

Dialog för förändring

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



Innehållsförteckning

Inledning	3
En holistisk definition av SRHR	3
Sveriges övergripande budskap	5
Dialoger med det civila samhället	5
 Tematiska frågor och perspektiv	7
Mödradödlighet och mödrasjuklighet	9
Tillgång till säkra aborter och postabortvård	14
Sexualundervisning	18
Preventivmedel	22
Sexuellt överförbara infektioner och hiv	26
Sexuellt och könsrelaterat våld	30
Infertilitet	33
Homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter och intersexpersoner (hbtqi) och SRHR	36
Personer med funktionsnedsättning och SRHR	40
Ungdomar och SRHR	42
Migranter och SRHR	46
Allmän och jämlik hälsovård (Universal Health Coverage) och SRHR	49
Covid-19 och SRHR	51
Humanitära kontexter och SRHR	53
Klimatkrisen och SRHR	55
Telemedicin, egenvård och SRHR	57
 Annex I: Att föra en effektiv dialog	59
Annex II: Checklista för dialog	61
Annex III: Definitioner, termer och begrepp	63
Annex IV: Policyramverk, utgångspunkter och mandat	66
Annex V: Aktörer på SRHR-området	70
Annex VI: Användbara länkar	73

Illustratörer: Eva Fallström och Stina Lundberg/RFSU.

Inledning

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) utgör en grundläggande beståndsdel för jämställdhet, fred och säkerhet, mänskliga rättigheter och demokrati. SRHR har en stor inverkan på individer, samhällen och ekonomier i hela världen. Sverige är sedan länge en viktig internationell aktör för SRHR och SRHR är en grundpelare i den feministiska utrikespolitiken. Sverige är även en stor – ibland den största – givaren till FN-organisationer och andra globala institutioner som arbetar med SRHR, inklusive Världshälsoorganisationen (WHO), FN:s befolkningsfond (UNFPA), FN:s organisation för utbildning, vetenskap och kultur (Unesco), Högkommissariaten för de mänskliga rättigheterna (OHCHR), samt Globala fonden mot hiv/aids, tuberkulos och malaria.

Dialog med civilsamhället, politiker, myndigheter, religiösa och kulturella ledare med flera, är ett viktigt redskap i arbetet för att främja SRHR. SRHR spänner över flera olika områden, såsom hälsa, utbildning, klimat, vatten, sanitet och hygien (WASH), demokrati och mänskliga rättigheter, fred och säkerhet, humanitära kontexter och jämställdhet. Arbetet med SRHR kräver därför en multisektoriell ansats. Medarbetare i Regeringskansliet, på Sida och på utlandsmyndigheterna, har en viktig roll att integrera SRHR i dialoger med både interna och externa aktörer.

Detta material uppdaterar en tidigare upplaga av materialet och har tagits fram av Regeringskansliet (Utrikesdepartementet), Sida och Riksförbundet för Sexuell Upplysning (RFSU). Materialet syftar till att utgöra ett verktyg och stöd i arbetet med att föra en effektiv dialog om SRHR inom ramen för svenskt internationellt arbete.¹ Det innehåller fakta och tips på ingångar till dialog i relation till ett urval av grundläggande insatser inom SRHR-området. I annexen finns också definitioner och begrepp, internationella ramverk och mandat, samt länkar och referenser till viktiga dokument och aktörer som kan vara till hjälp i arbetet.

En holistisk definition av SRHR

Utgångspunkter, ramar och mandat för arbetet med SRHR finns i såväl nationella styrdokument som i internationella ramverk, och Sveriges åtaganden inom ramen för dessa. Denna normativa bas utgör plattformen för det centrala SRHR-arbetet, nämligen det operativa genomförandet på landnivå. De mest centrala internationella ramverken beskrivs närmare i Annex IV. De omfattar, bland andra, Kairo- och Pekingdeklarationerna och deras handlingsplaner, samt deras uppföljande konferenser, som är viktiga milstolpar i arbetet för sexuella och reproduktiva rättigheter. Resolutioner och slutsatser som antas vid FN:s befolkningskommission (CPD), FN:s kvinno-kommission (CSW) och FN:s råd för mänskliga rättigheter (MR-rådet), är även viktiga i detta hänseende.² Samtliga mål inom Agenda 2030 går att koppla till frågor som rör SRHR, men tydligast är kopplingen till hälsa och välbefinnande (mål 3), utbildning (mål 4), jämställdhet (mål 5), rent vatten och sanitet för alla (mål 6) och minskad ojämlikhet (mål 10).

Alla människor har rätt att fatta beslut om sin egen kropp och ha tillgång till hälso- och sjukvård och andra hälsofrämjande insatser som stödjer den rätten. När vi analyserar tillgången till sexuell och reproduktiv hälsa (SRH), samt granskar kränkningar av sexuella och reproduktiva rättigheter (SRR), är det tydligt att tillgången till hälsa är ojämnt fördelad och att vissa gruppers sexuella och reproduktiva rättigheter oftare kränks. Det är därför viktigt att alltid utgå ifrån den specifika kontexten i ett land, för en grupp eller för en individ. Det är även viktigt att ta hänsyn till att en person har många olika identiteter och uttryck, som samverkar och skapar olika möjligheter till att få dennes SRHR uppfyllda.

SRHR omfattar både sexuell och reproduktiv *hälsa* och sexuella och reproduktiva *rättigheter*. Varje del av SRHR är knuten till andra delar av SRHR, och sexuella och reproduktiva rättigheter är en förutsättning för att tillgodose sexuell och reproduktiv hälsa. **Gutmacher-Lancet-kommissionen (GLC)**

1 [Dialog för förändring. Ett material till stöd för policydialog om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.](#), Regeringskansliet, (2010).

2 [FN:s Befolkningskommission](#) har som uppdrag att utvärdera de framsteg som görs för att förverkliga handlingsplanen från Kairokonferensen och dess uppföljande konferenser. [FN:s Kvinnokommission](#) har det övergripande ansvaret för att utvärdera de framsteg som görs för att förverkliga Pekingdeklarationen och handlingsplanen, samt dess uppföljande konferenser.

lanserade 2018 en ny, holistisk definition av SRHR som omfattar fler komponenter än vad som vanligtvis har inkluderats i internationella ramverk. Definitionen av GLC lägger även större emphasis på rättighetsperspektivet.³ Sverige verkar för SRHR för alla utifrån denna evidensbaserade och holistiska definition av SRHR. GLC:s definition integrerar hela spektrumet av individers behov och tjänster av SRHR, inklusive de som sällan erkänns eller tas upp i globala diskussioner, som till exempel sexuellt välbefinnande och personligt självbestämmande.

Sexuell och reproduktiv hälsa

- Enligt GLC definieras sexuell och reproduktiv hälsa som ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion. Det handlar därmed inte bara om avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion som bekräftar den roll som njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet, är viktigt.

Sexuella och reproduktiva rättigheter

Sexuella rättigheter omfattar enligt GLC en rad olika mänskliga rättigheter som garanterar människor rätten att bestämma över sin kropp och sexualitet, fri från diskriminering, kränkningar och våld.⁴ För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa krävs, enligt GLC, erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter, som baseras på mänskliga rättigheter för alla att:

- respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande,
- fritt få definiera sin egen sexualitet, inklusive sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck,
- avgöra om och när man vill vara sexuellt aktiv,
- välja sina sexualpartners,
- ha säkra och njutbara sexuella upplevelser,
- besluta om, när och med vem äktenskap ska ingås,
- avgöra om, när och hur man vill ha barn och hur många barn man vill ha, och

- under hela livet ha tillgång till information, resurser, tjänster och det stöd som krävs för att uppnå det ovanstående, utan risk för diskriminering, tvång, utnyttjande och våld.

GLC rekommenderar ett antal grundläggande SRHR-insatser i enlighet med denna breda definition av SRHR. Dessa insatser omfattar allmänt vedertagna delar av sexuell och reproduktiv hälsa, samt insatser som krävs för en holistisk syn på SRHR. GLC rekommenderar att länder stegvis utökar tillgången till de föreslagna insatserna i den takt som resurser och politiska förhållanden tillåter, med prioritering av marginaliserade befolkningsgruppers behov. Vilka dessa grupper är varierar beroende på situation och en analys bör göras för att identifiera de mest marginaliserade i varje specifik kontext.

De grundläggande insatserna för sexuell och reproduktiv hälsa som GLC rekommenderar, omfattar följande:

- allsidig och omfattande sexualundervisning,
- rådgivning om och tillgänglighet till olika moderna preventivmedel, med ett definierat minsta antal och typer av metoder,
- mödra-, förlossnings- och barnhälsovård, inklusive akutvård inom obstetrik och vård till nyfödda,
- säker abortvård och behandling av komplikationer efter osäkra aborter,
- att förebygga och behandla hiv och andra sexuellt överförbara infektioner (STI:er),
- att förebygga, identifiera och omedelbart omhänderta och remittera vid sexuellt och könsrelaterat våld,
- att förebygga, identifiera och behandla cancer i reproduktiva organ, särskilt livmoderhalscancer,
- information, rådgivning och vård vid nedsatt fertilitet och infertilitet, och
- information, rådgivning och vård för sexuell hälsa och välbefinnande.

3 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), (2018). För en svensk översättning som även används i detta material, se Folkhälsomyndigheten, [Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för alla: Sammanfattning av Guttmacher–Lancet-kommissionens slutrapport](#), (2018).

4 För vidare läsning se till exempel Starrs A, Anderson R., [Definitions and debates: sexual health and sexual rights](#), Brown J World Aff (2016), s. 14–17, IPPF, [Sexual Rights: An IPPF Declaration](#), (2008), och The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), (2018), s. 2645.

Sveriges övergripande budskap

Bristen på SRHR har långtgående konsekvenser för människors hälsa och för den sociala och ekonomiska utvecklingen. Önskad graviditet, komplikationer av graviditet och förlossning, osäker abort, sexuell och könsrelaterat våld inklusive barnäktenskap och kvinnlig könsstympning, sexuellt överförbara infektioner (STI:er), inklusive hiv, hotar människors välbefinnande, där särskilt kvinnor, flickor, hbtqi-personer, ungdomar, personer med funktionsnedsättning och migranter, befinner sig i särskilt utsatta situationer. Situationen kan även skilja sig åt beroende på socioekonomiska faktorer och geografisk bosättning. **Uppfyllandet av SRHR är därför väsentligt för att uppnå social rättvisa och de nationella, regionala och globala åtagandena för hållbar utveckling och fred.**

Sexuell och reproduktiv hälsa är en grundläggande del av den allmänna hälsan och välbefinnandet under människans hela liv – fysiskt, psykiskt och socialt. Människors behov är individuella och kan också skilja sig åt under olika delar av livet. Därmed är det viktigt att inkludera ett livscykelperspektiv i arbetet med SRHR. Behov relaterade till SRHR som kan uppstå i olika åldrar eller för vissa grupper, kan vara mer stigmatiserande än andra, till exempel behov som uppstår för personer med funktionsnedsättning, ungdomar eller äldre personer, eftersom deras sexualitet i sig kan vara stigmatiserade.

SRHR är även en nödvändig del av folkhälsoarbetet. Ett brett hälsofrämjande och förebyggande arbete bidrar till att stärka individens förutsättningar att åtnjuta sina rättigheter, uppnå god sexuell och reproduktiv hälsa och därmed en förbättrad allmän hälsa.

För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa behöver sexuella och reproduktiva rättigheter utgöra grunden. Trots betydande framsteg på SRHR-området, finns motreaktioner som riskerar att viktiga framsteg inom SRHR stannar av eller går bakåt. Hänvisningar till traditionella värderingar, kultur, religionsfrihet, kärnfamiljen eller staters suveränitet, är ofta försök till att urholka SRHR-åtaganden i mellanstatliga förhandlingar. SRHR riskerar även att bli nedprioriterat i ljuset av andra politiska frågor och finansiella åtaganden, trots att SRHR utgör en viktig beståndsdel för många mänskliga rättigheter. **Försök att skilja sexuell och reproduktiv hälsa (SRH) och reproduktiva rättig-**

heter (RR) från sexuella rättigheter (SR), undergräver den holistiska definitionen av SRHR som GLC har slagit fast. Sverige har här en viktig roll att verka för att sexuella rättigheter inte utelämnas inom ramen för SRHR och för att stödet för SRHR både politiskt och finansiellt, kan bestå.

Sociala normer och jämställdhetsnormer påverkar alla aspekter av SRHR och begränsar människors frihet att uttrycka sin sexualitet. Inom ramen för dialoger om SRHR, är det därför viktigt att belysa situationer utifrån en feministisk och intersektionell maktanalys. En sådan maktanalys kan synliggöra de komplexa sätt på vilka makt är organiserad och verkar inom ett givet samhälle. En feministisk ansats till dialog uppmärksammar att en binär syn på kön påverkar stereotypa föreställningar om maskulinitet och femininitet. En intersektionell analys fokuserar på strukturell och politisk ojämlikhet, och uppmärksammar begränsningarna av situationsanalyser som enbart fokuserar på en faktor, såsom kön, socioekonomisk status, sexualitet eller nationalitet. En intersektionell analys synliggör hur flera maktordningar och diskrimineringsgrunder kan samverka och förstärka varandra. I slutändan syftar en intersektionell analys till att lyfta fram marginaliserade grupper, vars erfarenheter ofta osynliggörs.

Dialoger med det civila samhället

För att policyer och program som rör SRHR ska bli effektiva, rättighetsbaserade och långsiktigt hållbara, krävs en dialog med berörda intressenter. Bland dessa är civilsamhället⁵ en väldigt viktig aktör. Det finns en mångfald av civilsamhällesorganisationer och nätverk som arbetar för uppfyllandet av SRHR, från stora nationella och internationella icke-statliga organisationer (non-governmental organizations (NGOs)), religiösa och traditionella aktörer och organisationer, till lokala föreningar och folkrörelser. Vissa av dessa är aktiva enbart på den lokala eller nationella nivån, medan andra även är aktiva på den regionala och globala nivån. Civilsamhällesorganisationer inom SRHR-området är ofta inte bara viktiga påverkansaktörer när stater inte stödjer SRHR, utan även utförare av välfärdstjänster, såsom vård, rådgivande verksamhet och undervisning. För att mobilisera bredare allianser och för att arbeta framgångsrikt för SRHR, krävs det att skillnader mellan olika civilsamhällesorganisationer beaktas och att det finns en förståelse för att olika aktörer har olika

5 Inom ramen för detta material, definieras "civilsamhället" som den sfär i samhället som skiljer sig från näringslivets vinstdrivande organisationer, den privata tillvaron och från den offentliga sektorns politiskt och juridiskt styrda verksamheter.

behov. Medvetenhet om strukturer inom SRHR-rörelser är även viktigt för att främja inkludering, synliggörande och deltagande av underrepresenterade grupper. Det finns även civilsamhällesorganisationer som motarbetar SRHR och det är därför av vikt att ha en god förståelse om de civilsamhällesorganisationer som dialoger förs med.

Då det uppskattas att över 80 procent av världens befolkning identifierar sig med en religiös trosuppfattning⁶, är dialoger med religiösa aktörer och organisationer inom det civila samhället viktiga för arbetet med SRHR. Bredden och mångfalden, samt variationen av konstellationer, är stor bland religiösa aktörer och organisationer. Religiösa aktörer och organisationer kan ha varierande inställningar till SRHR, från att aktivt bedriva arbete för SRHR, till att aktivt motarbeta SRHR. Fördelarna med att arbeta med likasinnade religiösa aktörer och organisationer kan vara många, såsom att de har ett långtgående förtroendekapital hos målgrupper och lokalbefolkning, samt att de i många fall utgör den auktoritära rösten och vägledaren för normer och regler. Deras budskap om SRHR kan därmed få stor genomslagskraft. Religiösa aktörer och organisationer kan även äga och driva skolor, sjukhus, och vårdutbildningar. De kan också nå personer genom informella sammankomster, vilket kan ha stor betydelse om de som avses att nås med program och policyer inte går i skolan. På FN-nivå finns sedan 2010, *the UN Interagency Task Force on Religion and Sustainable Development (UN IATF-R)* som utgör en plattform för kunskapsutbyte, kapacitetsuppbyggnad, vägledning och tillsyn avseende engagemang med religiösa aktörer och organisationer i det civila samhället. UNFPA har länge systematiskt engagerat och fört dialoger med religiösa aktörer och organisationer om SRHR.⁷

Då arbetet med SRHR omfattar en rad olika tematiska områden, frågeställningar och sektorer, blir det viktigt att koordinera arbete som pågår parallellt på olika håll och hos olika aktörer. Det är då särskilt viktigt att intressenter från civilsamhället, särskilt de målgrupper som policyprocesser och program handlar om, inkluderas och engageras för att identi-

fiera problem och lösningar.⁸ För att kunna avgöra vilka grupper som behöver bjudas in, behövs en analys av vilkas rättigheter som kränks och vilka som saknar tillgång till SRHR. Exempelvis kan det vara av vikt att garantera att inte bara kvinnoorganisationer i huvudstaden bjuds in eller att även lesbiska och transpersoner finns representerade i de hbtqi-organisationer som bjuds in. Ett aktivt deltagande är även en viktig del för att säkerställa ett rättighetsperspektiv och bör inkluderas i hela processen av att utforma SRHR-program.⁹ Ett sådant deltagande ökar ägandeskapet och säkerställer att policyer och program i högre grad svarar på behoven hos de personer som de är avsedda att gynna. Civilsamhällesorganisationer är ofta även en viktig partner i implementeringsarbetet för att se till att insatser når målgrupper och att kontakter kan förmedlas tillitsfullt. Kontinuerliga dialoger med det civila samhället är därför viktiga och de tillhandahåller ofta väsentlig information och expertis. För att skapa tillit, kan det i vissa lägen vara värdefullt att möten hålls under så kallade Chatham House Rules, som betyder att inget som sägs i mötet får spridas vidare. Lokaler tillhörande svenska ambassader kan till exempel användas för att hålla möten och att skapa förtroendefulla samtal.

Utrymmet och möjligheterna för det civila samhället att arbeta öppet och fritt är begränsat i många kontexter.¹⁰ I kontakten med civilsamhällesorganisationer som arbetar med SRHR, kan det därför vara av vikt att förstå att SRHR-aktörer kan utsättas för hot, trakasserier och diskriminering på grund av sitt arbete då de ofta utmanar normer och traditionella värderingar. I många fall kan SRHR-aktörer från det civila samhället betraktas som människorättsförsvare, där frågor som abort, sexualundervisning och hbtqi-frågor, särskilt kan utsätta aktivister för risker. Närmare samarbeten och dialoger mellan SRHR-rörelser och de bredare rörelserna för mänskliga rättigheter, kan i detta hänseende vara av vikt.

6 UNFPA, [Annual report of the Executive Director of UNFPA 2019 annual session of the Executive Board](#), (2019), s. 2.

7 Ibid. Under 2020, samarbetade UNFPAs landskontor till exempel med religiösa aktörer och organisationer som implementeringspartners i 27 länder i sex regioner. UN IATF-R, [2020 Annual Report of the United Nations Interagency Task Force on Religion and Sustainable Development](#), (2021), s. 29.

8 Se även Sida, [Guiding Principles for Sida's Engagement with and Support to Civil Society](#), (2019).

9 Många av FN:s kärnkonventioner om mänskliga rättigheter betonar vikten av att involvera de som berörs och FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har särskilt understrukt detta i anslutning till rätten till hälsa. Se [General Comment 14 on the Right to the Highest Attainable Standard of Health](#), para 54.

10 Civilsamhället fortsätter att arbeta och verka i en alltmer fientlig miljö enligt [CIVICUS](#).

Tematiska frågor och perspektiv

I de kommande avsnitten presenteras några av de tematiska frågorna som regeringen prioriterar i arbetet med att främja SRHR: mödradödlighet och mödrasjuklighet, tillgång till säkra och lagliga aborter, sexualundervisning, preventivmedel, sexuellt överförbara infektioner (STI:er) och hiv, samt sexuellt och könsrelaterat våld. De olika **tematiska frågorna** är nära sammankopplade på många sätt, vilket innebär att en dialog kring en av frågorna, ofta skapar ingångar till diskussion om andra SRHR-frågor.

Nästföljande avsnitt berör särskilt hur dialoger kan föras för att inkludera behoven av SRHR hos ungdomar, hbtqi-personer, personer med funktionsnedsättning och migranter. Även om dessa grupper behandlas specifikt är det viktigt att ha med sig att de inte är homogena grupper, utan består av människor med en mångfald av identiteter. I gruppen migranter ingår exempelvis kvinnor, män och icke-binära och såväl gifta som ogifta.

Varje avsnitt består av en kort bakgrund med utgångspunkt i Sveriges ståndpunkter och grundläggande information i form av fakta och siffror, samt förslag på ingångar till dialog.

De sista sex avsnitten handlar om **kopplingen mellan SRHR** och humanitära kontexter, allmän hälso- och sjukvård, klimatkrisen, Covid-19 samt telemedicin och egenvård. Dessa avsnitt har som avsikt att lyfta nyckelfakta och perspektiv i förhållande till SRHR.

Avsnitten kan användas var och ett för sig eller i kombination. Den ordning i vilken de presenteras i detta material avspeglar inte någon inbördes prioritering. Rådande förhållanden och de specifika sammanhang inom vilken dialog sker, avgör vilken eller vilka frågor som bör prioriteras. Generella rekommendationer om hur en effektiv dialog kan hållas finns i Annex I och II.



Mödradödlighet och mödrasjuklighet

Varför ska Sverige arbeta för förbättrad mödrahälsovård och minskad mödradödlighet?

I många kontexter kan en graviditet och förlossning innebära påtagliga hälsorisker för den berörda. På grund av ojämlikheter och diskriminering inom vården och i tillgång till vård av god kvalitet, löper de allra fattigaste och mest marginaliserade störst risk att bli sjuka eller dö i samband med graviditet, förlossning eller under tiden efter barnafödande.¹ Trots att mödradödlighet till stor del kan förhindras², dör nästan 300 000 kvinnor varje år på grund av komplikationer i samband med graviditet och förlossning.³ För varje kvinna som dör, beräknas det att omkring 20 till 30 kvinnor drabbas av skador eller infektioner.⁴ Bland unga kvinnor och flickor mellan 15 och 19 år, är komplikationer i samband med graviditet, förlossning och osäkra aborter, den vanligaste dödsorsaken globalt sett.⁵ Orsakerna till den höga mödradödligheten i världen omfattar bland annat bristande tillgång till preventivmedel, adekvat obstetrisk vård (mödrahälsovård, förlossning och eftervård), samt komplikationer efter osäkra aborter. Med tillgång till preventivmedel, mödrahälsovård av god kvalitet, sexualundervisning och säkra aborter, kan mödradödlighet och mödrasjuklighet minskas och förhindras.

Att minska mödradödligheten är centralt i det internationella utvecklingsarbetet och även om antalet kvinnor som dör varje år på grund av komplikationer

i samband med graviditet och förlossning har minskat globalt, kvarstår mycket att göra.⁶ Kairo- och Pekingdeklarationerna, och dess uppföljande konferenser, har kontinuerligt understrukit vikten av rätten att ha tillgång till vård som gör det möjligt för kvinnor att genomgå säkra graviditeter och förlossningar. Mål 3.1 i Agenda 2030 syftar till att minska mödradödligheten i världen till mindre än 70 dödsfall per 100 000 förlossningar, genom bland annat universell tillgång till reproduktiv hälsa. Trots dessa prioriteringar, saknas enligt UNFPA uppskattningsvis 103,6 miljarder USD för att förebygga mödradödligheten mellan år 2020 och 2030.⁷ Det finns även indikationer som pekar på en ökad mödradödlighet sedan år 2000 i länder som har påverkats av konflikter (t.ex. Afghanistan) och i vissa höginkomstländer (t.ex. USA).⁸ En ökande antibiotikaresistens är även oroande, då antibiotika spelar en central roll för att förhindra och minska mödradödligheten.

Globala insatser för förbättrad mödrahälsovård, har fokuserat på att förhindra och minska mödradödligheten snarare än på att minska och förhindra mödrasjukligheten. Mödrasjuklighet omfattar en rad olika diagnoser och upp till 121 tillstånd, däribland obstetrisk fistel, livmoderframfall, infertilitet och förlossningsdepression.⁹ Exakt data om mödrasjuklighet saknas globalt sett men forskning pekar på att den allvarliga mödrasjukligheten stiger i världen och att mellan 15 till 20 miljoner kvinnor drabbas

1 Se till exempel Bohren et al., [How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys](#), Lancet 2019; 394 1750–63.

2 UNFPA, [Costing the Three Transformative Results: The cost of the transformative results UNFPA is committed to achieving by 2030](#), (2020), s. 12.

3 Ibid.

4 Ibid.

5 Ibid.

6 WHO, UNFPA, Unicef m.fl., [Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017](#), (2019), s. 45, och ibid.

7 UNFPA, [Costing the Three Transformative Results: The cost of the transformative results UNFPA is committed to achieving by 2030](#), (2020), s. 8. Kostnaden för att förebygga mödradödligheten i 120 prioriterade länder mellan år 2020 och 2030, uppskattas enligt UNFPA vara 115.5 miljarder USD.

8 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), (2018), s. 2659.

9 Chou et al. on behalf of the Maternal Morbidity Working Group, [Constructing maternal morbidity – towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality](#), BMC Pregnancy and Childbirth (2016).

per år.¹⁰ Omfattningen av mödradödlighet har beskrivits som ”toppen av ett isberg”, där mödrasjuklighet utgör grunden.¹¹ Det kan därför vara missvisande att uppskatta framgångar inom förbättrad mödranhälsa, genom att enbart se till data om mödradödlighet.

Ingångar till dialog om insatser för att minska mödradödlighet och mödrasjuklighet

Rättighetsperspektivet

En dialog som tar sin utgångspunkt i rättighetsperspektivet, understryker att mödradödlighet och mödrasjuklighet inte uppstår som oundvikliga och enskilda händelser, utan som ett resultat av diskriminerande lagstiftning och praxis, en underlåtenhet att etablera välfungerande hälsosystem, samt en brist på ansvarsutkrävande. Ansvar för mödradödlighet och mödrasjuklighet är därmed inte enbart en folkhälsofråga, utan det handlar framförallt om att tillgodose mänskliga rättigheter. FN-resolutionen *“Preventable maternal mortality and morbidity and human rights”*¹² har återkommande slagit fast att de höga nivåerna av mödradödlighet går att förhindra, samt att stater inte har gjort tillräckligt för att utrota mödradödlighet och förhindra skador till följd av graviditeter och förlossningar.¹³

FN:s granskningskommitté för kvinnokonventionen (CEDAW-kommittén) har framhållit att mödradödlighet kan utgöra en kränkning av en kvinnans rätt till liv, hälsa och icke-diskriminering.¹⁴ CEDAW-kommittén har även framhållit att stater har ett ansvar att se till att kvinnor har tillgång till

hälso- och sjukvård under graviditeten, samt vid och efter förlossning. I fallet *Alyne v. Brazil* framhöll CEDAW-kommittén att det följer av artikel 2 (e) i FN:s kvinnokonvention (CEDAW), att stater även har ett ansvar för privata vårdaktörers agerande.¹⁵ I fallet *Alyne v. Brazil* framhöll CEDAW-kommittén vidare att för att skydda kvinnors rätt till liv, hälsa och icke-diskriminering, är stater skyldiga att tillhandahålla snabb tillgång till mödranhälsovård av god kvalitet för alla, oavsett etnisk tillhörighet eller socioekonomisk status.¹⁶

En oproportionerligt hög förekomst av mödradödlighet sker på landsbygden och fall av mödradödlighet ökar när diskriminering på grund av kön förekommer samtidigt med andra diskrimineringsgrunder såsom geografisk hemvist, socioekonomisk status, ålder och etnisk tillhörighet. Ett intersektionellt angreppssätt är därför viktigt och det har rekommenderats att stater bör anta åtgärder som förbättrar SRHR hos marginaliserade grupper.¹⁷

Dialogen om förbättrad mödranhälsa kan även handla om att visa på de viktiga kopplingarna mellan minskad fattigdom i olika länder och förbättrad mödranhälsa och minskad mödradödlighet. Upp till 94 procent av all mödradödlighet sker i låg- och medelinkomstländer.¹⁸ Mödradödligheten i länder med låg inkomst var 462 per 100 000 förlossningar, jämfört med 11 per 100 000 i höginkomstländer år 2017.¹⁹ I detta hänseende kan regionala ramverk för mänskliga rättigheter även vara av nytta i dialogen. Upp till 86 procent av den globala mödradödligheten förekommer i Afrika söder om Sahara (SSA) och Syd-

10 Stacie E. Geller et al., [A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality](#), Reproductive Health, vol. 15, (2018), s. 31–32. och Marge Koblinksky et al., [Maternal morbidity and disability and their consequences: neglected agenda in maternal health](#), Journal of Health, Population and Nutrition, vol. 30, No. 2 (2012). Avsaknaden av data talar i sig för att frågan inte har prioriterats lika högt, men pekar även på utmaningar i definitionen och insamlandet av jämförande data från olika länder och kontexter. Enligt WHO:s Maternal Morbidity Working Group, har mödrasjuklighet definierats på engelska som “any health condition attributed to and/or aggravated by pregnancy and childbirth that has a negative impact on the woman’s wellbeing”. Se Tabassum Firoz et al., [Measuring maternal health: focus on maternal morbidity](#), Bulletin of the World Health Organization (2013), s. 795.

11 Tabassum Firoz et al., [Measuring maternal health: focus on maternal morbidity](#), Bulletin of the World Health Organization (2013), s. 794.

12 Senaste resolutionen antagen var ‘Preventable maternal mortality and morbidity and human rights in humanitarian settings’, A/HRC/RES/39/10, antagen av MR-rådet den 27 September 2018.

13 Ibid.

14 CEDAW-kommittén, [Alyne da Silva Pimentel v. Brazil](#), CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011), paras. 7.4 och 7.7.

15 Ibid, para 7.5.

16 Ibid, para 5.2.

17 FN: s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, [General Comment 22](#), para. 30.

18 WHO, [Maternal mortality](#), (2019).

19 Ibid.

asien.²⁰ På grund av den höga mödradödligheten i Afrika söder om Sahara, syftar den reviderade *Maputo Plan of Action 2016–2030* till att förebygga mödradödlighet genom att bland annat utöka användningen av preventivmedel, minska andelen osäkra aborter, förhindra barnäktenskap och säkerställa tillgången för ungdomar till sexuell och reproduktiv hälsa.²¹

Samtidigt kan tillgången till mödrahälsovård inom länder vara ojämlik bland annat på grund av fattigdom, religionstillhörighet, ålder eller civilstatus.²² CEDAW-kommittén har i detta hänseende framhållit vikten av att tillhandahålla gratis vård för kvinnor som lever i fattigdom under graviditet, förlossning och under tiden efter barnafödande.²³

Enbart ökad tillgång till och användning av hälsovårdstjänster, räcker inte för att förbättra mödrahälsan. Kvaliteten på vården som en person får under graviditet, förlossning och under tiden efter barnafödande, påverkar dennes hälsa och sannolikheten att personen kommer att söka vård i framtiden. En mödrahälsovård av god kvalitet bör vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.²⁴ Rätt mödrahälsovård måste erbjudas vid rätt tidpunkt och levereras på ett sätt som respekterar, skyddar och främjar mänskliga rättigheter.

En av fyra sjukvårdsanläggningar runt om i världen saknar grundläggande vattenförsörjning.²⁵ Infektioner i samband med bristande hygieniska förhållanden inom vården har beräknats vara orsaken till uppåt 11 procent av den globala mödradödligheten.²⁶ För att kunna minska och förhindra mödradödlighet och mödrasjuklighet, krävs det att vårdkvaliteten förbättras och att vårdinrättningar kan förse patienter med rent vatten och tillgodose hygieniska förhållanden.²⁷ Tillgången till rent vatten är en grundförutsättning för att tillgodose säker mödrahälsovård och barnafödande. Det krävs därmed integrerade satsningar på vatten, sanitet och hygien (WASH) och SRHR, där sambanden mellan insatser att uppnå mål 3.1²⁸ om minskad mödradödlighet och mål 6 om rent vatten och sanitet inom ramen för Agenda 2030, kan göras.

Individanpassad mödrahälsovård är en viktig komponent för att säkerställa mödrahälsovård av god kvalitet, samt av central betydelse för att upprätthålla mänskliga rättigheter. Över hela världen utsätts många för diskriminerande och kränkande behandling inom mödrahälsovården och grupper som är marginaliserade, är särskilt utsatta. Kränkningar kan inträffa såväl mellan patienten och vårdgivaren, som genom systematisk diskriminering på hälsosystems-nivå.²⁹ På global nivå har *the Respectful Maternity Care Charter: Universal Rights of Women and Newborns*³⁰ utvecklats för att understryka förbättringar som krävs i policy och program.

20 UNFPA, [Costing the Three Transformative Results: The cost of the transformative results UNFPA is committed to achieving by 2030](#), (2020), s. 11.

21 African Union Commission, *Maputo Plan of Action 2016–2030 for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights*, (2016).

22 USA har en av de högsta nivåerna av mödradödlighet bland höginkomstländer och stora skillnader finns mellan olika grupper inom landet. Se Guttmacher Institute, [Maternal Mortality Review Committees](#), (2021).

23 CEDAW-kommittén, [General recommendation No. 24: Article 12 of the Convention \(women and health\)](#), (1999), para. 27.

24 WHO, [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities](#), (2016), s. 15.

25 Kruk et. al. [High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution](#). The Lancet Global Health, (2018), och WHO, Unicef, [Global Progress Report on WASH in healthcare facilities](#), (2020), s.9-12., och Say et al. [Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis](#). Lancet Glob Health, (2014).

26 Ibid.

27 Ibid.

28 Mål 3.1 lyder: "Till 2030, minska mödradödligheten i världen till mindre än 70 dödsfall per 100 000 förlossningar med levande barn".

29 [Bowser och Hill](#) har beskrivit sju kategorier av kränkningar inom vården vid förlossning. WHO släppte år 2014 ett uttalande på ämnet: WHO, [The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth](#), (2014).

30 The White Ribbon Alliance och [The Global Respectful Maternity Care Council](#), [The Respectful Maternity Care Charter: Universal Rights of Women and Newborns](#).

Den globala FN-strategin *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*³¹ ger vägledning för att påskynda arbetet för kvinnors, barns och ungdomars hälsa fram till 2030. Strategin kan utgöra ytterligare ett stöd i dialoger om mödradödlighet och mödrasjuklighet inom ramen för Agenda 2030.

Folkhälsoperspektivet

För att minska mödradödlighet och för att förbättra kvinnors, flickors och nyföddas hälsa, är det viktigt att belysa att gravida och nyfödda måste få tillgång till sammanhängande vårdåtgärder.³² I dialogen bör vinsterna av att investera i en vårdkontinuitet som omfattar rådgivning, preventivmedel, säkra aborter, bekämpning av kvinnlig könsstympning, utbildade barnmorskor och vårdpersonal, samt mödra- och barnhälsovård, uppmärksammas. För att stärka sammanhängande vårdåtgärder, kan det vara viktigt att beakta att vårdmodeller kan se olika ut i olika länder, men att primärvården i många fall utgör en viktig första kontaktpunkt för personer. Viktiga tjänster såsom förlossningsvård och tillgången av kvalificerad vårdpersonal har förbättrats avsevärt under de senaste två decennierna, men över hela vårdkedjan, krävs större insatser för att förbättra till exempel efterförlossningsvård.³³ Det är även viktigt att understryka vikten att alla personer, särskilt de som har specifika vårdbehov, till exempel kvinnor som lever med hiv³⁴, ungdomar och andra marginaliserade grupper, får likvärdig tillgång till vårdinsatser. Vårdbehoven kan även se olika ut vid olika tillfällen i livet och insatser bör därför även vara anpassade till olika stadier av en människas liv.

Humanitära situationer

En stor del av mödradödligheten i världen sker i kontexter som präglas av kriser och katastrofer. I humanitära kriser saknas ofta tillgång till preventivmedel, säkra aborter, mödrahälsovård och akut förlossningsvård. FN:s ekonomiska och sociala råd har

uppmantat stater att säkerställa tillgång till den vård som krävs för att förebygga mödradödlighet och mödrasjuklighet i humanitära kontexter.³⁵

Vägledning för att arbeta med mödrahälsa från ett rättighetsperspektiv har bland annat publicerats i *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response* och *the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. Internationella standarden *Minimum Initial Service Package for Sexual and Reproductive Health (MISP)*, framtagen av *the Inter-Agency Working Group for Reproductive Health in Crisis (IAWG)*, fastslår en miniminivå av SRH-åtgärder som krävs i humanitära krissituationer.³⁶ UNFPA och internationella NGOs strävar efter att se till att MISP-aktiviteter och ytterligare SRH-tjänster ingår i alla faser av den humanitära programcykeln, där bekämpningen av mödradödlighet och mödrasjuklighet är ett huvudmål.³⁷

Samarbete med civilsamhället

Civilsamhällets kunskap om den lokala kontexten är viktig för att förstå sociala och kulturella hinder för förbättrad mödrahälsa och för att få insikt om specifika behov hos olika grupper. Deras förmåga att nå olika målgrupper, samt deras potentiellt höga förtroendekapital, gör att de kan bidra med viktiga kontakter, information och data om vad som behövs för att tillgodose mödrahälsovård av god kvalitet. På det globala planet, finns civilsamhället även representerat i till exempel *the Global Financing Facility for Women, Children and Adolescents (GFF)* samt *the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)*. Exempel där civilsamhället arbetar tillsammans med stater och övriga aktörer är *the Global Respectful Maternity Care Council (GRMCC)* och nätverket *Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health* som samlar relevant information från olika intressenter.³⁸

31 För mer information: [The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health](#) och [Every Woman, Every Child](#).

32 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2659.

33 Ibid.

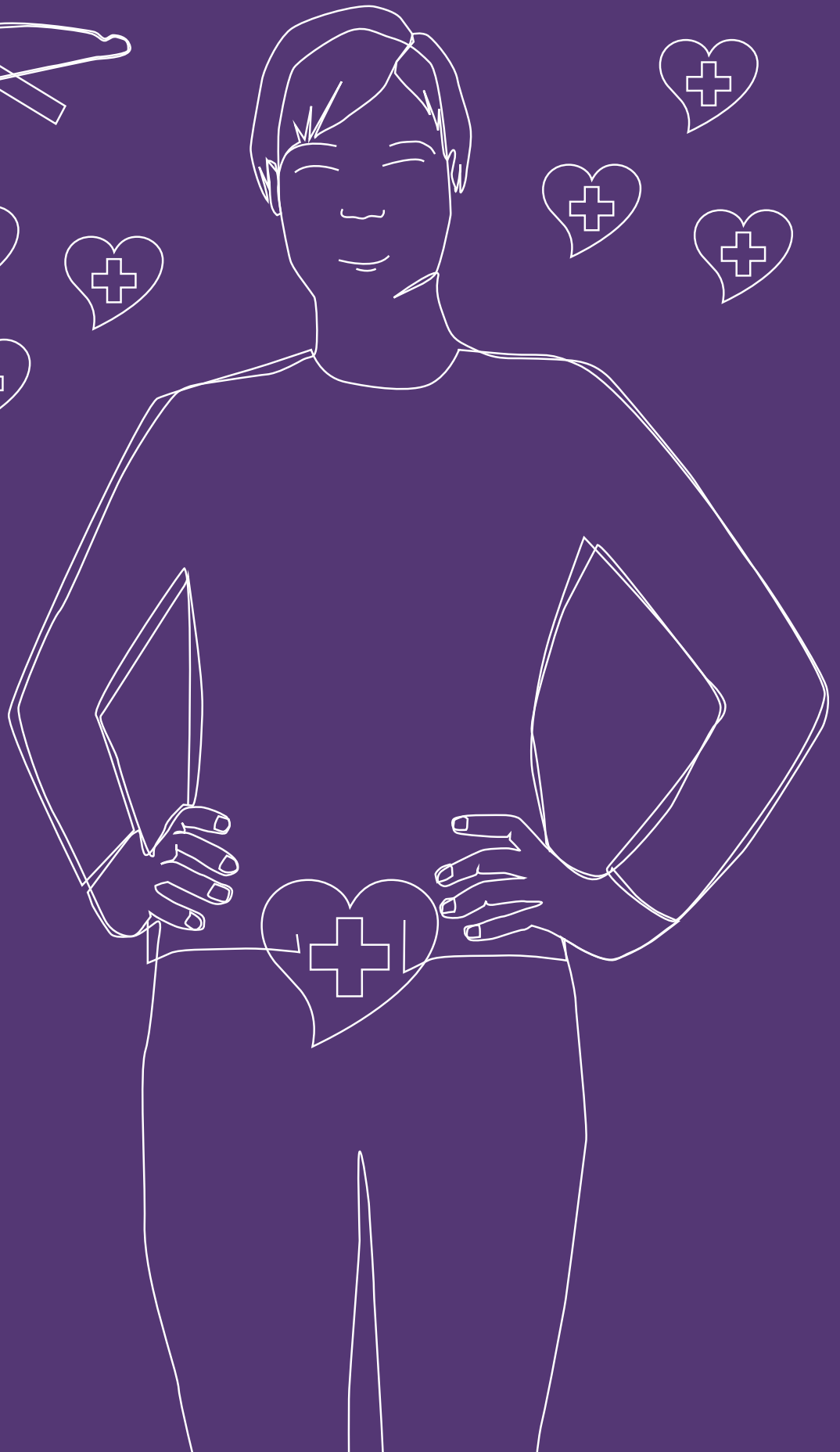
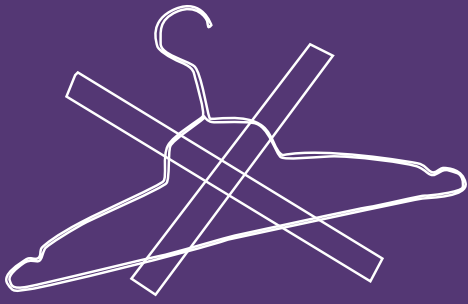
34 Alla gravida kvinnor som lever med hiv bör få behandling för att förlänga deras liv och för att förhindra hiv-infektioner hos nyfödda. Rutinmässig hiv-testning och rådgivning vid det första vårdbesöket är avgörande för att uppnå universell täckning av antiretroviral behandling. Ibid.

35 E/RES/2019/14, [Strengthening of the coordination of emergency humanitarian assistance of the United Nations](#), para. 42.

36 IAWG, [Minimum Initial Service Package for Sexual and Reproductive Health](#), (2019).

37 Huvudmål 4 av MISP, Ibid.

38 [Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health](#).



Tillgång till säkra aborter och postabortvård

Varför ska Sverige driva och aktivt försvara tillgången till säker och laglig abort?

En central dimension när det gäller personers åtnjutande av de mänskliga rättigheterna är möjligheten att själva bestämma över sin egen kropp, hälsa, sexualitet och barnafödande. Att tvinga en person att fullfölja en oönskad graviditet är en kränkning av dennes rätt att fritt bestämma om och när denne ska föda ett barn. ICPD-handlingsplanen slår tydligt fast att alla är fria att bestämma när och hur många barn de vill ha och när abort är lagligt, måste tillgång till säker abortvård säkerställas.¹

Att införa förbud mot abort, leder inte till att färre aborter genomförs, utan det ökar istället antalet osäkra aborter.² Att verka för att kvinnor och flickor får tillgång till lagliga och säkra aborter, är en viktig del i Sveriges feministiska utrikespolitik och bistånd.³ Abort är ett mycket säkert förfarande när det utförs i enlighet med medicinska riktlinjer, men osäkra aborter utgör ett allvarligt hot mot kvinnors och flickors hälsa. Osäkra aborter utförs framförallt när tillgången till säker abort är begränsad, till exempel på grund av lagstiftning, höga ekonomiska kostnader, stigma, bristande hälsosystem, fysiska avstånd eller hot om våld. Mellan år 2015 och 2019, utfördes drygt 73 miljoner aborter i världen och av dessa var omkring 45 procent osäkra aborter.⁴ Många dör på grund av osäkra aborter eller av konsekvenserna som de orsakar. Omkring sju miljoner kvinnor läggs in på sjukhus varje år till följd av osäkra aborter.⁵ Den årliga kostnaden för behandling av större komplikationer från osäkra aborter uppskattas till 553 miljoner USD.⁶

Ingångar till dialog om säker abort och abortvård

Rättighetsperspektivet

Handlingsplanen från ICPD innehåller ingen allmän hänvisning till rätt till säker abort. Däremot fastställer handlingsplanen att abort ska vara säker i länder där abort är lagligt under en eller flera omständigheter. Handlingsplanen fastställer även att kvinnor ska ha tillgång till de tjänster som behövs för att behandla komplikationer som kan uppstå efter abort.⁷ Handlingsplanen från fjärde kvinnokonferensen i Peking uppmanar dessutom stater att ompröva lagar som straffar kvinnor som gör abort.⁸ Inom globala mellanstatliga förhandlingar såsom vid CSW, har konsensus varit svårt att nå angående abort. Även om abort inkluderades i CSW:s slutdokument från 2014 och 2016⁹, har det varit svårare efterföljande år.

Tillgång till säker och laglig abort är viktigt för att motverka diskriminering av kvinnor och flickor, samt för att säkerställa kvinnors och flickors rätt till hälsa och åtnjutande av andra mänskliga rättigheter. Kommittéer som övervakar FN-konventioners tillämpning har funnit att när en kvinnas tillgång till säker och laglig abort begränsas, hotas flera av hennes mänskliga rättigheter.¹⁰ Stater har därför rekommenderats att se över och ändra lagstiftningen för att öka möjligheterna för kvinnor att få tillgång till fri och säker abort och för att kvinnor som genomgår en olaglig abort inte ska riskera rättsliga påföljder inklusive fängelsestraff.¹¹ Kommittén för mänskliga rättigheter och FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

1 Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, Sept. 5–13, 1994, New York: UN, 1995.

2 Guttmacher, [Abortion Worldwide: Uneven Progress and Unequal Access](#), (2017). För mer information och jämförelser, läs mer på [The Global Abortion Policies Database](#). En abort anses osäker när den antingen utförs av en person som saknar den kunskap och färdighet som krävs, eller om en abort utförs i en miljö som inte uppfyller minimala standarder, eller båda..

3 För att läsa mer om Sidas arbete med abort: Sida, [Health Brief: Safe Abortion](#), (2021).

4 WHO, [Fact Sheet: Abortion](#), (2020).

5 WHO, [Fact Sheet: Abortion](#), (2020) och Sida, [Health Brief: Safe Abortion](#), (2021).

6 Ibid.

7 PoA 8.25.

8 Para. 106 (k).

9 CSW 58th Session 2014, p. 11 och CSW 60th Session 2016, p. 8.

10 T.ex. rörande rätten till hälsa: L.C. v. Peru, CEDAW/C/50/D/22/2009, para. 8.15, och rörande rätten till privatliv: Whelan v. Ireland, CCPR/C/119/D/2425/2-14, para. 7.8; Mellet v. Ireland, CCPR/C/116/D/2324/2013, para. 7.7; K.L. v. Peru, CCPR/C/85/D/1153/2003, para. 6.4; V.D.A. v. Argentina, CCPR/C/101/D/1608/2007, para. 9.3.

11 Detta uppmanas bland annat i Pekingplattformen, se para. 106 (k).

(ESK-kommittén) har även gjort kopplingen mellan osäker och olaglig abort och rätten till liv och rätten till hälsa.¹² FN:s särskilda rapportör för rätten till hälsa har framhållit att rätten till hälsa också anses hotad vid begränsningar i tillgången till abort och/eller där abort är osäker.¹³

Afrikanska Unionens regionala ramverk *'The Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa'* (känt som Maputo-protokollet) fastställer bland annat afrikanska staters skyldighet att tillhandahålla laglig och säker 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)).

Ett fåtal länder i världen har i dagsläget ett totalförbud mot aborter. I några länder och stater kriminaliseras kvinnor som genomgår en abort. Hur lagstiftningen ser ut i ett land, hur den efterlevs och om befolkningen känner till lagen, är viktigt att känna till inför en dialog.¹⁴ Det är lätt att fokus hamnar på att abort är olagligt, men i de flesta länder är abort lagligt utifrån en eller flera grunder.¹⁵ Om lagliga förändringar anses för svårt att argumentera för kan en annan ingång vara att föra dialog kring de grunder som faktiskt tillåter abort. Om abort exempelvis är tillåtet om kvinnans hälsa hotas, kan en väg framåt vara att inkludera även den mentala hälsan i enlighet med WHO:s definition. En annan ingång är se över straffbarheten om abort är olagligt. Det kan finnas större samförstånd kring att kvinnor eller utförare av abort inte bör betraktas som kriminella på grund av att de utfört en abort. Avkriminalisering av abort kan därför vara ett första mål för dialog.

Folkhälsoperspektivet

Kopplingen mellan mödradödlighet, mödrasjuklighet och osäkra aborter är en viktig ingång i dialogen.

Osäkra aborter ligger till grund för cirka 4,7–13,2 procent av mödradödligheten globalt. I höginkomstländer dör cirka 30 kvinnor per 100 000 osäkra aborter. Den siffran stiger till 520 dödsfall per 100 000 osäkra aborter i Afrika söder om Sahara.¹⁶ Av de osäkra aborterna som sker i världen, utförs omkring 29 procent i Afrika och dessa står för 62 procent av alla dödsfall globalt, som inträffar till följd av osäkra aborter.¹⁷ De hälsovådliga konsekvenserna av att förvägra kvinnor och flickor säkra aborter är att de istället använder livsfarliga metoder i försök att framkalla en spontan abort eller missfall. Kvinnor och flickor kan även få stora skador för resten av livet efter osäkra aborter. Att göra säkra aborter tillgängliga och lagliga är därför ett led i arbetet med att minska mödradödligheten och tillgodose folkhälsan.

Att stödja kvinnors tillgång till säkra aborter sänker även kostnaderna för sjukvård och är ett steg mot att förverkliga rätten till hälsa för alla. Osäkra aborter är ett stort ekonomiskt problem som ofta belastar den nationella och lokala hälsosektorn genom att de tar stora delar av sjukvårdens resurser i anspråk.¹⁸ Kostnader som uppstår till följd av osäkra aborter, överstiger avsevärt kostnaderna för att tillhandahålla säkra aborter.¹⁹

Kvinnor som lever i fattigdom och unga kvinnor och flickor utgör en stor del av de som genomgår osäkra aborter.²⁰ Kvinnor som har bättre ekonomi har ofta möjlighet att söka upp, eventuellt resa, förlora sin arbetsinkomst och betala för en säkert utförd abort. Detta gör att konsekvenserna av osäkra aborter till största delen drabbar redan utsatta och marginaliserade grupper, vilket gör abortfrågan även till en fråga om fattigdom, rättvisa och social jämlikhet. Att visa på hur situationen ser ut i landet, vilka som drabbas och inte drabbas, kan vara en ingång till dialog.

12 FN:s Kommitte för Mänskliga Rättigheter, Allmänna Kommentar 36 (2018) om Artikel 6, para 8: "although States parties may adopt measures designed to regulate voluntary terminations of pregnancy, such measures must not result in violation of the right to life of a pregnant woman or girl, or her other rights under the Covenant"; ESK-kommittén, Allmänna Kommentar 22, paras. 10, 30, 34.

13 FN:s särskilda Rapportör för rätten till Hälsa, A/66/254 (2011), paras. 21, 65.

14 En översyn av abortlagstiftningar globalt finns tillgänglig från [Center for Reproductive Rights](#).

15 Ibid.

16 WHO, [Fact Sheet: Abortion](#), (2020).

17 Ibid.

18 Guttmacher Institute, [Abortion: Cost](#).

19 Ibid.

20 WHO, [Fact Sheet: Abortion](#), (2020).

The Global Gag Rule (GGR)

År 1984, införde USA:s president Ronald Reagan genom presidentdekret *the Mexico City Policy*, även kallad *the Global Gag Rule (GGR)*. Policyn förskriver att utländska biståndsorganisationer nekas amerikanskt hälsobistånd om de arbetar med frågor som rör abort, även om organisationernas abortrelaterade aktiviteter inte finansieras av USA:s bistånd. Sedan 1984 har efterföljande demokratiska presidenter i USA avskaffat policyn, medan republikanska presidenter har återinfört den. Under president Donald Trump återinfördes och utökades GGR genom *the Protecting Life in Global Health Assistance* policyn, från att ha gällt finansiering för preventivmedel, till att gälla all hälsofinansiering till biståndsorganisationer. Under Trump-administrationen, orsakade policyn en markant ökning av osäkra aborter bland de kvinnor som direkt har påverkats av policyn, vilket innebär att policyn inte har uppnått sina egna mål om att minska antalet aborter.²¹ Biden-Harris administrationen har avskaffat GGR, men det är sannolikt att den återinförs vid ett politiskt maktskifte. Lagstiftning, såsom den föreslagna *the Global Health, Empowerment and Rights (Global HER) Act*, kan inskränka och förhindra möjligheten för kommande amerikanska presidenter att återinföra GGR.

The Helms Amendment

År 1973, kort efter att USA:s högsta domstol hade slagit fast att det finns en konstitutionell rätt till abort i målet *Roe v. Wade*, utfärdade USA:s kongress ett tillägg till *the Foreign Assistance Act*, som begränsade användningen av amerikanskt bistånd för abort. Detta tillägg, *the Helms Amendment*, förbjuder att amerikanskt bistånd används för att erbjuda abort som en preventivmedelsmetod. Förbudet har däremot kommit att tillämpas extensivt till att betyda ett övergripande förbud mot att amerikanskt bistånd används för att finansiera abort generellt²², även i fall där graviditeten är ett resultat av våldtäkt, incest eller är ett hot mot den gravida personens hälsa. Lagstiftning, såsom den föreslagna *Abortion Is Health Care Everywhere Act*, skulle möjliggöra att amerikanskt bistånd ska och bör finansiera rätten till säker och laglig abort.

Samarbete med civilsamhället

Organisationer eller individer som arbetar med att utöka möjligheten till säker och laglig abort, kan i många kontexter möta på motstånd och bli föremål för förtal och trakasserier från både statliga och icke-statliga aktörer. Deras säkerhet bör därför beaktas i dialoger och särskilt när abortlagarna är restriktiva eller i kontext där abort är kriminaliserat. *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* och *Ipas* kan till exempel vara viktiga allierade och deras nationella kontor kan vara ett bra stöd för att kunna föra dialoger på landnivå. Religiösa aktörer och organisationer som är för abort, till exempel *Catholics for Choice*, kan vara viktiga allierade kan även konsulteras för att få kontakt med nationella och lokala religiösa aktörer. Det är viktigt att bygga inkluderande abortrörelser där samarbeten mellan sektorer kan främjas och där förändring på alla nivåer kan ske. Det är även viktigt att koordinera arbetet som rör abort med den bredare SRHR-rörelsen samt med andra civilsamhällesrörelser, för att kunna få en långsiktig översikt av oppositionen. På den globala och regionala nivån samordnar Sida, tillsammans med en rad olika aktörer *the Global Safe Abortion Dialogues*²³, som kontinuerligt diskuterar viktiga åtgärder för att främja rätten till säker och laglig abort.

21 Brook et al, [USA aid policy and induced abortion in sub-Saharan Africa: an analysis of the Mexico City Policy](#), Lancet global Health, (2019).

22 Guttmacher, [The Case for ending the "Global Gag Rule" and the Helms Amendment](#), (2021).

23 [2021 Global Safe Abortion Dialogues: Key Highlights and Priorities](#).



Sexualundervisning

Varför ska Sverige arbeta för sexualundervisning?

Sexualundervisning är en viktig komponent för att människor ska kunna göra medvetna och informerade val när det gäller sex och relationer, men också för att motverka myter och felaktiga föreställningar om sexualitet. En god sexualundervisning främjar folkhälsan genom att tillhandahålla ålders- och kontextanpassad information som tar upp verkliga frågeställningar relaterade till sex, samtycke och relationer för unga människor. Sexualundervisning är därför, tillsammans med större samhälls- och normförändringar, en grundpelare i arbetet med att uppfylla allas SRHR. Trots vikten av sexualundervisning för människors hälsa och rättigheter, möter ämnet motstånd.¹

De viktigaste komponenterna i en god sexualundervisning är att den ger rätt och riktig information om kropp och sexualitet, att den belyser attityder och normer, att den utvecklar färdigheter såsom kritiskt tänkande och hur man kan kommunicera om sex och sexuella situationer, självkänsla och respekt för andra och slutligen, att den uppmuntrar till respekt för sig själv och en icke-fördömande och icke-diskriminerande attityd.² Diskussioner om känslor, kärlek, relationer, samtycke, onani, sexuell njutning, jämställdhet, könsmonster, 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.³ Sexualundervisning syftar även till att förebygga sexuella trakasserier, sexuellt våld, diskriminering av hbtqi-personer och personer som lever med hiv och aids.

Utgångspunkter och ingångar till dialog om sexualundervisning

Rättighetsperspektivet

Att referera till globala och regionala ramverk kan vara en dialogingång när man samtalar om det enskilda landets policy- och styrdokument, som exempelvis läroplaner. ICPD:s handlingsprogram lyfter 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.⁴ Sexualundervisning är även nödvändigt för att uppnå flera av Agenda 2030-målen och understryks särskilt i delmålen 5.6 och 3.7.

Det finns utvecklingar vid CSW och CPD som tyder på att referenser till "comprehensive sexuality education", har blivit mer svårvinna.⁵ Samtidigt har referenser till familj och föräldrars inflytande på barns och ungas sexualundervisning införts i slutdokument, vilket riskerar att inskränka unga människors rättigheter.

FN:s granskningskommittéer för de mänskliga rättigheterna, för CEDAW och för barnkonventionen har kopplat tillgång till sexualundervisning i skolan till rätten till liv, hälsa, utbildning och information.⁶ Regionala ramverk kan även vara viktiga instrument i dialogen. Ett exempel på ett sådant ramverk är 'Mexico City Declaration on Sex Education in Latin America and the Caribbean'. Ett annat är 'Ministerial Commitment on comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services for adolescents and young people in Eastern and Southern African (ESA)' för den afrikanska regionen⁷. I Europa har den europeiska kommittén för sociala rättigheter, övervakningsorganet för den europeiska sociala stadgan, utvecklat resonemang om att sexualundervisning måste vara

1 Unesco, [Facing the Facts: The case for Comprehensive Sexuality Education](#), Policy Paper 39, (2019).

2 Unesco, [International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach](#), (2018), samt UNFPA.

3 Unesco, [Facing the Facts: The case for Comprehensive Sexuality Education](#), Policy Paper 39, (2019).

4 Handlingsplanen för FN:s internationella konferensen om befolkning och utveckling (ICPD), paras. 4.29, 7.37, 7.41, and 7.47.

5 Gilby et al., [Global health without sexual and reproductive health and rights? Analysis of United Nations documents and country statements, 2014–2019](#), BMJ Global Health, (2021), s. 7.

6 Se E/C.12/1/Add.106, para. 53 och CCPR/C/79/Add.110, CEDAW/C/LTU/CO/4, para. 25; CEDAW/C/NGA/CO/6, para. 33; CRC/C/15/Add.137, para. 48; CRC/C/15/Add.144, para. 61; E/C.12/1/Add.57, para. 27; E/C.12/1/Add.62, para. 7; och E/C.12/1/Add.65, para. 31.

7 'The Ministerial Commitment on comprehensive sexuality education and sexual and reproductive health services for adolescents and young people in Eastern and Southern African (ESA)' antogs år 2013 och sträckte sig fram till år 2020. I slutet av 2021 [förnyade ledare ESA-åtagandet](#) och uppdaterade det med nya mål för år 2022–2030. Se även 'The Maputo Plan of Action 2016–2030' del 4: Improving Strategic communication for SRH&RR, för ytterligare åtaganden gällande sexualundervisning.

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 undervisningen eller förstärker nedvärderande stereotyper och fördomar.⁸

Folkhälsoperspektivet

Läroplansbaserad, lärarledd sexualundervisning av god kvalitet har visat sig vara ett av de mest effektiva verktygen för att säkerställa ungas sexuella och reproduktiva hälsa.⁹ 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 så att den ska kunna nå så många unga människor som möjligt, också dem som endast går ett fåtal år i skolan. I låginkomstländer kan så många som 62 procent i vissa fall stå utanför motsvarande gymnasial utbildning.¹⁰ Sexualundervisningen blir också mer effektiv om den börjar ges innan unga människor blir sexuellt aktiva.¹¹ Bra sexualundervisning är, liksom all annan undervisning, åldersanpassad.

Kunskap om kroppen, sexualitet och preventivmedel ger ungdomar möjlighet ta ansvar för sina liv och sin sexualitet.¹² Sexualundervisning är en effektiv väg till ökade kunskaper, samtidigt som sexualdebuten inte tidigare läggs bland elever som får den.¹³ Ensidiga kampanjer eller sexualundervisning som uppmanar unga människor att avstå från sex visar inte positiva resultat.¹⁴ Att få reflektera och diskutera tillsammans är oerhört viktigt för att stärka unga människors kunskaper, färdigheter och handlingskompetens och på så sätt deras möjlighet att ta ansvar för sina liv.

En ingång för dialog kan även vara att prata om hur sexualupplysning kan nå vuxna och unga utanför utbildningssystemet. En mycket stor andel vuxna i världen har aldrig fått någon sexualundervisning och många utsatta grupper står utanför det formella utbildningssystemet.¹⁵ 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 dem som står utanför utbildningssystemet. För att nå ut till personer utanför utbildningssystem, kan arbetet fokusera på att höja kunskapsnivån hos den allmänna befolkningen. Innovativa lösningar som att sprida sexualupplysning via sociala medier och på internet kan vara ytterligare en ingång för dialog.¹⁶ Samverkan med offentlig verksamhet kan vara viktigt, exempelvis genom insatser inom hälso- och sjukvården.

Riktlinjer för sexualundervisning

Unesco, Unaid, UNFPA, Unicef, UN Women och WHO har tillsammans tagit fram *International Technical Guidance on Sexuality Education – An evidence-informed approach (ITGSE)*, en teknisk guide med syfte att ge underlag och riktlinjer för allsidig sexualundervisning (CSE) i skolan för att uppnå de Globala hållbarhetsmålen. Guiden identifierar faktorer för en bra sexualundervisning och beskriver hur den kan läggas upp, centrala ämnen i sexualundervisningen, inlärningsmål för olika åldersgrupper samt vilka aktörer som är viktiga att föra en dialog med.¹⁷

8 A/HRC/47/27 [The Law of Inclusion: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity](#), (2021), para. 54.

9 Unesco, [Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review](#), (2015) och Unesco, [Highlights: The journey towards comprehensive sexuality education](#), (2021).

10 Unesco, [Accountability in education: meeting our commitments](#), (2017/18), s.124.

11 Unesco, [Facing the Facts: The case for Comprehensive Sexuality Education](#), Policy Paper 39, (2019), s. 2.

12 För fler argument, se Avsnitt 4 i Unesco et al, [International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach](#), (2018), s. 28–31.

13 Ibid, s.84.

14 Se till exempel Fonner, [School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis](#), (2014) och Underhill et. al., [Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review](#), (2007).

15 Sida, [Brief: Comprehensive Sexuality Education](#), (2016).

16 Ibid.

17 Unesco et al, [International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach](#), (2018), se särskilt s. 86–88 för dialog med olika aktörer och s. 85 om religiösa ledare.

Riktlinjer för sexualupplysning för barn och ungdomar som inte går i skolan

Unesco, UNAIDS, UNFPA, Unicef, och WHO har därutöver även tagit fram riktlinjer som kompletterar ITGSE och som ger vägledning om hur man utvecklar sexualundervisning som är lämpligt för olika grupper av barn och ungdomar som inte går i skolan: [*International Technical and Programmatic Guidance on out-of-school Comprehensive Sexuality Education \(CSE\) – An evidence informed approach for non-formal, out-of-school programmes.*](#)

Samarbeten mellan civilsamhällesorganisationer och stater som motsätter sig sexualundervisning, är ofta transnationella, välorganiserade och återfinns på nationell, regional och global nivå. Det är därför av stor vikt att stärka civilsamhällesaktörer, lärare och sexualupplysare som arbetar med sexualundervisning och se till att de kan arbeta i säkerhet på alla nivåer.

Samarbete med civilsamhället

En nära dialog med civilsamhället, inklusive religiösa aktörer och organisationer, som arbetar med utbildningsinsatser är centralt för att försäkra att sexualundervisning når alla, även de personer som inte har eller har haft tillgång till skolor eller formella utbildningssystem. Civilsamhällesorganisationer kan ofta vara de aktörer som är ansvariga för implementeringen av nationella läroplaner och de kan ha stort inflytande på beslutsfattare på nationell och lokal nivå. *The International Planned Parenthood Federation (IPPF)* har till exempel tagit fram en förenklad guide för hur sexualundervisning inom skolor och sexualupplysning utanför skolan kan implementeras av civilsamhällesaktörer. Denna guide innehåller även tips på hur olika intressenter kan uppmuntras att implementera policyer som rör sexualundervisning och sexualupplysning, som kan vara till nytta i dialoger.¹⁸

18 IPPF, [Deliver + Enable Toolkit: Scaling up comprehensive sexuality education \(CSE\)](#), (2017).



Preventivmedel

Varför ska Sverige driva frågan om tillgång till preventivmedel?

Tillgång till ett brett urval av moderna preventivmedel räddar liv och är grundläggande för att människor ska kunna bestämma om och när de vill ha barn.¹ Över hela världen har den växande användningen av moderna preventivmedel lett till en minskning av mödradödlighet, förbättringar av socioekonomiska förhållanden och en ökad skolgång för flickor och kvinnor.² Tillgången till moderna preventivmedel i olika delar av världen är däremot inte tillräcklig. Av de kvinnor i reproduktiv ålder i låg- och medelinkomstländer som vill undvika en graviditet, saknar 218 miljoner moderna preventivmedel.³ Andelen som använder preventivmedel i olika regioner ser olika ut. I Europa, Latinamerika, Karibien och Nordamerika ligger användningen på runt 70 procent, men i centrala och västra Afrika använder endast omkring 25 procent moderna preventivmedel.⁴ I många länder finns det fortfarande juridiska, finansiella, politiska, sociala, kulturella och andra strukturella hinder i vägen, såsom brist på utbildning, för att individer ska kunna komma åt och använda moderna preventivmedel. UNFPA uppskattar att det skulle krävas ytterligare 59,9 miljarder USD i investeringar mellan år 2020 och 2030 för att kunna tillfredsställa det ouppfyllda behovet av moderna preventivmedel i världen.⁵ Även om detta framstår som stora investeringar, så kommer däremot ett nettosparande i samhällskostnader ändå kunna uppväga dessa investeringar.⁶

Ingångar till dialog om preventivmedel

Rättighetsperspektivet

I målen för ICPD:s handlingsplan samt för flera av FN:s globala hållbarhetsmål, är tillgången till preventivmedel centralt.⁷ Vikten av att ha tillgång till preventivmedel kan även kopplas till människors rätt till hälsa och till att leva ett värdigt liv som finns i ett flertal av FN:s konventioner om de mänskliga rättigheterna. CEDAW omfattar rätten att fritt bestämma antalet barn och tidsrymden mellan dem, liksom rätten till sexualupplysning (artikel 16(1)(e)). CEDAW-kommittén har betonat att kvinnor inte kan fatta välinformerade beslut om användandet av säkra och pålitliga preventivmedel, om de inte har fått adekvat information och preventivmedelsrådgivning.⁸ Kommittén har även uppmanat stater att tillhandahålla preventivmedel och SRH-information samt tjänster inom katastrofberedskap, inklusive tillgång till akut-p-piller.⁹

ESK-kommittén har betonat att stater har ett ansvar att se till att preventivmedel finns i tillräckliga mängder och inkluderar ett brett utbud av olika preventivmedelsmetoder, inklusive akut-p-piller.¹⁰ De ska vara tillgängliga, både fysisk och ekonomiskt och på ett icke-diskriminerande sätt. De ska även nå kvinnor på landsbygden eller avlägsna områden och vara kulturellt acceptabla samt vetenskapligt och medicinskt lämpliga, uppdaterade och av god kvalitet. Att ha tillgång till ett brett spektrum av olika preventivmedel och patientcentrerad preventivmedels-

1 WHO/HRP, [Evidence Brief: Contraception](#), (2019).

2 Ibid.

3 Guttmacher Institute, [Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries](#), (2020).

4 Department of Economic and Social Affairs, Population Division, [World Family Planning Highlights](#) (2017), s. 1.

5 UNFPA, [Costing the Three Transformative Results: The cost of the transformative results UNFPA is committed to achieving by 2030](#), (2020), s. 19.

6 Guttmacher Institute, [Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries](#), (2020).

7 Mål 3.7 anger att stater ska säkerställa att alla har tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering.

8 CEDAW-kommittén, [General Recommendation No. 21, Equality in marriage and family relations](#), (1994), para. 22.

9 CEDAW-kommittén, [General Recommendation 37 \(2018\) on the gender-related dimensions of disaster risk reduction in the context of climate change](#), para. 68 (d).

10 ESK-kommittén, [General Comment 14 \(2000\) on the right to the highest attainable standard of health](#), para. 12.

rådgivning¹¹, är viktigt av flera anledningar. Det är viktigt för att säkerställa att personens individuella behov kan bli tillgodosedda, att personens sexuella och reproduktiva bestämmanderätt kan upprätthållas, samt för att användningen ska vara effektiv. Preventivmedel används till exempel inte enbart för att förhindra graviditet, utan även för andra medicinska anledningar. En persons hälsotillstånd eller behov av ett visst preventivmedel, kan även förändras. Information om ett varierat utbud av preventivmedel är därför viktigt.

Då rädslan för sidoeffekter är en ledande anledning till ett lågt användande av preventivmedel, är det viktigt att korrekt information ges i rådgivningen så att myter kan bemötas.¹² Hur preventivmedelsrådgivningen ska kunna optimeras beror i stor utsträckning på sammanhanget. Det är viktigt att skapa ett utrymme där personer inte känner sig tvingade att använda ett specifikt preventivmedel eller bli stigmatiserade för deras individuella val. Det kan även vara viktigt att se till att personen i fråga inte upplever att någon annan, såsom en partner eller familjemedlem, utövar makt och kontroll över personens preventivmedelsanvändning. I detta hänseende, kan det vara av stor vikt att föra en dialog om möjligheten att utöka tillgången till preventivmedel genom egenvård och telemedicin (se kapitlet *Telemedicin, egenvård och SRHR* i detta material). ESK-kommittén har uppmanat stater att upphäva lagar som kräver att en tredje part, såsom en förälder eller make, måste godkänna tillgången och användandet av preventivmedel.¹³

Folkhälsoperspektivet

Juridiska, politiska, sociala, kulturella och andra strukturella hinder, kan stå i vägen för att individer får tillgång till preventivmedel. Hindren kan till exempel bestå av förbud för ogifta kvinnor att få tillgång till preventivmedel eller att det krävs samtycke från föräldrar till minderåriga.¹⁴ Sociala normer

och faktafel, till exempel om effektiviteten eller biverkningar av preventivmedel, står i vägen för att personer ska få tillgång till preventivmedel och information om hur de används. Utan tillgång till preventivmedel, löper människor större risk att inte kunna bestämma om eller när de skulle vilja bli gravida. En oönskad graviditet, kan göra det svårare för dem att slutföra sin utbildning och hitta arbete. Detta kan i sin tur även leda till att de riskerar att hamna i en beroendeställning och utsättas för sexuellt våld och övergrepp. Sexualundervisning och sexualupplysning som når dessa grupper, blir därför av särskild vikt.

I vissa kontexter kan det även finnas fördomar eller antaganden från vårdpersonal som står i strid med individens egna vilja i valet av preventivmedel. Detta är särskilt viktigt att beakta i sammanhang där det har förekommit en historia av preventivmedelstvång eller diskriminering, till exempel för människor som lever med hiv eller personer med funktionsnedsättning, men ofta också bland ogifta kvinnor och flickor. På grund av detta, är det viktigt att det finns tillgång till ett brett spektrum av moderna preventivmedel och information, så att alla individer kan göra informerade val och hitta det preventivmedel som för tillfället passar dem bäst. Detta är även viktigt för att säkerställa kontinuitet i användningen av preventivmedel.

Vanliga anledningar till varför kvinnor inte använder moderna preventivmedel inkluderar även logistiska problem, såsom svårigheter att resa till vårdinrättningar eller att lager på kliniker i närområdet tar slut.¹⁵ Kvinnor som lever i fattigdom och kvinnor på landsbygden har ofta mindre tillgång till preventivmedel och det är därför viktigt att inkludera även hur deras behov kan tillgodoses. *UNFPA Supplies Partnership*, kan vara en strategisk partner att föra en dialog med i detta hänseende.¹⁶

11 Se till exempel Brandi et al., [The history of tiered-effectiveness contraceptive counseling and the importance of patient-centered family planning care](#), AJOG (2019).

12 Guttmacher Institute, [Fact Sheet: Reasons for Unmet need for Contraception in Developing Countries](#), (2016).

13 ESK-kommittén, [General Comment 22 \(2016\) on the right to sexual and reproductive health](#), para. 41.

14 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2658.

15 UNFPA, [Overview: Family Planning](#).

16 UNFPA Supplies Partnership (programmets tredje fas är mellan 2021–2030): <https://www.unfpa.org/unfpa-supplies-partnership>.

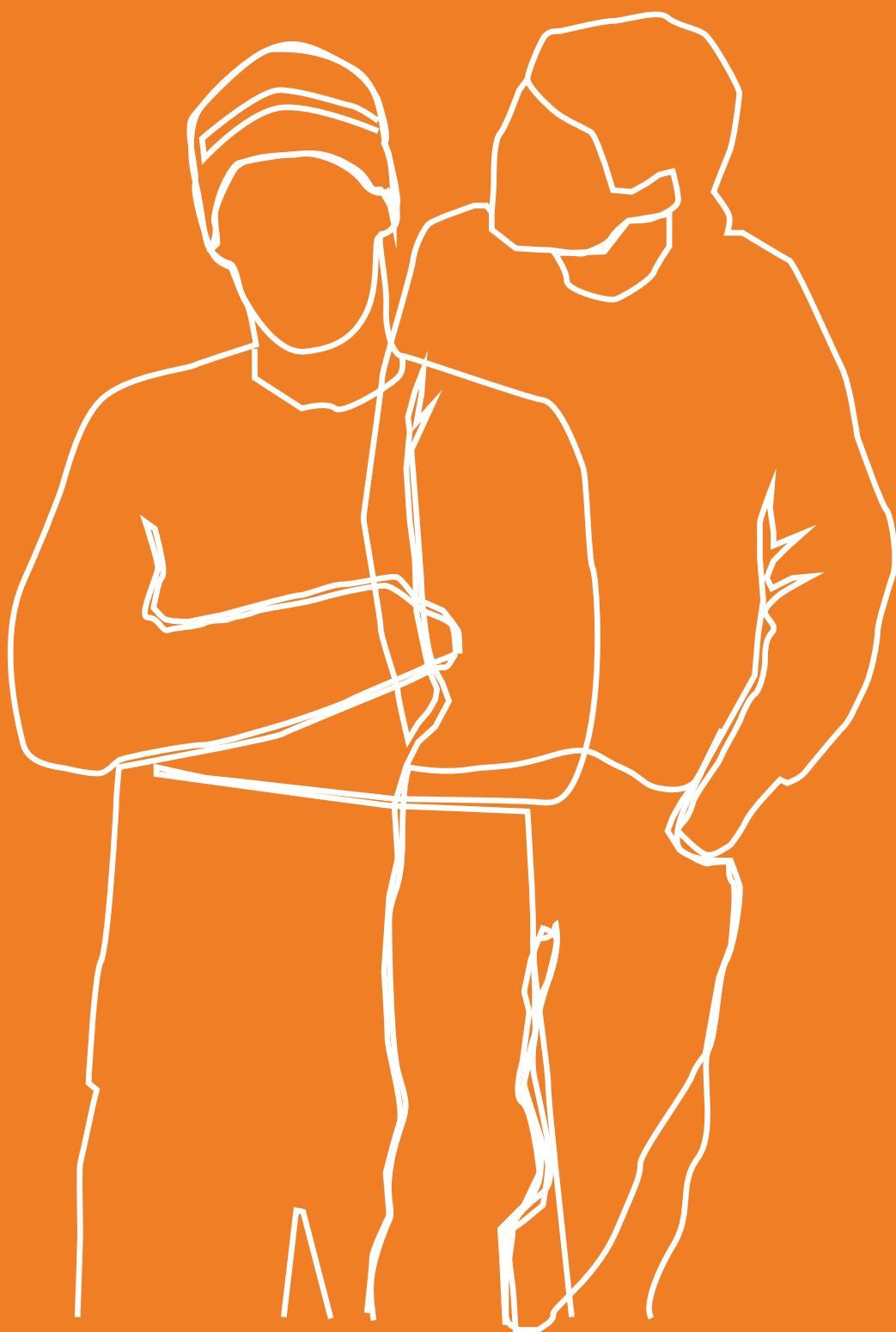
Samarbete med civilsamhället

Behoven av preventivmedel ser olika ut för olika personer. Genom att föra dialoger med civilsamhällesorganisationer som även är SRH-leverantörer eller bedriver SRH-kliniker, kan man få en bättre förståelse för hur program behöver utformas och anpassas i en specifik kontext.¹⁷ För att tillgodose olika behov är det även av vikt att korrekt och utförlig information om preventivmedel kan förmedlas i anslutning till vårdbesök, via telehealth och vid utbildningstillfällen. Dialoger med skolor och religiösa aktörer och organisationer kan i detta hänseende vara av stor vikt för att se till att information och kunskap om preventivmedel sprids.

Tidigare FP2020, numera FP2030, samlar regeringar, civilsamhället, multilaterala organisationer, givare, den privata sektorn och forskarsamhället kring frågan om att mobilisera stöd för tillgång till moderna preventivmedel och kan vara en viktig plattform att se till både för kunskap och dialoger.¹⁸

17 För exempel av hur civilsamhället kan konsulteras angående förändrade behov av preventivmedel, se FP2030's exempel från Covid-19 pandemin: <https://www.familyplanning2020.org/advocacy>.

18 Läs mer på: <https://www.familyplanning2020.org/Building2030>.



Sexuellt överförbara infektioner och hiv

Varför ska Sverige arbeta för att bekämpa sexuellt överförbara infektioner och hiv?

Sexuellt överförbara infektioner (STI:er) har en stor inverkan på sexuell och reproduktiv hälsa över hela världen. Varje år tillkommer omkring 1,7 miljoner nya hiv-infektioner och mer än 350 miljoner personer är i behov av behandling för en av de fyra botbara STI:erna klamydia, gonorré, trichomoniasis och syfilis.¹ Omkring 300 miljoner kvinnor har en humant papillomvirus (HPV) infektion, vilket är den främsta orsaken till livmoderhalscancer, och uppskattningsvis 240 miljoner människor lever med kronisk hepatit B i världen.² Detta trots att HPV- och hepatit B-infektioner kan förebyggas med vaccination.³ STI:er kan även få allvarliga konsekvenser utöver den omedelbara effekten av själva infektionen, såsom infertilitet.

Omkring 37,9 miljoner lever idag med hiv och aids och bland dessa har 12,6 miljoner människor fortfarande inte tillgång till medicin. Majoriteten av dem bor i låg- och medelinkomstländer.⁴ Överföring av hiv från mamma till barn kan ske under graviditet, förlossning eller när barnet ammas och det finns idag ca 1,1 miljoner barn under 10 år som lever med hiv.⁵ Hiv är, utan behandling, den mest dödliga av STI:erna, men enorma framsteg har gjorts det senaste decenniet. Idag vet man att behandling med antivirala läkemedel hos de allra flesta minskar risken för smitta till noll. På grund av stigma och diskriminering får dock fortfarande många barn

och nyckelgrupper med högre risk att smittas med hiv, inte ta del av framgångarna.⁶

Andra STI:er än hiv får generellt lite uppmärksamhet trots att de i hög grad bidrar till sexuell och reproduktiv ohälsa.⁷ Brist på kunskap, kombinerat med social stigmatisering, hindrar många människor från att söka vård och ta emot rådgivning, testning och behandling.⁸ Låg kondom-användning, asymtomatiska infektioner och en brist på enkla och tillgängliga tester för STI:er, förhindrar insatser som kan förebygga, upptäcka och hantera infektioner. Utöver detta har även antimikrobiell resistens (AMR) ökat de senaste åren, vilket har lett till att nya läkemedel och behandlingsalternativ måste tas fram.⁹ AMR orsakar upp till 700 000 dödsfall per år och är ett allvarligt hot mot bekämpningen av STI:er.¹⁰ En tvärsektionell ansats kan vara viktig så att AMR beaktas och understryks i dialoger om SRHR och STI:er.

Ingångar till dialog om sexuellt överförbara infektioner och hiv

Rättighetsperspektivet

Flera mänskliga rättigheter aktualiseras i diskussioner kring hiv/aids och STI:er. Stater behöver bland annat säkerställa icke-diskriminering och tillgång till medicin på lika villkor.¹¹ FN:s kommitté för mänskliga rättigheter har med hänvisning till rätten till liv, uppmanat stater att tillhandahålla mediciner

1 Guttmacher-Lancet Commission, [Executive Summary: Accelerate Progress: Sexual and Reproductive Health and Rights for All](#), (2018), s. 3.

2 Ibid.

3 De flesta nya fall och dödsfall från livmoderhalscancer inträffar i länder där omfattningen av HPV-vaccination och screening för livmoderhalscancer är bristfällig. Guttmacher-Lancet-kommissionen har särskilt framhållit att det är viktigt att förebygga livmoderhalscancer. Fyra insatser, tillsammans med information, utbildning och rådgivning, framhålls av GLC som viktiga för att uppnå detta syfte: (1) HPV-vaccination för flickor i åldern 9–13 år, (2) screening för livmoderhalscancer, samt diagnos och behandling av celltillväxt, (3) behandling för livmoderhalscancer och (4) palliativ vård. The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s 2665.

4 UNAIDS, [Global HIV & AIDS statistics — 2020 fact sheet](#), (2020).

5 [Unicef Global Snapshot 2019: Children, HIV and AIDS](#).

6 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2654.

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Ibid, s. 2656.

10 Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance, [No Time to Wait: Securing the Future from Drug-Resistance Infections](#), (2019).

11 OHCHR, [International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights](#), (2002), para. 24.

till människor som lever med hiv och aids. Enligt artikel 12 (2) (c) i konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK), är prevention, behandling och kontroll av epidemiska sjukdomar nödvändigt för att säkerställa rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa.

En av de centrala principerna i Agenda 2030-ramverket är att ingen ska lämnas utanför i genomförandet av de globala hållbarhetsmålen. Personer som lever med hiv/aids nämns särskilt.¹² FN:s medlemsländer antog 2021 en uppdaterad politisk deklaration som understryker vad som behövs göras för att påskynda och öka tillgången till behandling av hiv med målet att utrota aids senast 2030 i enlighet med det globala hållbarhetsmålet 3.3.¹³

Stigma och diskriminering av personer som smittas av STI:er och särskilt de människor som lever med hiv, är fortfarande utbrett. Även om dagens hiv-mediciner är så effektiva att den som har välbehandlad hiv inte smittar vid sex, är detta inte allmänt känt. Kriminalisering av hiv-överföring förekommer trots att man vet att kriminalisering är ineffektivt och diskriminerande. Detta kan avskräcka från testning, öka misstron för vårdpersonal och även minska tillgången till vård och forskning.¹⁴ FN:s särskilda rapportör för rätten till hälsa har påpekat att en kriminalisering av samtyckande sexuella handlingar mellan vuxna inte bara kränker rätten till hälsa, utan även andra rättigheter, inklusive rätten till integritet, jämlikhet och icke-diskriminering.¹⁵ Det är därför av stor vikt att integrera rättighets- och jämställdhetsperspektiv för att motverka stigma och diskriminering i de insatser som görs för att förhindra STI:er och hiv.

Folkhälsoperspektivet

För att kunna förhindra spridningen av STI:er och hiv, måste sociala normer och traditionella könsroller utmanas. Det är viktigt att finna former för att involvera män i detta arbete. Ojämställda förhållanden hindrar ofta unga kvinnors tillgång till prevention, information och vård. Detta leder till att unga kvinnor står för ett oproportionerligt antal nya hiv-infektioner bland unga.¹⁶ Insatser för att främja jämställdhet och kvinnors rättigheter är därför viktiga. Normer om maskulinitet kan också avskräcka män från att söka vård, vilket skapar sårbarheter i form av obehandlade STI:er och låga nivåer av hiv-testning och behandling.¹⁷

Att utgå från principen om icke-diskriminering kan vara en ingång till dialog. I vissa länder är spridningen av STI:er och hiv koncentrerad till särskilda grupper, medan den i andra länder omfattar den generella befolkningen i större utsträckning. Män som har sex med män samt kvinnor, män och transpersoner som säljer sex mot ersättning och personer som injicerar droger, lämnas ofta utanför insatser. Detta bidrar till att ytterligare öka dessa gruppers utsatthet och utanförskap.¹⁸ Dessa grupper måste omfattas av kontextspecifika insatser och beredas möjlighet att delta i utformningen av program. Eftersom dessa grupper ofta är diskriminerade, är det viktigt att göra en analys om ingången är en bredare diskrimineringsfråga eller att säkerställa att hälsoåtgärder riktas till specifika grupper. I många nationella program för hiv- och aidsprevention nämns till exempel inte hbtqi-personer.

De stora globala initiativ som har initierats för att stoppa spridningen av hiv har inte alltid inkluderat SRHR, trots den uppenbara kopplingen mellan sexualitet, jämställdhet, makt och spridningen av hiv. Ett exempel är när man i sexualundervisningen informerar om hiv men inte berättar om eller visar kondomer i undervisningen, och/eller inte heller talar om på vilka sätt hiv kan överföras. Ett integrerat

12 UNAIDS, [AIDS and the Sustainable Development Goals](#).

13 [Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and getting on Track to End AIDS by 2030](#).

14 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2654.

15 A/HRC/14/20 (2010), paras. 2, 51.

16 År 2016, uppskattades det att 2,4 miljoner flickor och unga kvinnor i världen levde med hiv, vilket utgör 61 procent av alla ungdomar som lever med hiv. UNAIDS, 2017, [AIDSinfo online database](#).

17 Courtenay WH. [Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health](#). Soc Sci Med (2000), s. 1385–401.

18 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2656.

perspektiv behövs därmed, även i dialoger kring utformningen av nationella hälsosystem.

Sverige har inom Globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria, 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 till dialog 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 hbtqi-personers rättigheter och unga människors rättigheter också får tillgång till finansiering.

Samarbete med civilsamhället

Det är centralt att dialoger förs direkt med personer som lever med STI:er och hiv, så att program och policyer kan svara på deras behov. Organisationer som arbetar med preventionsarbete som innehåller kondomanvändning, sexualundervisning, jämställdhet och ett fokus på kvinnor, ungdomar och grupper som är särskilt utsatta, är också viktiga. I många länder kan dialoger och samarbeten med progressiva, pragmatiska religiösa ledare vara av stor betydelse. De kan till exempel vara nyckelpersoner i dialoger om flickors rätt till utbildning och våld mot kvinnor. Att involvera män i insatser för att hindra spridningen av STI:er och hiv och för att främja sexuell och reproduktiv hälsa överlag, kan även vara viktigt. De civilsamhällesorganisationer som arbetar med Globala Fondens *Country Coordinating Mechanisms (CCM)*, kan även vara bra att föra dialoger med.



Sexuellt och könsrelaterat våld

Varför ska Sverige driva frågor om sexuell och könsrelaterat våld?

Omfattningen av våld mot kvinnor, flickor och hbtqi-personer i världen utgör inte enbart en kränkning eller övergrepp av deras mänskliga rättigheter, utan är också ett folkhälsoproblem och ett allvarligt hinder för att deras SRHR ska kunna realiseras.¹ En av tre kvinnor utsätts för våld i en nära relation och omkring 29 procent av unga kvinnor har redan upplevt denna form av våld när de har fyllt 19 år.² Hbtqi-personer riskerar även i betydligt högre utsträckning än den allmänna befolkningen, att utsättas för våld och trakasserier.³

Sexuellt våld kan beskrivas som kränkningar och övergrepp med sexuella inslag. Exempel omfattar våldtäkt, sexuella trakasserier, förhindrandet av preventivmedelsanvändning eller påtvingad abort. Könsrelaterat våld bör tolkas extensivt och avser alla typer av skador som begås mot en person eller grupp på grund av deras kön, sexuella läggning och/eller könsidentitet.⁴ Könsrelaterat våld och våld mot kvinnor är två termer som ofta används synonymt, eftersom majoriteten av det dokumenterade könsrelaterade våldet handlar om mäns våld mot kvinnor. Specifika grupper av kvinnor och flickor, till exempel kvinnor med funktionsnedsättning och migranter och de som lever i humanitära kontexter, är särskilt utsatta.⁵ Begreppet ”könsrelaterat våld” är däremot inte begränsat till enbart kvinnor eller flickor och det är viktigt att insatser för att effektivt bekämpa sexuell och könsrelaterat våld, integrerar ett intersektionellt perspektiv, där flera diskrimineringsgrunder omfattas.

Sexuellt och könsrelaterat våld utövas i olika former och är ofta sprungna ur normer om könsroller, makt, sexualitet och relationer. Ett överskridande av dessa normer utsätter människor för en större risk för våld. Sexuellt och könsrelaterat våld kan utföras av vem som helst och det kan ta många former, från verbalt våld på internet till våldtäkt eller mord. Skadliga sedvänjor, som är ett paraplybegrepp där bland annat barnäktenskap, så kallade oskuldskontroller, könsstympning och hedersrelaterat våld och förtryck ingår, är också en form av könsrelaterat våld⁶. Sexuellt och könsrelaterat våld kan till och med vara föreskrivet i nationell rätt eller uppmuntras av sociala normer. Till exempel riskerar hbtqi-personer att bli utsatta för våld i form av döds- eller fängelsestraff på grund av deras sexuella läggning eller könsidentitet. Ett annat exempel där CEDAW-kommittén och FN:s särskilda rapportör om våld mot kvinnor har uttryckt oro, gäller hur lesbiska kvinnor våldtas för att bli ”botade” från sin sexuella läggning.⁷ Sexuellt och könsrelaterat våld upprätthålls ofta av en kultur av förnekelse och tystnad – något som den globala MeToo-rörelsen åskådliggjorde.

Sexuellt och könsrelaterat våld har allvarliga konsekvenser och påverkar samhällen i stort, inklusive säkerhetsmässigt, socialt och ekonomiskt.⁸ Förutom de fysiska och psykiska skador som uppkommer i samband med det faktiska våldet, leder våldet också till försämrad reproduktiv och psykisk hälsa.⁹ Könsrelaterat våld gör också att personer, framförallt kvinnor, flickor och hbtqi-personer, blir mer utsatta för sexuellt överförda infektioner, inklusive hiv, samt oönskade graviditeter.¹⁰ Trots detta, har effektiva förebyggande insatser länge saknats. Viktiga insatser omfattar preventiva åtgärder i form av utbildning och program där normer om könsroller,

1 Heidari, [Gender-based violence: a barrier to sexual and reproductive health and rights](#), (2016).

2 WHO, [Violence Against Women](#).

3 A/HRC/35/36, [Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity](#), (2017).

4 A/HRC/47/27 [The Law of Inclusion: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity](#), (2021), paras. 29–30.

5 A/HRC/20/5, [Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability](#), (2012), para. 22.

6 Läs mer hos [OHCHR](#).

7 A/HRC/19/41, [Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity](#), (2011), para. 29.

8 OHCHR, [Violence Against Women](#), (2020).

9 Ibid.

10 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), (2018), s. 2654.

makt, sexualitet och relationer analyseras och insatser som bygger upp hälsosystem där vårdpersonal kan identifiera och fånga upp de som har utsatts för våld. Därtill kommer insatser för att öka rättsväsendets kunskap om sexuellt och könsrelaterat våld, samt tillräcklig finansiering och tillgång till inkluderande jourer och säkra platser som alla personer kan vända sig till. Det är viktigt att tillgodose dessa behov i alla kontexter, även i humanitära kontexter.

Ingångar till dialog om sexuellt och könsrelaterat våld

Rättighetsperspektivet

ICPD:s handlingsplan fastställer att stater måste vidta åtgärder för att bekämpa våld mot kvinnor, men det saknas bredare hänvisningar till att bekämpa könsrelaterat våld mot hbtqi-personer.¹¹ Vid uppföljningskonferensen Nairobi Summit ICPD25 (2019), innehöll slutdokumentet däremot specifika uppmaningar att förhindra alla former av sexuellt och könsrelaterat våld.¹² På samma sätt understryker Pekingplattformen att kvinnors rättigheter inkluderar deras rätt till sexuell och reproduktiv hälsa fri från tvång, diskriminering och våld.¹³ Vid uppföljningsforumet Generation Equality Forum (2021), skapades en specifik koalition för könsrelaterat våld för att påskynda staters arbete.¹⁴

Våld är en form av diskriminering och stater har ett ansvar att förhindra, utreda och utkräva ansvar för alla våldshandlingar som begås, särskilt mot kvinnor och flickor, både av statliga och icke-statliga aktörer. En rad olika resolutioner antagna av MR-rådet och FN:s generalförsamling, har slagit fast att våld mot kvinnor och flickor, måste förhindras.¹⁵ CEDAW-kommittén har även uppmanat stater att motverka våld mot kvinnor i deras allmänna rekommendationer nummer 19 och 35. Regionala konventioner som fördömer alla former av våld, som till exempel Europarådets konvention om förebyggande och

bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet (Istanbulkonventionen), kan även vara viktiga att hänvisa till i dialoger.

Skadliga traditioner och sedvänjor som till exempel kvinnlig könsstympning, tvångsäktenskap och barnäktenskap, inskränker flickors och kvinnors rätt att bestämma över sina egna kroppar, sexualitet och relationer.¹⁶ FN definierar dessa handlingar som könsrelaterat våld och har slagit fast att de inte kan ursäktas med hänvisning till kultur eller religion.¹⁷ Inom ramen för Agenda 2030 ska stater avskaffa tvångsäktenskap och könsstympning samt utrota våld mot och utnyttjande av kvinnor och flickor.¹⁸ Mål 16 inom Agenda 2030 om fredliga och inkluderande samhällen är ytterligare en utgångspunkt för dialog. Mål 16 fastställer särskilt att stater ska minska alla former av våld och dödligt våld överallt, samt främja rättssäkerhet och säkerställa tillgång till rättvisa.¹⁹

Folkhälsoperspektivet

Personal inom rättsväsendet eller vården som är otränade i att möta människor som har utsatts för sexuellt och könsrelaterat våld, är ett stort problem. Sexuellt och könsrelaterat våld kan uppfattas som en ”privat” angelägenhet och prioriteras därmed inte i tillräckligt hög utsträckning av den offentliga verksamheten. För att främja ansvarsutkrävande och rättvisa, behövs insatser inom det polisiära arbetet, rättsväsendet och vården. Implementeringen av nationell politik och lagstiftning på lokal nivå, kan ibland gå väldigt långsamt. Specifika insatser riktade till rättsväsendet och vården på lokal nivå kan påskynda arbetet.

Det finns många hinder för att överlevare ska få tillgång till vård. Risken för att utsättas för ytterligare våld när överlevare söker vård, är viktig att beakta. Personer som har överlevt eller lever med pågående sexuellt och könsrelaterat våld, behöver

11 International Conference on Population and Development, Programme of Action (1994), para. 4(4)(e) och Princip 4.

12 [Nairobi Statement on ICPD25: Accelerating the Promise](#), para 5.

13 Fourth World Conference on Women, Platform for Action (1995), para. 96.

14 [Action Coalitions GLOBAL ACCELERATION PLAN EXECUTIVE SUMMARY](#), (2021).

15 Se till exempel resolutionerna 64/137 och 65/187 från FN:s generalförsamling, samt resolution 14/12 från MR-rådet. Se även rapporter av [FN:s särskilda rapportör om våld mot kvinnor, dess orsaker och konsekvenser](#).

16 OHCHR, [Harmful Practices](#), (2020).

17 Ibid.

18 Delmål 5.3.

19 Delmål 16.1 och 16.3.

tillgång till kunnig och uppmärksam vårdpersonal. Vårdpersonal som frågar de rätta frågorna, ger anpassad rådgivning och vård, dokumenterar skador och ohälsa, skyddar patientens uppgifter och som även kan hänvisa personen till ytterligare stöd och hjälp, räddar även liv och ökar sannolikheten för ansvarsutkrävande.

Det förekommer att personer i myndighetsposition utnyttjar sin ställning genom att kräva sexuella tjänster. Detta har kommit att kallas ”sextortion”. Sextortion är både en form av korruption och sexuellt och könsrelaterat våld. Det är svårt att bekämpa, eftersom det ofta faller mellan stolarna inom lagstiftning, policy och praktik. Ett sätt att uppmärksamma sextortion är att länka samman agendor om anti-korruption och sexuellt och könsrelaterat våld.²⁰

Trots en god kunskap om effektiva program för förebyggande insatser²¹, har detta arbete gått långsamt i många länder.²² En ingång till dialog kan vara att samtala om åtgärder som kan motverka skadliga normer kring manlig auktoritet, kvinnlig lydnad och diskriminering av hbtqi-personer. Exempel på sådana åtgärder kan vara att skapa möjligheter för kvinnor att få tillgång till ledarskapspositioner i politiken, affärslivet och fredsprocesser. Det kan även vara viktigt att öka utsatta personers inflytande i program som implementeras för att åtgärda sexuellt och könsrelaterat våld.

Sexuellt och könsrelaterat våld i konflikt- och postkonfliktsituationer

Sexuellt och könsrelaterat våld ökar i konflikt- och postkonfliktsituationer och kvinnor, flickor och hbtqi-personer är särskilt utsatta. Våldtäkt och annat sexuellt våld används i många fall som en medveten strategi mot fienden.²³ De stridande parterna i krig och konflikt använder ofta sexuellt

våld för att förstöra lokala samhällens sociala struktur. Det finns stora luckor i vården och rättsväsendet för överlevare av sexuellt våld i konflikt- och postkonfliktsituationer.²⁴ Dialoger i detta hänseende kan ta sin utgångspunkt i vikten av ansvarsutkrävande då sexuellt våld i konfliktsituationer kan rubriceras som en krigsförbrytelse eller ett brott mot mänskligheten.²⁵

FN:s säkerhetsrådsresolution 1325, om kvinnor, fred och säkerhet och dess efterföljande resolutioner, är viktiga utgångspunkter för dialoger när det gäller att bekämpa sexuellt våld i konflikt och för att driva frågor om kvinnors rättigheter i kris, konflikt och postkonfliktsituationer. En viktig resurs för att initiera dialog kan även vara kampanjer som leds av FN:s särskilda rapportör för sexuellt våld i konflikt. Multisektoriella angreppssätt och satsningar är viktiga och inom agendan för kvinnor, fred och säkerhet, är det särskilt viktigt att överlevare av sexuellt våld får tillgång till SRHR.

Samarbete med civilsamhället

Lokala civilsamhällesorganisationer och nätverk, såsom organisationer som tillhandahåller skyddat boende, juridisk vägledning och medicinsk vård, har stor kunskap om behov och vilka insatser som behövs. Samverkan mellan lokala myndigheter och civilsamhället kan vara viktigt då flera viktiga samhällsinstitutioner måste samverka för att kartlägga utsattheten hos olika målgrupper och tillsammans formulera vad som bör göras. Forskning, data-insamling, lagstiftning, resurser och kunnig sjukvårdspersonal är centralt. Civilsamhällesorganisationer kan ofta inge större förtroende bland utsatta kvinnor, flickor och hbtqi-personer, än statliga institutioner. För att få genomslagskraft bör planering och genomförande av insatser ske tillsammans med lokala myndigheter och civilsamhällesorganisationer.

20 Elden et.al [Sextortion: corruption and gender-based violence](#), EBA 06, (2020).

21 T.ex. interventioner för att ändra sociala normer, se The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), (2018), s. 2654.

22 Ibid.

23 OHCHR, [Women’s human rights and gender-related concerns in situations of conflict and instability](#).

24 Ibid.

25 Artikel 7 (g) och Artikel 8 (xxii) Romstadgan för Internationella brottmålsdomstolen.

Infertilitet

Varför ska Sverige driva frågor om infertilitet?

Infertilitet¹, eller oförmågan att bli gravid, är ett område som hittills ofta har utelämnats ur diskussioner eller prioriteringar som rör SRHR. Så många som 180 miljoner par över hela världen är potentiellt påverkade av infertilitet.² Orsakerna till infertilitet har ofta ett nära samband till ouppfyllda behov relaterade till SRHR, som osäkra aborter, graviditetskomplikationer, ofrivillig sterilisering och obehandlade STI:er. I samhällen där kvinnors identitet och sociala ställning är beroende av att få barn, kan infertilitet få svåra konsekvenser och kvinnor kan ofta bli beskyllda för att bära skulden när ett par inte kan få barn.³ Farhågor om infertilitet som en biverkning av preventivmedelsanvändning kan även riskera att avskräcka individer från att använda preventivmedel.⁴

En frånvaro av politisk vilja, i kombination med höga kostnader av assisterad reproduktionsteknik, har resulterat i en stor skillnad i tillgången till fertilitetsvård i olika länder.⁵ Information och utbildning om infertilitet samt fertilitetsbehandlingar, är fortfarande svåråtkomligt för många. Framgångar inom reproduktiv medicin växer däremot snabbt och har löst infertilitets- och fertilitetsproblem. Lösningar har varierat från de enklaste metoderna för ökad kunskap om fertilitet, till mer avancerade innovationer. Mycket mer kan göras för att öka medvetenheten och förhindra infertilitet. Det

finns ett behov av att undersöka kostnadseffektiva lösningar för att göra tillgången till ny fertilitets-teknik mer rättvis i världen.⁶ Ett holistiskt tillvägagångssätt för att främja SRHR, bör återspegla den verklighet som många människor möter under sin reproduktiva livslängd, nämligen att vilja undvika både graviditet och infertilitet.⁷

Ingångar till dialog om infertilitet

Rättighetsperspektivet

Avsaknaden av insatser för att förhindra och behandla infertilitet, samt underlåtenhet att erkänna infertilitet som en del av SRHR, påverkar individers åtnjutande av mänskliga rättigheter.⁸ Behandling av infertilitet omfattas av definitionen av reproduktiv vård enligt ICPD:s handlingsplan och definitionen av reproduktiva rättigheter utgör stöd för personer som både vill och inte vill bli gravida.

Infertilitet aktualiserar även rätten till hälsa som bland annat återfinns i artikel 12 i ESK-konventionen. ESK-kommittén har uppmanat stater att tillhandahålla information om fertilitetsbehandlingar, vidta åtgärder för att säkerställa allmän tillgång till diagnos om infertilitet och behandling.⁹

Folkhälsoperspektivet

Forskning har visat att infertilitet är förknippat med psykisk ohälsa, våld i nära relation samt stigma och ekonomiska svårigheter.¹⁰ Även om alla människor

1 För definition, se WHO, [Sexual and Reproductive Health: Multiple Definitions of Infertility](#), (2016).

2 På grund av det starka fokuset på att förhindra oönskade graviditeter inom SRHR-program, vet vi idag lite om omfattningen av infertilitet. Nuvarande uppskattningar av infertilitet varierar från 48,5 miljoner par till 186 miljoner individer över hela världen. Detta breda spektrum av uppskattningar understryker bristen på tillförlitlig data om infertilitet. The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2664.

3 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2664.

4 Ibid.

5 Ibid.

6 Ibid.

7 Gipson et al, [Infertility: a continually neglected component of sexual and reproductive health and rights](#), (2020).

8 Davis och Khosla, [Infertility and Human Rights: A Jurisprudential Survey](#), Columbia Journal of Gender and Law, Northeastern University School of Law Research Paper No. 381-2020, (2020).

9 ESK-kommittén, [General comment No. 22 \(2016\) on the right to sexual and reproductive health \(article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights\)](#), (2016), paras 18, 40, 45.

10 Se Dyer et al., [Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment](#). Hum Reprod (2005), Stellar et al., [A systematic review and narrative report of the relationship between infertility, subfertility, and intimate partner violence](#). Int J Gynaecol Obstet (2016), och Dyer et al., [The economic impact of infertility on women in developing countries—a systematic review](#). Facts Views Vis ObGyn (2012).

kan drabbas av infertilitet, så anses kvinnor ofta vara de som bär ansvaret.¹¹ Lösningar för infertilitet måste utvecklas med beaktande av bredare strukturell diskriminering och könsstereotyper. En ingång till dialog om infertilitet kan därmed vara icke-diskriminering.

Grundläggande insatser som rådgivning, medicinska undersökningar och information om infertilitet och behandlingsalternativ är ofta knappa. Avancerad behandling av infertilitet kräver högkvalificerad arbetskraft och dyr utrustning, som fortfarande är en utmaning i vissa länder och är nästan obefintliga i många låginkomstländer.¹² Assisterad reproduktionsteknik ingår ofta inte i den primärvård som anses som nödvändig och omfattas ofta inte av försäkringar. En utgångspunkt för dialog om infertilitet kan därmed vara att öka medvetenheten om frågan, minska stigma runt infertilitet och se till att faktabaserad information finns tillgänglig.

Samarbete med civilsamhället

Då infertilitet är ett område som i vissa kontexter kan vara väldigt skambelagt och försummat, är det viktigt att föra dialoger med civilsamhällesorganisationer för att samla information och data om hur olika målgrupper påverkas. Då orsakerna till infertilitet ofta har ett nära samband till ouppfyllda SRHR-behov, kan det även vara viktigt att samarbeta med civilsamhällesorganisationer för att öka kunskapen om infertilitet i övriga SRHR-satsningar, till exempel inom sexualundervisningen.

¹¹ Ibid.

¹² The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission](#), (2018), s. 2663–4.



Homosexuella, bisexuella, transpersoner, personer med queera uttryck och identiteter och intersexpersoner (hbtqi) och SRHR

Varför ska Sverige arbeta för hbtqi-personers åtnjutande av rättigheter?

Samhällsnormer och regler som baseras på en binär social konstruktion bestående av heterosexuella män och kvinnor, inskränker människors rätt att få leva fritt utan diskriminering på grund av deras sexuella läggning, könsidentitet, könsuttryck och könskaraktäristika.¹ I en värld präglad av en binär syn på kön och stereotypa föreställningar om maskulinitet och femininitet, har de som identifierar sig som kvinnor, flickor och hbtqi-personer mindre social, politisk och ekonomisk makt, än heterosexuella (äldre) män. Försök att bryta denna maktordning möts ofta med ett starkt motstånd i form av våld, hot och trakasserier, vilket utgör ett stort hinder för jämlikhet såväl som jämställdhet.

Hur upprätthållandet av en strikt binär syn på kön tar sig uttryck, varierar i olika lokala kontexter samt över tid. Enligt lokala normer eller trossystem, kan till exempel samkönade relationer eller könsöverskridande identiteter ha varit accepterade sedan länge även om många människor inte identifierar sig på sätt som sammanfaller strikt med termen ”hbtqi”. Några exempel av detta är *two-spirit persons* (Nordamerika), *muxes* (Mexiko), *bijra* (Indien och Bangladesh), *kathoey* (Thailand), *bakla* (Filippinerna), *travestis* (Argentina och Brasilien), *fa’afafine* (Samoa-öarna) och *leiti* (Tonga).² Hbtqi-personer är alltså en heterogen grupp med olika förutsättningar och situationer och i ett land kan nivåer av diskriminering och våld skilja sig stort utifrån personens inkomst, etnicitet, kön och könsidentitet.

Hbtqi-personer utsätts på många håll i världen för kränkningar av de mänskliga rättigheterna, bland annat genom diskriminering, förföljelse, marginalisering och våld. Diskriminering, stigmatisering och även kriminalisering, gör att hbtqi-personer nekas

rätten att fullt ut åtnjuta mänskliga rättigheter, inklusive rätten till bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa. Vården som hbtqi-personer har tillgång till kan även vara av dålig kvalitet om till exempel vårdpersonal inte har tillräcklig kunskap eller är dömande i deras bemötande.³ Brist på data osynliggör hbtqi-personer och riskerar att SRHR-policyer och program inte möter de behov som finns.

Motståndet mot hbtqi-personers åtnjutande av rättigheter har på många håll även intensifieras i takt med att nationalistiska och anti-SRHR aktörer har växt på flera håll.

Ingångar till dialog om hbtqi-personers åtnjutande av rättigheter

Rättighetsperspektivet

Sexuell läggning och könsidentitet omfattas av principen om icke-diskriminering i de centrala konventionerna om de mänskliga rättigheterna. ICPD:s handlingsplan utelämnar dock specifika hänvisningar till hbtqi-personer. Diskriminering på grund av sexuell läggning eller könsidentitet står däremot i strid med den grundläggande principen om alla människors lika värde och rättigheter. Enligt FN:s särskilda rapportör för rätten till hälsa, har diskriminering av hbtqi-personer vidsträckta hälsorelaterade effekter eftersom det även hindrar drabbade individer från att få tillgång till andra ekonomiska sociala och kulturella rättigheter.⁴ Diskriminering i åtnjutandet av rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa, inklusive på grundval av sexuell läggning, könsidentitet och annan status, är inte tillåtet. Icke-diskriminering i rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, omfattar alla, inklusive hbtqi-personer.

- 1 Paraplybegreppet Sexual Orientation, Gender Identity, Expression and Sex Characteristics (SOGIESC), översätts på svenska till sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och könskaraktäristika, där könskaraktäristika hänvisar till intersexpersoner. Begreppet SOGIESC används ibland istället för hbtqi-begreppet. SOGIESC-begreppet beskriver diskrimineringsgrunderna och inte specifika kategorier.
- 2 A/HRC/47/27 [The Law of Inclusion: Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity](#), (2021), para 9.
- 3 Graham et al., [The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding](#). Washington, DC: The Institute of Medicine, (2011).
- 4 A/HRC/14/20, [Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health](#), (2010), para. 6.

Sedan 2011 har MR-rådet antagit flera resolutioner om mänskliga rättigheter, sexuell läggning och könsidentitet.⁵ Den första resolutionen, som antogs 2011, banade väg för den första officiella FN-rapporten på ämnet som presenterade hur hbtqi-personer utsätts för systematiskt våld och diskriminering i alla regioner i världen.⁶ År 2016 antog MR-rådet en resolution om utnämningen av en oberoende expert mot våld och diskriminering på grund av sexuell läggning och könsidentitet.⁷ Mandaten för den oberoende experten förnyades år 2019.⁸

I flera länder är samkönade sexuella handlingar kriminaliserade och kan även medföra dödsstraff. Många av dessa lagar har införts av f.d. kolonialmakter och får fortfarande stöd från vissa rörelser.⁹ Dessa lagar tar generellt sett bara hänsyn till män och kvinnor och det kan i många fall vara oklart hur de skulle påverka transpersoner. Lagar som kriminaliserar samkönade sexuella handlingar och relationer eller könsuttryck som till exempel ”cross-dressing”, kränker de mänskliga rättigheterna, inklusive rättigheterna till privatliv och icke-diskriminering.¹⁰ Dessa lagar orsakar också stigma och förhindrar tillgång till vård.

Transpersoner och intersexpersoner kan ställas inför särskilda svårigheter i vården. Tvångssteriliseringar av transpersoner och ingrepp på barn för att deras genitalier ska ”stämna överens” med ett visst kön, kan förekomma. Vård kan även nekas transpersoner när id-handlingar inte stämmer överens med könsuttrycket eller identiteten hos en person. Det saknas ofta resurser och expertis för att tillhandahålla könsbekräftande vård och bristen på vård riskerar att utelämna transpersoner till självmedicinering.

I länder där det finns ett gott lagskydd kan dialogen framförallt handla om vikten av att se till att lagar efterlevs och att olika institutioner i samhället inte diskriminerar hbtqi-personer. Det underlättar i dialogen om man är förberedd på att bemöta direkta faktafel.

Folkhälsoperspektivet

Datainsamling för att bedöma behov relaterade till SRHR hos hbtqi-personer bör utvidgas och förbättras. Terminologi, uppdelningar och definitioner skiljer sig ofta åt i olika länder, vilket resulterar i att data blir svårt att jämföra. Lokala kontexter, med specifika kulturella koder och praktiker, ser även olika ut. Underrapportering på grund av stigma påverkar också datakvaliteten. En ingång till dialog kan vara att bedöma hur befintliga frågeformulär kan förbättras, se över olika datainsamlingsmetoder och inkludera standardiserade frågor om sexuell läggning och könsidentitet i befolkningsundersökningar. Det kan dock vara av stor vikt att dessa är anonyma ifall hbtqi-individer riskerar att utsättas för hot.

Det kan vara viktigt att höja kunskapen hos vårdpersonal och forskare, om de olika behoven hos hbtqi-personer och understryka att enskilda individer har olika vårdbehov.¹¹ Nationella medicinska riktlinjer behövs ofta för att kunna se till att vården möter sexuella och reproduktiva hälsobehov hos hbtqi-personer. En ingång till dialog kan vara att upplysa om globala medicinska riktlinjerna som finns till hjälp för vårdpersonal och uppmuntra utvecklandet av nationella riktlinjer.

Hbtqi-personer befinner sig ofta i en minoritetsposition och på grund av risken för stigmatisering, diskriminering och negativt bemötande, riskerar de även att utsättas för påtaglig stress. Från ett folkhälsoperspektiv, benämns detta ofta som minoritetsstress.

5 A/HRC/RES/17/19, [Human rights, sexual orientation and gender identity](#), (2011).

6 A/HRC/RES/32/2, [Protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity](#), para. 3.

7 Läs mer om [FN:s särskilda rapportör om våld och diskriminering baserat på sexuell läggning och könsidentitet](#).

8 A/HRC/41/L.10/Rev.1, [Mandate of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity](#), (2019), para. 2.

9 Kaoma, Kapya, [Colonizing African Values How the U.S. Christian Right is Transforming Sexual Politics in Africa](#). POLITICAL RESEARCH ASSOCIATES, (2012).

10 A/HRC/32/32, [Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health](#), (2016), para.113 (e), A/HRC/35/23, [Special Rapporteur on extrajudicial, summary or arbitrary executions](#), (2017), para.110 och A/72/172, [Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity](#), (2017) para. 31.

11 Blondeel et al., [Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews](#). Int J Equity Health (2016).

Frågor som rör sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och könskaraktistika lämnas ofta utanför olika jämställdhetsinitiativ. Detta riskerar att i vissa fall osynliggöra viktiga frågor eller grupper av människor. Dialoger kan särskilt uppmärksamma att frågor om jämställdhet från ett folkhälsoperspektiv, inte enbart bör utgå från heterosexuella relationer mellan kvinnor och män.

Samarbete med civilsamhället

Hbtqi-personer har rätt att organisera sig och göra sina röster hörda. Trots det används i vissa länder lagstiftning för att försvåra arbetet för hbtqi-organisationer genom att förbjuda viss organisering eller finansiering, till exempel med hänvisning till nationell säkerhet. Diplomati och dialoger på olika nivåer om möjlighet till förändrar lagstiftning och stöd till försvarare av mänskliga rättigheter, är av största vikt. Globala civilsamhällesaktörer som verkar för hbtqi-personers åtnjutande av mänskliga rättigheter, inklusive religiösa aktörer och organisationer som till exempel *the Global Interfaith Network for People of all Sexes, Sexual Orientations, Gender Identities and Expressions (GIN-SSOGIE)*¹², kan vara goda allierade och kan ge hänvisning till nationella aktörer.

En ingång till samarbete kan vara att bjuda in människorättsförsvarare som arbetar med hbtqi-personers åtnjutande av mänskliga rättigheter till samtal och dialog. I länder där homosexualitet är kriminaliserat eller inte socialt accepterat, kan det vara förenat med fara för hbtqi-personer att träda fram eller bli exponerade av andra. Personer som arbetar med dessa frågor kan också riskera att utsättas för hot och trakasserier. Försiktighet kan därför vara viktigt när man samarbetar med aktörer i det civila samhället.

¹² [GIN-SSOGIE](#).



Personer med funktionsnedsättning och SRHR

Varför ska Sverige driva frågor om personer med funktionsnedsättning och deras sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter?

Funktionsförmågan varierar både människor emellan, och för varje enskild människa genom olika stadier i livet. Människors behov av SRHR kan förändras i enlighet med deras funktionsförmåga och det är viktigt att policyer och program svarar på dessa behov. Människor kan komma att särbehandlas utifrån sin funktionsnedsättning då normer och strukturer i samhällen ofta understödjer och favoriserar en viss typ av funktionsnorm. Eftersom majoriteten av samhällsstrukturer, inklusive hälsosystem, är uppbyggda och formade enligt en funktionsnorm som inte inkluderar alla, har personer med funktionsnedsättning en högre risk att utsättas för diskriminerande normer och praxis som begränsar deras sexuella och reproduktiva självbestämmanderätt och valmöjligheter. Personer med funktionsnedsättning har även en högre risk att bli oönskat gravida, smittas av STI:er och hiv, utsättas för sexuellt och könsrelaterat våld, samt att bli påtvingade preventivmedel och medicinska ingrepp som abort och tvångssterilisering.¹ Otillräcklig och otillgänglig information om SRHR och brist på anpassade och riktade resurser, bidrar till ytterligare utsatthet för personer med funktionsnedsättning.² Stigma och stereotyper om sexualiteten hos personer med funktionsnedsättning, är även ett stort hinder för att deras SRHR ska kunna uppfyllas. Bland dessa stereotyper finns asexualiseringen av personer med funktionsnedsättning och detta kan ta sig uttryck i att inte bli representerad inom sexualundervisning, inte få frågor om sexualitet vid vårdmöten eller att antas inte vara intresserad av sex och relationer.³ Personer med funktionsnedsättning nekas på detta sätt tillgång till vård och kunskap om sexualitet.⁴

Ingångar till dialog om personer med funktionsnedsättning

Rättighetsperspektivet

I enlighet med icke-diskrimineringsprincipen som återfinns i flera internationella konventioner, har stater en skyldighet att förse personer med funktionsnedsättning med SRH-tjänster utan diskriminering. Principen om icke-diskriminering, som innebär en skyldighet att säkerställa de rättigheter som respektive konvention slår fast utan diskriminering, återfinns i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD), konventionen om barnets rättigheter, konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter och CEDAW. CRPD fastslår att självbestämmanderätten för personer med funktionsnedsättning är central i det som rör deras SRHR.⁵ Konventionen förbjuder skadliga och diskriminerande praxis i alla frågor som rör äktenskap, familj, föräldraskap och relationer, inklusive rätten att behålla sin fertilitet och att bestämma antalet barn.⁶ Konventionen uppmanar även stater att förbjuda alla former av exploatering, våld och övergrepp⁷, och främja tillgång till sexuell reproduktiv hälsovård som är av god kvalitet.⁸ Dessa rättigheter är av central vikt då personer med funktionsnedsättning ofta inte får deras behov relaterade till SRHR uppfyllas. Stereotyper om att personer med funktionsnedsättning inte är förmögna att fatta egna beslut om sin sexualitet och reproduktion, lever i många fall kvar och tar sig i uttryck i att policyer och program fokuserar på att förebygga graviditet. Enligt samma resonemang har sterilisering och abort även påtvingats personer med funktionsnedsättning.⁹

1 A/72/133, [Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities: Sexual and reproductive health and rights of girls and young women with disabilities](#), para. 3.

2 [FN:s befolkningsfond](#) har lyft att svårigheter för personer med funktionsnedsättning har förvärrats under Covid-19 pandemin.

3 RFSU och Funktionsrätt Sverige, [Vill du ligga med mig då? En Kartläggning om sexuell hälsa hos personer med funktionsnedsättning och kronisk sjukdom](#), (2021), s. 13.

4 Addlakha et al., [Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights](#), *Reproductive Health Matters*, (2017).

5 Artikel 12 och 25. För vidare läsning om sexualitet och personer med funktionsnedsättning, inom ramen för förhandlingar på FN-nivå, se till exempel: Shaaf M. [Negotiating sexuality in the convention on the rights of persons with disabilities](#), (2011).

6 Artikel 23.

7 Artikel 16.

8 Artikel 25.

9 Mallik, [Women with Disabilities: Parenting and Reproduction](#), Arrow For Change, (2017).

Fokuset på behovet av SRHR för personer med funktionsnedsättning har ökat sedan Kairo-deklarationen och dess handlingsplan antogs, men det finns fortfarande mycket kvar att åstadkomma. I enlighet med principen i Agenda 2030-ramverket att ingen ska lämnas utanför, ska personer med funktionsnedsättning särskilt tas i beaktande i genomförandet av de globala hållbarhetsmålen.

Folkhälsoperspektivet

Enligt WHO, har mer än 15 procent av världens befolkning en eller flera former av nedsatt funktionsförmåga.¹⁰ Omkring en av fem kvinnor har en funktionsnedsättning och det uppskattas att mellan 180 och 220 miljoner av dessa är unga kvinnor.¹¹ Studier pekar på att det finns stora ouppfyllda behov av SRHR hos personer med funktionsnedsättning.¹² Data och information om kontextspecifika behov och erfarenheter, samt evidens om hur hinder för inkludering av personer med funktionsnedsättning i SRHR-program kan avlägsnas, är begränsat.¹³ Tillgången till SRH-tjänster och information saknas ofta för personer med funktionsnedsättning av olika anledningar, såsom fysiska hinder, avstånd och restid till vård och undervisningstillfällen, stigma, diskriminering och okunskap inom vården, brist på anpassad kommunikation (till exempel information i punktskrift eller teckenspråkstolkar), samt bristande försäkringar och finansiering.¹⁴ Personer med funktionsnedsättning är inte en homogen grupp och behoven samt utmaningarna i förhållande till deras SRHR, är olika. Behoven av specifika insatser skiljer sig åt, till exempel beroende på om personen har fysiska eller mentala funktionsnedsättningar, eller både och. Personer med funktionsnedsättning kan även utsättas av ytterligare och intersektionell diskriminering. Till exempel kan en person med en funktionsnedsättning ha svårt att hävda eller utöva sin sexuella läggning som hbtqi-person, om denne är beroende av föräldrar eller vårdnadshavare som förnekar eller inte accepterar deras sexuella läggning. Det är därför av stor vikt att analysera SRHR-satsningar och föra dialoger med ett intersektionellt perspektiv så att program, policyer och hälsosystem är anpassade för ett brett spektrum av olika SRHR-behov.

Att säkerställa att den allmänna tillgången till hälso- och sjukvård, inkluderar SRHR och är tillgängliga även för personer med funktionsnedsättning, är viktigt för att säkerställa folkhälsan. För att bekämpa stereotyper om personer med funktionsnedsättning, är utbildning av vårdpersonal och andra aktörer som utgör den primära källan till SRHR-vård och information, viktigt. Det är även av vikt att se till att sexualundervisning och sexualupplysning är tillgängligt och anpassat till behoven hos personer med funktionsnedsättning.

Samarbete med civilsamhället

Organisationer som leds av, arbetar med och för personer med funktionsnedsättning, är viktiga aktörer att föra dialoger med. Globala organisationer och nätverk kan ofta hjälpa till att identifiera nationella och lokala aktörer. Vissa organisationer är fokuserade på en specifik form av funktionsnedsättning och andra fokuserar på frågan från ett bredare perspektiv. Det kan därför vara viktigt att föra dialoger med ett brett spektrum av olika organisationer i det relevanta landet eller i den lokala kontexten. Organisationerna kan även ha varierande fokus på SRHR, men det kan vara viktigt att föra dialoger även med dem som inte arbetar direkt med SRHR. ”Ingenting om oss, utan oss” är en viktig princip och det är viktigt att involvera, konsultera och skapa lösningar tillsammans med aktörer och rörelser för personer med funktionsnedsättning.

Praktiska åtgärder för att göra dialoger och konsultationer med civilsamhällesaktörer tillgängliga och inkluderande både fysiskt och virtuellt, är viktiga. Detta kan kräva särskilda resurser och det kan vara viktigt att tillåta väl med tid då strukturer eller arbetssätt kan vara anpassade till en viss typ av funktionsnorm. Inför mellanstatliga förhandlingar och möten på den globala eller regionala nivån som rör SRHR, bör nära dialoger i god tid anordnas för att inhämta synpunkter och förslag på prioriteringar. Ett nära samarbete med civilsamhällesaktörer säkerställer att Sveriges åtgärder, förslag och huvudbudskap blir mer effektiva, inkluderande och hållbara i längden.

10 WHO, [World report on disability](#), (2001).

11 UNFPA, [Key Messages for The Path to Equality for Women and Young Persons With Disabilities](#), (2020).

12 Hunt et al., [The sexual and reproductive rights and benefit derived from sexual and reproductive health services of people with physical disabilities in South Africa: beliefs of non-disabled people](#), Reproductive Health Matters, (2017).

13 Devine et al., [“Freedom to go where I want”: improving access to sexual and reproductive health for women with disabilities in the Philippines](#), Reproductive Health Matters, (2017).

14 Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities [WHO/UNFPA guidance note](#).

Ungdomar och SRHR

Varför ska Sverige driva frågan om unga människors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter?

Runt hälften av jordens befolkning är under 25 år och i flera låg- och medelinkomstländer uppgår andelen ungdomar till mellan 50 procent och 60 procent av befolkningen.¹ Hälften av dessa lever i fattigdom eller extrem fattigdom.² En rekordstor generation unga människor befinner sig i en tid i livet då de formar sin tillvaro, planerar för framtiden, börjar stå på egna ben och blir sexuellt aktiva. Ungas behov av SRHR ser olika ut och interventioner och program måste anpassas till dessa behov. Viktiga aspekter i arbetet för att tillgodose ungas behov består av att se till att SRH-vård är präglad av respekt, sekretess och att det finns tillgängligt för en överkomlig kostnad.³

Ungdomar har rätt att delta i beslut som påverkar deras liv. Unga personers tillgång till kunskap och information om sexualitet är en förutsättning för att de ska kunna fatta medvetna och informerade beslut om sina kroppar, relationer och livsval. Säkerställandet av ungas SRHR, är en grundförutsättning för unga ska ha möjlighet att delta i samhället i stort.

Konsekvenserna av att inte satsa på unga människors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter är svåra. Graviditet och förlossning är den vanligaste dödsorsaken bland tonårsflickor som dessutom är överrepresenterade vad gäller förlossningsskador, osäkra aborter och skador i samband med osäkert utförda aborter.⁴ När en flicka fött barn måste hon ofta avsluta sin utbildning. Utebliven skolgång som en följd av diskriminering och kränkningar av unga är en stor förlust för samhället.⁵ På samma sätt som flickor och pojkar har olika förutsättningar att fatta beslut om den egna kroppen och sexualitet skiljer sig situation åt för unga beroende på om de är gifta eller ogifta, bor i städer eller på landsbygd, beroende

på deras egna och föräldrarnas utbildningsnivå, sexuell läggning och könsidentitet, etnicitet och flera andra faktorer.

I vissa länder kan det finnas ett stort motstånd mot att unga människor fattar självständiga beslut kring sin sexualitet och reproduktion och är sexuellt aktiva utanför socialt erkända samlevnadsformer. I många samhällen förespråkar till exempel ledare och beslutsfattare sexuell avhållsamhet och trohet i det heterosexuella äktenskapet som det enda alternativet, särskilt för kvinnor. De ser därför sexualupplysning och tillgång till kondomer och preventivmedel, som något som uppmuntrar till avsteg från denna moralgrund.

Ingångar till dialog om ungdomar

Rättighetsperspektivet

Barn och ungdomar upp till 18 år omfattas av FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Barnkonventionens artikel 24 behandlar barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Ett av de områden som fastställs i barnkonventionen, rör staters skyldighet att sträva efter att utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp när det gäller preventivmedel/preventivmedelsrådgivning 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 utveckling⁶ klargör barnrättskommittén att unga människor inte får diskrimineras i åtnjutandet av sina rättigheter på grund av sin sexuella läggning, könsidentitet/könsuttryck eller sin hälsostatus (här inkluderas hiv och aids) och att minimiålder 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 principen om barnets bästa,

1 UNFPA, [Youth participation and Leadership](#), (2020).

2 Ibid och UNFPA, [State of the World Population, The Power of 1.8 Billion](#) (2014).

3 Engel et al., [A Package of Sexual and Reproductive Health and Rights Interventions-What Does It Mean for Adolescents?](#), J Adolesc Health, (2019) och Chandra-Mouli et al., [The Political, Research, Programmatic, and Social Responses to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in the 25 Years Since the International Conference on Population and Development](#), J Adolesc Health, (2019).

4 WHO, [Adolescent Pregnancy](#), (2020).

5 UNFPA, State of the World Population, [The Power of 1.8 Billion](#), (2014).

6 CRC/GC/2003/4, Barnrättskommittén, [General comment No. 4, Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child](#), (2003).

rätten till information och rätten till hälsa – ska förse unga människor med information om sexualitet och reproduktion, inklusive preventivmedel, hiv-prevention och hur man undviker överföring av andra STI:er. Stater uppmuntras 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 avsnitt om tillgång till säkra aborter). Forskning har visat att det bästa sättet att stärka unga personers kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är genom sexualupplysning och sexualundervisning som är holistisk, främjande och inkluderar ett jämställdhetsperspektiv.⁷

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).

Pekinghandlingsplanen⁸ uppmanar regeringar att möta unga människors behov så att de kan handskas med sin sexualitet på ett positivt och ansvarsfullt sätt. Här återfinns också ett krav på att röja undan alla hinder för gravida flickor och unga mödrar att fortsätta sin utbildning.⁹ Unga kvinnor måste själva ges möjlighet att bestämma när och om de är redo att gifta sig eller skaffa barn.

I förhållande till unga människors SRHR aktualiseras flera av Agenda 2030-målen. I detta hänseende är det även viktigt att belysa kopplingar och synergier mellan målen som rör SRHR och rätten till vatten och sanitet. Brist på tillgång till vatten och hygienartiklar, inklusive menstruationsskydd, i anslutning till skolmiljöer, kan till exempel leda till att ungdomars och särskilt kvinnors och flickors skolgång, blir påverkad och att deras behov av SRHR inte kan bli tillgodosedda.

Folkhälsoperspektivet

Ungdomar är en heterogen grupp med olika behov som ständigt utvecklas, beroende på deras personliga livsvillkor. I många kontexter har unga människor begränsade möjligheter till att växa och utveckla sin fulla potential och faktorer som fattigdom, osäkerhet, förminskande sociala normer och restriktiva lagar ökar deras sårbarhet för hälsoproblem. Unga människor behöver både skydd från skadliga faktorer, men även stöd att fatta egna och oberoende beslut. Föräldrar och övriga familjemedlemmar och även religiösa eller traditionella ledare, påverkar ofta unga människors SRHR men de kan ofta känna sig oförberedda och inte ha en vilja att adressera frågor som rör puberteten, sexualitet och reproduktion. En viktig insats blir därför att engagera dem i frågor som rör SRHR. Familjemedlemmars agerande kan även leda till kränkningar av unga människors SRHR och det blir då viktigt att se till att det finns SRHR-insatser som når unga människor när de fortfarande står i en beroendeställning gentemot övriga familjemedlemmar. Detta kan vara genom sexualundervisningen eller även genom internet, egenvård relaterad till SRHR och mHealth/e-hälsa. Inom vårdinsatser är det även viktigt att det finns en arbetskraft som förstår ungas behov, till exempel behov av respekt, sekretess och att tjänster finns tillgängligt för en överkomlig kostnad.

Att skjuta upp giftermål och barnafödande till senare i livet, ökar flickors och unga kvinnors möjligheter till makt över sina liv, utbildning, arbete och ett hälsosamt liv i enlighet med deras önsksningar. Tidigt giftermål och tidigt barnafödande (inom ramen för giftermålet) kan i en fattigdomskontext ofta ses som enda vägen för en flicka att nå en bättre social och ekonomisk livssituation. Evidens visar dock entydigt på att tidiga giftermål och tidig graviditet bidrar till ökat lidande, ohälsa och fortsatt fattigdom – även på samhällsnivå.¹⁰ Att tvingas eller pressas till att ingå äktenskap som barn innebär ökad risk för våldsutsatthet, inklusive sexuellt våld.¹¹ Tonårsgraviditeter bidrar till att reproducera fattigdom på samhällsnivå när flickor och unga kvinnor genom graviditet och moderskap, stängs ute från utbildning och arbetsmarknad.¹² Information om SRHR, tillgång till preventivmedel samt vård, stöd och kännedom om

7 Unesco et al, [International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach](#), (2018).

8 Pekinghandlingsplanen 108 (k).

9 Pekinghandlingsplanen 83 (s).

10 WHO, [Fact sheet: Adolescent Pregnancy](#), (2020).

11 Girls Not Brides (GNB), [About Child Marriage](#), (2021).

12 WHO, [Fact sheet: Adolescent Pregnancy](#), (2020).

sexuellt och könsrelaterat våld, är nödvändiga inslag för att förhindra en sådan utveckling.¹³

Samarbete med civilsamhället

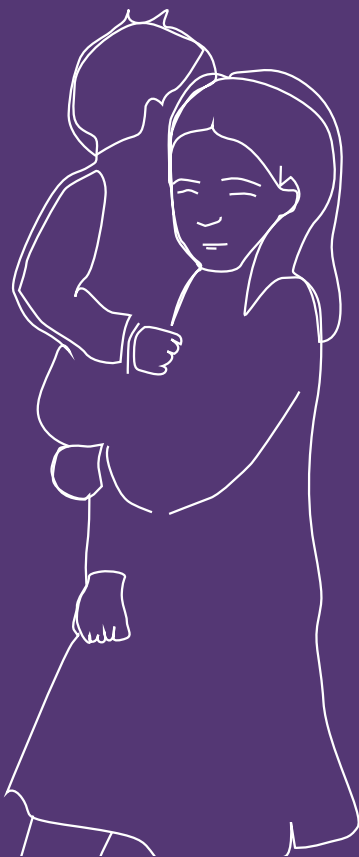
Att inkludera unga personer och civilsamhällesorganisationer som leds av unga personer och arbetar med unga personers SRHR, är centralt. CSW har särskilt betonat vikten av att rörelser som drivs av unga får utrymme och att unga ges möjlighet att delta i beslutsfattande på alla nivåer.¹⁴ Ungdomar är inte en homogen grupp och deras behov och utmaningar i förhållande till deras SRHR, skiftar beroende på deras kontexter och olika livsvillkor.

För att möjliggöra att unga personer ska få komma till tals, lyssnas på och få inflytande, krävs det att de får delta på ett meningsfullt sätt.¹⁵ Det finns en risk att unga personer endast blir ombedda att delta i dialoger i ett sent stadie då budskap och prioriteringar redan är bestämda och deras deltagande riskerar då att enbart bli symboliskt. Ett meningsfullt deltagande betyder att unga personer har bestämmanderätt i viktiga frågor som rör deras SRHR i alla stadier av utformningen av policyer och program.

13 WHO, [Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes](#) 2011; [Global Accelerated Action for the Health of Adolescents \(AA-HA!\)](#), WHO in partners, (2017).

14 E/CN.6/2021/L.3, FN:s Kvinnokommission, [Women's full and effective participation and decision-making in public life, as well as the elimination of violence, for achieving gender equality and the empowerment of all women and girls](#), (2021), op (i).

15 På engelska används ofta termen "meaningful youth participation (MYP)" i dessa sammanhang. Se till exempel [CHOICE for Youth & Sexuality's publikation om MYP](#).



Migranter och SRHR

Omkring 270 miljoner människor bor idag i ett annat land än deras ursprungsland.¹ En rad olika faktorer driver människor till att migrera såsom socioekonomiska faktorer, klimatförändringar, konflikter och politisk instabilitet. De som har flytt eller fördrivits, flyktingar och internflyktingar (*internally displaced persons, IDPs*), utgör endast en liten procent av alla migranter, men är oftast de människor som är i störst behov av stöd och assistans.² Inom gruppen migranter befinner sig även personer som är särskilt utsatta såsom barn, kvinnor, hbtqi-personer, personer med funktionsnedsättning, etniska minoriteter, statslösa och migranter utan uppehållstillstånd ('papperslösa'). Runt hälften av alla migranter är kvinnor och flickor och de flesta är i reproduktiv ålder (runt 12–51 år).³ Nästan hälften av alla kvinnor och flickor på flykt utsätts för våld och kränkningar av sina rättigheter under sin resa och många har inte haft tillgång till hälsovård.⁴ Migranter är en särskilt utsatt grupp och deras behov av SRHR riskerar ofta att utelämnas ur viktiga internationella ramverk om migration. Migranternas SRHR blir därför en viktig fråga att ta hänsyn till.⁵

Ingångar till dialog om migranter

Rättighetsperspektivet

Fler kvinnor migrerar på egen hand än någonsin tidigare.⁶ Kvinnor utgör nu nästan hälften av den internationella migrerande befolkningen och i vissa länder så mycket som 80 procent.⁷ Kvinnliga migranter hamnar oftare i lågstatus-, låglöne-produktions- och servicearbeten, samt befinner sig oftare i informella sektorer av ekonomin, såsom hushållsarbete.⁸ På grund av detta, utsätts de för en högre risk för exploatering, våld och övergrepp. Kvinnliga migranter är även särskilt utsatta för sexuellt utnyttjande och STI:er, inklusive hiv, men de har liten tillgång till vård eller juridisk hjälp.⁹ Mänskliga rättigheter, inte minst rätten till hälsa och att inte bli utsatt för våld eller diskriminering, blir därför särskilt viktiga för kvinnor som är migranter.¹⁰ Migranternas behov av SRHR kan även vara särskilt akuta då de kan ha väntat länge på att få tillgång till vård och information.

Folkhälsoperspektivet

Tillgången till mödrhälso- och sjukvård begränsas ofta på grund av språkförbistring, brist på information och ekonomiska hinder. I en undersökning gjord av UNFPA svarade tre fjärdedelar av unga kvinnor som migrerat eller flytt, att de inte visste var de kunde få tillgång till SRHR-tjänster.¹¹ Vissa av dessa unga kvinnor uppgav även att de undvek att söka vård på grund av erfarenheter av diskriminering och respektlöst bemötande.¹² Dialoger om att tillgängliggöra SRHR-material på olika språk kan därmed vara viktigt.

1 IOM, [Migration Initiatives](#), (2020)

2 IOM, [World migration report 2020](#), (2020), s.37.

3 Ibid.

4 UNFPA, [A call to protect women and girls on the move](#), (2018).

5 Till exempel så nämns SRHR inte i [The Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration](#).

6 UNFPA, [Overview: Migration](#).

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Ibid.

10 E/CN.9/2018/2, [Report of the Secretary-General: Sustainable cities, human mobility and international migration](#), (2018), para 80.

11 UNFPA, [A call to protect women and girls on the move](#), (2018).

12 Ibid.

Ekonomiska hinder för att få tillgång till hälsovård är ett stort problem och kan variera kraftigt mellan och inom länder, beroende på ens migrationsstatus. Osäkerhet om rättslig status kan dessutom ofta fördröja tillgången till vård.¹³ Delmål 3.8 i Agenda 2030 om att tillgängliggöra sjukvård för alla innebär att alla ska ha tillgång till allmän hälso- och sjukvård. Detta omfattar tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet liksom tillgång till säkra, effektiva och ekonomiskt överkomliga grundläggande läkemedel och vaccin av god kvalitet.

Samarbete med civilsamhället

Migranter som inte har en juridisk rätt att uppehålla sig på en särskild plats vid en viss tidpunkt, har svårare att organisera sig inom civilsamhället. Detta kan göra det svårare att nå ut till migranter inom den lokala kontexten och få en förståelse för deras behov av SRHR. Civilsamhällesorganisationer som arbetar med och för migranter, är viktiga att föra dialoger med, särskilt de som tillhandahåller vård till migranter. I dialoger kan sekretess och skyndsamma åtgärder vara av betydelse. Det kan vara viktigt att uppmärksamma olika aktörer om migranternas behov av SRHR och dialoger med civilsamhällesorganisationer som arbetar med dessa aktörer, såsom läkare, socialarbetare, psykologer och rättsväsendet, kan vara viktiga att nå ut till.

13 WHO, [What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region](#), (2016).



Allmän och jämlik hälsovård (Universal Health Coverage) och SRHR

Genom hållbarhetsmålen (SDG 3.8) har FN:s medlemsstater åtagit sig att säkerställa att alla omfattas av allmän hälso- och sjukvård av god kvalitet¹. Alla ska ha tillgång till sådan service oavsett betalningsförmåga.² Detta kallas Universal Health Coverage – UHC och omfattar hela spektrumet av viktiga hälso- och sjukvårdstjänster. Trots detta saknar omkring hälften av världens befolkning tillgång till allmän hälsovård och runt 100 miljoner människor tvingas in i fattigdom på grund av att de har alltför höga hälso- och sjukvårdskostnader.³ Ett starkt hälsosystem är centralt för UHC. Sexuell och reproduktiv hälsa (SRH) är en del av UHC enligt överenskommelsen i UHC:s politiska förklaring som antogs 2019.⁴ Genom den politiska förklaringen, åtar sig regeringar att leverera ett visst grundutbud av väsentliga hälso- och sjukvårdstjänster (Essential Packages of Health Services, EPHS), inklusive SRH-tjänster.⁵

Kopplingar mellan SRHR och UHC

Sexuell och reproduktiv hälsa har ofta utelämnats i storskaliga program och insatser för att främja hälsoservice för alla. Den politiska UHC-deklaration från 2019 och efterföljande åtaganden har skapat nya redskap för att ändra på detta. Ett viktigt sätt att säkerställa SRHR inom ramen för UHC är att säkerställa att SRHR finns med när länder definierar sitt grundpaket för nödvändig hälso- och sjukvårdsservice – kallade Essential Packages of Health Services (EPHS). Varje land har sitt eget tillvägagångssätt där berörda departement kan vara hälso-departementet, finansdepartementet och utbildningsdepartementet. Ett viktigt inslag i en dialog kan vara att uppmuntra samordning mellan olika departement, myndigheter och sektorer.

En annan ingång är att uppmuntra utvecklingen av en stark nationell SRHR-strategi som en del av en nationell UHC-strategi. Att bidra till att bredda synligheten och omfattningen av SRHR i nationella dialoger om UHC och belysa framgångar, utmaningar och god praxis inom SRHR kan vara en annan väg. God kvalitet är en nyckelfaktor i UHC-agendan. SRHR-program ska vara rättighetsbaserade, icke-stigmatiserande och icke-diskriminerande för att öka tillgången till SRH-tjänster. Att undanröja hinder för att tillgodose säker abort kan vara ett viktigt sätt att öka kvalitet och tillgänglighet till SRHR. För att kunna fatta beslut om prioritering inom ramen för UHC är tillgång till högkvalitativ och disaggregerad data viktig, vilket kan lyftas fram.

Ett meningsfullt samarbete och deltagande av det civila samhället kan hjälpa till att säkerställa att SRHR och jämställdhet integreras i UHC. Deltagandet av civilsamhällesorganisationer (CSOs) kan bidra till ett lyckat genomförande av SRHR-insatser som svarar på lokala behov. CSOs har en möjlighet att bidra med erfarenheter från lokal nivå och kan ge återkoppling på nationella strategier. Att uppmuntra och möjliggöra strategiska mötesplatser mellan civilsamhället och beslutsfattare, till exempel nationella parlamentsledamöter eller parlamentariska utskott och länka samman nationella och regionala arbetsgrupper som arbetar med hälsofrågor och UHC, kan vara ett bra första steg för dialog och för att bidra till att SRHR och jämställdhet integreras i UHC.

1 [A/RES/74/2, Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world", \(2019\).](#)

2 [UHC 2030.](#)

3 WHO, [UHC](#).

4 [A/RES/74/2, Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world", \(2019\).](#)

5 Ibid.



Covid-19 och SRHR

Gemensamt för epidemier och pandemier är att de leder till stora och negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssektorn och för individers möjlighet att ta del av existerande sjukvård. Detta får direkta konsekvenser för människors SRHR. Under ebola-epidemin i Västafrika mellan åren 2014 och 2016, sågs en signifikant nedgång av tillgång till mödrahälsovård medan sexuellt och könsrelaterat våld kraftigt ökade¹. I regionen som helhet gick mödradödligheten under perioden upp med 75 procent.²

Covid-19-pandemin har skördat miljontals liv världen över. Människor drabbas hårt av själva viruset, men de indirekta konsekvenserna är – liksom under Ebola – mycket omfattande. Det gäller inte minst SRHR. Överbelastad sjukvård, nedstängning av samhällen, inskränkningar i mänskliga rättigheter och isolering har fått mycket långtgående negativa konsekvenser, i synnerhet för människor som redan innan pandemin var särskilt utsatta.³ Vi kan redan nu ta del av studier och forskning som indikerar att Covid-19 lett till en ökning av sexuellt och könsrelaterat våld⁴, barnäktenskap⁵, könsstympning⁶, oönskade graviditeter⁷ och mödradödlighet⁸. Ökningen av det sexuella och könsrelaterade våldet under Covid-19 pandemin har även kommit att kallas en ”skuggpandemi” och den rådande pandemin har även gjort det svårare för överlevare av våldet att anmäla brott.

Kopplingar mellan SRHR och Covid-19

Som konsekvens av att gränser stängs, resor förbjuds, mötesfriheten inskränks, isolering påbjuds och att vården tvingas göra skarpa prioriteringar blir det svårare att få tillgång till SRH vård⁹ och för diskriminerade grupper att mötas och skapa trygga platser. UNFPA beräknade initialt att pandemin kommer att leda till att miljontals kvinnor inte får tillgång till preventivmedel och att oplanerade graviditeter kommer att öka.¹⁰ Ökad fattigdom innebär att fler helt enkelt inte har råd att få den mödrahälsovård eller förlossningshjälp de behöver. Ytterligare en orsak är att beslutsfattare flyttar pengar från mödrahälsovården till insatser mot Covid-19, vilket brukar kallas en undanträngningseffekt.¹¹ Studier har även visat att covid-19 under andra halvan av graviditeten ökar risken för tidig förlossning och därmed även komplikationer.¹²

Redan på ett mycket tidigt stadium av Covid-19 pandemin sågs också en ökning av sexuellt och könsrelaterat våld och siffran förmodas vara mycket högre på grund av svårigheterna att rapportera brott.¹³ När allt fler familjer tvingas stanna hemma tillsammans så ökar mäns våld mot kvinnor, andra former av våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck och sexuellt våld mot barn. Isoleringen gör kontroll och våld möjligt inom hemmets väggar. Särskilt utsatta är flickor, kvinnor och hbtqi-personer.¹⁴

1 Foreign Policy, [The Ebola Rape Epidemic No One's Talking About](#), (2016).

2 Mullan, [The cost of Ebola](#), The Lancet (2015).

3 Se till exempel: [The effect of COVID-19 on maternal newborn and child health \(MNCH\) services in Bangladesh, Nigeria and South Africa: call for a contextualised pandemic response in LMICs](#) (2021).

4 A/75/274, The Report of the UN Secretary-General, [Intensification of efforts to eliminate all forms of violence against women and girls](#), (2020), och exempel från Sydafrika: Amnesty International, [Southern Africa: Treated like Furniture](#), (2021).

5 Unicef, [COVID-19 A threat to progress against child marriage](#), (2021).

6 The Lancet, [COVID-19 hindering progress against female genital mutilation](#) (2021) och The Orchid project, [Impacts of COVID-19 on FGM](#), (2021).

7 UNFPA, [Impact of COVID-19 on Family Planning: What we know one year into the pandemic](#), (2021).

8 Roberston et al., [Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study](#), The Lancet, (2020).

9 UNFPA, [Impact of COVID-19 on Family Planning: What we know one year into the pandemic](#), (2021).

10 UNFPA, [New UNFPA projections predict calamitous impact on women's health as COVID-19 pandemic continues](#), (2020).

11 Cousins, [COVID-19 has "devastating" effect on women and girls](#), The Lancet, (2020).

12 Se till exempel Allotey et al, [Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis](#), BMJ 2020;370:m3320, (2020).

13 Center for Global Development, [COVID-19 and Violence against Women and Children: A Third Research Round Up for the 16 Days of Activism](#), (2020).

14 Human Rights Campaign Foundation, [LGBTQ Intimate Partner Violence and COVID-19](#), (2020).

Prognoser från UNFPA visar att pandemins effekter på barnäktenskap och könsstympning kan bli katastrofala. Totalt uppskattas Covid-19 pandemin innebära att ytterligare 13 miljoner barnäktenskap, som annars hade gått att förhindra, kommer att ske.¹⁵ Skolan är en skyddande mekanism mot barnäktenskap. Men när skolor nu stängs ner och familjers ekonomi försämras drastiskt under pandemin, betalar flickorna ett högt pris.

Antalet tonårsgraviteter har ökat under pandemin och Unesco befarar att över en miljon flickor aldrig kommer att återvända till skolorna eftersom de blivit bortgifta och mödrar.¹⁶

15 UNFPA, [State of the World Population Report 2021](#), (2021).

16 UNESCO, [Over 11 million girls may not go back to school after the COVID-19 crisis](#).

Humanitära kontexter och SRHR

Generellt ökar behovet av sexuell och reproduktiv sjuk- och hälsovård i humanitära kontexter samtidigt som tillgången minskar. Otillräcklig tillgång till SRHR-tjänster i humanitära kriser får allvarliga negativa konsekvenser och kan vara livshotande. Utan tillgång till sexuell och reproduktiv sjuk- och hälsovård, riskerar människor att drabbas av allvarliga infektioner, oönskade graviditeter och allvarliga tillstånd som hotar deras hälsa. I humanitära kontexter löper kvinnor och flickor en ökad risk för STI:er, inklusive hiv, oönskade graviditeter, mödradöd samt sexuellt och könsrelaterat våld¹, barn-äktenskap och människohandel. Bland annat visar evidens på att om behoven av preventivmedel tillgodoses, skulle mödradödligheten minska med 29 procent i humanitära kontexter.²

SRHR i humanitära kontexter

Internationella standarden Minimum Initial Service Package for Sexual and Reproductive Health (MISP), framtagen av the Inter-Agency Working Group for Reproductive Health in Crisis (IAWG), fastslår en miniminivå av SRH-åtgärder som krävs i humanitära krissituationer. UNFPA strävar efter att se till att MISP-aktiviteter och ytterligare SRH-tjänster ingår i alla faser av den humanitära programcykeln, där bekämpningen av mödradödlighet och mödrasjuklighet är ett huvudmål.³

Behovet av SRHR måste beaktas i alla humanitära kriser, särskilt då vissa kriser riskerar att bli långvariga. Utbudet av tjänster inom humanitära kontexter är ofta bristfällig. Akut obstetrisk vård (EmONC) är otillräcklig, användningen av akut-p-piller samt långtidsverkande och permanenta preventivmedel är låg, diagnoser och behandling av andra STI:er än hiv är bristfällig.⁴ Tillgång till säker abort tillhandahålls sällan i humanitära kontexter. Ett stort hinder är antagandet om att aborter är olagliga i dessa kontexter.⁵ I de flesta länder finns det en rätt att göra abort för att rädda en kvinnas liv och i vissa fall också för att bevara hennes välbefinnande och hälsa. En annan missuppfattning som begränsar tillgången till abort är antagandet att abort inte behövs, eller att ”abort är för komplicerat för att tillhandahållas i kriser”, vilket indikerar behovet av ytterligare kunskap för att öka tillgången till dessa tjänster.⁶

En särskild utmaning i SRHR-arbetet handlar om att synliggöra personer som inte inkluderas i nationell statistik. Statistik samlas till exempel sällan in avseende migranter, ungdomar och papperslösa, vilket leder till att deras situation och behov sällan uppmärksammas.⁷ Ungdomar är till exempel särskilt utsatta i humanitära situationer och det kan därmed vara av stor vikt att understryka deras behov i enlighet med befintliga riktlinjer.⁸

1 IPPF, [IMAP Statement on sexual and reproductive health services in humanitarian settings](#), (2018).

2 Ahmed et al., [Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries](#), Lancet, (2012).

3 Huvudmål 4 av [MISP](#).

4 Casey et al. SE, [Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies](#), Confl Health, (2015).

5 McGinn T, Casey SE. [Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services?](#), Confl Health (2016).

6 The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2670.

7 RFSU, [Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i framtiden](#). Ramböll framtidsanalys för RFSU, (2019), s.37.

8 Se till exempel [Adolescent Sexual and Reproductive Health \(ASRH\) Toolkit for Humanitarian Settings: 2020 Edition](#), IAWG.



Klimatkrisen och SRHR

Klimatkrisen avser de förändringar som har skett i globala och regionala klimatmönster, framför allt från 1900-talets mitt och framåt. De klimatförändringar som har observerats från 1950-talet till idag kan till stor del hänföras till ökade nivåer av växthusgasutsläpp till följd av mänsklig aktivitet. Åren 2015–2019 var de fem varmaste åren som någonsin har registrerats och effekterna av klimatförändringarna förväntas öka under resten av detta århundrade. Omfattningen av effekterna på längre sikt, under senare hälften av 2000-talet och därefter, kommer att bero på olika faktorer, till exempel i vilken utsträckning växthusgasutsläppen kan minskas och om naturområden, biodiversitet och ekosystem kan skyddas och restaureras under de kommande decennierna.

Klimatkrisen och diskriminering och andra orättvisor samspelar. De som har bidragit minst till klimatkrisen är ofta de som drabbas hårdast av dess effekter, samtidigt som de har mest begränsad tillgång till resurser för att anpassa sig.

Kopplingar mellan SRHR och klimatkrisen

Det finns ett ökande intresse för att bättre förstå och dokumentera kopplingar mellan klimatkrisen och SRHR av forskare såväl som av givare, regeringar och civilsamhället. Centrala frågor är vilka effekter klimatkrisen har på SRHR och – omvänt – hur SRHR kan bidra till lösningar på klimatkrisen.

Klimatkrisens effekter på SRHR

Effekterna av klimatförändringar leder till ökad förflyttning av människor, där de fattigaste länderna och människorna är de som drabbas hårdast. På grund av diskriminerande könsnormer och maktstrukturer innebär klimatförändringar extra stora konsekvenser och risker för redan marginaliserade grupper, inklusive grupper av kvinnor och flickor. Även hbtqi-personer riskerar att drabbas hårt av klimatkrisens effekter. Klimatkrisen innebär ökade konflikter om mark, långvarig torka och långa avstånd till vattenkällor, översvämningar och oförutsägbart väder vilket drabbar flickor och kvinnor då de ofta ansvarar för familjens mat- och vattenförsörjning.¹ Samtliga mänskliga rättigheter hotas, inte minst rätten till hälsa och rätt till mat och vatten.

Bristen på rent vatten som också kan vara en direkt följd av klimatförändringar innebär en stor risk för att SRHR kränks. Ohygieniska förlossningsmiljöer utan rent vatten och fungerande sanitet ökar riskerna för infektioner och komplikationer. Brist på rent vatten och toaletter försvårar även flickors och kvinnors möjligheter att på ett hygieniskt sätt hantera sin mens och gör även att många flickor tvingas stanna hemma från skolan. Klimatkrisen överlappar med humanitära kriser och migration som i sin tur ökar risken för sexuellt och könsrelaterat våld, barn- och tvångsäktenskap. I humanitära situationer som orsakats av klimatförändringar hindras tillgång till SRH-tjänster och vård bland annat till följd av att kliniker och vägar förstörs av översvämningar och liknande.

SRHR bidrar till att skapa mer motståndskraftiga samhällen

Ojämligheter och diskriminering försvagar individers möjligheter och förmåga att anpassa sig till klimatkrisen. Att motverka ojämställdhet och könsdiskriminering är därför avgörande för att minska sårbarheten och förbättra motståndskraften mot klimatkrisen hos individ och samhällen. Att stärka SRHR är en grundförutsättning för ökad jämställdhet. Att stärka SRHR innebär därmed att stärka individers och samhällens motståndskraft och förmåga att anpassa sig till klimatkrisen och att delta i beslut som rör lösningar på klimatkrisen. SRHR bör därför vara en viktig del av del av de åtgärder som syftar till att öka motståndskraften mot både de långsamma effekterna av klimatkrisen och dess mer omedelbara effekter. Ibland uppkommer ett resonemang om att en begränsning av barnafödande kan vara ett svar på klimatkrisen. Detta resonemang är inte rättighetsbaserat och inte heller något som Sverige ställer sig bakom.

¹ RFSU, [Det är dags att koppla ihop genus och klimat](#), (2020).



Telemedicin, egenvård och SRHR

Hälso- och sjukvård blir alltmer tillgängligt genom digitala kanaler, såsom textmeddelanden, sociala medier, appar, röstmeddelanden och telemedicin. Telemedicin ökar även möjligheterna för egenvård (self-care), så att personer själva kan genomföra behandlingar eller åtgärder som annars skulle ha utförts av hälsovårdspersonal. Telemedicin och e-hälsovård är ett sätt att tillgodose hälsobehov runtom i världen, särskilt för de som har begränsad tillgång till att fysiskt kunna besöka hälso- och sjukvårdsanläggningar. I låg- och medelinkomstländer äger idag 1,2 miljarder kvinnor en smartphone och har en ökad digital närvaro.¹ Samtidigt börjar mobil teknik, automatisering och artificiell intelligens (AI) bli tillräckligt utvecklad för att kunna stödja den infrastruktur som behövs för att utföra mycket av det grundläggande vårdarbetet, samt det pedagogiska och emotionella stödet kring sexuell och reproduktiv hälsa.

- **Egenvård (self-care):** Enligt WHO definieras egenvård (*self-care*) som individers, anhörigas och närståendes förmåga att främja och vidmakthålla hälsa, förebygga sjukdom och hantera hälso-relaterade utmaningar med eller utan stöd av vårdpersonal.²
- **Telemedicin:** Enligt WHO definieras telemedicin som levererandet av hälso- och sjukvårdstjänster genom användning av informations- och kommunikationsteknik, för att utbyta information för diagnos, behandling och förebyggande av sjukdomar och skador, forskning och utvärdering, samt för fortbildning av vårdgivare.³
- **eHealth/eHälsa:** Begreppet *eHealth/eHälsa* kan ses som ett paraplybegrepp som kan omfatta flera teknologiska tjänster såsom användandet av e-journaler och elektroniska recept, men även digital sjukvård.
- **MHealth/MHälsa:** MHälsa är en förkortning för ”mobilhälsa” vilket används för att beskriva användandet av mobila enheter (mobiltelefoner) inom medicin och hälso- och sjukvård, exempelvis i form av appar.⁴ Området mHealth omfattar bland annat användandet av mobiltelefoner för att samla in klinisk hälsoinformation/data och för att utveckla appar som kan spåra sjukdomar, tillhandahålla information om folkhälsa, erbjuda utbildning till vårdpersonal och fungera som behandlingsstöd.
- **Femtech:** Femtech är en förkortning för “female technology” och är en term som beskriver elektroniska enheter, mjukvara, produkter och andra teknologiska tjänster som relaterar till kvinnors hälsa. Ett exempel på detta är mjukvara som kan spara information om en kvinnas menscykel och fertilitetsmönster.

1 GSMA, [The mobile gender gap report 2020](#), (2020), s.21.

2 WHO, [WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being](#), (2021).

3 WHO, [Telemedicine](#) (2010), s. 9.

4 Karolinska institutet, [Mhealth](#).

Kopplingar mellan SRHR, telemedicin och egenvård

Olika tjänster relaterade till SRHR, till exempel preventivmedelsrådgivning, medicinska aborter, samt testning och behandling av STI:er och screening för vissa cancerformer, kan idag erbjudas via telemedicin på flera håll i världen. I vissa fall kan telemedicin ersätta vård som innebär ett fysiskt möte med vårdpersonal, vilket underlättar för personer som till exempel bor långt ifrån närmaste sjukhus. Framförallt används dessa teknologiska lösningar idag som ett komplement och tillägg till vanlig sjukvård, snarare än att de helt ersätter den vanliga hälso- och sjukvården.

Flera digitala plattformar har vuxit fram och snabbt utvecklat tjänster som erbjuder hemabort, där digitala hälsobesök inför abort kan ske via telefon- eller videosamtal, och att abortpiller skickas till patienten per post. Att kunna erbjuda rådgivning om medicinsk abort via digitala e-tjänster när andra möjligheter inte finns, kan leda till färre oönskade graviditeter, färre osäkra aborter och minskad mödradödlighet och mödrasjuklighet. Telemedicin har även funnits en längre tid i kontexter där abort inte har varit lagligt men där gravida har kunnat kringgå lagen för att göra en säkrare abort på medicinsk väg.⁵ Det är emellertid viktigt att påtala att telemedicin inte ska ersätta abortvård på klinik, utan är ett komplement till säkra aborter.

För många personer är stigma ett hinder för att söka vård och hjälp kopplat till SRHR men även till hälso- och sjukvård i stort, till exempel för personer som lever med hiv eller aids, hbtqi-personer och unga personer. Med digitala hälsotjänster finns möjligheten att komma runt svårigheter kring stigma kopplat till SRHR. Med digitala hälsotjänster kan människor få hälsoinformation på ett neutralt sätt, utan att bli dömda och kritiserade av sjukvårdspersonal. Eftersom e-tjänster är tillgängliga dygnet runt och lättåtkomliga från vilken miljö som helst, kan personer söka information och vård diskret när som helst från en trygg plats.

Genom fertilitets- och mensapplikationer i sin telefon, kan personer få en ökad förståelse om sin kropp, menscykel, reproduktion och fertilitet. Investeringar i MHälsa och framför allt i applikationer relaterade till följning av menscykeln, har växt hos flera större företag. Ny teknologi innebär också att personer kan få information, kunskap och utbildning via fler kanaler. Bland annat finns det upplysningstjänster/appar och hemsidor som informerar om SRHR. Rätt till utbildning och sexualundervisning ska uppnås i enlighet med Agenda 2030, och här kan tekniska lösningar hjälpa till på vägen. Trots potentialen och möjligheterna som telemedicin innebär, finns det flera logistiska hinder i implementeringen, bland annat gällande integritetsfrågor och rättvis tillgång till digitala tjänster. Det är också viktigt att telemedicin sker på ett etiskt sätt där användare och deras data kan skyddas från missbruk och kränkningar, till exempel om användare uppger känslig information i en chatbot.

⁵ Se till exempel [Women on the Web](#).

Annex I: Att föra en effektiv dialog

Sverige, en viktig röst i världen

Dialog utgör ett centralt politiskt verktyg i processen att främja SRHR. Det handlar om att engagera utifrån relevant kunskap och att knyta kontakter, formella och informella med myndigheter, civila samhället i Sverige och i samarbetslandet, akademiska och 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.

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 frågor.

SRHR innehåller ett brett spektrum av dimensioner och frågor. 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

Att välja en ingång till dialog om SRHR kan ha betydande effekt. Vissa SRHR-frågor är mindre ifrågasatta 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 upp-

märksam 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.

Förberedelser inför dialog – frågor att fundera på

- Hur ser den nationella lagstiftningen och vilka realpolitiska förutsättningar finns för förändring? Vad vill olika politiska aktörer?
- Vilka är de viktigaste och mest centrala utmaningarna i det land jag arbetar i vad gäller SRHR? 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. Faktabaserade och statistiska underlag gällande befolkningsfrågor kan utgöra en vetenskaplig utgångspunkt för debatt och förhandlingar. Tala också med olika grupper som ge olika bild av deras uppfattning av verkligheten.
- Vad är syftet med den svenska insatsen och vad kräver detta av utlandsmyndigheten eller hemma enheten? Kan uppgifter och underlag inhämtas från kollegor på andra utlandsmyndigheter eller från ett FN-organs landkontor för att stärka argument?
- 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?
- Vilka hinder kan vi tänkas stöta på och hur kan vi förbereda oss på att bemöta dessa?
- Vilka är de internationellt överenskomna begrepp och språk gällande SRHR och i vilken resolution eller annat styrande dokument har det fastslagits?

Se möjligheterna

Det tar tid att förändra människors syn och samhällsnormer. Att ha tålamod är centralt.

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 dialog mellan aktörer, exempelvis mellan regeringar, parlamentariker, multilaterala organisationer, civila samhället, samt aktörer inom näringslivet.

Lyhördhet och kunskap om kontexten

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 språkbruk anpassad till den kulturella kontexten kan onödiga kontroverser undvikas och istället inbjuda till konstruktiv dialog. Det innebär inte att man ska göra avkall på svenska positioner om SRHR. Det handlar om att kommunicera genom att välja orden noggrant och att ”paketera” sina argument väl, utifrån faktakunskap och en förståelse för den andres argumentation.

Annex II: Checklista för dialog

På denna 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.

Förslag på övergripande frågor en bör ställa sig på området:

- Hur ser den nationella lagstiftningen eller det nationella policyramverket ut på hälsoområdet eller andra områden som berör SRHR? Hur förhåller sig landets globala och regionala åtaganden jämfört med dess nationella implementering?
- 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, hbtqi-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, hbtqi-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?
- Kan människor organisera sig och göra sina röster hörda? Vilka har svårare att göra det?

Jämställdhet

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

Utbildning

- Är det obligatoriskt att bedriva sexualundervisning i skolan och om ja, vilket innehåll har den? Vilka komponenter återfinns enligt Unesco:s riktlinjer för sexualundervisning?
- 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?
- Finns någon form av regelverk kring diskriminering i skolan, exempelvis gällande hbtqi-personer?

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?

Sociala normer

- Vilka normer bidrar till att människors rättigheter kränks eller stärks?
- Vilka grupper påverkar sociala normer för andra?
- Vad kan motivera människor att bryta sociala normer som är skadliga för andra?

Den allmänna opinionen, media och 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?

Annex III: Definitioner, termer och begrepp

Själva begreppet SRHR liksom de delar som det omfattar, ifrågasätts i olika utsträckning och av olika, traditionella, politiska eller religiösa, anledningar. Nedan följer några förklaringar till centrala begrepp som stöd för att finna ingångar till hur man kan närma sig frågorna och ta upp dem i en dialog.

Det är 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 istället 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.

Sexuell och reproduktiv hälsa

Enligt Guttmacher-Lancet Kommissionen (GLC), definieras sexuell och reproduktiv hälsa som ett tillstånd av fysiskt, känslomässigt, psykiskt och socialt välbefinnande i förhållande till alla aspekter av sexualitet och reproduktion. Det handlar därmed inte bara om avsaknad av sjukdom, dysfunktion eller skada. Ett positivt förhållningssätt till sexualitet och reproduktion som bekräftar den roll som njutbara sexuella relationer, tillit och kommunikation spelar för självkänslan och det allmänna välbefinnandet, är viktigt.

Sexuella och reproduktiva rättigheter

Sexuella rättigheter omfattar enligt GLC en rad olika mänskliga rättigheter som garanterar människor rätten att bestämma över sin kropp och sexualitet, fri från diskriminering, kränkningar och våld.¹ För att uppnå sexuell och reproduktiv hälsa krävs, enligt GLC, erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter, som baseras på mänskliga rättigheter för alla att:

- respekteras i sin kroppsliga integritet, sitt privatliv och sitt personliga självbestämmande,

- fritt få definiera sin egen sexualitet, inklusive sexuell läggning, könsidentitet och könsuttryck,
- avgöra om och när man vill vara sexuellt aktiv,
- välja sina sexualpartners,
- ha säkra och njutbara sexuella upplevelser,
- besluta om, när och med vem äktenskap ska ingås,
- avgöra om, när och hur man vill ha barn och hur många barn man vill ha, och
- under hela livet ha tillgång till information, resurser, tjänster och det stöd som krävs för att uppnå det ovanstående, utan risk för diskriminering, tvång, utnyttjande och våld.

Abort

Laglig och säker abort är en av de mest kontroversiella frågorna. 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 oftast 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 har inte visat 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 allsidig sexualundervisning och tillgång till preventivmedel skyddar sig bättre mot

¹ För vidare läsning se till exempel Starrs A, Anderson R., [Definitions and debates: sexual health and sexual rights](#), Brown J World Aff (2016), s. 14–17, IPPF, [Sexual Rights: An IPPF Declaration](#), (2008), och The Lancet Commissions, [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#), (2018), s. 2645.

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. Vi pratar således hellre om preventivmedel och preventivmedelsrådgivning istället för familjeplanering.

Hbtqi, 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. De mänskliga rättigheterna är universella och tillkommer alla människor, överallt.

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.

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 styrts på olika sätt. Kvinnors sexualitet har varit, och är ofta, särskilt styrd av traditioner och sedvänjor. Sexualitet är mycket mer än den sexuella akten. 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.

SOGIESC

Paraplybegreppet *Sexual Orientation, Gender Identity, Expression and Sex Characteristics* (SOGIESC), översätts på svenska till sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck och könskaraktistika, där könskaraktistika hänvisar till intersexpersoner. Begreppet SOGIESC används ibland istället för hbtqi-begreppet. SOGIESC-begreppet beskriver diskrimineringsgrunderna och inte specifika kategorier.

Annex IV: Policyramverk, utgångspunkter och mandat

Globala ramverk

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.

Agenda 2030 och sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Agenda 2030 en universell agenda som inrymmer de Globala målen för att skapa ekonomisk, social och ekologisk hållbarhet och utveckling världen över. Agendan antogs av FN:s medlemsländer den 25 september 2015 och består av 17 Globala mål som i sin tur består av 169 delmål och 230 globala indikatorer. Avsikten med Agenda 2030 är att lösa klimatkrisen och säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser samt att förverkliga de mänskliga rättigheterna genom att utrota extrem fattigdom, minska orättvisor och ojämlikhet och främja fred och rättvisa – på global och lokal nivå.¹

Målen inom Agenda 2030 är sammankopplade och integrerade med varandra. Genom att ett mål uppfylls så förenklar det möjligheterna att uppnå ett annat mål. Till exempel om fler människor får tillgång till rent vatten och sanitet (mål 6) så skapas bättre förutsättningar för människors hälsa (mål 3) och genom förbättrad hälsa kan fler barn ta sig till skolan och få utbildning (mål 4) och genom utbildning kan fler få jobb och fattigdomen minska (mål 1).²

“Leaving no one behind”, att ingen får lämnas utanför, är en av de övergripande principerna i Agenda 2030. Det är både en förutsättning och ett mål för hållbar utveckling och bör genomsyra allt vårt arbete för att uppnå de 17 målen för hållbar utveckling. Principen kan inte uppnås utan att inkludera alla människor, särskilt de som är mest utsatta och marginaliserade. Agenda 2030 innebär en möjlighet att förbättra hbtqi-personers liv, hälsa och rättigheter, en grupp personer som historiskt sett har utsatts för mycket stigma, diskriminering

och institutionell exkludering. Forskning visar att exkluderandet av hbtqi-personer i utvecklingsarbeten har negativa effekter på bland annat ekonomin.

Vad har Agenda 2030 att göra med SRHR?

Samtliga mål inom Agenda 2030 går att koppla till frågor som rör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Tydligast kopplas SRHR till *hälsa och välbefinnande* (mål 3), *jämställdhet* (mål 5), *rent vatten och sanitet för alla* (mål 6) och *minskad ojämlikhet* (mål 10). Men självklart har även agendans första mål, *fattigdom*, med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter att göra. Fattigdom innebär bland annat ekonomisk fattigdom, men även brist på frihet, makt, inflytande, hälsa, utbildning och fysisk säkerhet. Särskilt utsatta är kvinnor och flickor men även transpersoner som ofta diskrimineras på arbetsmarknaden. Detsamma gäller mål 2, *ingen hunger*, där särskilt fokus ska ligga på att trygga livsmedelsförsörjningen för flickor och pojkar, flickor i puberteten och gravida kvinnor som löper störst risk för svält och undernäring.

Mål 3: Hälsa och välbefinnande

Mål 3 om *Hälsa och välbefinnande* innehåller delmål som syftar till att senast 2030 minska mödradödligheten, sätta stopp för spridningen av hiv/aids, säkerställa att alla har tillgång till sexuell och reproduktiv hälsovård, inklusive familjeplanering, information och utbildning, och att reproduktiv hälsa integreras i nationella strategier och program. Världens länder har tillsammans genom FN slagit fast att till år 2030 ska alla människor i världen ha tillgång till *sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter* (SRHR). Inom målet ingår även främjandet av psykisk hälsa och välbefinnande. Inom mål 3 ingår mål 3:8, att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård för alla (UHC), inklusive skydd mot ekonomisk risk, tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård av god kvalitet liksom tillgång till säkra, effektiva och ekonomiskt överkomliga grundläggande läkemedel och vaccin av god kvalitet. Runt hälften av världens befolkning har inte tillgång till allmän hälso- och sjukvård och runt 100 miljoner människor tvingas in i fattigdom på grund av att de behöver betala för hälso- och

¹ Globala målen, [Agenda 2030](#).

² Globala målen. [Hur hänger Globala målen ihop med varandra?](#) (2017).

sjukvård.³ Alla FNs medlemsstater har skrivit under på att försöka uppnå UHC (Universal Health Coverage), allmän hälso- och sjukvård, senast år 2030 som en del av de globala hållbarhetsmålen. UHC handlar om att säkerställa tillgången till kvalitativ hälsovård och för alla, och se till att människor inte tvingas in i fattigdom på grund av hälso- och sjukvårdskostnader.

Mål 4: God utbildning för alla

Mål 4 om *God utbildning för alla* berör SRHR då många unga flickor och kvinnor missar skola och undervisning på grund menstruation, tidiga graviditeter eller på grund av komplikationer till följd av kvinnlig könsstympning, FGM (Female Genital Mutilation). Man vet också att om världens alla flickor fick utbildning på gymnasienivå skulle barnadödligheten halveras. Tillgången till rent vatten och toaletter i skolan är avgörande för att flickor ska stanna i skolan, särskilt i pubertetsåren då de börjar menstruera. Mer än hälften av världens befolkning är under 25 år och i låginkomstländer är andelen ännu högre. Att nå ungdomar med information och kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är avgörande för att de ska kunna bestämma över sina egna kroppar och liv. För att förbättra sexualundervisningen spelar skolan en viktig roll.

Mål 5: Jämställdhet

Mål 5 om *Jämställdhet* inkluderar delmål som ämnar att avskaffa alla former av diskriminering av alla kvinnor och flickor överallt, avskaffa alla skadliga sedvänjor, såsom barnäktenskap, tidiga äktenskap och tvångsäktenskap samt kvinnlig könsstympning och avskaffa alla former av våld mot alla kvinnor och flickor i det offentliga och privata rummet, inklusive människohandel, sexuellt utnyttjande och andra typer av exploatering. Mål 5 syftar även till att säkerställa allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa och reproduktiva rättigheter i enlighet med överenskommelserna i handlingsprogrammet från den internationella konferensen om befolkning och utveckling, Pekingplattformen samt slutdokumenten från respektive översynskonferenser.

Mål 6: Rent vatten och sanitet för alla

Mål 6 handlar om *Rent vatten och sanitet för alla* och innebär att vi innan 2030 ska säkerställa rent dricksvatten för alla, förbättra vattenkvalitet och avloppsrening samt öka återanvändning, genomföra en integrerad förvaltning av vattenresurser på alla nivåer, utöka det vatten- och sanitetsrelaterade stödet till utvecklingsländer, säkra tillgången till

sanitet, hygien och toaletter för alla (särskild uppmärksamhet bör ägnas åt behoven hos kvinnor och flickor samt människor i utsatta situationer), effektivisera vattenanvändning och säker vattenförsörjning, skydda och återställ vattenrelaterade ekosystem samt att stödja och stärka lokalsamhällens deltagande i arbetet med att förbättra vatten- och sanitetshanteringen.

Mål 10: Minska ojämlikhet

Agendans **mål 10** handlar om att minska ojämlikheten mellan, och inom, länder genom att främja social, ekonomisk och politisk inkludering av alla, oavsett ålder, kön, funktionshinder, ras, etnicitet, ursprung, religion eller ekonomisk eller annan status. Mål 10 syftar också till att säkerställa lika möjligheter och minska förekomsten av ojämlika utfall, bland annat genom att avskaffa diskriminerande lagstiftning, politik och praxis och främja lagstiftning, politik och åtgärder av lämpligt slag i detta hänseende.

ICPD och Peking

1994 definierades första gången reproduktiv hälsa som en mänsklig rättighet. Det var under den internationella befolkningskonferensen i Kairo (ICPD). Där antog de 179 deltagande länderna ett handlingsprogram, Program of Action (PoA), med 243 rekommendationer där individens sexualitet och reproduktion stod i centrum.

Kairodeklarationen slår fast att reproduktiv hälsa gäller alla människors samlevnad, relationer och sexualliv. Den täcker hela livscykeln och begränsas inte till den fertila tiden i en människas liv. Begreppet omfattar kunskap om sexualitet och reproduktion, skydd mot hiv och andra sexuellt överförda infektioner, tillgång till preventivmedel och vård under graviditet och förlossning, och vård av nyfödda. Tillgång till säker abort tillförsäkrades också, men enbart där abort är lagligt.

På FN:s fjärde kvinnokonferens 1995 i Peking antogs en gemensam handlingsplan (Beijing Platform for Action) av 189 länder, med åtgärder inom tolv kritiska områden där kvinnor diskrimineras. Det handlar om fattigdom, utbildning, hälsa, våld, inflytande, mänskliga rättigheter med mera.

Handlingsprogrammet slår fast att kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter är en förutsättning för att de aktivt ska kunna delta i samhällets alla delar. 62 länder reserverade sig dock mot olika paragrafer i dokumentet. De flesta reservationer

3 WHO, [UHC](#).

gällde kvinnors sexuella rättigheter, frågan om aborter och flickors arvsrätt.

Både Kairo- och Pekingdeklarationen är viktiga milstolpar i arbetet för sexuella och reproduktiva rättigheter och har fått fortsatt mandat att gälla som handlingsplaner i arbetet för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Genom uppföljningskonferenser, senast [ICPD+25](#) och [Beijing+25](#), följs deklarationerna och handlingsprogrammen upp årligen i CSW och CPD.

Ramverk för mänskliga rättigheter

FN:s deklaration för mänskliga rättigheter antogs 1948. Där slås fast att alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter. Därefter har ett antal internationella instrument inom området antagits. Dessa utgörs av både juridiskt bindande konventioner och icke juridiskt bindande deklarationer och politiska viljeförklaringar. De inkluderar såväl ekonomiska, sociala och kulturella som medborgerliga och politiska rättigheter. Till instrumenten hör bland annat konventionerna om barnets rättigheter, om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, om förbudet mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, om avskaffande av allt slags diskriminering av kvinnor och om avskaffande av alla former av rasdiskriminering samt deklarationen om urfolks rättigheter.

FN:s konventionskommittéer övervakar genomförandet av respektive konvention och ger även ut tolkningar i form av allmänna kommentarer. Dessa är viktiga källor för att vägleda tolkningen av konventionerna, inklusive i förekommande fall i frågor med bäring på SRHR, men är inte juridiskt bindande för statsparterna. Utöver juridiskt bindande ramverk finns även relevanta beslut, rekommendationer och resolutioner från mellanstatliga organ på både regional och internationell nivå.

Regionala europeiska ramverk

Europarådet

På regional europeisk nivå regleras SRHR genom olika ramverk utfärdade av EU och Europarådet. Europeiska konventionen om de mänskliga rättigheterna (Europakonventionen) och dess rättspraxis skyddar SRHR implicit under rätten till privatliv och familjeliv (artikel 8), rätten till frihet från tortyr och misshandel (Artikel 3), rätten till liv (artikel 2)

och förbudet mot diskriminering (artikel 14).

Europadomstolen har fattat ett antal avgöranden enligt dessa rättigheter som skyddar SRHR, men medlemsstater har fortfarande stort utrymme och diskretion för att bedöma i SRHR-frågor såsom i frågor om samkönade äktenskap och abort.

Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet (Istanbulkonventionen) stärkte det juridiska skyddet för kvinnor och konventionen fördömer alla former av våld och beskriver våld mot kvinnor som ett uttryck för historiskt ojämlika maktförhållanden mellan kvinnor och män. Den slår fast att våld mot kvinnor är könsrelaterat på strukturell nivå. könsrelaterat våld inkluderar handlingar som strider mot kvinnors SRHR, såsom tvångssterilisering och tvångsabort. Istanbulkonventionen är särskilt relevant för SRHR inom följande områden:

- Medlemsstater är skyldiga att kriminalisera alla handlingar av tvångsabort och tvångssterilisering enligt artikel 39 som enligt Europarådets förklarande rapport ska belysa kvinnors reproduktiva rättigheter genom att prioritera sin makt att fritt besluta om familjeplanering.⁴
- Konventionen fastslår att könsstympning är ett brott enligt artikel 38 och understryker att det orsakar livslång skada och att det ofta sker utan samtycke inträffar normalt inte med offrets samtycke.⁵
- Tvångsäktenskap anses som ett brott enligt artikel 37.
- Sexuella handlingar utan samtycke (inklusive våldtäkt) bör kriminaliseras enligt artikel 36.
- Medlemsstater måste vidta lagstiftningsåtgärder och andra åtgärder för att ge brottsutsatta tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster enligt artikel 20.

Europeiska Unionen (EU)

Respekt för de mänskliga rättigheterna är ett av EU:s grundläggande värden. EU:s stadga för grundläggande rättigheter kompletterar och förtydligar denna princip. EUs medlemsländer är alla bundna av konventioner om mänskliga rättigheter som Europakonventionen, Barnkonventionen och Kvinnokonventionen. Alla EU:s medlemsländer enades dessutom kring handlingsplanerna från Kairo och Peking.

4 CoE förklarande rapport, 2011, para. 206.

5 CoE förklarande rapport, 2011, para. 198.

Inom EU-rätten är icke-diskriminering och likabehandling grundläggande principer. Dessa principer återfinns i EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna men medlemsstater har betydande diskretion i vissa frågor, såsom den nationella regleringen av äktenskap och inom området för vilka former av förebyggande vård och medicinsk behandling som måste vara tillgängligt för befolkningen. Direktiv 2004/113/EG säkerställer likabehandling mellan män och kvinnor i ”tillgång till och tillhandahållande av varor och tjänster” men det råder osäkerhet i vilken grad detta är giltigt i förhållande till tillhandahållandet av SRH-varor och tjänster. Direktiv 2011/24/EU om tillämpning av patienters rättigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård föreskriver att patienter måste få all information som krävs för att kunna möjliggöra informerade val.

I maj 2017 antogs “the new European Consensus on Development” som i paragraf 34 innehåller skrivningar om SRHR som kommit att bli basen för efterföljande överenskommelser på området:

“The EU remains committed to the promotion, protection and fulfilment of all human rights and to the full and effective implementation of the Beijing Platform for Action and the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD) and the outcomes of their review conferences and remains committed to sexual and reproductive health and rights (SRHR), in this context. Having that in mind, the EU reaffirms its commitment to the promotion, protection and fulfilment of the right of every individual to have full control over, and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality and sexual and reproductive health, free from discrimination, coercion and violence. The EU further stresses the need for universal access to quality and affordable comprehensive sexual and reproductive health information, education, including comprehensive sexuality education, and health-care services.”⁶

Svenska ramverk

Sveriges Feministiska Utrikespolitik (FUP)

I oktober 2014 lanserade Sverige, som första land i världen, en feministisk utrikespolitik. Detta innebär att all utrikespolitik ska genomsyras av ett jämställdhetsperspektiv och utrikesförvaltningen, i alla dess delar, ska sträva efter att stärka alla kvinnors och flickors Rättigheter, Representation och Resurser med utgångspunkt i den Realitet de lever i. Den

feministiska utrikespolitiken är strukturerad efter tre R: Rättigheter, Representation och Resurser.

- **Rättigheter:** Utrikesförvaltningen ska verka för alla kvinnors och flickors fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna, inklusive genom att motverka alla former av våld och diskriminering.
- **Representation:** Utrikesförvaltningen ska verka för kvinnors deltagande och inflytande i beslutsprocesser på alla nivåer och inom alla områden, och eftersträva dialog med kvinnliga företrädare på alla nivåer, inklusive inom civilsamhället.
- **Resurser:** Utrikesförvaltningen ska verka för att resurser fördelas så att jämställdhet, och alla kvinnors och flickors lika möjligheter att åtnjuta de mänskliga rättigheterna, främjas. Utrikesförvaltningen ska också verka för riktade insatser för olika målgrupper.

Handlingsplanen 2019–2022 fastslår att utrikesförvaltningen ska bidra till alla kvinnors och flickors

- 1) fulla åtnjutande av de mänskliga rättigheterna,
- 2) frihet från fysiskt, psykiskt och sexuellt våld,
- 3) medverkan i att förebygga och lösa konflikter, och i att bygga fred efter konflikt,
- 4) politiska deltagande och inflytande inom alla samhällsområden,
- 5) ekonomiska rättigheter och egenmakt, och
- 6) sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter (SRHR).

Strategi för Sveriges humanitära bistånd genom Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (Sida) 2021–2025⁷

Strategin för Sveriges humanitära bistånd genom Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (Sida) 2021–2025 understryker särskilt vikten av SRHR:

”Inom ramen för Sidas arbete att stärka krisdrabbade människors aktörskap bör det säkerställas att kvinnor och flickor inkluderas i samråd och beslut kopplade till den humanitära verksamheten. Otillräcklig tillgång till SRHR-tjänster i humanitära kriser får allvarliga negativa konsekvenser och kan, liksom avsaknad av andra grundläggande tjänster som till exempel mat och vatten, vara livshotande i synnerhet för kvinnor och flickor. Behovet av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) ska beaktas i alla humanitära kriser.”

⁶ European Consensus on Development – ‘our world, our dignity, our future’ – English (signed version) 26/06/2017.

⁷ Utrikesdepartementet, [Strategi för Sveriges humanitära bistånd genom Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete \(Sida\) 2021–2025](#), (2020).

Annex V: Aktörer på SRHR-området

Var kan en hitta relevant information om SRHR?

Hos 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 runtom i världen.

www.rfsu.se

IPPF

International Planned Parenthood Federation, IPPF, är en paraplyorganisation som samlar världens SRHR-organisationer, där RFSU är den svenska medlemmen (och medgrundare). IPPF finns i cirka 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), sub-kontor i Delhi (för Sydästen), Kuala Lumpur (för Östasien, sydöstra asien och Oceanien) och Colombia och Trinidad (för Amerika och Karibien).

www.ippf.org

Act svenska kyrkan

Act Svenska kyrkan är namnet på internationella verksamheten inom Svenska kyrkan. Act Svenska kyrkan är en del av ACT-alliansen som består av över 150 kyrkor och trosbaserade biståndsorganisationer över hela världen. Act Svenska kyrkan arbetar för att alla ska ha tillgång till sexualundervisning, mödravård och preventivmedelsrådgivning.

www.svenskakyrkan.se/act/sexuella-rattigheter

Association for women's rights in development (AWID)

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

Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW)

The Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women, ARROW, är en regional kvinnorrättsorganisation med huvudsäte i Kuala Lumpur, Malaysia. ARROW arbetar för kvinnors rättigheter, med särskilt fokus på SRHR.

<https://arrow.org.my>

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 (CRR)

Center for Reproductive Rights, CRR, 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. CRR arbetar med påverkans- och förändringsarbete i Afrika, Asien, Europa, Latinamerika och Karibien samt i USA.

www.reproductiverights.org

Fòs Feminista

Fòs Feminista är en allians som arbetar med SRHR för kvinnor, flickor och hbtq-personer. Fòs Feminista arbetar med policyutveckling och kapacitetsbyggande och utvecklar påverkansarbete i olika delar av världen. Fòs Feministas arbete implementerar en intersektionell och feministiskt perspektiv i deras arbete.

www.fosfeminista.org

Global Interfaith Network for People of all Sexes, Sexual Orientations, Gender Identities and Expressions (GIN-SSOGIE)

The Global Interfaith Network for People of all Sexes, Sexual Orientations, Gender Identities and Expressions (GIN-SSOGIE), är en paraplyorganisation för religiösa ledare och organisationer som arbetar för allas SRHR oavsett sexuell läggning, könsidentitet, könsuttryck eller könsskarakteristika.
<https://gin-ssogie.org/>

Guttmacher institute

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

ILGA

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

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG)

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG), är ett medlemsbaserat nätverk där medlemmar och partners arbetar tillsammans för att ta fram riktlinjer, policydokument och uttalanden om SRHR i humanitära kontexter.
<https://iawg.net/>

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

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 37 länder runt om i världen och de har ett stort antal kliniker med preventivmedelsrådgivning, säkra aborter, mödra- och barnhälsovård samt hivtestning och service. De bedriver även ett policy- och påverkansarbete på såväl global som nationell nivå.
www.mariestopes.org

Outright Action International

OutRight Action International är en påverkansorganisation som arbetar med att uppmärksamma och bekämpa diskriminering av hbtqi-personer världen över.
www.iglhrc.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

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, sjukvårdsutrustning och mediciner för att säkerställa den reproduktiva hälsan. Reproductive health supplies coalition arbetar med påverkansarbete, kapacitetsbyggande, rådgivning och tekniskt stöd runt om i världen.
www.rhsupplies.org

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

Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

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

Women's Global Network for Reproductive Rights (WGNRR)

The Women's Global Network for Reproductive Rights (WGNRR), är ett globalt nätverk som består av civilsamhällesorganisationer som arbetar för att stötta och bygga rörelser för SRHR och rättvisa.

<https://wgnrr.org/>

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

UNFPA

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 framför allt 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

UNWOMEN

UNWOMEN arbetar bland annat med att följa upp och genomföra Pekingplattformen och dess handlingsplan, samt dess efterföljande konferenser.

UNWOMEN är även ansvarigt FN-organ för de årliga sessionerna av FN:s kvinnokommission.

www.unwomen.org

WHO

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

www.who.int

Annex VI: Användbara länkar

SRHR och kopplingen till mänskliga rättigheter:

OHCHR, Information Series On Sexual and Reproductive Health and Rights, 2020: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/Information-Series-Sexual-Reproductive-Health-Rights.aspx>
OHCHR, WHO, The Right to Health: <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

Stöd i språkförhandlingar:

UN Advocacy Tool, databas av FN resolutioner om SRHR: <https://unadvocacy.org/#/en/>
Schweiziska regeringens app och databas för åtaganden som rör kvinnors rättigheter: <https://womenshumanrights.ch/>

Statistik:

The Guttmacher Institute: <https://www.guttmacher.org/>
UNFPA: <https://www.unfpa.org/data>
WHO: <https://www.who.int/data/collections>

ICPD Programme of Action: <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>

Nairobi Summit Commitments on ICPD: <https://www.nairobisummiticpd.org/>

IPPFs Commitment Analysis Report: <https://www.ippf.org/resource/icpd25-nairobi-summit-commitment-analysis-report-roadmap-fulfilling-promise>

IPPFs ICPD25 Commitments database: <https://icpd25commitments.org/>

Beijing Declaration and Platform for Action:

<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>

Guttmacher-Lancet Kommissionen:

Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf)

Utrikesdepartementet

Växel: 08-405 10 00

103 33 Stockholm

www.regeringen.se