, UNFPA, *Adding it Up – Costs and Benefits of Family Planning and Maternal and Newborn Health Services* (2009)

Hiv och aids

WHO, *Towards universal access: scaling up priority hiv/aids interventions in the health sector*. September 2009.
Progress report (2009)

UNAIDS, *08 Report on the Global Aids Epidemic* (2009)

Fact sheet for the High level event on the Millennium development goals, United Nations headquarters, New York, September 2008

UN, General Assembly Sixty-fourth session, Agenda item 44, *Implementation of the Declaration of Commitment on Hiv/Aids and the Political Declaration on Hiv/Aids Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on Hiv/Aids and the Political Declaration on Hiv/Aids*, Report of the Secretary-General (2010)

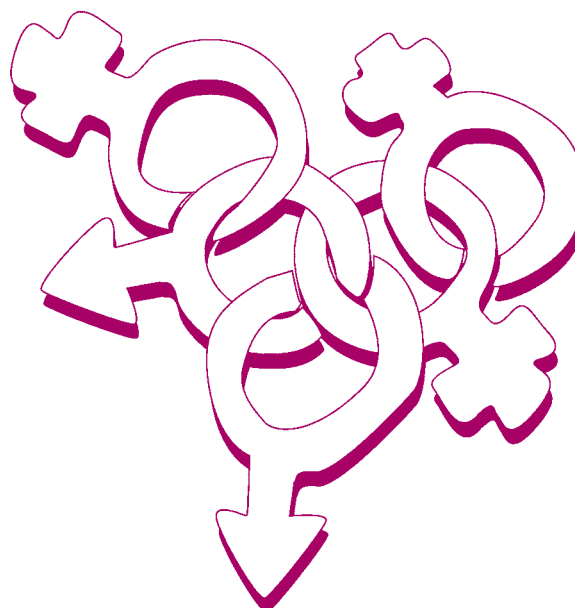
HBT-personers rättigheter

RFSL, *HBT i utveckling* (2008)
yogyakartaprinciples.org

Könsrelaterat våld

UNFPA, *State of the World Population* (2005)

UNFPA, *A Holistic Approach to the Abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting* (2007)



Art nr: UD 10.053
ISBN: 978-91-7496-426-4
E-post: information-ud@foreign.ministry.se
Webbplats: www.regeringen.se
Telefon (växel): 08-405 10 00
Illustrationer: Eva Fallström och Hans Hillerström
Layout och grafisk produktion: Urbom Production AB, Ready Steady
Tryck: Brommatryck & Brolins AB, Stockholm, juli 2010



REGERINGSKANSLIET

Utrikesdepartementet

103 39 Stockholm