

Från befolkningsfrågor till SRHR

– SVERIGES GLOBALA ENGAGEMANG I SEXUELL OCH
REPRODUKTIV HÄLSA OCH RÄTTIGHETER



REGERINGSKANSLIET

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Förord | 2 |
| Inledning (Per Örnéus) | 3 |
| Konflikt och utveckling – befolkningsfrågan i svenskt bistånd 1958–94 (Bo Stenson) | 7 |
| Barnmorskor i Sverige och världen (Anna Nordfjell) | 19 |
| Kairokonferensen från ett NGO-perspektiv (Katarina Lindahl) | 21 |
| Sverige och sexualundervisningen i skolan (Hans Olsson) | 31 |
| Från ord till handling – om Sidas bistånd till SRHR (Eva Wallstam) | 33 |
| UD:s engagemang i SRHR efter Kairokonferensen (Sarah Thomsen) | 47 |
| Framtidens utmaningar inom SRHR (Gerd Johnsson-Latham) | 61 |
| Milstolpar inom SRHR | 69 |
| Referenser | 72 |
| Tack | 76 |

Förord

Mycket har hänt sedan Kairoplanen antogs vid den internationella befolkningskonferensen 1994. Världens kvinnor har bättre möjligheter att välja hur många barn de vill ha och när, samt att överleva barnafödandet. Fler kvinnor i dag har tillgång till mödrahälsovård och medellivslängden för både kvinnor och män har ökat. Det finns mycket att glädjas över. Vi ska vara stolta över det stöd som vi ger vilket bidrar till att stärka kvinnors fri- och rättigheter. Men utmaningar kvarstår.

Fortfarande dör 800 kvinnor om dagen i samband med graviditet eller förlossning. Av dessa är 200 tonåringar. Globalt äger 22 miljoner osäkra aborter rum varje år till följd av oönskad graviditet. Kvinnors och flickors rätt att bestämma över sin egen kropp inskränks alltjämt.

Detta är inte bara en fattigdomsfråga. Inom Europa ifrågasätts kvinnors rätt att bestämma över sin egen kropp till följd av ojämn maktbalans mellan män och kvinnor. I länder i ekonomisk kris minskar ofta resurserna till mödravården. I vårt eget land finns det rörelser som vill inskränka den lagstadgade rätten till säker abort som har funnits sedan 1975. Också här måste Sverige fortsätta att kämpa.

Jag är mycket stolt över att Sverige har drivit och fortsätter att driva SRHR-frågor globalt. Jag är säker på att vi har bidragit till att tusentals kvinnor och män har fått det bättre genom detta stöd.

Min förhoppning är att denna skrift kan inspirera till fortsatt arbete för en mer jämställd och jämlik värld. Ett fortsatt starkt engagemang behövs.



Hillevi Engström, Biståndsminister

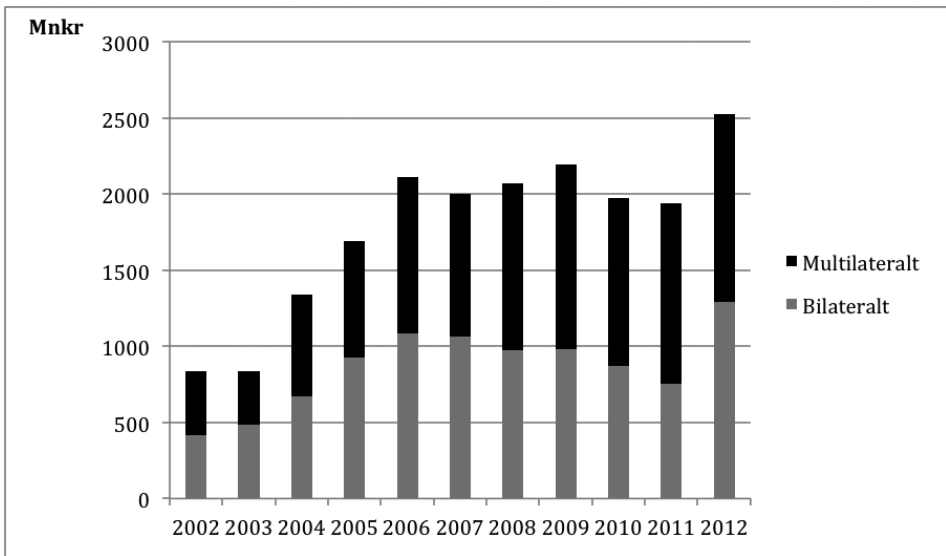
Inledning

FN:s befolkningskonferens (International Conference on Population and Development, ICPD), ägde rum i Kairo för 20 år sedan. Det kan verka märkligt (och till och med på gränsen till lyxigt) att använda resurser i dag för att göra en historisk tillbakablick ända till 1950-talet för att uppmärksamma ett enskilt evenemang. Men i dessa dagar av resultatstrategier och mätbara indikatorer som ska redogöra för biståndets resultat är det viktigt att även betona de svåråttbara framgångar som Sverige har bidragit till. För en framgång har det varit. Sverige har genom sitt finansiella, politiska och diplomatiska stöd haft betydelse för området global sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR).

Skriften beskriver att Sverige var aktivt inom delar av SRHR-området långt före Kairokonferensen, men att konferensen blev en välbehövlig vitamininjektion för vårt bistånd inom SRHR. Konferensen samlade representanter från 179 länder som antog en handlingsplan (Programme of Action) med 243 rekommendationer där individens sexualitet och reproduktion sattes i centrum. Handlingsplanen täcker en enorm bredd av utvecklingsfrågor som i backspegeln liknar kärnan till själva millenniedeklarationen som antogs sex år senare. Frågorna i handlingsplanen rör demografi, miljö, jämställdhet, fattigdom, utbildning, social jämlikhet, familjen, sexuell hälsa, reproduktiv hälsa och rättigheter, mödra- och barnhälsa, ungdomar, hiv och aids, urbanisering och migration, forskning och utveckling, övervakning och uppföljning, nationellt ansvar och internationellt samarbete och bistånd. Sveriges stöd har berört alla dessa områden och fler. I skriften fokuserar vi på stödet till det vi kallar för SRHR och som Sverige definierar som följande:

- Sexuell hälsa handlar om livskvalitet och personliga relationer, om rådgivning och hälsovård.
- Sexuella rättigheter innefattar rätten för alla människor att bestämma över sin egen kropp och sexualitet.
- Reproduktiv hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande kring det reproduktiva systemet och alla dess funktioner, och inte bara frånvaro av sjukdom.
- Reproduktiva rättigheter omfattar den enskilda individens rätt att bestämma antalet barn och hur tätt de ska komma. Dessa rättigheter ska varje människa kunna hävda utan risk för diskriminering, våld eller tvång.

Sveriges stöd till SRHR har mer än fördubblats de 10 senaste åren, från 836 miljoner kronor 2002 till 2,5 miljarder 2012. Stödet omfattar det bilaterala och multilaterala (som administreras av Sida) såväl som det multilaterala (som administreras av UD). De multilaterala organisationer som får störst bidrag från Sverige inom SRHR är UNFPA (FN:s befolkningsfond), UNAIDS (FN:s hiv/aids-fond) och Globala fonden mot aids, tuberkulos och malaria – GFATM (i Sverige räknas stöd till hiv/aids som en del av SRHR-biståndet).



Figuren visar det bilaterala och multilaterala SRHR-biståndet 2002–2012. (Siffrorna är hämtade från budgetpropositioner för respektive år.)

Varför har vi tagit fram skriften?

Som ett led i upptakten till den internationella parlamentarikerkonferensen om ICPD som Sverige står värd för den 23–25 april 2014 har UD:s enhet för multilateralt utvecklingssamarbete tagit fram denna skrift om Sveriges engagemang i ICPD- och SRHR-frågor. Målgruppen är den svenska resursbasen inom SRHR som inkluderar anställda på UD, utlandsmyndigheterna, övriga på regeringskansliet, riksdagsledamöter, regeringen, Sida och andra svenska myndigheter, civilsamhällesrepresentanter, forskare, med flera. Målet är att dra lärdomar av Sveriges ansatser vad gäller befolknings- och SRHR-frågor, samt att visa resultaten av dessa ansatser på ett kvalitativt sätt.

Skriften har som sin utgångspunkt själva Kairokonferensen, som ägde rum i september 1994, och innehåller beskrivningar av Sveriges engagemang före (från och med 1950-talet), under och efter konferensen. En tidslinje över några av de viktigaste milstolparna inom befolknings- och SRHR-biståndet är inkluderad för att ge en kondenserad överblick av de senaste 100 åren. Två exempel på områden där Sverige har varit särskilt engagerat – sexualundervisning och barnmorskors roll i mödravården – är också inkluderade i form av faktabilder.

Kapiteln är skrivna av olika författare vilket kan ge en känsla av brokighet, men vi tyckte att det var viktigt att låta olika röster inom biståndet det senaste halvsekle komma till tals. Rösterna kommer från före detta medarbetare på Sida, UD och civilsamhället. Kapitelförfattarna ansvarar naturligtvis för innehållet i sina respektive texter. Vi är medvetna om att det finns många fler aktörer (till exempel forskare, politiker, andra myndigheter) som också har sina historier att berätta, men för att skriften skulle bli någorlunda hanterbar valde vi att begränsa. Vi uppmanar andra att berätta sina historier för fortsatt

lärdom. En studie om alla interpellationer och motioner om SRHR-relaterade frågor som har tagits upp på riksdagen de senaste 100 åren skulle till exempel vara särskilt intressant.

Det vi vill trycka på i denna skrift är hur Sverige har ändrat fokus från befolkningsfrågor till SRHR under de senaste 50 åren. Vidare har ämnet utvecklats från en ren folkhälsofråga till en central del i jämställdhetsarbetet samt allas åtnjutande av universella mänskliga rättigheter. Samma utveckling har skett i många andra länder och inom FN-systemet, men Sverige har alltid varit i framkant av detta paradigmskifte.

Skriften visar Sveriges ledarskap inom SRHR men även vår egen kompetensutveckling. Sverige har blivit världsberömd för sina förhandlingar och finansiella satsningar i kontroversiella frågor men vi har också utvecklat oss i SRHR och hur man kan föra en dialog i ämnet.

Skriften lyfter även fram hur de olika delarna av biståndsapparaten kompletterar varandra i målet att främja SRHR globalt. UD har ansvar för de övergripande multilaterala insatserna, exempelvis UNFPA och Globala fonden, och kan genom styrelsearbete påverka dessa organisationers arbete i fält. UD har även ansvar för regionala och globala förhandlingar i frågor som rör SRHR och jämställdhet. Sida har ansvar för det bilaterala och multilaterala stödet till forskning och program som stödjer främjandet av SRHR, antingen genom direkta insatser eller via uppbyggande av nationella hälsosystem. Både UD och Sida för en dialog med sina partners på olika nivåer. Det svenska civilsamhället är också en viktig aktör i detta arbete, både i sitt påverkansarbete och i sitt tekniska stöd i SRHR-frågor. Och sist men inte minst har samstämmigheten i SRHR-frågor bland svenska politiker betytt mycket för alla svenska aktörers möjlighet att driva SRHR-frågor internationellt.

Avslutningsvis hoppas vi att denna skrift inte bara ses som en historiebok utan också som ett pedagogiskt verktyg. Det finns 50 år av erfarenhet inom globalt SRHR-arbete i Sverige. Många betydelsefulla personer har eller håller på att pensioneras. Genom att dokumentera deras arbete kan vi lära oss om hur vi kan nå framgång i vår fortsatta kamp för att garantera sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter för alla kvinnor, män och ungdomar i världen.

*Per Örneus, departementsråd, chef för Enheten för multilateralt utvecklingsarbete, UD,
16 december 2013*

Bo Stenson arbetade på Sida från 1969 med familjeplanering och var i början av 1980-talet chef för Sidas hälsobyrå.

Konflikt och utveckling – befolkningsfrågan i svenskt bistånd 1958–94

Det svenska biståndet börjar

Frågor om sexualitet och fortplantning har varit viktiga delar av den svenska samhällsutvecklingen under lång tid. När välståndet i Sverige under 1900-talet ökade och spred sig till allt fler blev befolkningsfrågan allt större. Det gällde då framför allt oron för att det minskande barnantalet skulle leda till en stagnerande befolkning. Redan lagen som förbjöd information om preventivmedel från 1911 (den så kallade Hinkelagen efter Hinke Berggren, som propagerade för preventivmedel) föranleddes av oron för att barnafödandet skulle avta än mer.

Makarna Myrdal gav 1934 ut boken *Kris i befolkningsfrågan* där de föreslog att man skulle uppmuntra familjer att skaffa fler barn. År 1935 tillsatte staten Befolkningskommissionen för att föreslå konkreta åtgärder för att öka antalet barn i Sverige. Så småningom infördes åtgärder såsom barnbidrag och föräldraledighet (från början mödraledighet) för att få människor att vilja ha fler barn. Men globalt sett var detta en icke-fråga.

Men som ett resultat av det oförtröttliga arbetet av pionjärer som Elise Ottesen-Jensen, en av grundarna av Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) och andra ställdes så småningom de enskilda människorna och då framför allt barnen och kvinnorna alltmer i centrum. År 1938 avskaffades förbudet om information om preventivmedel och 1944 gavs möjlighet till abort under vissa förutsättningar och straffet för homosexualitet upphävdes.

Under 1950-talet framträdde en rad starka kvinnor som var och en på sitt sätt medverkade till en ny syn på sexualitet och barnafödande, Inga Thorsson, socialdemokratisk politiker och diplomat, Ulla Lindström, vår första biståndsminister och Alva Myrdal, politiker, diplomat och senare nobelpristagare. Alla dessa kom att påverka det svenska biståndet som långsamt började växa fram mot slutet av 1950-talet. Samtidigt hade Sverige infört obligatorisk sexualundervisning i skolan 1955.

Den mer liberala sexualsyn som växte fram hos oss tidigare än i andra länder gjorde att Sverige kunde axla en pionjärroll. Kanske var det mindre dubbelmoral än på andra håll som gjorde det möjligt att tala mer öppet om sexualitet och familjeplanering. Denna

relativa öppenhet i sexuella frågor ledde till att Sverige blev en föregångare i befolkningsfrågor och familjeplanering, när det svenska biståndet kom igång på allvar. Redan vid mitten av 1950-talet började Sverige internationellt ta upp frågor som rörde befolkning och familjeplanering. Med ett ovanligt djärvt initiativ väckte Sverige frågan om kvinnlig omskärelse i Världshälsoorganisationens (WHO) styrande organ, Världshälsoförsamlingen. Men motståndet var kompakt. Den resolution som Sverige lade fram blev nedröstad med bedövande majoritet. Våra grannländer lade ned sina röster. Den enda ja-rösten var Sveriges egen.

Som första land startade Indien 1951 ett familjeplaneringsprogram. Snart därefter grundades den internationella familjeplaneringsfederationen, IPPF. Vid ett kvinnomöte i New Delhi 1955 tog representanter för dåvarande Ceylon kontakt med de svenska delegaterna för att diskutera möjligheten av bistånd för familjeplanering. Genom aktiv förmedling av Alva Myrdal, då ambassadör i Indien, nådde man en överenskommelse 1958 och Sverige påbörjade en biståndsinsats som blev den första av sitt slag i världen. Forskning för att ta reda på hur man bäst skulle utforma insatsen blev en viktig del av projektet. År 1961 inleddes ett andra familjeplaneringsprojekt i Pakistan. När Nämnden för internationellt bistånd (NIB) bildades 1962 var familjeplanering redan ett etablerat område för svenskt bistånd och en sektion för familjeplanering och forskning bildades vid starten.

Befolkningsfrågan i fokus

Början av 1960-talet kännetecknades av att två nya preventivmedel med revolutionerande betydelse för människors sexualliv och beteende introducerades – p-pillren och livmoderspiralen (IUD). Dessa nya preventivmedel blev betydelsefulla för synen på och utformningen av tidiga familjeplaneringsprogram.

Denna utveckling sammanföll med att man blev mer allmänt medveten om att kombinationen av den sjunkande barnadödligheten och en fortsatt hög fertilitet i u-landsvärlden innebar en allt snabbare ökning av befolkningen. I Sri Lanka steg medellivslängden efter andra världskriget med ett år per år under en 18-årsperiod. Dödligheten i många u-länder minskade lika snabbt på 20 år som den gjort på 100 år i de industrialiserade länderna. Befolkningens ökningstakt steg i många u-länder till mellan 2,5 och 3 procent per år, vilket historiskt sett var unikt (om man bortser från immigrationsländer som USA under 1800-talet). I Sverige var den naturliga folkökningen som mest omkring 1,5 procent per år under vissa perioder på 1800-talet, vilket ledde till att bortåt en tredjedel av den svenska befolkningen emigrerade.

Alarmsignalerna blev under 1960-talet allt starkare och det avspeglas i boktitlar från denna tid: *Befolkningsexplosionen och världens resurser*, *Gränser för vår tillvaro*, *Befolkning, resurser, miljö* och *Losing ground*.

Familjeplanering, som tidigare ofta kallades barnbegränsning eller födelsekontroll, sågs av många, framför allt i den rika världen, som det viktigaste eller enda medlet att minska takten i folkökningen eller rentav att rädda världen från en befolkningskatastrof. Tilltron till de nya preventivmedlen var stor och de kunde ibland tillskrivas nära nog 100-procentig effektivitet och inga biverkningar.

Inför detta perspektiv kom nya idéer upp till debatt. Den amerikanske presidenten Lyndon Johnson ansåg att en satsning av en dollar på familjeplanering var mer värd än hundra dollar på "utveckling". Makarna Ehrlich förde fram idén att samhället skulle kräva att barn som avlats utanför äktenskapet måste aborteras eller bortadopteras. Tvångssterilisering var en annan tanke, helst då av kvinnor som ju var lättare att spåra upp i samband med barnafödande. En mer exotisk idé var att tillsätta steriliseringsmedel till dricksvattnet, även om idégivarna själva ansåg att det fanns tekniska svårigheter med detta förslag eftersom tillsatsen ju inte borde få ha någon inverkan på barn, äldre, sällskapsdjur, boskap eller på "medlemmar av det motsatta könet" – vilket kön framgick inte.

Men det fanns också regeringar, i synnerhet i Afrika, som önskade se sina befolkningar växa snabbast möjligt. Med facit i handen kan man konstatera att de blivit över hövan bönhörda. Till exempel har Tanzania, som i början av 1950-talet hade en lika stor befolkning som Sverige (ca 7 miljoner), i dag 48 miljoner invånare.

Svenskt befolknings- och familjeplaneringsbistånd 1965–75

Oron över befolkningsökningen fångades tidigt upp av Sida och biståndsorganets första chef, Ernst Michanek, blev en stark förespråkare för svenskt befolkningsbistånd. I ett tal inför RFSU:s årsmöte 1966 utvecklade han sina tankar om hur världens framtid kunde bli om inget gjordes. Han menade att hotet mot välfärden och mot freden i världen kanske var lika stort från den otyglade så kallade befolkningsexplosionen som från den inkaplade vätebomben. Han noterade också att världens befolkning ökade med 342 000 människor per dag, eller fyra i sekunden och sammanfattade situationen som att varje sekund dog en människa i världen i hunger – medan tre människor föddes till ett liv i hunger. Han berättade också att det svenska familjeplaneringsbiståndet tredubblades det året, från tre till över nio miljoner kr.

Dessa perspektiv fanns alltså i bakgrunden när det svenska familjeplaneringsbiståndet fortsatte att öka till över 30 miljoner kr 1968. I de landinriktade programmen växte samtidigt familjeplaneringens andel från ett par till tolv procent och Sida förklarade 1969 att inga budgetbegränsningar skulle lägga hinder i vägen för fortsatta ökningar. Riksdagen beslöt också att familjeplanering skulle undantas från den landkoncentrationsprincip, som annars tillämpades för det bilaterala biståndet. Detta ledde till framställningar från en mängd länder såsom Sydkorea, Malaysia, Egypten, Turkiet och Iran och till att de svenska familjeplaneringsinsatserna som mest spreds till drygt 30 länder i Afrika, Asien och Latinamerika.

Det tidiga familjeplaneringsbiståndet bestod till hälften av preventivmedelsleveranser. Sida var en tid världens största kondomuppköpare och lyckades därigenom pressa priserna, troligen till glädje också för andra länder. Svensk personal arbetade med familjeplanering i Ceylon, Pakistan, Tunisien och så småningom även i Kenya.

Sexualundervisning blev också en komponent i biståndet inte minst genom tillkomsten av de regionala organisationerna i Latinamerika, CRESALC (Kommittén för sexualundervisning) och ICOMP (Kommittén för administration av familjeplaneringsprogram).

Tanken var att dessa, ofta små, insatser skulle ha en strategisk betydelse och få

inflytelserika personer i många länder engagerade i familjeplanering. Men uppföljningen av de många småinsatserna kunde inte göras ordentligt. Om de ändå fick en strategisk betydelse är svårt att säga, men med säkerhet visade de att Sveriges engagemang i dessa frågor var stort.

Biståndets utformning avspeglade en övertro på tekniken, i detta fall de moderna preventivmedlen. Man glömde i hastigheten att nedgången i fruktsamhet i de industrialiserade länderna åstadkommit under 1800- och början på 1900-talet helt utan tillgång till moderna preventivmedel. Man tycks ha trott att enbart tillgången till preventivmedel skulle medföra att de också användes av de människor som antogs behöva dem. Från amerikanskt håll lanserades den så kallade mättnadsteorin (inundation approach) som gick ut på att överskölja u-världen med preventivmedel i den – som det snabbt visade sig – fåfånga förhoppningen att detta skulle innebära en snabb nedgång i födelsetalen.

Men de nya familjeplaneringsmetoderna var uppenbarligen inte tillräckliga. Experterna förordade då att människorna skulle "motiveras" till att familjeplanera. Insatser för IEC (information, education, communication) lades till. Sverige gav bistånd med tryckpressar och papper och stödde upprättandet av särskilda enheter för information om familjeplanering. Forskning om hur människors beteende kunde påverkas bekostades. Marknadsföringsexperter anlätades. Man funderade på vilka färger som var mest tilltalande, hur bilder skulle utformas och vilka argument som bäst skulle sälja budskapet.

Denna strategi misslyckades på samma sätt som den tidigare, snävt preventivmedelsinriktade, ansatsen. De teknologiska lösningarna var inte tillräckligt anpassade till människornas situation och behov och upplevdes uppenbarligen inte som relevanta av det stora flertalet. Det faktum att tiotals miljoner aborter genomfördes årligen, de flesta illegala och under usla förhållanden, kunde inte automatiskt tolkas som en latent efterfrågan på familjeplanering.

Många av de stora asiatiska länderna hade vid den här tiden nationella familjeplaneringsprogram. Oftast hade de demografiska motiv, trots allt tal om familjeplanering som en del av hälsovården, och inte sällan var det givarna som pressade länderna att organisera separata, så kallade vertikala program. En del ansåg till och med att hälsovården var en belastning för familjeplaneringen, som därför borde drivas separat och med möjlighet att dela ut inte bara kondomer utan även p-piller, som vilken produkt som helst. Säkert fanns det också de som ansåg att hälsovård, som ledde till en minskad dödlighet, skulle vara mindre effektivt för utvecklingen än "ren" familjeplanering, eftersom den skulle leda till en än snabbare befolkningsutveckling.

Det svenska pionjärbetet under 1950- och 60-talen med att ta upp frågor rörande befolkning, familjeplanering och sexualitet i internationella organ kröntes med framgång i slutet av 1960-talet. Redan år 1954 hade den första internationella befolkningskonferensen hållits i Rom, men då fick inte begreppet familjeplanering ens beröras. Vid nästa befolkningskonferens 1965 i Belgrad hade däremot familjeplanering blivit ett ämne för diskussion och samma år hade FN för första gången svarat ja på en medlemsstats framställning om tekniskt bistånd för familjeplanering. År 1968 erkände FN rätten för familjer att planera sitt barnafödande som en mänsklig rättighet (men det skulle dröja ytterligare tio år innan kvinnans rätt att fatta sådana beslut på lika villkor som mannen

skulle accepteras). Redan 1966 hade Sverige som första land gett stöd till IPPF, vilket möjliggjorde en väsentligt utvidgad verksamhet för organisationen. År 1969 bildades FN:s befolkningsfond (UNFPA) och Sverige var då först att ge stöd. WHO:s forskningsprogram om mänsklig fortplantning, HRP (Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction), började sitt arbete på svenskt initiativ i början av 1970-talet och principen om att inte bidra med mer än tio eller kanske högst tjugo procent av budgeten till ett enskilt biståndsprogram frångicks. Programmet fick svenskt stöd med över 50 procent av budgeten, ibland upp till 60 procent, under ett antal år. Redan tidigare hade Sida stött reproduktionsforskning vid Karolinska institutet och den fick nu i stället fortsatt stöd från HRP.

En vändpunkt i befolkningsdebatten

Samtidigt med att frågor om fortplantning och familjeplanering kom upp på den internationella dagordningen skedde en ökad polarisering. På den ena sidan återfann man domedagsprofeterna och deras lärjungar som betonade befolkningsfrågorna och att det var nödvändigt att minska takten i folkökningen med familjeplanering som främsta redskap. På den motsatta sidan fanns grupper, ofta från den politiska vänstern, som ifrågasatte såväl att det fanns något befolkningsproblem som att organiserad familjeplanering alls skulle få någon effekt.

Dessa grupper tog ofta stöd från den danska forskaren Ester Boserup. Hon hävdade att en snabb befolkningsutveckling i vissa områden i Östafrika hade påskyndat utvecklingen och införandet av nya jordbruksteknologier. Man hänvisade också gärna till att invånarna i länder som Danmark och Nederländerna trots en stor befolkningstäthet hade uppnått hög levnadsstandard. Men skillnaden mellan tidigare skeden med en långsammare befolkningsökning och den extremt snabba folkökningen i många länder under den aktuella perioden bekymrade sig debattörerna inte om. Man förstod inte heller ”den demografiska gåvan”, det faktum att i en befolkning med snabbt sjunkande födelsetal (som till exempel Kina de sista decennierna av 1900-talet) blir andelen arbetande i förhållande till den befolkning som måste försörjas (främst barn och gamla) under en period mycket gynnsam.

Sett ur ett rättighetsperspektiv finns det två viktiga aspekter att beakta i samband med familjeplanering: rättigheten för kvinnor att slippa tvång och otillbörlig påverkan och rätten om tillgång till säker familjeplaneringsservice med kvalitet och valfrihet. De framväxande feministiska grupperna fick betydelse genom att de till en början starkt fokuserade på rätten att förhindra att kvinnor utsattes för tvångsätgärder eller påverkan. Det innebar att deras aktioner tog sikte på att motverka familjeplanering, som den ofta fungerade på den tiden och i realiteten blev det en press att snarare sluta med servicen än att utvidga den. Framför allt var det kvinnor i utvecklingsländerna som hävdade att det inte var möjligt att ha reproduktiva rättigheter när samhället i övrigt kännetecknades av ekonomisk, social och könsmissig ojämlikhet. Deras kamp kom därigenom att innefatta också kvinnlig frigörelse i stort. Gemensamt för kvinnorörelserna var kritiken av den kvinnoosyn som såg kvinnan som ett instrument för att begränsa fertiliteten och därmed

folkökningen. De krävde i stället en politik som skulle göra det möjligt för kvinnor att ta kontroll över sina egna kroppar och liv. Detta skulle förutsätta inte bara tillgång till säkra preventivmedel utan också ekonomiska och sociala förhållanden som skulle göra reproduktiva val möjliga.

Kommunistländerna, inklusive Kina, gav vid den här tiden uttryck för uppfattningen att det inte fanns något befolkningsproblem i länder med kommunistiskt styre. Människorna var en resurs, inte ett problem, alla munnar kunde mättas och alla kunde sättas i arbete om bara samhällssystemet var det rätta.

Befolkningskonferensen i Bukarest 1974 blev något av en vändpunkt i debatten om befolkningsfrågor. De mest aktiva förespråkarna för hårda åtgärder med demografiska motiv hade rest dit i syfte att få internationellt stöd för sin uppfattning. Men så blev det inte. Det blev en kraftig konfrontation mellan i- och u-landsdelegaterna. Utvecklingsländerna protesterade mot en ensidig satsning på familjeplanering och argumenterade för bidrag till socio-ekonomisk utveckling och ökad jämlikhet. Konferensen slutade med en deklaration där befolkningspolitiken inordnades i en allmän utvecklingspolitik. Familjeplanering skulle vara en del av en allmän hälso- och välfärdspolitik: "Utveckling är det bästa preventivmedlet."

Men genomgripande förändringar dröjde. Världsbanken började med stöd till familjeplanering redan i slutet av 1960-talet. Men inte förrän 20 år senare började banken ge lån till hälsoprojekt och först ytterligare tio år senare blev det en väsentlig del av bankens låneprogram.

Familjeplaneringsbistånd som befolkningsåtgärd avvecklas

Den bristande efterfrågan på familjeplanering i många länder kunde märkas även i det svenska biståndet. Indien, där alla nya familjeplaneringsinitiativ prövades och förkastades var ett exempel på detta, Kenya där befolkningstillväxten ökade i takt med att familjeplaneringen intensifierades var ett annat.

Den enhet på Sida som från början hette familjeplaneringssektionen uppgraderades till en befolkningsbyrå i början av 1970-talet. Samtidigt började efterfrågan från Sveriges samarbetsländer på egentligt hälsobistånd att tillta, antalet insatser ökade och en hälsoenhet tog form vid sidan av befolkningsbyrån. Vid mitten av 1970-talet hade tiden ändå blivit mogen för en nyordning och 1976 slogs de båda enheterna ihop till en befolknings- och hälsobyrå. Splittringen av det svenska stödet på ett stort antal mottagarländer utanför kretsen av programländer minskade efterhand. I gengäld ökade bidragen snabbt till IPPF och UNFPA, som var verksamma i ett stort antal länder.

Familjeplaneringen i de stora asiatiska länderna, oftast skild från hälsovården, fick under 1970-talet stöd från Sida för sina experiment med belöningar och kvantitativa mål. De demografiska målen, det vill säga att minska födelsetalen, sågs ännu som viktigare än att förbättra människors hälsa.

Men motsättningarna mellan de separata familjeplaneringsprogrammen och den reguljära hälsovården ökade. Familjeplaneringen gynnades ekonomiskt och personalmässigt. Man började tillgripa knep som belöningar (incentives) – och i vissa fall bestraffningar

(disincentives) – och införde kvantitativa mål och kvoter för personalen. De kunde också få bonuslön kopplad till antalet "acceptanter" (som det brukade uttryckas) av familjeplanering. Erfarenheterna av det svenska familjeplaneringsstödet var blandade. I Sri Lanka medverkade den svenska insatsen till att ett nationellt familjeplaneringsprogram startades 1965. Insatsen i Sri Lanka ansågs i stort sett lyckad och fortsatte ända till 1983. Där sammanföll satsningen på familjeplanering med många andra åtgärder och faktorer som innefattade en stor satsning på utbildning, en relativt välutbyggd hälsovård och framgångsrika kampanjer mot malaria. I en utvärdering som genomfördes 1984 framfördes dock kritik mot att för lite uppmärksamhet riktades mot männens roll och att ungdomar negligerades. Man påpekade också att det kunde innebära problem med Sidas betoning av frivillighet medan regeringen lade tonvikten vid befolkningsmotivet som grund för familjeplaneringen.

I andra asiatiska länder, framför allt i Pakistan och Bangladesh, drevs familjeplaneringsprogrammen isolerade från övrig hälsovård vilket undergrävde förtroendet hos befolkningen. Studier visade att de flesta hade kunskap om familjeplanering och många uppgav sig vilja planera sin familj. Men bara ett fåtal gjorde det.

I Sverige och inom Sida ökade kritiken mot synen på familjeplanering som huvudsakligt instrument för att pressa ned folkökningen och den tidigare utformningen av familjeplaneringsbiståndet. Denna utveckling påskyndades av den katastrofala hanteringen av familjeplanering i Indien där Indira Gandhi och hennes parti vid mitten av 1970-talet drev igenom hårda åtgärder med bland annat tvångssteriliseringar. Oppositionen blev våldsam och bringade regeringen på fall. Kritiken mot stödet till det indiska familjeplaneringsprogrammet fångades upp av Riksrevisionsverket i en stor utvärderingsrapport 1976, "Sida in India", som bland annat hävdade att Sida hade en förenklad och förvirrad syn på familjeplaneringens effekt på fruktsamheten. Det utbröt en livlig debatt i massmedia och inom Sida. Nya expertgrupper skickades ut för att utreda frågan och kom hem med olika förslag. Ledningen av Sida ville egentligen fortsätta stödet men kritiken blev så kraftig att man ändå 1980 beslöt att avstå från att fortsatt stödja familjeplaneringen i Indien.

Under samma period hade ett nytt hormonellt preventivmedel, Depo-Provera, introducerats i många länder. Det gavs i form av injektioner. Inom ramen för sitt preventivmedelsstöd inköpte Sida Depo-Provera för distribution i bland annat Kenya och Sri Lanka. När det framkom att medlet i mycket stora doser hade framkallat cancer i vissa försöksdjur utbröt en livlig debatt. Det uppgavs också att kvinnor i flyktingläger i Thailand hade fått injektioner med Depo-Provera, utan att veta vad det var och utan att begära det. Bland kritikerna fanns den växande feministiska opinionen, inte minst inom Sida, som starkt vände sig emot dessa insatser som betecknades som övergrepp mot kvinnor. Efter en ingående diskussion beslöt Sida att upphöra med Depo-Provera i biståndet. Samma vecka godkändes det som preventivmedel i Sverige.

I samband med att SAREC (Swedish Agency for Research Cooperation with Developing Countries) bildades 1975 fördes ansvaret för stödet till HRP-programmet vid WHO över dit. År 1978 tillsatte SAREC en utvärderingsgrupp för att studera HRP och ta ställning till om man kunde rekommendera fortsatt stöd. Det visade sig emellertid

omöjligt att nå enighet i gruppen vars medlemmar omfattade alla tänkbara åsikter om betydelsen av preventivmedelsforskning. En del ansåg denna forskning som avgörande för familjeplaneringens framtid i u-länderna. De pekade på hur liten del av själva familjeplaneringsstödet som användes för forskning och ville därför öka bidraget till HRP. Andra hävdade att frågan om infertilitet i u-länderna var ett större problem än fertilitet och föreslog forskning som riktade sig mot infertilitet. Så småningom röstade gruppen fram ett förslag som innebar fortsatt stöd till programmet men på en något lägre nivå än tidigare.

Samma diskussion som på 1970-talet hade gällt Indien utbröt 1985 om stödet till Bangladesh. Där hade man med några års fördröjning tagit efter en del av de indiska metoderna, framför allt då steriliseringsprogrammet och det långt drivna systemet med belöningar och bestraffningar. Typiskt var att man koncentrerade sig på sterilisering av kvinnor, vilket är en väsentligt mer omfattande och riskfylld operation än manlig sterilisering.

I början av 1980-talet framkom att ett antal kvinnor hade avlidit under de cirka 180 000 steriliseringsoperationer som då utförts. Kopplingen till att kvinnor hade lockats eller tvingats att sterilisera sig och därmed utsatts för risken att skadas eller till och med dö bedömdes som oacceptabel ur etisk synpunkt och ledde till att det svenska stödet avbröts. Därmed sattes slutpunkten för diskussionen om befolkningsbiståndet inom Sida. Efter mer än tio års vacklande hade verket till slut bestämt sig för att lämna sin gamla linje. Problemet var att det ännu inte fanns mycket att sätta i stället.

Nya vindar

Året 1978 kommer att gå till hälso- och sjukvårdens historia genom primärhälsovårds-konferensen i Alma Ata. Där lanserades och erkändes internationellt begreppet primärhälsovård (Primary Health Care, PHC). Familjeplaneringens självklara plats inom primärhälsovården och då särskilt inom mödra/barnvården fastslogs och MCH (maternal and child health including family planning) definierades som ett av de åtta elementen i primärhälsovården.

Alma Ata-deklarationen gav ett starkt stöd till hälsovårdens arbete med familjeplanering, med grund i dess betydelser för mödrar och barns hälsa. Argumenten för en integration av familjeplanering i hälsovården stärktes ytterligare.

CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women) antogs 1979 och blev en plattform för kvinnors rättigheter också när det gällde sexualitet och familjeplanering. Befolkningskonferensen i Mexico City 1984 innebar en ytterligare förskjutning i synen på befolkningsfrågorna. Där betonades familjeplaneringens inordning i mödra-/barnvården starkare än förut. De tidigare motsättningarna mellan u- och i-länder tonades ned. Man underströk kraftigare betydelsen av socioekonomisk utveckling och att en sådan utveckling inte kan ersättas av befolkningspolitiska åtgärder. Kvinnans roll och betydelse uppmärksammades tydligare. Det betonades också att enskilda organisationer, i synnerhet kvinnoorganisationerna, måste delta i familjeplaneringsarbetet. Frågan om familjeplanering som en mänsklig individuell rättighet och de etiska aspekterna beträffande påverkan på individerna blev också viktigare. Men

konferensen intog samtidigt en restriktiv hållning när det gällde aborter, som "inte skulle användas som familjeplaneringsmetod". Konferensen erkände inte heller att osäkra aborter utgjorde ett allvarligt hälsoproblem. Detta ledde till att den svenska delegationen offentligt beklagade att konferensen inte tog upp de allvarliga problem som orsakades av osäkra aborter.

Konferensens inställning i abortfrågan kom att motsägas vid FN-konferensen om kvinnans årtionde som hölls i Nairobi 1985, där en stor grupp kvinnor från tredje världen krävde tillgång till "alla metoder för familjeplanering inklusive aborter som en backup-metod och rätten att själva välja vad som är bäst för oss i vår egen situation".

Under samma tid bytte två av världens största stater plats. I Kina som tidigare inte sett befolkningsfrågan som viktig kastade man om politiken och landet började i slutet av 1970-talet att införa hårda åtgärder, inklusive tvång, för att få ned takten i folkökningen. I USA gick utvecklingen i motsatt riktning. Befolkningsfrågan tonades ned. Abortfrågan blev kontroversiell på ett helt annat sätt än tidigare och blev ett slagträ i den inrikespolitiska debatten. Även familjeplanering ifrågasattes av vissa grupper. Det amerikanska biståndet när det gällde frågor som hade samband med sexualitet och familjeplanering kom i fortsättningen att svänga mellan perioder med republikanska respektive demokratiska presidenter.

Fortfarande vid mitten av 1980-talet var frågan om mödrahälsa i stort sett underordnad barnhälsa. Stora framsteg gjordes i fråga om barns hälsa och överlevnad. MCH blev i praktiken en fråga om barnhälsa trots vetskapen om att skillnaderna mellan i- och u-länder i fråga om mödrahälsa var oerhört mycket större än andra hälsoskillnader. Om skillnaden i spädbarnsdödlighet mellan de bästa och sämsta länderna var 1:20 var skillnaden i mödradödlighet upp till 1:200.

I en numera klassisk artikel 1985 ställdes frågan om "Where is the 'M' in MCH?". Det blev startskottet för ett starkare engagemang i mödrahälsovårdsfrågor, globalt och inom länder. Två år därefter, 1987, startade det så kallade Safe Motherhood-initiativet vid en konferens i Nairobi. Det innebar framför allt en starkare koppling av familjeplanering till hälsovården och till frågan om kvinnans ställning. Initiativets årliga möten har bevakats av Sverige genom Sida och blivit en viktig påverkansfaktor för många biståndsorganisationer.

Miljörelsens framväxt och miljökonferensen i Rio de Janeiro 1992 innebar att en del alarmistiska ståndpunkter om en förestående miljökatastrof till följd av folkökningen åter dök upp. Men det fanns då inte längre många som ville införa befolkningskontroll av det slag som diskuterats på 1960-talet.

Aidsepidemin skulle få en avgörande betydelse från mitten av 1980-talet. Aidshotet upplevdes i början så stort att nya specialprogram för att bekämpa hiv och aids skapades, internationellt och nationellt. Så småningom framstod det som viktigt att samordna och integrera åtgärder mot hiv/aids och andra sexuellt överförda sjukdomar och åtgärder för att förebygga oönskade graviditeter och göra aborter säkrare.

Dessa tankegångar ledde 1992 fram till begreppet "sexuell och reproduktiv hälsa" (SRH) som i sig innefattar alla dessa frågor. Det gjorde det också lättare och mer kostnadseffektivt att genomföra program med ett helhetsperspektiv snarare än att vidmakthålla de tidigare vertikala programmen.

Mot ett nytt biståndstänkande

Sidas egentliga hälsobistånd hade från början byggt på några väl definierade och specialiserade projekt såsom barnsjukhuset och nutritionsinstitutet i Addis Abeba. Efter frigörelsen från de gamla kolonialmakterna såg de nya regeringarna som ett av sina främsta behov att bygga upp infrastruktur, däribland sjukhus och så småningom hälsocentraler. Att stödja den utvecklingen blev också en viktig prioritet för Sida. Men när hälsovården efterhand förföll i många länder minskade också det svenska biståndet dit. En stor grupp ekonomer ansåg att många länder hade dragit på sig för stora sociala kostnader och att de snarast måste minska dessa och samtidigt öka satsningarna på de så kallade produktiva sektorerna.

När det gällde familjeplanering hade konflikterna under 1970- och 80-talen medfört förvirring och passivitet inom biståndet. Stödet till de stora asiatiska familjeplaneringsprogrammen hade avbrutits. Svenskt bistånd till familjeplanering inom hälsovårdens ram var inte aktuellt i dessa länder. I de afrikanska länderna accepterades principen om integration med hälsovården när det gällde det svenska biståndet, men det fick i praktiken inga större konsekvenser. Mödravården var ofta så undermålig att den inte förmådde ge rimlig service i något avseende.

Organisatoriskt fick det nya tänkandet genomslag genom att Sidas befolknings- och hälsobyrå bytte namn till bara hälsobyrå, med oförändrat mandat. Det blev dock en allt större betoning på det bilaterala biståndet. År 1982 fastställdes en ny policy för Sidas hälso-bistånd baserat på de tidigare erfarenheterna och det nya tänkandet som följde Alma Ata och primärhälsovårdsbegreppets genomslag.

Polycyn fastställde mödra- och barnhälsovård inklusive familjeplanering som en av tre prioriteter för stöd till hälsovården. När det gällde familjeplanering fastslog polycyn att Sidas erfarenhet var att effekten av familjeplanering i befolkningspolitiskt syfte var liten. Familjeplanering borde i stället tjäna ”människors rätt att själva besluta hur många barn de vill ha och hur tätt de skall komma på ett fritt, informerat och ansvarskännande sätt” (paragraf 29 i Deklarationen från befolkningskonferensen i Bukarest, 1974). Detta innebar, enligt polycyn, att svenskt bistånd skulle bidra till att bygga ut en mödra- och barnhälsovård i vilken familjeplanering är en naturlig del. Principen innebar också att det skulle finnas ett varierat utbud av olika preventivmetoder och att klientens val inte fick påverkas genom belöningar till andra än klienten själv och inte heller för att påverka beslutet vad gäller irreversibla metoder som sterilisering.

Sida lät också genomföra en utredning om mödrahälsovård. Den rekommenderade bland annat att man skulle satsa på bättre vård vid förlossningar, inklusive tillgång till enkel kirurgi, och på en kvalitetsmässigt bättre familjeplanering inom mödravårdens ram.

Men ännu vid mitten av 1980-talet var tiden inte mogen för större satsningar. Initiativet för ”Safe Motherhood” hade ännu inte lanserats och Sida visade sig inte heller berett att på allvar ta itu med mödrahälsovårdsfrågorna. Påtryckningarna från olika kvinnogrupper, internationellt och i Sverige, var i stor utsträckning riktade mot vad man upplevde vara övergrepp mot kvinnor i samband med familjeplanering. Det fanns inte någon stor opinion för mödrahälsovård.

En scenförändring inträffade inte förrän i början av 1990-talet, i samband med

förberedelserna för Kairokonferensen, då kvinnoorganisationer genom sina nätverk började föra fram frågor kring sexuell och reproduktiv hälsa.

Åren före Kairokonferensen 1994

År 1990 lanserade Sida dokumentet "Befolkning och familjeplanering, riktlinjer för utvecklingsbistånd". Det innehöll fyra delar: världens befolkning i dag och i morgon, befolkning och miljö, kvinnors situation, och familjeplanering. Till skillnad från tidigare riktlinjer skiljde det mellan makroperspektivet, det vill säga sambandet mellan den globala folkökningen och miljön, och mikroperspektivet som utgick ifrån den enskilda kvinnans situation. Det var alltså inte längre frågan om att försöka lösa världens befolkningsproblem genom åtgärder riktade mot de enskilda kvinnorna.

I det begynnande 1990-talet blev influenserna från internationella och svenska kvinnogrupper och enskilda organisationer starka och det påverkade biståndsdebatten på Sida och i Sverige, främst kring kvinnors roll och rättigheter.

Detta avspeglades under åren före Kairokonferensen (ICPD, International Conference on Population and Development) genom att Sverige som land och Sida som biståndsorgan tog ett flertal initiativ för att driva utvecklingen framåt. En svensk nationalkommitté för ICPD tillsattes och Sida finansierade skrifterna *Population Policies Reconsidered*, som beställdes hos Harvarduniversitetet och *Human Rights in Population Policies*.

Sida deltog i förkonferenser till Kairokonferensen, vilket gav kontakter med "Women's Caucus", det vill säga det stora nätverk av kvinnoorganisationer, som siktade in sig på att driva igenom ett nytt synsätt på befolkningsfrågorna vid ICPD. Sida finansierade också en del av detta nätverksarbete via International Women's Health Coalition (IWHC) som hade en ledande roll i det arbetet.

Som ett led i ICPD-förberedelserna ordnade Sida och SAREC 1993 ett möte i Harare mellan forskare, kvinnohälsöaktivister och befolknings/SRHR-expert. Skriften *Verkligheten bakom siffrorna, befolkningsfrågan i nytt ljus* speglade diskussionen vid detta möte. De parlamentariker från olika länder som deltog i mötet utarbetade ett separat "Statement inför ICPD", som bland annat förordade en legalisering av aborter.

Samtidigt blev det allt tydligare att Sidans riktlinjer från 1990 behövde skrivas om för att än mer betona jämställdhetsperspektivet och omdefiniera familjeplaneringsbegreppet, som traditionellt utslöt preventivmedelsservice för dem som inte var gifta eller tänkte bilda familj. Utgångspunkten var de svenska erfarenheterna inom både vård och ungdomsarbete – på samma sätt som det tidiga svenska engagemanget i familjeplanering hade grundats i svenska erfarenheter – och den kunskap och evidens som kunde inhämtas från akademiker och praktiker runt om i världen. Det nya dokumentet, som blev klart strax före Kairokonferensen, fick titeln "Sexual and reproductive health – an action plan" och fick en informell status som policy för Sidans hälsobyrå.

Planen definierade förutsättningarna för sexuell och reproduktiv hälsa, identifierade viktiga frågor för Sida samt gav förslag till riktlinjer för fortsatt bistånd från Sida inom området. Den fokuserade på ungdomar och kvinnor, tillgång till preventivmedel och säkra aborter och kontroll av sexuellt överförda infektioner, inklusive hiv/aids, samt kapacitetsuppbyggnad och lagstiftning.

Trots att det var ett informellt Sidadokument delades det ut i Kairo där det blev mycket uppmärksammat. Sida var det första biståndsorgan, som tog upp SRH-frågorna på detta konkreta sätt.

Slutord

Kairokonferensen kan ses både som slutpunkten för det svenska pionjärbetet inom befolknings- och familjeplaneringsområdet och som startpunkten för ett nytt synsätt baserat på det nya begreppet sexuell och reproduktiv hälsa.

Den relativt liberala sexualsyn som hade utvecklats i Sverige tidigare än i de flesta andra länder hade gett Sverige möjlighet att axla en pionjällinje i att driva befolknings- och familjeplaneringsfrågor i det tidiga landsamarbetet och på den internationella arenan. Sverige var det första land som gav bistånd för familjeplanering och medverkade till att starta och finansiera nya organ som FN:s befolkningsfond, UNFPA och programmet för reproduktionsforskning vid WHO, HRP, i slutet av 1960-talet. Sverige var också det första land som gav stöd till den Internationella familjeplaneringsfederationen, IPPF.

Men det tidiga befolknings- och familjeplaneringsbiståndet byggde på en förenklad syn på människors sexuella beteende och kom också att se den enskilda människan mer som objekt och instrument för att uppnå samhällsförändringar. När motreaktionen kom på 1970-talet blev den häftig. Oppositionen förenade grupper på vänsterkanten i en ohelig allians med konservativa krafter, på den tiden främst Vatikanen. Vänsteroppositionen hävdade att det i grunden gällde ett fattigdomsproblem, inte frågan om befolkningsökningen i sig. Den växande feministiska rörelsen delade den uppfattningen, men betonade framför allt den enskilda kvinnans rättighet att inte utsättas för tvång eller påtryckningar. De konservativa var motståndare till familjeplanering och sexualundervisning överhuvudtaget och i ännu högre grad till aborter.

1970- och 80-talen kan i det perspektivet ses som en omprövningens tid. De nya vindar som började blåsa märktes först i den internationella debatten och i de historiska internationella möten som då ägde rum: primärhälsovårdskonferensen i Alma Ata 1978, befolkningskonferensen i Kairo 1994 och FN:s kvinnokonferens i Peking 1995.

Detta blev startpunkten för ett nytt synsätt där den enskilda människan och framför allt kvinnan sattes i centrum. Det innebar också nya begrepp, en ny politik och efterhand nya former och roller för det svenska biståndet.

Barnmorskor i Sverige och världen

För drygt 300 år sedan startades i Sverige formell utbildning av barnmorskor som omfattade både teoretisk och praktisk undervisning. När eleven klarat examinationen och svurit Jordmoder-eden gavs hon rätten att praktisera som barnmorska. Eden var en form av tidig legitimation där bärande skyldigheter kan återfinnas i dagens regelverk, såsom patientsäkerhetslagen. Detta var en tid när Sverige var ett mycket fattigt land och plågat av långvariga krig. Mödradödligheten låg på samma höga nivåer som i dag finns i många låginkomstländer och konfliktområden.

Genom kungadekret och regeringsbeslut ökade successivt antalet utbildade barnmorskor. Åren 1860–1895 steg andelen kvinnor som förlöstes av barnmorska från 40 procent till cirka 80 procent. Barnmorskorna var skolade och kompetenta att handlägga livshotande situationer, såsom massiva blödningar efter förlossning, manuella och instrumentella åtgärder vid förlossningshinder, till exempel användning av förlossningstång och skarpa instrument. Under denna period sjönk mödradödligheten från 450 till 200 döda per 100 000 levande födda barn. När aseptiska vårdrutiner tillämpades sjönk dödligheten ytterligare. Den forskning som är gjord rörande mödradödligheten pekar på den avgörande betydelsen av professionellt utbildade barnmorskor. Mödradödligheten minskade därefter ytterligare till dagens cirka 5 per 100 000 levande födda barn genom förebyggande insatser, förbättrade levnadsvillkor och inte minst utvecklingen av medicinska interventioner.

Under 1900-talet utökades barnmorskornas arbetsområde med medicinsk kontroll och vård under graviditet. Detta skedde på vårdcentraler placerade i lokalsamhällena. Inriktningen mot förebyggande folkhälsoarbete blev tydligare. Arbetsfältet omfattar i dag föräldrautbildning, förlossningsförberedelser, amningsrådgivning, sexual- och preventivmedelsrådgivning, prevention av sexuellt överförbara infektioner, cellprovtagning, livsstilsfrågor och klimakterierådgivning. Barnmorskor arbetar även med medicinsk abortvård och ultraljudsundersökningar.

Kvinnor i Sverige fick rätten att själva fatta beslut om abort i en lag som trädde i kraft 1 januari 1975. Det togs samtidigt politiska beslut att inrätta fler ungdomsmottagningar för att underlätta för unga människor att få tillgång till preventivmedel. Barnmorskor utbildades i preventivmedelsrådgivning och fick rätten att förskriva p-piller. Det övergripande målet för mottagningarna är att främja fysisk och psykisk hälsa, att stärka ungdomar i identitetsutvecklingen, så att de kan hantera sin sexualitet samt att förebygga oönskade graviditeter och sexuellt överförbara infektioner.

Sveriges historiska erfarenheter, liksom den moderna utvecklingen av hälso- och sjukvård, är av internationellt intresse. Historien om hur ett mycket fattigt land som Sverige utvecklade en väl fungerande mödravård under 1700- och 1800-talen kan speglas i dagens situation i låginkomstländer.

Sverige har genom Sida bedrivit ett omfattande arbete för att stärka den globala mödrhälsan ur ett SRHR-perspektiv, där särskilt det sista R:et, det vill säga rättigheter, har varit ett grundläggande tema. Olika projekt har finansierats där svenska barnmorskor tillsammans med andra bedrivit förändringsprojekt, påverkansarbete och utbildningar.

Sverige har en stark barnmorskekår och har i en internationell jämförelse en mycket framgångsrik och omfattande forskning inom området för sexuell och reproduktiv hälsa. Då det globala behovet av professionella barnmorskor är oerhört stort har riktade insatser för att stärka lärare inom barnmorskeutbildningarna varit betydelsefulla. Den internationella barnmorskeorganisationen, International Confederation of Midwives (ICM) har utarbetat en global standard för kompetensområdet och utbildningen samt identifierat behov av juridisk reglering av barnmorskornas verksamhet i många länder. Sverige har även avsatt särskilda medel för barnmorskeprojekt som bedrivs gemensamt av UNFPA och ICM. Den satsning som skett genom inrättande av treåriga tjänster för erfarna svenska barnmorskor med placering på olika nationella UNFPA-kontor har varit framgångsrik.

Anna Nordfjell, internationell sekreterare, Svenska Barnmorskeförbundet

Katarina Lindahl var under tjugo år (1987–2007) generalsekreterare i RFSU. Under den tiden initierades mycket av RFSUs internationella arbete. Hon ingick i den svenska regeringsdelegationen under ICPD-konferensen i Kairo 1994.

Kairokonferensen från ett NGO-perspektiv

Förberedelser för en bra insats i Kairo

Sveriges deltagande i Kairokonferensen (ICPD) planerades av en nationalkommitté, där RFSU inbjöds att utse en ledamot och RFSU-styrelsen valde mig. I nationalkommittén fanns bred sakkunskap, med riksdagsledamöter, experter och NGO:er (icke-statliga organisationer) och mötena var roliga och intensiva.

Kristdemokraten Alf T. Samuelsson var ordförande, men i realiteten var det nog ambassadör Lars-Olof Edström ("LOE") och Susanne Jacobsson på UD som gjorde mycket av jobbet. De var viktiga för att få fram bra, välskrivna och väl avvägda underlag inför kommitténs arbete.

Nationalkommitténs möten kunde innehålla allt från uppvisningar från män som tuppade sig för varandra till spännande samtal. Vi enades snabbt om att Sverige i Kairo skulle betona frågor om sexualitet, samlevnad och kvinnors makt över sitt barnafödande. Kommittén gjorde ett positionspapper och två broschyrer. Ann-Sofie Ohlander, professor i historia vid Uppsala universitet, skrev en broschyr om hur jämställdhet och kvinnors rättigheter växte fram i Sverige. Den var illgrön. Den andra broschyren blev knalllila och handlade om den svenska synen på sexualitet, reproduktion och om förebyggande arbete. Den skrev jag tillsammans med Marc Bygdeman, professor i obstetrik och gynekologi.

Båda översattes till engelska och franska och trycktes i totalt 90 000 exemplar. De delades ut generöst i Kairo och året därpå vid kvinnokonferensen i Peking. De var populära och på båda konferenserna fick jag många frågor och kommentarer om jämställdhet och den svenska synen på sexualitet och sexualundervisning i skolan.

Positionspapperet på 40 sidor hade ett tydligt rättighetsperspektiv och tog till exempel upp hållbar utveckling kopplat till individers rättigheter och möjligheter att bestämma över sina liv. Det översattes i en nedkortad form till engelska och delades ut i Kairo. När jag fick det första utkastet för läsning var jag övertygad om att det skulle saknas både kvinnoperspektiv och frågor om sexualitet och reproduktiva rättigheter. Jag insåg snabbt att jag hade fullständigt fel och att det som väntade skulle bli lärorikt, roligt och utmanande.

Valrörelse i Sverige upptog politikernas intresse

Kairokonferensen sammanföll i tid med den svenska valrörelsen. Frågor om befolkning, utveckling, rättigheter och kvinnors och ungas villkor i världen klarade inte konkurrensen med svenska torgmöten och tv-framträdanden.

Biståndsministern Alf Svensson (KD) deltog några dagar i Kairo. Det mest intressanta med hans besök var när han på en träff med delegationen och NGO-representanter berättade att han hade följt den intensiva debatten och de berättelser om osäkra aborter som hörts under ICPD-mötet. Det hade fått honom att inse att det är viktigt att aborter är säkra när de förekommer. Därför ville han stödja den överenskommelse om abort som ICPD, med stor vända, höll på att formulera. Statssekreterare med ansvar för Kairo var Inger Davidsson (KD). Hon deltog en dag på konferensen. Vänsterpartiet skickade en partistyrelseledamot som var med hela tiden. I övrigt saknades svenska politiker.

Nationalkommittén träffar Sadik

Nafis Sadik, då chef för FN:s befolkningsfond (UNFPA), var konferensens ordförande tillsammans med Fred Sai, chef för IPPF, den internationella familjeplaneringsfederationen. Båda blev högt uppskattade av konferensens deltagare. De var bra på att leda arbetet och kunniga och engagerade i frågorna.

Nafis Sadik reste långt före konferensen runt i världen för att träffa de personer som höll på att planera sitt lands deltagande i konferensen. Sverige var ett av de första länderna som hon besökte. När vi i nationalkommittén träffade henne var hon tydlig med att hon ville att resultatet i Kairo skulle ha fokus på kvinnors villkor. Hon underströk att hon ville att NGO:er skulle ha inflytande redan under planeringsprocessen och att hon förväntade sig så stor enighet som möjligt på de förberedande mötena.

Vid hennes Stockholmsbesök ordnade UD en middag med ganska få inbjudna. Avsikten var att ge möjlighet till att prata mer informellt och avspänt. Jag var glad att bli medbjuden och dessutom placerad bredvid Sadik, som jag aldrig hade träffat tidigare. Hon var sympatisk och trevlig och under middagen tog jag upp frågan om att man i Kairo måste säga något framåtsyftande om abort. Hon svarade vänligt att hon höll med om att det är viktigt, men att jag nog hade för stora förhoppningar om vad som var möjligt. Hon tyckte kanske att jag var lite naiv, eller i alla fall lite väl svensk.

Eventuellt visade hennes fortsatta resor att det fanns tillräckligt stöd för ett positivt beslut, för tidigt under konferensen förslog hon att utgångspunkten för en aborttext skulle vara att abort är en möjlig hälsorisk för kvinnor. Hon gjorde klart att hon inte ansåg det möjligt att diskutera abort som en rättighetsfråga. Den strategin blev en öppning, men trots det kom abort att bli konferensens mest kontroversiella fråga.

Förväntningar och verklighet

Förväntningarna inför ICPD i Kairo var blandade. Det pågick intensivt lobbyarbete för att hindra progressiva beslut, särskilt i frågor om sexuell och reproduktiv hälsa. Vatikanen och vissa muslimska centra beskrev konferensen och textförslagen som omoraliska. Några muslimska länder med den uppfattningen avstod helt från att delta i Kairokonferensen. Det sades att även andra hade avstått från att resa till Kairo, efter att islamister varnat

deltagare för att resa dit. När konferensen öppnade fanns det fortfarande hot om bomber och annan förstörelse. Hoten oroadde mig och vid öppningen hade jag en känsla av obehag, men den försvann sedan och jag tänkte inte mer på det.

ICPD förbereddes på tre möten och jag var med på de två sista, som hölls i FN-högkvarteret i New York. Prepcom-mötena hade kvinnors villkor och rättigheter i fokus och debatten om sexualitet och graviditet var het. Många hävdade bestämt att befolkningsfrågor handlar om rättigheter och i förhandlingarna underströk många regeringsdelegationer vikten av "women's empowerment".

Äntligen – Kairo

I Kairo är stämningen vid öppningen i den stora salen hög och förväntansfull. Ganska snart klarnar det vilka de olika kraftfälten är och vilka som har mest att säga till om.

I gruppen G77 ingår mer än 130 "utvecklingsländer", många av dem fattiga afrikanska stater. Där finns också en grupp muslimska länder som samarbetar med katolska länder i Latinamerika. Vatikanen ingår inte tydligt i någon grupp, men samarbetar ofta med G77 och länder i Latinamerika. Sverige samarbetar mest med EU-kommissionen, Kanada, Norge, Australien, Nya Zeeland, Sydafrika, USA och andra när det behövs. Det finns likheter i politiska prioriteringar inom de olika samarbetsgrupperna. Men skillnaderna gentemot andra grupperingar kan vara stora.

I förhandlingssalen sitter flera länder som mer eller mindre förtäckt argumenterar mot kvinnors rätt att bestämma om sin sexualitet och sin reproduktion. Vissa inlägg om unga människors rätt att bestämma om sina liv och sexliv får mig att baxna, men jag skulle få vänja mig.

Jag inser snart att FN-konferenser handlar om att enas om texter, men inte nödvändigtvis om hur verkligheten ser ut. Där finns diplomater som kan spelet och vet vad som tidigare sagts, så kallat "agreed language", som anses "heligt". Trots det gjordes försök att ändra även sådana texter. När Kairomötet öppnade återstod problem med 10 procent av texten, men det var nog för att skapa intensiva diskussioner och konflikter, om till exempel abort och sexuell och reproduktiv hälsa. Många trodde att det skulle bli svårt att enas om det som man hade misslyckats med på förmötena i New York. Det blev svårt, men i Kairo fanns det en vilja att enas och det lyckades ganska väl.

Invigning

Gro Harlem Brundtland, då Norges statsminister, invigde konferensen med ett bejublat tal. Det kom på sätt och vis att sätta tonen för de kommande veckornas samtal och förhandlingar. Hon tog upp frågor som skulle bli konferensens mest diskuterade och svårösta. Hon talade om rättigheter, hälsa och resurser och fick stormande applåder.

"Vi är här för att ändra politik och avsätta mer resurser till hälsosystem, utbildning, familjeplanering och kampen mot aids", sa hon och visade med exempel att det är områden som det också är ekonomiskt lönsamt att satsa på. Hon talade om ungas rätt till utbildning och om att reproduktiv hälsa med familjeplanering är en rättighet för alla.

Kvinnor har under lång tid haft begränsad makt i samhället och över sina liv, framhöll hon och pekade på att diskriminering hindrar många kvinnor i världen från att förverk-

liga sina drömmar, ha egen ekonomi och utbilda sig. Brundtland konstaterade att religion ibland skapar problem och att familjeplaneringen inte är en moralisk fråga.

Det mest kontroversiella som hon sa var att avkriminalisering av abort är det minsta man kan göra för att skydda kvinnors hälsa och liv. Hon fortsätter, "det handlar om att bekämpa förtryck och kriminalisering av personliga tragedier. Alla kvinnor, också hon som är ung eller fattig, har rätt till säker abort. Det är ett uttryck för skenhelighet att möta behov med moralism. Det handlar om enskilda människors möjligheter att välja."

Brundtland pekade på att traditionella religiösa och kulturella hinder går att hantera med ekonomisk och social utveckling. Hon konstaterade att hiv/aids är en väldig global utmaning som kräver känslig samverkan med hälsosatsningar som inkluderar sexualitet och reproduktion.

Hon underströk att hon inte kunde förstå hur termen reproduktiv hälsa kan tolkas som att man förespråkar abort eller ser abort som en preventivmedelsmetod. I stället är den globala erfarenheten att antalet aborter inte går upp när det blir lagligt, men det blir mindre riskfyllt för kvinnor, sa hon och använde nästan ordagrant den formulering som senare skulle antas av konferensen, nämligen att osäkra aborter är ett folkhälsoproblem. Till sist upprepade hon att det kommer att krävas stora resurser för att genomföra ICPD:s beslut och de resurserna kommer att avsättas.

Lyriska NGO:er och regeringsrepresentanter hyllade Brundtland för invigningstalet, men hon fick också kritik. Iran krävde en ursäkt och att delar av hennes tal skulle strykas. Hon beskylldes för att polarisera och angripa religion. I min rapport från ICPD skrev jag: "Jag tror att hennes tal bidrog till att flytta fram mittpunkten för debatten om till exempel abortfrågan och det hade betydelse för att slutresultatet blev så pass bra. Hon byggde med sitt tal en bro mellan verklighetens kvinnor och män och det diplomatiska läggspel som pågick på konferensen".

Efter talet mötte jag några kvinnor från Afrika och Karibien. De sa: "Nu kan vi verkligen åka hem och arbeta. Med sådana ledare känner man stöd och får inspiration."

Många av de behov som Brundtland pekade på är fortfarande ofta otillfredsställda för stora grupper kvinnor. Vissa beslut på ICPD gav känslan av att vara början på en förändring av flickors villkor. En del har hänt, men de mest kontroversiella besluten från ICPD skulle det kanske inte gå att enas om i dag.

Kväll den första dagen

Under invigningskvällen är jag på en festlig middag på en båt som seglar på Nilen. Det är IPPF som bjuder. Gro Harlem Brundtland är med på festen och håller ett kortare tal på samma tema som tidigare på dagen. Hon får åter stormande applåder och efter talet kommer en kvinna fram till mig. Hon är lika lång som jag, runt en och nittio, i alla fall med sin afrikanska huvudbonad inräknad. "I am from Upper Volta", säger hon och fortsätter: "Where are you from?" Jag svarar Sverige och hon suckar och säger: "Ni måste vara lyckliga med en så fantastisk premiärminister." Jag tänker på Carl Bildt och funderar på om jag ska låtsas vara norska och slicka i mig lite av berömmet och känna stoltheten. Men jag väljer att säga att vår statsminister nog aldrig skulle ha hållit ett sådant tal och att han för övrigt inte ens är här. Hon ler beklagande och vi skiljs och minglar vidare.

Vi som var där

NGO:er ville påverka besluten

NGO:erna spelade en viktig roll både under planeringen och på själva konferensen och många regeringsdelegationer var positiva till att samarbeta med dem. På ett förberedande möte skrev man in i dokumentet att samarbetet är viktigt och att regeringar inser att det är väsentligt att ta vara på NGO:ernas kunskaper och erfarenheter. Vissa länder krävde att den meningen skulle strykas i det slutliga dokumentet. I NGO-världen var vi nöjda, men medvetna om vikten av att inte låta oss slukas upp av de starka regeringarna. Förutsättningen för att NGO:er ska ha reellt inflytande är att de behåller sin självständiga och fria roll.

När jag kom till mitt första möte i FN-huset satt redan NGO:er utanför plenisalen. De pratade strategier, texter och skrev nya förslag. Jag blev genast inbjuden och kände mig från första stund välkommen. Det berodde kanske delvis på Sveriges höga profil i SRHR-frågor, men det fanns också stor öppenhet för att ta in nya i nätverket.

Ett av våra mål var att upprätta bra kontakt med så många regeringsdelegationer som möjligt. Vi skrev alternativa texter och kompromissförslag och talade med så många som vi hann för att förankra dem. Somliga regeringsrepresentanter blev trötta på oss och snäste. Andra använde oss då och då för att få information om hur olika delegationer tänkte. Ibland var det lättare för oss att känna till sådant. Från vårt håll avläste vi stämningar och reaktioner på förslag och vi valde med vilka vi ville dela sådan information. Uppdraget som vi gett oss var att påverka dokumentet i positiv riktning. Det kunde vara svårt och ibland undrade vi om det skulle gå att enas om en bra text.

Varje morgon åt vi gemensam frukost på ett av de stora hotellen nära FN-huset och sedan i Kairo. Under frukostarna rapporterade vi från olika möten med delegationer och människor. Vi diskuterade de knepigaste formuleringarna, till exempel om abort och sexualundervisning. Oftast kunde vi enas om vad vi ville få in i slutdokumentet. Därefter var uppgiften att tala med folk och jobba för bra texter. Vi talade med delegationer, lyssnade på möten, pratade med dem som kunde tänkas ha eller arbeta för bra förslag. Vi visste mycket om vad som hände i de olika ländernas delegationer eftersom många i NGO-gruppen hade viktiga kontakter med ledare och medlemmar i de olika delegationerna.

Vatikanen

Inte minst inom NGO-världen ifrågasattes Vatikanens ("den Heliga stolen") roll. Deras ställning i FN motiveras av att de är en stat, men de är bara ungefär 800 innevånare, varav 500 är män som lever i celibat. Vatikanen är den enda "heliga staten" i FN och har så kallad observatörsstatus. Det ger en relativt stark ställning och samma rättigheter som andra stater. Det ger också en slags dubbel representation för världens katoliker.

Vatikanen hävdade under ICPD att dokumentförslaget, som hade manglats fram i många och långa diskussioner, var omoraliskt. Man samarbetade med vissa företrädare för den islamiska världen som drev en liknande linje. Konferensen präglades därmed delvis av en motsättning mellan gudstater och sekulariserade stater, alltså närmast en 1500-talsdiskussion.

Frågorna

Preventivmedel, skydd mot sjukdom och avhållsamhet

När konferensen i Kairo förbereddes under våren 1994 var det väl känt att många unga kvinnor dör i osäkra aborter och att de, oftare än unga män, lever med hiv. Vissa hävdade att det var resultatet av ansvarslost beteende. Trots kunskap om att unga ofta börjar sitt sexualliv innan de gifter sig, var vissa ovilliga att stödja dem med kunskap om sexualitet och prevention.

När konferensen i Kairo förbereddes och genomfördes var det i en tid när det varken fanns bot, lindring eller bromsmediciner för hiv. Behoven av information, ökad kondomanvändning, god kunskap och en öppen syn på sexualitet, var enorma. Vissa stater och NGO:er ställde politik och religion mot vetenskap och erfarenhet och spred exempelvis rykten om att kondomer inte skyddade eftersom virus kunde tränga igenom gummit och att det fanns små osynliga hål i kondomerna.

Vatikanstaten och flera andra accepterade varken upplysning, kondomer eller annan prevention för att förebygga hiv eller oönskad graviditet. De hävdade att avhållsamhet före och trohet i äktenskapet var den enda vägen. De förespråkade också avhållsamhet som metod för par där en var hiv-positiv.

Det är en riskfylld strategi särskilt för unga kvinnor, med begränsad makt över sina liv och sin sexualitet. De får ännu svårare att skydda sig mot oönskad graviditet och sexuellt överförda sjukdomar. I stället kan ett sådant förhållningssätt leda till ökade risker.

Andra stater och NGO:er underströk att fungerande förebyggande arbete måste förankras i verkligheten och sätta den som har minst makt i centrum. Argumenten var bland annat att den som saknar makt över sin sexualitet ofta varken kan välja att avstå eller att skydda sig. Därför måste ungas och kvinnors hälsa och liv vara i fokus, oavsett ålder eller civilstånd. Stater som drev den linjen såg det som en mänsklig rättighet att bestämma över sin kropp, sexualitet och fertilitet och hävdade att det är könsdiskriminering att förneka kvinnor det. De hävdade också att sjukdomsrisik, död och oönskad graviditet måste bekämpas med förebyggande arbete, som oavsett civilstånd eller ålder har ungas och kvinnors hälsa och liv i centrum.

När dokumentet till sist skulle antas i Kairo var Vatikanen den enda stat som bestämt motsatte sig kondomanvändning, även för hiv-prevention. I plenum, sent i konferensen, sa Vatikanens representanter: "The Holy See could not join the argument on sub paragraph 13.14 which calls for expanded condom distribution." Han fick, till allas oerhörda förskräckelse och förvåning, stöd av Zimbabwe som hade spelat en positiv roll under hela konferensen. Efter en konstpaus sa Zimbabwes hälsovårdsminister: "Det som föreslås betyder att det är använda kondomer som ska delas ut och det motsätter vi oss bestämt. Vi föreslår 'Expanded distribution of condoms.'" Fniss i salen!

Sexuella rättigheter

I Kairo var det en framgång att "sexuell hälsa och reproduktiva rättigheter" kom med i texten. Efter Kairokonferensen och kvinnokonferensen i Peking 1995 har den globala beslutsamheten på det området tyvärr minskat. Sexuella rättigheter är ännu inte en

internationellt erkänd rättighet och det dröjer nog innan termen accepteras så brett att den blir möjlig att nämna i FN-dokument.

I den sista skälvande minuten av ICPD kom den frågan upp igen. En deltagare oroade sig för att sexuella rättigheter skulle sätta sexuell press på unga flickor. Han fick stöd av Vatikanen, men Zimbabwes representant (igen!) försäkrade den orolige mannen att sexuella rättigheter inte betyder att han skulle vara tvungen att ha sex. Hälsoministern i Zimbabwe underströk att sexuella rättigheter framför allt skulle ge unga flickor rätt att säga nej till sex med exempelvis arbetsgivare och lärare. Sexuella rättigheter kom till slut inte med i dokumentet. (Det talades om att tjänstemän i delegationerna fått i uppdrag att tvätta texten ren från begreppet "sexuella rättigheter".)

Abort, den svåra frågan

När konferensen i Kairo öppnade verkade det nästan omöjligt att nå enighet i abortfrågan. Motståndet var politiskt och religiöst och Vatikanens stöd till motståndet vägde tungt. Oron var stor för att det inte ens skulle gå att enas i andra hälso- och rättighetsfrågor, som är särskilt viktiga för kvinnors, barns och ungas hälsa.

De nordiska länderna drev, tillsammans med en del andra länder, mycket bestämt rätten till säkra och lagliga aborter. Sveriges fokus var kvinnors villkor och rättigheter, särskilt inom hälsoområdet, och ungas rätt till kunskap och makt över sin sexualitet och reproduktion. I de frågorna hade man nog inte nått så långt om inte NGO:er hade pressat på under förberedande möten, direkt mot regeringar och inte minst i Kairo.

Under abortdebatten framfördes olika argument, allt ifrån att abort är en rättighet till att det är lika omöjligt att tala om säkra aborter som att tala om säker våldtäkt. Malta menade att det ofödda livet skulle sättas före moderns liv. De talade alltså inte om kvinnans liv. En deltagare sa i debatten: "Jag förstår inte varför vi, som inte har några aborter, ska behöva tala om detta." Om jag minns rätt var även han från Malta.

Inom Islam finns ingen påve, men väl olika uttolkningar av Koranen. Ingen har rätt att hävda att en tolkning gäller alla. Men när det berömda Al-Azharuniversitetet fördömde konferensen och dess dokument fick det stort genomslag. Kanske delvis för att universitetet ligger i Kairo. Andra islamiska uttolkare säger att abort kan tillåtas till den 120:e dagen, eftersom det är först då som ett foster får en själ.

På ICPD var den senare mördade Benazir Bhutto ett tydligt exempel på att islam inte talar med en röst i dessa frågor. Hon höll ett starkt tal och trots hot formulerade hon sig någorlunda tydligt när hon uttalade stöd för kvinnors rätt att besluta om abort.

Så löstes abortfrågan

Den "drafting committee" som skulle skriva om abortfrågan kunde inte enas och utsåg därför en ännu mindre grupp för att skriva ett förslag. I den gruppen, som jag tror att de var åtta personer i, ingick till exempel Lennart Båge från svenska UD och Ole Kristian Holthe från norska UD. Adrienne Germain i USA-delegationen ingick också i gruppen, men hon "hörde till" NGO-världen.

Vi var ganska många som väntade utanför det lilla rum där de hade stängt in sig. Där satt de, om jag minns rätt, under nära tre dygn. Så fort någon av dem tittade ut eller

skulle gå på toaletten så kastade sig den väntande gruppen över dem och erbjöd goda råd och nya textförslag, frågade vad de pratade om och hur det gick. De var måttligt roade av "uppvaktningen" och sa inget om sina samtal. Ryktet gick att det inte fanns någon luft där inne och att någon hade svimmat av pressen och syrebristen. Utanför dörren började det spekuleras om att man valt ett litet trångt rum för att pressa gruppen att komma ut snabbare och i bästa fall vara eniga om ett bra förslag.

Till sist kom de ut och möttes av jubel och "drafting committee" gjorde deras förslag till sitt. Lennart Båge och Ole Kristian Holthe fick särskilt mycket beröm och många sa att utan dem hade det aldrig gått, de hade både tålamod och kreativitet.

Paragrafen 8:25 fastslår bland annat att lagliga aborter ska vara säkra. "In circumstances where it is not against the law, abortion should be safe" och att abort är "a public health issue". Det finns inget om abort som en rättighet, men det hade nog ingen på allvar väntat sig. NGO-världen var nöjd och beslutet pekade fram mot kvinnokonferensen i Peking året efter, 1995. Från ett svenskt perspektiv kan det verka torftigt, men det var en seger för kvinnors rättigheter.

Efter ICPD har ingen FN-konferens kommit längre och det är säkert en bra bit kvar innan man kommer att kunna enas om att abort är en rättighet för kvinnor. Nu när överenskommelsen fyller 20 år, är olagliga aborter fortfarande ofta farliga och ett stort folkhälsoproblem.

De svåraste frågorna att enas om

De hetaste debatterna i Kairo berörde rättigheter, till exempel abort, sexualundervisning och föräldrars rättigheter att bestämma om sina barn. Ibland ledde det till ögonblick av reflektion i salen och ibland till kaosliknande diskussioner. Vissa ord var särskilt kontroversiella, här följer några exempel.

Vatikanen, en del katolska och flera arabiska stater krävde att det skulle finnas ett särskilt kapitel om *familjen*. Många oroade sig för att det skulle bli ett mycket konservativt kapitel, men så blev det inte. I kapitlet understryks exempelvis mannens ansvar för prevention och behovet av att män får utbildning för att bearbeta gamla attityder. Detta var i första hand frågor som togs upp av Norden och alla var inte entusiastiska över det. Några ville slå fast att en riktig familj består av mamma, pappa och barn, det vill säga inga ensamstående föräldrar, inga homosexuella familjer eller några andra samlevnadsformer skulle accepteras.

"*Couples and individuals*" var en kontroversiell ordkombination. Det hade accepterats under förberedelserna i New York, men i Kairo oroade sig en del delegationer för att begreppet utöver vuxna heteropar även kunde avse tonåringar och homosexuella. De som oroade sig mest fanns i Vatikanen. Malta, Iran och några stater i Syd- och Mellanamerika var också negativa, men fick ge sig.

Själva ordet *familjeplanering* stötte på motstånd. Argumentationen mot begreppet var att prevention handlar om makten över sexualiteten och reproduktionen och att det behövs ett begrepp som inte utesluter unga, ensamstående, eller andra som vill ha sex, men inte planerar för familj.

"Sexual and reproductive health services" ansågs vara bättre att skriva eftersom det också kan ge utrymme för ungdomsmottagningar. Ett argument var att ord förmedlar värderingar och därför behövs ett begrepp som, oavsett civilstånd och ålder, signalerar rätt till skydd både mot oönskad graviditet och sexuellt överförda sjukdomar. Till sist kom båda begreppen med.

Sexualundervisning väckte debatt. Argumenten för var att unga vill och behöver veta mer om sex. Många ansåg att det är samhällets ansvar att se till att de får såväl kunskapen och tillgång till prevention som stöd för ett säkert sexliv. Andra hävdade att det gott kan vänta tills de blir äldre och gifta.

"Safe motherhood" var en svår nöt att knäcka. En del delegationer oroade sig för att det skulle kunna handla om abort. Det är ju väl känt att graviditet kan hota kvinnors hälsa och till och med liv. Vid tiden för ICPD hade några sådana fall med mycket unga flickor uppmärksammats. Vatikanen accepterade varken rätt till säkra aborter eller preventivmedel, men kunde acceptera familjeplanering. De avsåg då så kallad naturlig födelsekontroll, alltså avhållsamhet och säkra perioder.

Abort, homosexualitet och flickors rättigheter var frågor som i stort sett diskuterades dygnet om. En av de första nätterna satt jag i en förhandlingssal där säkra aborter och lesbiskas rätt att leva öppet med sin sexualitet var heta frågor. Lika arvsrätt för kvinnor och män debatterades också. I somliga länder ärver döttrar bara hälften av vad söner ärver och många ville ha ett uttalande för lika arvsrätt. Representanter för muslimska länder med arvsregler som missgynnade kvinnor, legitimerade systemet med att männen har hela försörjningsbördan.

Rummet som vi satt i var fyllt av NGO-representanter och delegationsmedlemmar. Tuffa inlägg om rättigheter och fördomar skapade en mycket laddad stämning. Mötesordförande var denna natt en strikt och rättvis egyptisk kvinna. Hon lät debatten löpa ganska fritt. Textförslag framfördes och möttes oftast av motförslag och ibland till och med buanden.

Närmare klockan fem på morgonen diskuterades rätten att vara öppen med sin sexuella läggning. Det väckte starka reaktioner från många håll. Trots vittnesmål om att homosexuella våldtas för att "botas" var aggressionen stark mot att ens skriva något om hbt-frågor i slutdokumentet.

Även lagliga och säkra aborter var det omöjligt att enas om. Klockan sex på morgonen slår ordföranden bestämt klubban i bordet och säger: "Nu är det slut. Nu blir det inget beslutat vare sig om lesbiskhet eller arvsrätt och det får ni bara finna er i." I trötthetens tecken gjorde alla det. Under konferensen återkom abortdebatten många gånger innan man enades och frågan om arvsrätt kom till sist med i slutdokumentet.

Resultatet

Hur blev det med enigheten?

ICPD var ett framsteg, jämfört med två tidigare konferenser om befolkningsfrågor. Dokumentet antogs med konsensus. Det fanns inga reservationer mot hela dokumentet. Konferensens ambition att, trots olikheter i kultur och tradition, hitta rimliga kompromisser

hade lyckats! När jag nu i en annan tid tittar i dokumentet tycker jag att det fortfarande är i huvudsak bra och jag minns att när jag lämnade Kairo så tänkte jag att det blev bättre än vad jag hade hoppats. Det innehåller flera viktiga men ganska kontroversiella skrivingar. Delar av texten är (medvetet?) otydlig, men som helhet öppnar dokumentet för nya synsätt och lagar.

Det var ett steg framåt för världens kvinnor att man enades om förebyggande åtgärder mot oönskad graviditet och sexuellt överförbara sjukdomar inklusive hiv/aids.

Abortfrågan var svår, men beslutet som till sist togs var en stor framgång. Det görs inte åtskillnad mellan lagliga och olagliga aborter och man betonar kvinnors rätt till hälsovård efter abort.

Under konferensen föreslogs det ofta i anslutning till kontroversiella punkter ett tillägg om att beslutet ska genomföras med "hänsyn tagen till kulturella och religiösa traditioner". Det kom med på vissa ställen, men balanseras oftast av att besluten förutsätts genomföras i enlighet med mänskliga rättigheter. Efter ICPD har däremot sådana formuleringar förts in i andra dokument och inte alltid med koppling till mänskliga rättigheter.

Allt viktigt kom inte med i dokumentet

När ICPD hölls i Kairo fanns det nästan en miljard tonåringar i världen. Trots det fick tonåringars frågor och rättigheter litet utrymme. Sexualitet kom också på undantag, men sexuell hälsa accepterades, kanske eftersom det oftare kopplas till sjukdomar än till sexuell lust och glädje. Några oroade sig för att en öppnare sexualsyn kunde skapa en positiv syn även på abort, homosexualitet och ungdomars sexualitet. Ibland framställdes sexualitet som en tung plikt, eller åtminstone något man bör hindra unga människor från att upptäcka.

Resursfrågor spelade en förvånande liten roll, men de finns med i en del andra dokument. I Kairo gjordes det, trots konkreta förslag om biståndsnivåer och fördelning, inga framsteg på det området. Man enades slutligen om att det krävs 27 miljarder dollar för att genomföra besluten från ICPD.

Kairokonferensen hölls i en tid och på en kontinent där hiv var en enorm utmaning. Antalet föräldralösa barn ökade, stigmatisering och svårt lidande gick inte att lindra medicinskt, och ofta inte heller att hejda med sociala insatser. Kvinnor drabbades särskilt hårt, både hälsomässigt och socialt. Men mycket lite sades om omvårdnadsfrågor eller hiv-förebyggande arbete.

Det blev het debatt om föräldrars rätt att besluta och vara informerade om sina barns tillgång till kunskap och prevention. I Sverige har till exempel ungdomsmottagningarna tystnadsplikt även gentemot föräldrar. I Kairo beslutades motsatsen, att föräldrar har rätt att vara informerade om sina barns sexliv och prevention.

Sexuella rättigheter skrevs inte in i dokumentet och homosexualitet var så kontroversiellt att "sexual orientation" inte ens kunde nämnas.

Till sist

Fortfarande är nog Kairodokumentet ett av de bästa som FN antagit i frågor om kvinnors och ungas rättigheter och om sexualitet och reproduktion. Men det återstår oroande mycket att genomföra av besluten från Kairo och Peking. Min rapport till RFSU avslutade jag med följande ord: "Detta var en bra konferens ... mera kan man nog inte klara på en och samma gång. Men hur ska vi använda den kunskap som finns utan att det blir kollisioner mellan feminister och demografer och/eller 'familjeplanerare'? Vi behöver koppla ihop mikro- och makroperspektiven till en vettig politik. Tonåringars rättigheter och behov fick för lite plats i Kairo."

Nu, 2014, behöver vi oftare försvara resultaten från Kairo, än vi har möjlighet att utveckla dem vidare.

Sverige och sexualundervisningen i skolan

Framväxten av obligatorisk sexualundervisning i Sverige föregicks av en lång tids diskussioner, politisk kamp och utredningar från 1900-talets början till slutet av 1940-talet.

Kampen för sexualundervisningen gick i flera steg. De första dokumenterade skollektionerna i det som då kallades sexualhygien gavs av Sveriges första kvinnliga läkare Karolina Widerström i slutet av 1800-talet. Hon undervisade också blivande lärare i sexualkunskap. Tillsammans med flera andra läkare pläderade hon kraftfullt för obligatorisk sexualundervisning.

Också från politiskt håll drevs frågor om rätten till kunskap och preventivmedel, bland annat av kvinnoorganisationer och arbetarrörelsen. Vid sekelskiftet 1800/1900-tal fördes diskussioner om könssjukdomarnas utbredning, inte minst via den då tämligen omfattande prostitutionen.

I början av 1900-talet kom de första handledningarna i sexualundervisning och 1908 lades den första motionen i riksdagen om obligatorisk undervisning på lärarutbildningen. Under de följande åren började en del lärare och skolor att ha sexualundervisning, alltså långt innan undervisningen blev obligatorisk. En utredning tillsattes 1918, som menade att den lämpligaste åldern för sexualundervisning var 14–15-årsåldern. Utredningen konstaterade att de flesta "skolföreståndarna anser att sexualundervisning behövs". Framför allt var det kvinnor som var pådrivande för att sexualundervisning skulle införas: kvinnliga läkare och politiker, kvinnoorganisationer och lärarinnefackförbund.

Under 1920-talet fortsätter sexualfrågor att diskuteras och i princip var olika myndigheter överens om att befolkningens kunskaper behövde bli bättre och att skolan bör vara en del i detta arbete. Men beslut om obligatorisk undervisning dröjde. När Riksförbundet för sexuell upplysning bildades 1933 stod obligatorisk sexualundervisning i skolan högst på organisationens dagordning och RFSU blev en av huvudaktörerna i kampen för sexualundervisning i skolan.

På så sätt växte det fram en rörelse för sexualundervisning både från läkar- och skolhåll, från folkrörelseorganisationer och från politiskt håll. 1942 blev undervisningen rekommenderad, för att 1955 bli obligatorisk från lågstadiet. Enigheten om sexualundervisningen var stor när den väl infördes och den har sedan aldrig på allvar ifrågasatts.

Det som har kännetecknat den svenska sexualundervisningen sedan 1970-talet skulle förenklat kunna sammanfattas med följande:

- öppenhet beträffande fakta (både om kropp och sexuell praktik)
- sexualitet har ett egenvärde
- acceptans av unga människors sexualitet
- att ge ärliga svar på elevernas frågor
- ett tydligt uppdrag att verka för jämställdhet och att motverka diskriminering
- undervisningen ska stötta barns och ungas utveckling.

Den svenska sexualundervisningen har ett perspektiv som internationellt ofta kallas "comprehensive sexuality education", CSE. Det finns inte någon entydig definition på vad CSE är, men det handlar om att sexualundervisning ska spegla sexualiteten från olika perspektiv. WHO Europa använder i sin skrift *Standards for Sexuality Education in Europe* begreppet holistisk sexualundervisning.

IPPF definierar CSE som "en undervisning som ger unga kunskaper, färdigheter, attityder och värderingar som de behöver för att kunna bestämma över och kunna uppskatta sin sexualitet, fysiskt, känslomässigt, individuellt och i en relation."

För att undervisningen ska kunna ses som "comprehensive" bör den ha ett rättighets- och antidiskriminerande perspektiv. Den karakteriseras också av några grundförutsättningar, här indelade i två grupper av nyckelord: *kunskap, dialog och reflektion* samt *positiv syn på sexualitet, icke-dömande och realistisk*.

Kunskap i sig är inte nog, eleverna behöver också få samtala och reflektera över sexualitet, kön och relationer och hur det påverkar samhälle, individer och det sammanhang de själva lever i. Med realistisk och icke-dömande menas att man accepterar och respekterar att barn och ungdomar har en sexualitet, som de ger uttryck för i tankar, frågor, fantasier och handlingar. Alla, heterosexuella och hbt-personer, pojkar och flickor, de som debuterat och de som vill vänta, måste känna att undervisningen är relevant och att de blir respekterade.

Unescos och UNAIDS *Technical Guidelines on Sexuality Education* (2009) och WHO Europas *Standards for Sexuality Education* (2010) ger förslag på vad undervisningen kan innehålla, och ringar in vad en comprehensive eller holistisk sexualundervisning kan vara. De svenska läroplanerna har också ett tydligt sådant perspektiv. Skrivningar om sexualitet, kön och relationer finns i såväl naturvetenskapliga som samhällsvetenskapliga ämnen liksom i bland annat idrott och hälsa, bild och hemkunskap.

Den svenska sexualundervisningen och den syn på barn och unga som präglat den, har också generellt påverkat Sveriges internationella arbete med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, även om det arbetet inte har varit fokuserat på utbildningsväsendet i sig, utan på upplysning till ungdomar i andra sammanhang, som kliniker, olika ungdomscenter och träffpunkter för ungdomar. Däremot finns skolan med som en del i flera projekt i biståndsarbetet.

RFSU arbetar i merparten av sina internationella projekt med sexualupplysning till ungdomar. Ett par exempel på projekt som har en komponent av sexualundervisning i skolan är TMEP (Tanzanian Men as Equal Partners) och samarbetena med Mamta och TARSHI i Indien.

Som medlem i IPPF har RFSU också deltagit i IPPF:s arbete med sexualundervisning i skolan, liksom på uppdrag av Sida bland annat medverkat som expert i Unescos och UNAIDS arbete med "International Technical Guidelines on Sexuality Education".

Hans Olsson, sakkunnig sexualundervisning, RFSU

Eva Wallstam arbetade på Sida från 1976 och under 1990-talet som chef för Sidas hälsobyrå och därefter på WHO, bland annat som chef för avdelningen för jämställdhet och kvinnors hälsa.

Från ord till handling – om Sidas bistånd till SRHR

Vägen från ord – diplomatin i Kairo – till handling i det svenska biståndet illustreras i detta kapitel. Avsikten är att ge en bild över hur biståndsorganet Sida har arbetat sedan Kairokonferensen 1994 (ICPD). Den första delen handlar om hur Sida och UD utformade styrdokument och skrifter som underlag för biståndet inom SRHR. Den andra delen beskriver i konkreta termer SRHR-biståndets framväxt fram till i dag genom exempel på strategiska insatser.

En period av policyutveckling

Polisy för det tidiga svenska biståndet bestod huvudsakligen av regeringsskrivelser, propositioner och uttalanden av regeringsföreträdare och Sidachefer. Sedan blev det annorlunda. Den tid som beskrivs här, från 1990 och framåt, kännetecknas av tillkomsten av styrdokument av olika slag såsom policys, strategier, handlingsplaner och riktlinjer. Arbetsfördelningen mellan UD och Sida förändrades också efter millennieskiftet då UD efterhand axlade allt mer policyansvar.

Vad hände med befolkningsfrågorna?

Kairokonferensen innebar ett paradigmskifte i synen på befolkningsfrågor. Det innebar en 180-graders synvända från att se befolkningsproblemet som orsakat av enskilda människors sexuella beteende till att definiera problemet att i grunden vara en följd av fattigdom, ojämlikhet och utsatthet. Sida tog därför fram två pedagogiska skrifter, *Så beslöt de i Kairo* och antologin *Våra barn och deras*, för att förmedla de nya budskapen i Sverige.

Ett positionspapper om "Befolkning, utveckling och samarbete" publicerades 1997. Avsikten var att tydliggöra den förändrade syn som kom fram vid ICPD. Det var särskilt viktigt att skilja mellan faktorer som påverkade befolkningsförändringar och följderna av den fortsatta folkökningen. Till den första gruppen hörde frågor som gällde fattigdom, ohälsa, utbildning speciellt av flickor, barns rättigheter och värde samt SRHR. I den andra gruppen fanns frågor som gällde befolkningsstatistik, miljöförändringar, sysselsättning och naturresurser, migration och urbanisering. Ett material för skolorna, *Jord för miljard, om befolkning och utveckling*, gavs ut senare.

Begreppet befolkningsfrågor eller "population issues" användes därefter av Sida enbart för bistånd som gällde demografi och folkräkningar samt för att belysa följderna av den fortsatta folkökningen, till exempel inom debatten om naturresurser och urbanisering. Andra aktörer, som OECD/DAC och USA använder fortfarande begreppet befolkningsinsatser.

Sida först med en biståndsstrategi för SRHR

Sidas aktionsplan för sexuell och reproduktiv hälsa (SRH) från 1994 var "före sin tid" och befanns stämma väl överens med handlingsplanen från Kairo (se Bo Stensons kapitel). Den låg till grund för arbetet med en ny biståndsstrategi. I arbetet drog Sida in många svenska akademiker och praktiker samt expertis från internationella kvinnoätverk och från FN. Det rådde stor enighet inom Sida om den nya strategins syfte och utformning. Resultatet blev "Strategy for Development Cooperation – Sexual and Reproductive Health and Rights" (SRHR) som lanserades 1997. Sida var tidigt ute med att inkludera rättighetsbegreppet ("and Rights"), det sista "R:et" i SRHR. I Kairo användes enbart begreppet SRH. Termen sexuella rättigheter är fortfarande kontroversiell.

Följande åtta delområden prioriterades i SRHR-strategin:

- mänskliga rättigheter och jämställdhet,
- mödrahälsovård och vård av nyfödda,
- rådgivning, service och tillgång till preventivmedel,
- säkra aborter,
- hiv/aids och andra sexuellt överförda infektioner,
- ungdomshälsa,
- kvinnlig könsstympning, och
- diskriminering och sexuellt våld.

SRHR-frågorna integrerades snart i andra styrdokument från Sida: i en hälsosektorpolicy, i en handbok för jämställdhet och hälsa, i hiv/aids-strategin 1999, i en ny hälsostrategi 2002 ("Health is Wealth") och i strategier för arbetet i länder och regioner och med FN-organisationer.

SRHR-strategin uppmärksammades internationellt för sin proaktivitet. En extern utvärdering av SRHR-biståndet 1994–2003 var positiv och uppmärksammade de starka synergier som finns mellan SRHR, hiv/aids och arbetet för jämställdhet och mänskliga rättigheter.

Och så kom hiv/aids ...

Under den första kaotiska tiden valde Sverige att kanalisera nya extra resurser för hiv/aids-bistånd via internationella organisationer. Den första hiv/aids-strategin, "Att investera för kommande generationer", kom 1999. Den förespråkade integrering av hiv/aids-frågor-

na i alla biståndssektorer och skiljde tydligt mellan orsakerna till spridning av hiv och effekterna av aidsepidemin. 2005 års utvärdering av hiv/aids-biståndet lovordade strategins innovativa synsätt. Sida inrättade från millennieskiftet dels ett centralt sekretariat för hiv och aids, dels ett regionalt hiv och aids-team i södra Afrika. UD etablerade en tjänst som svensk aidsambassadör 2003. Detta tillsammans förstärkte i hög grad Sveriges arbete mot hiv/aids.

SRHR och hiv/aids-frågornas ömsesidiga beroende sågs tidigt som både ett hot och en möjlighet. Hotet var att resurstillgången för hiv/aids-insatser blev så stor att SRHR-biståndet kom i skymundan. Möjligheten var en synergieffekt; många preventiva åtgärder mot hiv/aids var identiska med SRHR-insatser, till exempel undervisning om sexualitet och jämställdhet, förebyggande av sexuellt överförbara infektioner och distribution av kondomer. Sverige drev frågan om integrering av SRHR-insatser i hiv/aids-program i olika sammanhang.

Nya regeringspolicys av relevans för SRHR-biståndet

År 2003 antog regeringen en ny och bredare utvecklingspolitik, "Gemensamt ansvar: Sveriges politik för global utveckling", PGU. Dess två synsätt, fattiga människors perspektiv och rättighetsperspektivet, kom att prägla också SRHR-biståndet.

År 2004 fick Sida i uppdrag från regeringen att ta fram ett underlag för en ny SRHR-politik. Omvärlden hade förändrats sedan SRHR-strategin 1997. Den externa utvärderingen pekade på att strategin behövde uppdateras. Nya biståndsformer hade införts enligt internationella överenskommelser om ett effektivare bistånd, den så kallade Parisagendan. Dessutom hade den amerikanska biståndspolitikerna ökat behovet av finansiering för SRHR-organisationer som förlorat sitt stöd från USA.

År 2006 antog regeringen "Sveriges internationella politik för SRHR", hädanefter benämnd SRHR-politiken. Andra UD-policys som har styrt Sidas arbete sedan dess blev policyn för hiv/aids-biståndet, "Rätten till en framtid" 2009 och "Policy för jämställdhet och kvinnors rättigheter och roll inom svenskt internationellt utvecklingssamarbete 2010–2015" (se vidare om UD-policys i Sarah Thomsens kapitel).

Påskyndandet av MDG 5 viktigt för SRHR-biståndet

Millenniemålen från år 2000, i synnerhet MDG 5 om förbättrad mödrahälsa, främjade SRHR-biståndet. Men först 2006 när reproduktiv hälsa infördes som ett eget delmål (MDG 5B) befästes hela SRH-agendan från Kairo. Det politiska intresset växte gradvis och bristen på framsteg för MDG 4 och 5 blev så småningom uppmärksam. År 2010 lanserade FN därför en kampanj, "Every Woman Every Child, Global strategy for Women's and Children's health", för att påskynda arbetet mot dessa mål, vilken följdes av ett antal andra FN-initiativ, till exempel H4+ som beskrivs nedan. Också den svenska regeringen prioriterade då MDG 5 och SRHR genom extra resurser. År 2010 gick 25 procent av det svenska hälsobiståndet till insatser avseende enbart MDG 5. Ungefär 40 procent av hälso-biståndet avsåg MDG 6, arbetet mot hiv/aids, vilket också bidrog till SRHR-arbetet.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter översatt till biståndsinsatser

För definitionen av de fyra SRHR-begreppen refereras till inledningskapitlet i denna skrift. Teoretiskt används beteckningen SRHR som ett samlingsnamn men i praktiken använder både Sida och hälsoministerierna andra arbetsnamn på insatserna. Frågor kring reproduktion och sexualitet hör intimt samman och begreppen hälsa och rättigheter är hopflätade, åtminstone i Sverige. Och hiv-prevention (MDG 6) integreras i flertalet SRHR-program men mest i mödravårds-, preventivmedels- och ungdomsinsatser. Tabellen nedan är ett försök att koppla ihop SRHR med olika biståndsområden och millenniemål. Den tjänar samtidigt som innehållsförteckning för den sista delen av detta kapitel.

| SRHR-begrepp | Biståndsområden | MDG:s |
|--|--|---------|
| Reproduktiv hälsa och reproduktiva rättigheter | • Mödrahälsovård inklusive barnmorskans roll | MDG 5 A |
| | • Säkra aborter | MDG 5 B |
| | • Preventivmedel | MDG 5 B |
| Sexuell hälsa och sexuella rättigheter | • Ungdomar och SRHR inklusive sexualundervisning och ungdomsmottagningar | MDG 5 B |
| | • Jämställdhet och SRHR inklusive mäns och pojkars roll könsrelaterat våldsexuell läggning | MDG 3 |

Svenskt SRHR-bistånd

Sverige fick tidigt ryktet som engagerad biståndsgivare på SRHR-området. OECD/DAC uppmärksammade 1996 att Sverige ökat sitt stöd till reproduktiv hälsa till samma nivå som 20 år tidigare. I en OECD/DAC-genomgång år 2000 identifierades Sverige som "the champion on SRHR issues". En utvärdering av SRHR-biståndet 1994–2003 fastslog att Sida haft en viktig internationell roll och tack vare ett starkt svenskt politiskt stöd kunnat arbeta i frontlinjen med kontroversiella frågor.

Svenskt bistånd förändrades successivt efter millennieskiftet. Parisagendan från 2005 ställde nya krav på givare av bistånd. För Sida innebar detta en övergång från huvudsakligen ämnesspecifika, så kallade vertikala, program till brett stöd till hela hälsosektorn i ett land eller till en hel organisation. Det gav Sida mindre möjligheter att direkt styra användningen av just de svenska medlen, men öppnade för möjligheter att tillsammans med ministerier och andra givare påverka SRHR-frågorna i ett större sammanhang. Dialogen blev därmed ett ännu viktigare verktyg, såväl på sambassaderna som vid viktiga internationella möten.

I detta avsnitt beskrivs exempel på SRHR-bistånd sedan 1990, med tonvikt på de senaste åren.

Biståndsformer och hantering

Stöd till SRHR kanaliseras, liksom annat svenskt bistånd, genom många olika biståndsformer och anslagposter, vilka hanteras av olika avdelningar inom Sida och UD:

- Multilateralt bistånd, budgetstöd till FN:s program och fonder samt globala partnerskap hanteras av UD. Under det sista decenniet har det proportionellt ökat från en tredjedel till hälften av det svenska hälsobiståndet. Inom SRHR hör stödet till UNFPA, UNAIDS och delvis UNICEF och UN Women hit.
- Bilateralt bistånd, som är landsamarbetet, är Sidas ansvar. Antalet länder med långsiktigt hälsobistånd har på tio år minskat från 25 till cirka 11 och volymen har proportionellt minskat från cirka två tredjedelar till hälften av hälsobiståndet. Alla landprogram innehåller SRHR- eller hiv/aids-komponenter men inom hälsosektorstöden är det svårt att mäta hur mycket som går till just dessa.
- Globala och regionala program är biståndposter som stödjer utveckling av normer, kunskap, metoder, kapacitet och påverkan på global och regional nivå, antingen genom icke-öronmärkt stöd som till WHO och IPPF, se nedan, eller till öronmärkta projekt inom FN-organen eller via enskilda organisationer.
- Forskningsbiståndet, som sköttes av en särskild myndighet, SAREC, mellan 1975 och 1994 hanteras nu av Sidas forskningsavdelning. Stöd till SRHR går framför allt till det globala programmet HRP (se nedan). För övrigt prioriteras uppbyggnad av forskningssystem i länder och stöd till samarbete mellan universitet i Sverige och vissa länder för forskarutbildning.
- International Training Programmes (ITP), som syftar till att förmedla svensk kompetens genom kurser och stöd till uppföljande projekt i hemländerna. Från 2008 har 21 olika SRHR-program fått stöd.
- Andra biståndsformer innehåller också SRHR-insatser – men de beskrivs inte här. Dit hör biståndet via demokrati/MR-anlaget, via svenska enskilda organisationer och katastrofbiståndet.

En portföljanalys av det svenska hälsobiståndet 2001–2010 (vilket också i stort gällde SRHR-biståndet) visade att:

- Cirka 10 procent användes för policy- och påverkansarbete. En politisk vilja och kvalificerad dialog krävs för att driva så kallade "motvindsfrågor" som exempelvis säkra aborter, ungdomars sexualitet och könsbaserat våld.
- Cirka 30 procent gick till utveckling av kunskap, metoder och normer, oftast till FN-organ eller enskilda organisationer, inom områden som Sverige vill stödja eftersom andra biståndsaktörer inte prioriterade dem tillräckligt eller eftersom Sverige har en komparativ fördel genom egen erfarenhet, bland annat om barnmorskors roll.
- Cirka 60 procent gick till hälso- och sjukvårdsservice i det bilaterala samarbetet.

Sida har successivt omorganiserats. Hälsoenheten, som avskaffades 2008, hade som mest 18 anställda. Ämneskompetent personal placerades i andra operationella och policyenheter inom verket. Samtidigt gjordes en decentraliseringsreform så att ansvaret för landbiståndet delegerades till ambassaderna. Nu finns ett nätverk av personal som arbetar med SRHR-frågor både på ambassaderna i fält och i Stockholm.

Stöd till organisationer som arbetar inom hela SRHR-agendan

En stor andel av Sidas SRHR-bistånd går till tre internationella organisationer, vars verksamhet främjar Sveriges SRHR-politik: IPPF, HRP och WHO.

IPPF, International Planned Parenthood Federation, är en av världens största frivilliga organisationer med medlemsorganisationer i 172 länder och med 65 000 kliniker. IPPF kämpar för samma motvindsfrågor som Sverige, till exempel rätten till SRHR-service för ungdomar och rätten till abort. Sverige, som nu är IPPF:s näst största givare med 110 miljoner kronor i icke-öronmärkt stöd per år, ökar ytterligare sitt stöd framöver.

HRP, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction på WHO, ägs av sex FN-organ och IPPF. Det är ett forskningsprogram som förser världen med intressanta epidemiologiska fakta. Det startade med preventivmedelsforskning men verkar nu inom hela SRHR-området inklusive abortfrågor och ungdomars SRHR. Sidas forskningsavdelning stödjer fortlöpande HRP; i år med 23 miljoner kronor, 15 procent av dess totala budget, och har följt programmet främst genom styrelsearbetet.

WHO är ett av FN:s fackorgan, med världens alla länder som medlemmar, som skapar normer, kunskap och metoder inom hela SRHR- och hiv/aids-området, ofta kopplat till de bredare hälsosystemfrågorna. Sveriges strategi för samarbete med WHO prioriterar SRHR i dialogen. Genom aktivt arbete i styrelse och arbetsgrupper har Sida under alla år påverkat WHO:s normativa SRHR-arbete, enligt deras strategi för reproduktiv hälsa från 2004. Det årliga svenska stödet består dels av en medlemsavgift från regeringen med cirka 30 miljoner kronor och dels av ett biståndsbidrag från Sida på 70 miljoner kronor 2013. Indikativa siffror visar på en kraftig ökning till 170 miljoner under kommande år.

För IPPF och HRP var Sverige en av de första biståndsgivarna. För historiken hänvisas till Bo Stensons kapitel.

Mödrahälsovård

Biståndsinsatser mot mödradödlighet är inte kontroversiella, till skillnad mot flertalet andra SRHR-insatser, men har länge varit försummade eftersom de är komplexa, kostsamma och beroende av fungerande hälsosystem på alla nivåer inklusive kvalificerad personal och sjukhusvård.

SRHR-politiken från 2006 är tydlig: alla människor ska ha tillgång till reproduktiv hälsoservice och god förlossningsvård och alla kvinnor ska ha makt över beslut som rör deras egen hälsa. Men redan under 1980-talet blev det tydligt att "Met" i MCH måste uppmärksammas av Sida. Successivt kom särskilda mödravårdsinsatser igång, först i Angola med uppbyggnad av mödrahälsovården inom Luandaprovinsen, som innebar en

upprustning av kliniker med stöd av svenska gynekologer och barnmorskor. Etiopien fick ett liknande stöd för att förstärka den nationella mödravårdshälsovården.

I Bangladesh, Zambia och Uganda integrerade Sida under 1990-talet stödet till mödravård och preventivmedel i stora budgetstöd till hela hälsosektorn. Sida och andra givare kunde därmed följa upp och påverka utvecklingen. I Zambia gavs extra stöd till utbildning av sjuksköterskor i förlossningsvård och i Uganda till en lokal organisation, Voices for Health Rights (VHR) som ställer ansvariga myndigheter till svars för reproduktiv hälsa. I Guatemala har det svenska stödet använts till kulturellt anpassad mödravård, vilket varit viktigt för framgång hos Mayafolket. I stödet till konflikt- och postkonfliktländer såsom DRK (tidigare Zaire) och Södra Sudan prioriteras också SRHR-insatser. I Somalia, med extremt hög mödradödlighet, finansieras ett mödravårdprojekt som även inkluderar vård vid komplikationer av kvinnlig könsstympning.

Inom globala program har stöd gått till många syften. Stöd till förstärkt personalkompetens har gått dels till Internationella federationen för gynekologer (FIGO) för att bilda nationella gynekologförbund, dels till Världsbanken och WHO genom att erfarna svenska gynekologer arbetat vid deras huvudkontor och dels till ett projekt, som Karolinska institutet drev från 1999, avseende kunskaps- och erfarenhetsutbyte mellan obstetrik, gynekologer och barnmorskor i fem afrikanska länder.

Sida har också medfinansierat så kallade partnerskap för samordning av biståndsaktörer avseende MDG 4 och 5. Ett är PMNCH, "Partnership for Maternal, Newborn and Child Health", som sedan 2004 agerar på global nivå. Ett annat är H4+, ett samarbete mellan sex FN-organ (UNFPA, UNICEF, WHO, UNAIDS, UN Women och Världsbanken) i de 49 länder som har störst behov. H4+ får svenskt stöd 2013–2015 med 350 miljoner kronor över hela perioden för regionalarbetet i Afrika och speciellt i sex länder.

Åtta ITP-program om SRHR genomfördes 2005–2010 av Lunds universitet. Efter en månads kurs i Sverige genomförde 220 barnmorskor och förlossningsläkare från 30 länder förändringsprojekt i sina hemländer under ett halvår. En utvärdering 2011 visade på mycket gott resultat.

Barnmorskans roll

En av Sveriges komparativa fördelar som biståndsaktör inom SRHR är den svenska erfarenheten av barnmorskor. På 1840-talet var kvinnors hälsa i Sverige på samma nivå som i många fattiga länder i dag. Men efter 50 års reformarbete ökade antalet utbildade barnmorskor varefter mödradödligheten minskade. I dag kan man säga att barnmorskan är SRHR personifierad, inte bara i Sverige. Barnmorskor med ett brett ansvarsområde och professionella kunskaper kring reproduktion och sexualitet och därtill hörande rättigheter behövs. Barnmorskeprofessionens förstärkning samt utbildning av annan hälsopersonal i normala förlossningsrutiner har därför blivit en viktig komponent inom mödravårdsbiståndet.

Angola och Etiopien fick tidigt stöd till skolor för barnmorskelärare och med svenska barnmorskelärare. Skolorna har levt vidare sedan biståndet upphört. Nicaragua fick 2004–2010 stöd till barnmorskeutbildning och placering av barnmorskor på landets 17 hälsoregioner.

African Midwives Research Network (AMRN) som initierades 1993 har fått stöd under många år. Det var ett forskningssamarbete mellan utbildade barnmorskor i sju länder i Afrika med tekniskt stöd från Karolinska institutet. Det resulterade bland annat i flera disputationer.

Den Internationella barnmorskeunionen (ICM) kunde bidra till att starta nationella barnmorskeförbund i många fattiga länder tack vare Sidas bidrag. Tillsammans tog Sida och ICM 2006 ett initiativ till ett globalt barnmorskeprogram inom UNFPA. Detta har nu gått upp i UNFPA:s Maternal Health Thematic Fund (MHTF) vars syfte är att nå ut till världens fattigaste länder med utbildning av barnmorskor. 2013 års stöd på 69 miljoner kronor kommer att ökas till 100 miljoner kronor per år fram till 2016. Initiativet har redan gett omfattande konkreta resultat. Under 2012 bidrog Sidas stöd till utbildning av 400 barnmorskelärare, kapacitetsförstärkning av 175 barnmorskeskolor och 35 nystartade barnmorskeföreningar.

Under 2006–2010 finansierades åtta ITP-program med kurser om förstärkning av barnmorskefunktionen, i Karolinska institutets regi.

Säkra aborter

Osäkra aborter är bland de fem vanligaste orsakerna till mödradödlighet, främst bland flickor och unga kvinnor. Liksom de flesta andra länder har Sverige en gång i tiden haft en restriktiv abortlagstiftning. Men under 1950- och 60-talen mjukades gradvis synen på abort upp och 1975 fastställdes det förändrade synsättet i en ny abortlagstiftning, som lämnade ett beslut om abort före 18:e veckan till kvinnan själv. Detta gjorde att Sida vågade betona behovet av säkra och lagliga aborter i SRHR-politics 1994 och 1997. I SRHR-politiken 2006 sägs att "kvinnors bristande tillgång till säkra och lagliga aborter utgör ett hinder för att de skall kunna åtnjuta mänskliga rättigheter. Sverige skall därför stödja insatser, som syftar till att göra aborter tillgängliga, säkra och lagliga för alla kvinnor".

Inom landsamarbetet har bistånd på abortområdet inte efterfrågats, med få undantag. I Bangladesh stöds sedan 1989 "menstruationsreglering" (MR), en metod för aborter fram till 9:e veckan, som utförs av några enskilda organisationer. I Kenya finansierades på 1990-talet utvecklingen av metoden "Manual Vacuum Aspiration" för kvinnor som kom till sjukvården med allvarliga följder efter en osäker, illegal abort.

Sida har funnit att abortfrågan effektivast drivs genom internationella organisationer som har teknisk trovärdighet. Ett exempel på FN-sidan är Sidas finansiering av Världsbankens stora rapport om den globala abortfrågan, som 1993 skrevs av en svensk gynekolog. Ett annat exempel är då Sida ensam finansierade WHO:s första abortriktlinjer "Safe abortion: Technical and Policy Guidance for Health systems".

Enskilda internationella organisationer är viktiga kanaler för stöd vad gäller abortfrågan. Ipas är en sådan organisation som bildades 1973 och som fått svenskt kärnstöd från början av 1990-talet. I dag är stödet 20 miljoner kronor men det kommer under åren 2014–2017 att öka till 50 miljoner kronor per år. Sverige är nu deras näst största givare. Ipas fokuserar på att ge tillgång till säkra aborter genom stöd till uppbyggnad av klinisk service och till personalutbildning och opinionsbildning på global nivå. Till exempel, 2011–2012,

utbildades 10 780 sjukvårdsarbetare i 20 länder i säkra abortmetoder och 207 000 kvinnor fick genomgå säkra aborter i 17 länder. Belysande är också att Ipas var en central aktör vid tillkomsten av Afrikanska Unionens "Maputo Plan of Action" (2006), en radikal policy som lyfte upp frågan om säkra aborter. Andra exempel är Ipas arbete i Etiopien, Ghana, Moçambique, Zambia och Nepal, som har lett till en liberalisering av abortlagarna.

I detta sammanhang måste också nämnas att IPPF, som får stort stöd av Sida, är en av de viktigaste globala aktörerna för främjande av säkra aborter och hindrande av osäkra aborter.

Biståndet för säkra aborter är politiskt känsligt. För att motverka konsekvenserna av Global Gag Rule 2001 gav Sida stöd till bildandet av en global "Safe Abortion Action Fund" och till många möten, ett "Global Abortion Meeting" och flera möten inom "The International Consortium for Medical Abortion" (ICMA). Stöd gick också till organisationerna Gynuity och Guttmacher Institute för forskning om medicinska aborter.

Tillgång till preventivmedel

SRHR-politiken anger att tillgång till information om och tillgång till olika preventivmetoder, inklusive kondomer, är grundläggande för att individer ska kunna bestämma om och när de vill ha barn. Att tillgång till preventivmedelsservice med kvalitet och valfrihet är en viktig faktor för kvinnors hälsa var något som delvis kom bort i kontroverserna efter det gamla befolkningsbiståndet och även efter ICPD. Vatikanen har dessutom konsekvent fortsatt att motarbeta arbetet med moderna preventivmetoder.

Men Sverige har sedan ICPD finansierat stora program där preventivmedel varit en viktig komponent, bland annat de stora hälsosektorstöden i Bangladesh, Uganda, Zambia och tidigare i Kenya. Sverige är också en av de största givarna till IPPF, som under år 2012 gav rådgivning till cirka 45 miljoner ungdomar, delade ut 190 miljoner kondomer och distribuerade 43 miljoner andra typer av preventivmedel. IPPF uppskattar att detta har förhindrat cirka fem miljoner oönskade graviditeter och hundratusentals osäkra aborter.

Frågan om preventivmedelstillgång och -användning har kommit upp på den globala dagordningen igen, bland annat genom ett toppmöte 2012, "FP 2020". En global rörelse har startats för att säkra tillgången till preventivmedel för de 120 miljoner kvinnor som i dag inte får den service de önskar. En ny typ av stöd etablerades 2013 när Sida i samarbete med andra givare och privata stiftelser ingick i ett partnerskap med läkemedelsindustrin för att kraftigt öka användningen av två nya långtidsverkande preventivmedel. En finansiell garanti bidrar till att preventivmedlens pris halveras och når ut till kvinnor i de fattigaste länderna.

Ett annat exempel på Sidas samarbete med den privata sektorn, inom hiv/aids-området, är ett program "Universal Access to Female Condoms" som drivs av några holländska organisationer. Syftet är att göra olika typer av kvinnliga kondomer tillgängliga till ett rimligt pris som ger kvinnan kontroll och ökar hennes chanser att inte bli gravid eller få hiv. När kondomerna kvalitetssäkrats av WHO kommer den finansiella garantin att bidra till lägre priser och större volymer. 2,8 miljoner kvinnliga kondomer har hittills distribuerats i pilotländerna Nigeria och Kamerun.

Ungdomar och SRHR

Synen på ungdomars sexualitet och könsidentitet styrs över allt av rådande värderingar och kulturella normer. Dessa får konsekvenser för unga människors handlingsutrymme och möjligheter att uttrycka sin sexualitet, att skydda sig från könssjukdomar och undvika oönskade graviditeter. Millenniemålet MDG 5B om reproduktiv hälsa, som kom till 2006, fick en indikator för måloppfyllelse (av flera) om ungdomsgraviditeter, "Adolescent Birth Rate". Därmed skapades det återigen, efter ICPD, ett tydligt åtagande för världens länder att vända sig till ungdomar som målgrupp för SRHR-insatser. Sida har länge stött insatser för unga människors rätt att bestämma över sin egen sexualitet och för att ge dem möjlighet att skydda sig mot risken att bli ofrivilligt gravida eller få hiv eller andra sexuellt överförda infektioner.

Sexualundervisning

Sida försökte redan på 1960- och 70-talen stödja insatser för sexualundervisning. Men tyvärr föll denna ambition ofta mellan sektorerna; hälsosektorn hade svårt att nå ut till ungdomar och undervisningssektorn var svår att engagera. Men med hiv/aids-epidemin har efterfrågan på ungdomsinsatser, speciellt på kombinerad hiv/aids- och sexualundervisning, ökat.

Även inom detta område har Sida lärt sig att det inte är effektivt att enbart hänvisa till Sveriges egna erfarenheter. Det är mer trovärdigt att kanalisera stöd genom enskilda organisationer eller att använda sig av FN-organisationer i dialogen. Ett exempel på det första är stödet till FEMINA HIP (Health Information Project) i Tanzania, sedan 1999, som får ut hälsobudskap till ungdomar genom moderna media, "edutainment", som ett månadsmagasin för skolor och ett för ungdomar som inte går i skolan, och via skolkubbar, tv-shower och webbsidor. Svenska Rädda Barnen får från 2013 stort stöd för ett program i 12 länder i Afrika för att öka tillgången till sexualupplysning och undervisning för barn och tonåringar och deras lärare, ledare och föräldrar.

Ett bra FN-exempel är det nya Sida-samarbetet med UNESCO, som syftar till att förstärka sexualundervisningen i skolor i östra och södra Afrika. Via 60 000 grundskolor och 9 000 gymnasieskolor i sex länder förväntas 25 miljoner elever och 540 000 lärare nås.

Ungdomsmottagningar

Sida insåg tidigt att RFSU var en värdefull partner i biståndet. RFSU samarbetade med sina systerorganisationer i andra länder, exempelvis i Tanzania från 1987 om ett skolflickscentrum, i Zambia från 1996 om ett projekt för ungdomars reproduktiva hälsa och i Indien från år 2000 i ett samarbete med det nationella mödra- och barnvårdsinstitutet. Det senare nådde ut till 150 enskilda organisationer i sju delstater och fokuserade på tidiga giftermål, tonårsgraviditeter, sexualundervisning och könsrelaterad obalans i utbildning. I Uganda stöddes ett tonårscentrum i Kampala i många år, vilket också bidrog till att "Youth Corners" inrättats på vårdcentraler runt om i staden. I Guatemala stödjer Sida sedan många år ett UNFPA-projekt som ger unga Mayakvinnor medvetenhet om behovet av SRHR-vård och rättigheter.

2005–2008 arrangerades ITP-program om Ungdomar och SRHR, i regi av Karolinska institutet och RFSU, med cirka 200 deltagare.

Jämställdhet och SRHR

De jämställdhetsstrategier som utarbetats av Sida och av UD, senast 2010, fastslår att jämställdhet mellan män och kvinnor är grunden för ett effektivt arbete inom SRHR. Detta uttrycktes också i handlingsplanerna från Kairo och Peking och i svenska SRHR- och hiv/aids-strategier. I detta sammanhang kan nämnas det samarbete mellan Sidas och WHO:s experter, som 2010 resulterade i en WHO-handbok, vilken ger vägledning om hur perspektiv på jämställdhet och mänskliga rättigheter kan integreras i planering av SRHR-arbetet och i hälsoplaner generellt.

Sida arbetar här med fyra SRHR-områden: stöd till kvinnonätverk, arbete med män och pojkar, arbete mot våld mot kvinnor och hbtq-frågor.

Kvinnonätverk som arbetar inom SRHR-agendan

Den internationella kvinnorörelsen, som sköt fart på 1970-talet, fick en viktig roll vid befolkningskonferensen i Mexico City 1984. Under åren fram till ICPD 1994 lyckades den till en början ganska spretiga rörelsen ena sig kring ett gemensamt uttalande, "Women's voice", som starkt bidrog till att det förändrade synsättet slog igenom i Kairo.

Många kvinnonätverk som arbetar med SRHR-frågorna ur ett kvinno- eller jämställdhetsperspektiv fick Sidastöd under förberedelserna inför Kairo- och Peking-konferenserna. Flera av kvinnonätverken med bas i USA, Latinamerika och Asien fick sedan fortsatt svenskt stöd under hela 1990-talet. En utvärdering "Webs Women Weave" konstaterade att dessa nätverk bland annat hade fört upp frågan om säkra aborter på dagordningen och gett legitimitet åt frågor som betraktades som kontroversiella. Ett av dessa nätverk, ARROW, som får fortsatt svenskt stöd, hjälper lokala kvinnoorganisationer och nätverk i 12 asiatiska länder att utkräva ansvar av respektive regering och bidrar med gräsrotsperspektiv i globala och regionala förhandlingar om SRHR-frågor.

Hiv/aids-biståndet stödjer också "Mama Cash", som är en fond för att främja kvinnors rättigheter genom lagstiftnings- och påverkansarbete som utförs av lokala organisationer i alla världsdelar inom tre fokusområden: "Body, Money and Voice."

Mäns och pojkars roll

Sverige har sedan ICPD sökt uppmärksamma mäns och pojkars roller och ansvar för jämställdhet, SRHR och hiv-prevention. Detta är en typisk påverkans- och dialogfråga och Sida har därför valt att stödja nätverk och enskilda organisationer, som sprider publicitet genom skrifter och internationella möten. Redan 1999 anordnades ett möte i Lusaka, "Men's choices, Men's voices, How can men gain from improved gender equality", vilket återges i en publikation. Det handlade om sexualitet, faderskap och manlig identitet i ett föränderligt samhälle. RFSU fick 2006–2009 stöd för projektet "Young men as equal partners" i Tanzania, Zambia, Uganda och Kenya.

Det finns manliga nätverk för SRHR-frågor. Ett av de största, "Men Engage", har fått svenska bidrag under mer än ett årtionde. Det är en global paraplyorganisation för 400 enskilda organisationer och för många FN-organ som arbetar med män och pojkar för att främja jämställdhet, förebygga våld mot kvinnor och sexuellt utnyttjande av barn samt för att hindra spridning av hiv. I Sverige ingår organisationen Män för jämställdhet i nätverket. Hiv/aids-stöd har gått till deras aktiva afrikanska nätverk, kallat "Sonke, Gender Justice".

Könsrelaterat våld

Könsrelaterat våld definieras av Sida som: "All skada och allt lidande som kvinna eller flicka, man eller pojke utsätts för och som har en negativ påverkan på personens fysiska, sexuella eller psykiska hälsa, utveckling eller identitet. Orsaken till våldet är grundat i könsrelaterade ojämlika maktförhållanden och könsrelaterad diskriminering." Könsrelaterat våld är dessutom ett brott mot de mänskliga rättigheterna och en stor riskfaktor för spridning av hiv och ökad mördardödlighet.

Hittills har Sidans och FN:s arbete till stor del varit fokuserat på service och vård, utbildning och legala ramverk. Sverige var en viktig finansiär av WHO:s första studie om våld mot kvinnor i 10 länder. Rapporten, som publicerades 2005, fick stor uppmärksamhet då det var första gången våld mot kvinnor presenterades som ett hälsoproblem. Population Council fick 2009 svenskt stöd till ett projekt i fem länder i södra Afrika rörande omhändertagande och vård av våldtäktsoffer och kvinnor som utsatts av sexuellt våld av sin partner. Det nya FN-programmet UN Women, som får stöd från både UD och Sida, är mycket aktivt i arbetet mot könsbaserat våld på landnivå, speciellt i konflikt- och postkonfliktländer.

Sida har nyligen bestämt att prioritera det förebyggande arbetet och att skifta fokus från kvinnor och flickor som offer till aktörer och att engagera män och pojkar i arbetet med att ta avstånd från våld. Ett exempel på sådant bistånd är hur den svenska ambassaden i Liberia, inom ramen för stöd till ett vägbygge, lyckades få till stånd undervisning för vägarbetarna om SRHR och sexuellt våld och dessutom införa villkor om detta i anställningskontrakten. Ambassaden har också fört samman svensk och liberiansk polis i ett samarbete mot könsbaserat våld.

Våldtäkter och annat sexuellt våld används i många fall som en medveten strategi och ett vapen i krig och konflikter. Ett stort antal FN-resolutioner om kvinnor, fred och säkerhet har uppmärksammat detta och Sidans arbete med problemet har kraftigt ökat i volym under det sista årtiondet. Till exempel ges stöd till både kvinnoorganisationer och till hälso- och rättssektorn i DRK (tidigare Zaire) för deras arbete för jämställdhet och mot sexuellt våld. Sida bidrar också till FN:s arbete inom området "UN action against sexual violence in conflict". Inom katastrofbiståndet har Sida beslutat att enbart finansiera hjälpframställningar som redovisar hur frågor om könsrelaterat våld kommer att hanteras inom katastrofaktionen.

Inom forskningsbiståndets landsarbete har en Sida-finansierad studie i Tanzania blivit banbrytande för att synliggöra omfattningen av könsbaserat våld i landet och hur hälso- och rättsväsendet hanterar våldsutsatta kvinnor och barn.

Rätten till sexuell läggning

Det sista "R:et" i SRHR står för sexuella rättigheter. Begreppet innebär att erkänna alla individers rätt till att uttrycka sin sexualitet. SRHR-politiken 2006 uppmärksammade därför bland annat homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoners situation och betonade att Sverige ska höja kompetensen om sexuell läggning och könsidentiteter i biståndet. Sidas bistånd på hiv-området fokuseras ofta mot MSM, män som har sex med män, till exempel regionalt i Afrika genom ett stort stöd till IHAA, International Hiv/Aids Alliance, och i fem länder i Afrika genom IGLHRC, International Gay and Lesbian Human Rights Commission.

Slutord

Biståndsinsatserna är som framgår ovan mångfacetterade, precis som själva begreppet SRHR. Insatserna inom de okontroversiella områdena mödrahälsovård inklusive barnmorskors roll har under åren vuxit mycket i volym. Dessutom har Sverige återigen uppmärksammat den skriande bristen på preventivmedel i fattiga länder och börjat spela en mer aktiv roll i dessa frågor.

Insatserna inom de kontroversiella områdena, som till stor del berör rättighetsbegreppet, har vuxit, främst i antal. De är exempel på motvindsfrågor, och består av spjutspetsinsatser, som är svåra att integrera i de stora bilaterala hälsostöden eller i FN-programmen. De innefattar säkra och lagliga aborter, ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter, mäns och pojkers roll, könsrelaterat våld och allas rätt att uttrycka sin sexuella läggning.

Stödet genom olika biståndskanaler och i olika kategorier har förstärkt varandra; påverkansarbete, kunskaps- och metodutveckling och bistånd för ökad service. Svenska företrädare för biståndet har haft en viktig roll i dialogen inom FN och i landbiståndet.

Det starka politiska stödet från regering och riksdag har resulterat i en snabb utveckling av såväl biståndspolitik som biståndsprogram inom SRHR. Det har också påverkat utformningen av biståndsinsatserna och återigen placerat Sverige i frontlinjen i många känsliga eller kontroversiella frågor. Sveriges rykte som en engagerad biståndsaktör inom SRHR har levt vidare efter Kairo.

Sarah Thomsen är anställd som ämnessakkunnig på Utrikesdepartementet/Enheten för multilateralt utvecklingsamarbete. Hon har en bakgrund som forskare och konsult inom globala SRHR- och hiv/aids-frågor.

UD:s engagemang i SRHR efter Kairokonferensen

”Jag minns att det var en väldig kamp mot Vatikanen och Centralamerika. Det hade kommit fram radikala texter i förberedelserna. De som tyckte att det gick för långt försökte rulla tillbaka. Det fanns ett kapitel som handlade om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter där det stod ’Every individual has the right to a satisfying sex life’. Vi satt trångt i förhandlingsutrymmet. Atmosfären var laddad och syret i det närmaste slut. Den iranske delegaten frågade stillsamt: ’Mr. Chairman, what’s the definition of a satisfying sex life?’ Nuntien från Vatikanen – en frodig irländare – svarade reptilsnabbt: ’Abstinence!’ Ett förlösande skratt fyllde rummet.”

– Lennart Båge, chef för UD:s multilaterala biståndssamarbete 1990–1994 och svenska delegationens förhandlingsledare på ICPD 1994.

Sverige är känt som en stark röst för kvinnors, mäns och unga människors sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter. Sveriges röst har hörts och gett utdelning under ICPD-mötet i Kairo 1994, under kvinnokonferensen i Peking, samt vid en rad andra viktiga processer och förhandlingar som har pågått under de tjugo åren som förflutit sedan Kairoprogrammet antogs. Men som för många andra diplomatiska insatser är resultaten svåra att mäta i siffror. Detta kapitel är ett försök att på ett kvalitativt sätt beskriva några av de viktiga ICPD-relaterade förhandlingar och andra händelser där Sverige har haft en avgörande eller starkt bidragande roll under tidsperioden. Texten bygger på ett intervjuarbete som jag gjorde under våren och hösten 2013. Berättelserna kommer från personer som var med om dessa händelser och som har godkänt citat där de förekommer.

Kairoförberedelserna (1991–1994)

Enligt Lennart Båge, chef för UD:s multilaterala biståndssamarbete i början av 1990-talet, hade Sverige sedan 1970-talet en praxis att alltid förbereda stora internationella FN-konferenser noggrant och med lång framförhållning: "Förutom en genomarbetad och välförankrad bas för den svenska ståndpunkten ledde detta arbetssätt också till ett större genomslag i det internationella förberedelsearbetet – både det formella inom FN och det informella i andra fora. Framför allt kunde olika grenar av civilsamhället agera kraftfullt inom sina respektive internationella förberedelseprocesser. Med en tidigt utarbetad ståndpunkt kunde Sverige påverka förhandlingsprocessen genom att ett antal olika aktörer i sina respektive förberedelsefora kunde föra ut och argumentera för den svenska synen."

Inför Kairokonferensen bestämde sig regeringen för att satsa stort. På grund av Sveriges egen historia och finansiella satsningar via Sida visste vi att vi hade något att bidra med när det gäller området befolkning och utveckling och kvinnors hälsa och rättigheter. De svenska erfarenheterna skulle nu användas för att påverka den internationella synen på dessa frågor. Men det behövdes ett genomtänkt, välargumenterat och faktabaserat underlag. Därför tillsatte regeringen "Svensk Nationalkommitté för FN:s konferens om Befolkning och utveckling" redan 1991, tre år före konferensen.

Kommittén, som leddes av ambassadör Lars-Olof Edström och departementssekreterare Susanne Jacobsson på UD, hade en tuff utmaning. Det fanns fortfarande blandade åsikter i Sverige om "familjeplanering" (se Bo Stensons kapitel). För att få med alla aktörer var kommittén tvungen att få bort detta begrepp från agendan och i stället arbeta fram en syn som var mer utvecklingsbaserad och handlade om kvinnors ekonomiska, sociala och politiska status. Den utvidgade synen skulle även ta in pojkars och mäns roll och tonåringars sexualitet. Därtill behövde kommittén integrera olika delar av ICPD-agendan, som befolkningsfrågor, miljö och hållbar utveckling med detta bredare begrepp. Att få alla att "ställa sig i ledet" tog tid och det visade sig att tre år inte var onödigt generöst tilltaget.

När Sveriges position inför Kairo började bli klar beställde den nationella kommittén och Sida några skrifter. En skrift som skrevs av Marc Bygdeman, professor i obstetrik och gynekologi och Katarina Lindahl, dåvarande generalsekreteraren för RFSU, hette *Sexualupplysning och reproduktiv hälsa i Sverige under 1900-talet*. I engelsk översättning kom den att heta *Reproductive Health Revisited* och trycktes i tusentals exemplar som delades ut i Kairo och på olika förberedande möten i bland annat New York och Harare. Skriften redovisade Sveriges syn på abort, barnmorskans viktiga roll i prevention av oönskade graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar, behandling av ofrivillig barnlöshet, sexualupplysning och ungdomars liv i dagens Sverige. Skriften var sakligt och vetenskapligt underbyggd men presenterade samtidigt en tilltalande, och ibland utmanande, bild för många länder. "Vi var nästan de enda som drev frågan om tonåringars sexualitet. Sveriges syn på sexualundervisning var spännande för vissa och en mardröm för andra", berättar Susanne Jacobsson.

Under Kairokonferensen spred Sverige även en skrift som handlade om synen på kvinnor i Sverige sedan 1800-talet, samt en skrift som Sida beställde av forskare vid Harvard University – *Population Policies Reconsidered* – som trycktes i tiotusentals exemplar och hade en enorm inverkan på det synsätt i befolkningsfrågan som skulle karakterisera förhandlingarna i Kairo.

Som ännu ett led i förberedelserna organiserade Sida och SAREC 1993 en subregional konferens i Harare med länderna i södra Afrika. Under konferensen delade man ut exemplar av *Population Policies Reconsidered* vilket hjälpte Sveriges arbete med att få medhåll från afrikanska länder som sedan blev våra allierade under Kairokonferensen. Björn Andersson var biträdande expert på UNFPA vid konferensen i Harare: "Mötet var en ögonöppnare och bidrog till att sätta individen i centrum och lyfta fram betydelsen av kvinnors rättigheter och jämställdhet, frågor som sedan blev centrala i Kairoprogrammet." Återigen, Sveriges inverkan på dessa länders förändrade synsätt var direkt kopplat till de genomarbetade ståndpunkter och skrifter som Sverige hade investerat så mycket i.

Kairoförhandlingarna (september 1994)

Resultatet av ICPD-konferensen i Kairo blev en omvändning i hur världen såg på och tolkade de så kallade befolkningsfrågorna. Från att enbart ha handlat om familjeplanering, demografiska kurvor och befolkningskontroll, vidgades området till att innefatta sexuell och reproduktiv hälsa och reproduktiva rättigheter och andra befolkningsrelaterade frågor såsom migration och urbanisering. Sverige, trots sin lilla storlek, lämnade ett tydligt avtryck på konferensen, inte minst genom att Sveriges huvudförhandlare, Lennart Båge, fick med en paragraf i Kairoprogrammet om tillgång till säker abort (i länder där abort är lagligt) efter långa och spända förhandlingar.

Det finns flera faktorer som bidrog till Sveriges inverkan på konferensens utgång. Förutom det ambitiösa och omfattande påverkansarbete som bedrevs vid olika förberedande möten inom och utanför FN, hade Sverige mycket samröre före och under konferensen med IPPF och andra internationella NGO:er (se Katarina Lindahls kapitel för mer om detta). Men det fanns ytterligare avgörande faktorer bakom Sveriges framgång. För Lennart Båges del var följande väsentligt: "Den långa, interna förberedelse- och förankringsprocessen möjliggjorde att vi kunde driva vår linje och få genomslag i förhandlingarna." Dessutom hade Sverige en ovanlig position i och med att vi precis hade röstat ja till att gå med i EU men fortfarande fick förhandla enskilt eftersom vårt officiella inträde var den 1 januari 1995. "Vi hade egen röst och inlägg hela tiden på ett sätt som var större än som var berättigat i förhållande till vår storlek", säger Lennart Båge.

Att Sverige kunde driva en egen linje vid sidan om EU var extra viktigt i Kairo eftersom EU-delegationen leddes av representanter som var ovana vid FN-förhandlingar och dessutom inte behärskade engelska särskilt väl. Detta medförde att EU var relativt tyst och passivt, vilket gjorde det möjligt för länder som Sverige, Norge och Sydafrika att ta en mer aktiv roll. Men framför allt, menar Båge, var det den svenska delegationens gedigna kunskap i frågorna som gjorde det möjligt för Sverige att ta en ledande roll: "För att kunna hålla på hela natten måste du kunna frågan, annars kan du oavsiktligt få med ett språk som du inte ville ha." Andra menar att det var Båges skicklighet i förhandlingen som spelade en avgörande roll.

Enligt flera personer som jag har intervjuat hade även Sveriges politiska samstämmighet i dessa frågor en stor betydelse för hur långt den svenska delegationen kunde driva vissa SRHR-frågor i förhandlingarna. Just frågan om abort är ett bra exempel. Vid Kairokonferensen hade Sverige en kristdemokratisk biståndsminister, Alf Svensson, som hade ställt

sig bakom att Sverige skulle driva frågan om tillgång till abort så långt som möjligt. De andra partierna var också överens om denna strategi. Frågan om hur just abort skulle tas upp i Kairo behandlades till och med i en interpellation i riksdagen.

Pekingkonferensen (1995)

Under FN:s kvinnokonferens i Peking 1995 kom kvinnors rättigheter än mer i fokus, vilket gjorde att även SRHR-frågorna kunde flyttas fram och stärkas. "Women's rights are human rights", påminde USA:s dåvarande presidenthustru Hillary Clinton i ett brandtal under konferensen, och just den formuleringen (som slogs fast vid FN-konferensen 1993 i Wien) finns i de inledande paragraferna i Peking Statement. Peking innebar också att SRHR kopplades till ett brett jämställdhetsperspektiv som betonade kvinnors rättigheter också i frågor om rätt till mark, arv, egendom och politiskt inflytande på alla nivåer. Handlingsplanen från Peking har ett mycket starkt kapitel om staters ansvar att motverka våld mot kvinnor, inklusive sexuellt våld. Planen har också en bra text om att åtgärda våld mot kvinnor i väpnade konflikter och ett viktigt kapitel om flickors rättigheter, som bland annat tar upp frågor om könsstympning, tvångsgifte och incest. Allt detta innebar stora framsteg mot bakgrund av att det bara några år tidigare, i förhandlingarna om FN:s kvinnokonvention CEDAW, varit omöjligt för FN:s medlemsstater att enas kring texter om våld – frågor som länge betraktades som enskilda familjeangelägenheter av många regeringar. Planen betonade också mäns ansvar för jämställdhet. Viktigast var dock att handlingsplanen slog fast att kvinnors sexuella och reproduktiva rättigheter var en förutsättning för att de skulle kunna delta i alla delar av samhällslivet och att SRHR-frågorna blev en grundbult i allt arbete framöver vad gäller kvinnors rättigheter och möjligheter till demokratiskt inflytande. Helt avgörande var också en inledande paragraf i planen (§ 9) som markerade mot kulturell relativism och angav att hänvisningar till kultur, tradition och religion aldrig fick åsidosätta kvinnors mänskliga rättigheter.

Sverige var mycket aktivt i förberedelsemötena, inte minst i EU-kretsen som då bestod av femton länder. Den svenska chefsförhandlaren Charlotte von Redlich drev den svenska linjen med kraft, kunskap och uthållighet. Sverige var inte ensamt i sin position inom EU utan såväl Danmark som Finland och Nederländerna delade också i huvudsak vårt synsätt i flertalet av frågorna (med undantag till exempel för Nederländernas positiva syn på prostitution).

Gerd Johnsson-Latham var med i den svenska delegationen i Peking: "Regeringen, inte minst Folkpartiet, var vid tiden för Pekingförhandlingarna medveten om att många kvinnliga väljare röstat nej till EU-medlemskap på grund av rädsla för att ingå i EU som upplevdes som starkt konservativt i frågor om såväl abort som bredare jämställdhetsfrågor. Pekingförhandlingarna var första testet på om Sverige skulle få backa eller inte i internationella förhandlingar om jämställdhet. Vi som förhandlade såg dock att Irland var flexibelt och att EU kunde fungera som en stark kraft för SRHR 1995."

Enligt Carolyn Hannan, som då var rådgivare för jämställdhetsfrågor på Sida och deltog i Sveriges delegation, var Sveriges roll som betrodd biståndsaktör i till exempel SADEC-regionen (södra Afrika och Östafrika) "en starkt bidragande faktor till att dis-

kussionerna med SADEC-ländernas delegationer var mycket öppna och att samarbetet var konstruktivt och framgångsrikt”.

ICPD +5 och Peking +5

Perioden efter Kairo och Peking blev produktiv ur svenskt perspektiv. De nationella konsultationerna hade byggt upp en kunskapsbas och en kritisk massa. Tillsammans med en politisk öppenhet kunde Sverige bidra påtagligt till främjandet av SRHR-frågor både i biståndet och i andra internationella sammanhang och förhandlingar. Fem år efter Kairo, 1999, tog man vid en specialsession i FN:s generalförsamling fram en resolution om ”Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development”. Resolutionen innehöll ett starkare språk vad gäller ungdomar, tillgång till säker abort där det är lagligt, och tillgång till vård efter osäker abort. Abort uttrycktes som en rättighet och en nödvändighet för att uppnå jämställdhet, och inte som en familjeplaneringsmetod.

Men allt var inte frid och fröjd på den internationella fronten. De konservativa krafter som blivit tagna på sängen av texterna om SRHR i Kairo och Peking började formera sig och samverka. Redan 1995, året efter Kairo och samma år som Peking, hölls World Social Summit i Köpenhamn. Hans Lundborg, som då var biträdande enhetschef på UD:s multilaterala biståndssamarbetsenhet, minns: ”Allt handlade om ekonomisk tillväxt. Men vi argumenterade att sociala frågor behövde lösas innan ekonomin kunde ta fart. Sverige pushade reproduktiv hälsa och rättigheter tillsammans med några andra länder men Irland var besvärligt. När de blev ordförande i EU [1996] lugnade de ner sig.”

Hans Lundborg var också Sveriges huvudförhandlare vid ett förberedelsemöte (ett så kallat ”prepcom”) inför ICPD+5 i Haag 1999. Han minns att de fick till bra skrivningar, bland annat om ungdomars rätt till sexuell hälsa samt om tillgång till preventivmedel, men att förhandlingarna var ganska otrevliga. Den amerikanska högern hade samlat sig efter Kairo och diskussionerna blev väldigt polariserade. UNFPA framstod som en organisation som förespråkade abort. Sverige gav mycket moraliskt stöd till UNFPA och deras dåvarande chef Nafis Sadik som hade attackerats för att UNFPA uppmanade kvinnor som hade blivit våldtagna på flyktingläger (ofta av de internationella styrkorna som jobbade där) att använda sig av preventivmedel och propagerade för att ”akutpiller” (emergency contraceptive, EC) skulle vara tillgängliga i dessa situationer. Trots att EC:s var lagliga i USA hetsade den amerikanska delegationen upp några muslimska länder och tonen blev mycket aggressiv. För att rädda situationen beslutade Lundborg att kompromissa i vissa avseenden: ”Trots att Sverige stod för och drev en politik som då var relativt radikal fick vi underkasta oss i en gemensam [EU] position.”

Sverige var också aktiv under UNGASS Peking+5 år 2000 och dess förberedande möten året innan. Läget hade blivit mycket svårare än bara fem år tidigare, framför allt i frågor om SRHR, abort och familj. Carolyn Hannan var då på FN som rådgivare i ”gender mainstreaming” och minns att Sverige höll en tuff linje: ”Vi såg tidigt vilken enorm risk det fanns för bakslag i dessa frågor. Sveriges position var mycket tydlig och konstruktiv. Och med bra samarbete inom EU och med Kanada och vissa afrikanska länder var det möjligt – med nöd och näppe – att begränsa urholkandet av Peking-positionerna.”

”Vid FN-förhandlingar som rör kvinnors ställning och SRHR har jag sett en konstellation av aktörer som inte är särskilt vanlig i andra sammanhang. Jag önskar att jag hade tagit bilder av de kardinaler som bokstavligen talat gick hand i hand med imamerna både i Peking och i New York.”

– *Gerd Johnsson Latham, kansliråd UD*

Hiv och aids inträde i biståndet

Under slutet av 1990-talet blev det mer och mer uppenbart att hiv/aids inte skulle försvinna av sig självt och att Sverige och andra biståndsgivare behövde satsa mycket större resurser för att ta itu med problemet. I och med att det svenska anseendet inom jämställdhet och SRHR-frågor var så väletablerat internationellt hade Sverige goda förutsättningar att agera i frågan.

När Sverige var ordförande i EU våren 2001 kom ett stort genombrott för det internationella hiv/aids-biståndet under specialsessionen om hiv/aids i FN:s generalförsamling. Detta UNGASS var det första i sitt slag och förhandlingen hanterades ytterst skickligt av Hans Lundborg, som hade blivit chef för UD/Globalt samarbete och företrädde EU. En skillnad från tidigare liknande internationella förhandlingar var enligt Lundborg att hiv/aids hade gjort det lättare att prata om sexualitet och jämställdhet i relation till sexuell hälsa. Det var tydligt att hiv spreds snabbast i Afrika bland heterosexuella och att kvinnorna var mest utsatta, både på grund av kvinnors anatomi och på grund av den rådande könsmaktsordningen.

I flera afrikanska länder och regioner förekom dessutom väpnade konflikter. Men hiv/aids var också en stor fråga för hbt-personer och deras organisationer i både Nord och Syd. Under förhandlingen blev det således en stor utmaning att få med alla länder som inte erkände att människor med annan sexuell orientering eller könsidentitet överhuvudtaget existerade. Ett förslag till kompromiss kom från den sydafrikanska delegationen, som föreslog att eftersom problemet med hiv/aids var störst i Afrika och att det där handlade om kvinnors rätt till sin egen sexualitet så skulle resolutionen handla om detta i stället. Lyckligtvis kunde de arabiska länderna gå med på detta (fast det hade aldrig kunnat hända fem år tidigare enligt Hans Lundborg). Lundborg, med stark backning från dåvarande svenska FN-ambassadören i New York, Pierre Schori, fick igenom en resolution som låg till grund för bildandet av den Globala fonden för aids, tuberkulos och malaria (GFATM). Den enda parten som reserverade sig var Vatikanen eftersom de inte fick till negativa skrivelser om kondomer i resolutionen.

Sverige var också instrumentellt i uppbyggnaden av Globala fonden för aids, tuberkulos och malaria. Sverige bjöds in som enda icke-G8-land till ett möte i London i mars 2001 då vi var ordförande för EU. G8 ville absolut inte att FN-systemet skulle ha hand om fonden men de hade svårt att bestämma sig för vem som skulle leda arbetet. Till slut klev Kofi Annan (dåvarande generalsekreterare för FN) in och bestämde att det skulle vara Uganda. Sverige, via Anders Nordström (som då var chef för hälsoenheten på Sida)

var med i en av arbetsgrupperna som bildades för att utse en process. December 2001 var strukturen klar. Peter Piot, dåvarande chef för UNAIDS, frågade Anders Nordström om han kunde tänka sig att ta tjänstledigt och hjälpa till med operationaliseringen av fonden. På det sättet blev det Anders Nordström som gick till en bank i Genève den 23 januari 2002 och deponerade 50 000 CHF för att registrera Globala fonden, som numera är världens största hälsofond.

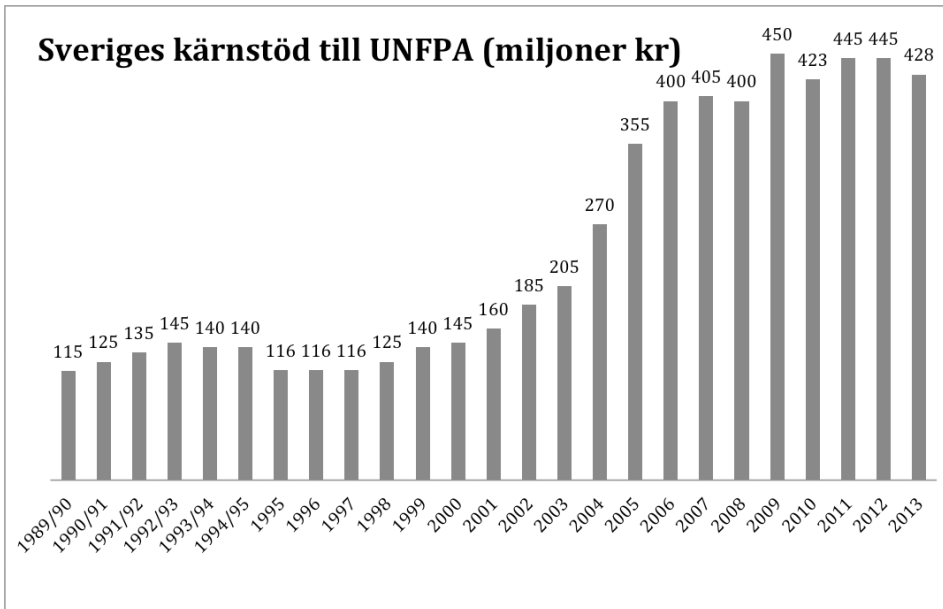
Sveriges stöd till UNAIDS ökade från 47 miljoner kronor år 2001 till 200 miljoner år 2006. Samtidigt ökade stödet till Globala fonden från 200 miljoner kronor år 2002 till 600 miljoner år 2006. Sverige hade alltid drivit en agenda som var starkt präglad av rättighetsperspektivet och SRHR, det vill säga med fokus på unga människor, prevention och jämställdhet.

Sverige i EU – ”Det gick bra fram till 2004...”

Från och med 1995 är Sverige medlem av den Europeiska unionen. Vad gäller SRHR-politiken blev detta en utmaning. Sverige måste nu hitta en gemensam politik med alla de andra medlemsstaterna och möjligheterna att påverka internationella processer som enskild stat minskade. Dessutom blev det allt svårare att komma överens inom EU i dessa frågor efter 2004. Vidare räknades EU som en enda röst i viktiga förhandlingar i FN-sammanhang, som till exempel under kvinnokommissionens och befolkningskommissionens årliga möten med samma status. En röst från EU räknades alltså lika mycket som en röst från enskilda mycket små länder i G77, som kunde ”kapa” förhandlingarna genom att stå fast vid en omöjlig position.

Sveriges ordförandeskap i EU under våren 2001 var viktigt för vårt agerande i SRHR-frågor. Dåvarande biståndsministern Jan O. Karlsson (S) och hans kollegor från Nederländerna, Tyskland och Storbritannien var väldigt aktiva inom EU med att driva SRHR-frågorna och lyfte upp dem då USA minskade sitt stöd till ICPD i samband med att George W. Bush blev president 2001. Bush hade återinfört Global Gag Rule* 2001 och drog in sitt stöd till UNFPA. Björn Andersson, som då satt i styrelsen för UNFPA, berättar att ”Sverige ökade successivt stödet till UNFPA för att fylla tomrummet”. Sveriges stöd till UNFPA ökade från 160 miljoner kronor år 2001 till 355 miljoner år 2005 (i dag är Sverige den största givaren till UNFPA:s kärnbudget).

*Global Gag Rule, officiellt The Mexico City Policy, infördes 1983 under Reaganadministrationen. Det förhindrade USA att använda biståndspengar till att finansiera organisationer som på något sätt stödde tillgång till abort, trots att abort var laglig och tillgänglig i USA. Den drogs tillbaks av Clinton 1993, återinfördes av George W. Bush 2001, och drogs åter tillbaks av Obama 2008.



Stödet till IPPF ökade från 70 miljoner kronor år 2001 till 100 miljoner år 2004. Minister Karlssons (S), och senare statsråden Carin Jämtins (S), politiska stöd gjorde att Sverige då kunde agera internationellt och vara öppet kritiskt mot de länder som hade negativ inställning till UNFPA:s arbete för kvinnors rättigheter eller till ICPD. Sveriges moraliska och finansiella stöd till UNFPA under Bush-åren vek inte och bidrog till att organisationen kunde utvecklas och ta en ledande roll i implementeringen av den fulla ICPD-agendan, inklusive tillgången till säker abort i länder där det var lagligt. Det politiska stödet har under Gunilla Carlsson (M) och nu Hillevi Engström (M) fortsatt i samma anda.

”During the Bush period the [ICPD] agenda was under serious attack in intergovernmental processes. Sweden was instrumental in the UNFPA board and the second and third (UN) committees in ensuring that there was reaffirmation of the PoA, which some countries did not want to do. [Sweden] always named SRHR in every resolution. Even with the resolution for the ICPD review the leadership was provided by Sweden, Denmark and the Netherlands. Sweden has always been a dependable and reliable leader.”

– Kwabena Osei-Danquah, Head of External Relations, UNFPA 2002–2011

Mellan 2002 och 2013 var Alireza Javaheri en av Sveriges förhandlare i SRHR- och jämställdhetsfrågor i EU- och FN-sammanhang. Han har sett hur både UD och utlandsmyndigheterna har växt i sin uppgift under denna tid, men även hur klimatet inom EU har hårdnat: ”Jag tycker att vi har påverkat jättemycket i SRHR-frågor. Det har tagit

många år att kompetensutveckla ambassader i fält. Politisk rapportering om SRHR var obefintlig innan 2002 men sedan 2004 har vi mänskliga rättighets-rapporter [från ambassaderna] och kvaliteten har blivit mycket bättre. Sverige blev ett kompetenshus diplomatimässigt på SRHR. Malteserna och polackerna var överallt och andra [EU-länder] visste inte vad de skulle säga. Vi skapade ett nordiskt nätverk och lade upp en strategi så nordiska ministerier hade något att använda för att påverka.”

Enligt Javaheri var EU:s Luxembourgdeklaration som togs fram vid ett ministermöte inför Peking+10 (2005) centralt: I Luxembourgdeklarationen nämndes för första gången inom EU det begrepp som Sverige hade bidragit med inför Kairokonferensen, nämligen *sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Vidare specificerades att *hälsovård* är nödvändig för att uppnå både ICPD:s handlingsplan och Pekingplattformen. ”Luxembourgdeklarationen var fantastisk. Efter det blev det svårare. Det var bara att försvara EU-acquin som Malta, Polen och Irland ville urvattna”, säger Alireza Javaheri.

År 2004 trädde Malta in i EU och började föra fram en agenda som var nära kopplad till Vatikanens, och jobbade även nära länder såsom Egypten, Iran och USA. Vid Maltas inträde blev Polen och till och med Irland svårare att komma överens med. Sveriges roll blev allt mer att ständigt försvara EU-acquin även om det betydde att vi betraktades som obekväma: ”Att hålla emot Malta och Irland var ett skademinimeringsjobb. Om vi inte pratade så gjorde ingen det. Även britterna bad oss att ge oss”, säger Javaheri. Carolyn Hannan, som på slutet av 2000-talet var chef för FN:s Division for Advancement of Women, håller med: ”Innan 2004 tänkte vi inom FN att ’oavsett vad som händer kan vi lita på EU i SRHR-frågor.’ Men i och med utvidgningen kunde vi inte förlita oss på EU på samma sätt eftersom EU inte längre kunde lägga fram en gemensam position. SRHR-frågorna kom därför i ett mycket sårbart läge. Nu måste enskilda länder inom EU, främst Sverige, ta ansvar för att driva frågorna och hålla ställningarna.” Hannan noterade att Sveriges ställningstagande kring SRHR var mycket uppskattat inom FN. Trots det kunde man dock ibland höra frustrationen hos vissa medlemsländer som klagade över vad de ansåg vara Sveriges ”envisa hållning” – ”De frågade irriterat varför Sverige alltid tog upp SRHR även när de tyckte att det inte passade. Detta gav utmärkt tillfälle att diskutera just varför SRHR-frågorna faktiskt var högst relevanta”, säger Carolyn Hannan.

Även om Sverige var medlem i EU, och därför beroende av att förhandlingarna i EU blev bra för att kunna påverka internationella processer, kunde Sverige påverka förhandlingarnas utgång på andra sätt. Inför Kairo +10 (2004) minns Javaheri att Sverige tillsammans med diplomater från Storbritannien och Nederländerna åkte till alla förberedande möten för att försöka påverka delegaterna: ”Vi åkte landet och riket runt för att stoppa USA. Det handlade bara om att återbekräfta Kairo. Jag åkte till Stillahavsländerna, andra åkte till Beirut och Latinamerika. We worked the room!”

Björn Andersson deltog i ESCAP:s möte om översynen av ICPD i Asienregionen. Det var första gången som han upplevde att medlemsstaterna röstade om resolutionen: ”Det var framför allt USA som inte kunde ställa sig bakom de gemensamma slutsatserna och fick med sig ett par andra medlemsstater. Men det var med överväldigande majoritet slutsatserna antogs mycket tack vara skickliga förhandlare och strategiskt agerande av UNFPA.”

PGU:n, millenniemålen och SRHR

En viktig milstolpe för Sveriges SRHR-arbete var antagandet av Sveriges politik för global utveckling 2003 (PGU). PGU slog fast en koherent politik för främjandet av utvecklingsprocesser och kännetecknades av två grundläggande perspektiv: rättighetsperspektivet och fattiga människors perspektiv på utveckling. Politiken baserades på den dagordning för global utveckling som representerades främst av FN:s millenniedeklaration och de millennieutvecklingsmål som antogs år 2000. I PGU påpekas att det finns viktiga frågor där det saknas en global samsyn: "Djupa åsiktsskillnader finns i frågor som rör demokrati, mänskliga rättigheter och jämställdhet mellan kvinnor och män. Särskilt kontroversiella är frågor som rör kvinnors och ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa och därtill hörande rättigheter, samt homo- och bisexuella och transpersoners rättigheter. Sverige skall fortsätta att ta upp och driva svåra och kontroversiella frågor. Erfarenheten visar att framsteg kan nås när vi arbetar långsiktigt och målmedvetet tillsammans med lika-sinnade." (prop. 2002/03:122, s. 14).

"One of the highlights was the leadership provided by Sweden and the Netherlands in securing MDG5b. The UN Secretariat was unwilling to refer to SRH in the MDGs in order to avoid controversy or attack from the countries opposed to SRH. In 2005 Sweden and the Netherlands got ministers in Europe to send a letter to the SG asking that he include SRH in the MDGs. Member states then had meetings to explain the importance. It was included in the report and not negotiated. When the General Assembly finished the item and gave it, the US and others said they did not accept it. The SG said they would move ahead and use the target because "it had support", which would not have been possible without Sweden."

– *Kwabena Osei-Danquah, Head of External Relations UNFPA 2002–2011*

Sedan år 2000 har millenniemålen varit tongivande och centralt fokus för utvecklingsarbetet. Sverige hade en avgörande roll i tillkomsten av MDG 5B (universell tillgång till sexuella och reproduktiva hälsotjänster). Millenniedeklarationen, som antogs år 2000, hade ett mål vars syfte var att minska mödradödligheten med 75 procent senast 2015, men på grund av politiskt motstånd från USA gick det inte att få med de mål och indikatorer för universell tillgång till SRH som redan hade tagits fram 1999 vid ICPD +5. Det tog sex år att ratificera MDG 5B och Sveriges insats, tillsammans med Nederländernas och UNFPA:s, var återigen avgörande för att processen slutade lyckligt. Alla tre parter jobbade åt olika håll. Sverige jobbade med generalförsamlingen och fick med EU. Björn Andersson var då stabschef hos Thoraya Obaid, dåvarande exekutiv direktör på UNFPA, och minns hur Sverige och Nederländerna lobbade hårt för MDG 5B bakom kulisserna: "UNFPA jobbade för att få det prioriterat av så många länder som möjligt, framför allt programländer." Det fanns ett

starkt motstånd, inte minst från USA. Men det politiska stödet från Sverige var, återigen, orubbligt. Sverige, Nederländerna och UNFPA arbetade under ett år inför FN-toppmötet 2005 om reformagendan, som ägde rum ett år efter ICPD +10. I uppföljningsdokumentet blev det en fotnot som de facto togs med i rapporten. I och med att rapporten hade antagits av FN gick det inte för andra länder att protestera vid generalförsamlingen (USA försökte). Detta tillägg, även om det kom till alldeles för sent, har betytt mycket för kvinnor och män i många länder eftersom MDG:s följs så noggrant varje år och att reproduktiv hälsa fortfarande står på den internationella dagordningen.

Tyvärr blev Sverige och likasinnade länder inte alltid framgångsrika i sitt lobbande för jämställdhet och SRHR för alla. Carolyn Hannan minns ett förberedelsemöte inför Peking +10 (2005) i Latinamerika där SRHR stod på agendan: "De initiala diskussionerna gick bra och det såg ut att kunna resultera i förvånansvärt starka positioner. Men dagen efter tog representanter för det ena landet efter det andra tillbaka sitt stöd för många av förslagen. Det ryktades att deras regeringar mottagit politiska påtryckningar och hot om indraget ekonomiskt stöd från USA om de gick med på den diskuterade texten. Det fanns misstankar om att ett utspel från Vatikanen också bidrog till det förändrade läget."

En stor fördel som Sverige har haft när det gäller arbetet med att främja jämställdhet och SRHR i internationella förhandlingar är att det har rätt stor samsyn nationellt och över de politiska partigränserna. Gunilla Carlsson (M), som var biståndsminister mellan 2006 och 2013, fortsatte, och i flera avseenden förstärkte, det arbete med jämställdhet och SRHR som kännetecknade den tidigare socialdemokratiska regeringen.

Hösten 2009, samma år som ICPD +15 ägde rum, var det återigen dags för Sverige att inneha ordförandeskapet i EU. En särskild instruktion om SRHR under ordförandeskapet togs fram och distribuerades till UD och berörda utlandsmyndigheter. Sverige lyckades hålla ihop EU:s medlemsstater vid flera känsliga tillfällen. Statssekreterare Joakim Stymne (M) levererade som representant för EU ett starkt tal till generalförsamlingen i New York den 12:e oktober: "The European Union will accelerate action to guarantee reproductive health and commodities, promote SRHR, and gender equality, with the aim to achieve goals set out in international agreements, including ICPD." Sverige hade genom UD och FN-representationen i New York lagt fram förslag som gjorde det svårt för vissa EU-länder att inte acceptera innehållet. Biståndsminister Gunilla Carlsson (M) levererade också ett starkt EU-tal i Johannesburg den 1:a december 2009 för att uppmärksamma internationella aids-dagen.

Svenska policys och utvecklingspolitik 2005–2010

Sverige har haft olika strategier om de mänskliga rättigheterna, SRHR, hiv/aids och jämställdhet i utvecklingspolitiken och utvecklingssamarbetet sedan 90-talet (se Eva Wallstams kapitel) men dessa frågor "ägdes" mer eller mindre av Sida. Efter 2005 började UD ta en alltmer ledande roll som beställare och ansvarig för Sveriges tematiska biståndspolicys, bland annat byggde dessa på PGU (Sveriges politik för global utveckling) och omfattade hela biståndet, multilateralt såväl som bilateralt, vilket betydde att de kunde få mera tyngd och högre styrvärde i svensk utvecklingspolitik.

År 2006 antog regeringen "Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter" som kom att ersätta Sidas SRHR-strategi från 1997. Den nya politiken byggde på de dokument som antogs i Kairo och i Peking, 2003 års politik för global utveckling samt Sidas erfarenheter av SRHR-strategin och av biståndsinsatserna på området. Grundstenen var alla människors lika värde och de mänskliga rättigheternas odelbarhet. Man slog fast att könsmaktsanalys var ett grundläggande element för att kunna bedriva ett bra SRHR-arbete. SRHR-politiken angav tretton strategiska områden, varav sex handlade om könsroller, identiteter och mänskliga rättigheter, fyra om reproduktiv hälsa, två om sexuell hälsa och rättigheter samt ett om kapacitetsuppbyggnad. Nya områden var ökat fokus på hbt-personer samt prostitution och människohandel för sexuella ändamål.

SRHR-policyn blev viktig för alla internationella förhandlingar som ägde rum samt som stöd i Sveriges arbete med de multilaterala organisationerna som UNFPA, UNICEF och UNAIDS. SRHR-policyn lanserades av dåvarande statssekreterare Annika Söder (S) vid FN:s Kvinnokommission i New York i februari 2006 under ett välbesökt och mycket uppskattat sideevenemang. Sveriges SRHR-policy ansågs som kontroversiell, men också banbrytande, i internationella sammanhang. Den var banbrytande då den byggde på mänskliga rättigheter och kontroversiell när det gällde ståndpunkter om sexuella rättigheter, abort, sexualundervisning, prostitution och ungdomars och hbt-personers åtnjutande av mänskliga rättigheter. Flera länder, som Danmark och Nederländerna, sneglade på Sveriges SRHR-policy när de tog fram sina egna.

Det måste också medges att flera punkter i policyn var svårbehandlade även i Sverige. Julia Schalk var då anställd på UD:s enhet för multilateralt utvecklingsarbete (UD-MU) som sakkunnig för att ta fram dokumentet. Hon minns att det var accepterat att SRHR behövde en egen policy på grund av alla internationella förhandlingar, men att det inte var lätt att bereda frågan: "Många ansåg att det var mjuka frågor som inte hade med internationell politik att göra. I dag är det något som alla diplomater ska kunna."

2005–2006 kännetecknades också av ökade ansträngningar att lyfta sexualitet in i det svenska utvecklingsarbetet på ett tydligt, rättighetsbaserat och positivt sätt. UD inledde ett arbete som syftade till att höja kunskapen om hbt-personers rättigheter, villkor och situation i partnerländerna. Sida gavs i uppdrag att beställa en studie om frågorna och att med ledning av studien ta fram en handlingsplan för arbetet med hbt-frågor i biståndet. Detta resulterade bland annat i en mycket uppmärksammad internationell konferens i Stockholm april 2006 om "Making the linkages – Sexuality, Rights and Development". I februari 2008 skickade biståndsminister Gunilla Carlsson (M) ut ett cirkulärbrev och en instruktion till samtliga chefer i utrikesförvaltningen om vikten av SRHR i arbetet med att bekämpa fattigdom och främja utveckling. Dokumenten informerade om regeringens höjda ambitioner och förväntningar vad gäller arbetet med SRHR och om medarbetarnas behov av att kompetensutvecklas för att kunna hantera frågorna i internationella sammanhang och förhandlingar.

Som ett led i denna kompetensutveckling av utrikesförvaltningen publicerade UD, med hjälp av RFSU, 2010 ett material till stöd för dialog om SRHR. Syftet var att medvetandegöra svenska statstjänstemän, främst på biståndsbassaderna, om betydelsen av SRHR-frågorna inklusive hiv/aids och stödja deras kompetens när det gäller att diskutera dessa frågor

internationellt. Experter från enheten för utvecklingspolitik (UD-UP) deltog i regionmöten och presenterade materialet och förklarade varför SRHR var en så viktig fråga för den svenska regeringen.

2009 lanserade UD en policy för hiv/aids-biståndet, "Rätten till en framtid". När 33 miljoner människor i världen levde med hiv, tio år efter den första hiv/aids-strategin, hade epidemin gått in i en ny fas med global spridning. Det var nu fler kvinnor än män som infekterades med hiv. Återigen framhävdes jämställdhet mellan könen och mäns och pojkars ansvar, att allas rätt till SRHR-service säkerställs och unga människor ges tillgång till sexualundervisning och ungdomsvänlig service med relevant information. Sverige skulle också främja integrationen av SRHR-service med förebyggande åtgärder och vård samt behandling för hiv/aids i hälso- och sjukvårdssystemet.

Redan 1996 slog riksdagen fast att jämställdhet skulle vara ett nytt mål i biståndet. År 2010 antog Sverige en ny policy för jämställdhet och kvinnors rättigheter och roll inom svenskt internationellt utvecklingsarbete för åren 2010–2015. Det övergripande målet var jämställdhet, ökat inflytande för kvinnor samt ökad respekt för kvinnors rättigheter i utvecklingsländer. SRHR var ett av de fyra prioriterade områdena och var även grundläggande för jämställdhetsarbetet i stort.

Nuläget

En rad internationella möten på 2010-talet innebar fortsatta komplicerade förhandlingar om SRHR, både i FN:s generalförsamling och i FN:s råd för de mänskliga rättigheterna. Det gäller allt från texter om barn och flickors rättigheter, tvångsgifte, ungdomar, kvinnor på landsbygden, kvinnliga MR-försvare, familjefrågor, trafficking, global hälsa och övergripande om inriktningen på post-2015-agendan. SRHR berörs också i resolutioner om enskilda länder, till exempel konfliktzoner som Syrien där sexuellt och annat våld mot kvinnor och flickor uppmärksammas.

Sverige satsar mer pengar än någonsin på SRHR. År 2012 utgjorde det svenska stödet till SRHR (inklusive hiv/aids) 2 642 miljoner kronor. Sverige är nu den största givaren till UNFPA:s kärnbudget och tredje störst i sitt totala stöd till UNFPA (både icke-öronmärkt och öronmärkt). Sverige är också mycket aktivt i styrelserna för UNFPA, UNAIDS, UNICEF, Globala fonden, Världsbanken och GAVI för att se till att SRHR, jämställdhet och rättighetsperspektivet i fattigdomsbekämpning genomsyrar dessa organisationers arbete. Sverige fortsätter alltså att i globala förhandlingar och genom finansiellt stöd försvara SRHR.

I maj 2013 arbetade Sverige hårt för att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter skulle uttryckas som en prioritet i EU:s rådsslutsatser inför post-2015-processen. Denna gång arbetade Alireza Javaheri och hans irländska kollega tillsammans (de var de extrema på varsin sida) för att hitta en väg framåt. Sverige har också jobbat hårt, och lyckats, för att få in SRHR i den högnivå-panel om post-2015 som förra biståndsmministern Gunilla Carlsson (M) satt i.

Vid generalförsamlingens statschefsmöte i New York i september 2013 riktade statsminister Reinfeldt (M) i sitt tal fokus på jämställdhet och SRHR. Vid presskonferensen rapporterades det att en journalist frågade om han inte hade något viktigare att ta upp

än jämställdhet. Reaktionen på Reinfeldts tal visar ännu en gång att Sveriges ledarskap i frågor om jämställdhet och SRHR fortfarande behövs.

På senare år har det nordiska samarbetet kring jämställdhetsfrågor och SRHR blivit allt viktigare och utgör numera en central del i Sveriges FN-relaterade förhandlingar. De fem nordiska ländernas policys, strategier och finansieringsmodeller speglar gemensamma tankar och övertygelser om att jämställdhet och SRHR är avgörande för utveckling. De är överens om vikten av att bekämpa tendensen hos flera könskonservativa länder att reducera det breda SRHR-fältet till enbart en fråga om abort eller om hbt.

Sveriges position i post-2015-förhandlingar lyfter SRHR som en prioriterad fråga, dels inom ramen för alla människors rätt att ha tillgång till hälsa, dels för främjandet av jämställdhet, som även måste bli ett eget mål. Allt tyder på att vi kommer att fortsätta att se till att göra oss kända för att vara beslutsamma i våra förhandlingar. Världen förväntar sig det av oss.

Gerd Johnsson-Latham är kansliråd och arbetar sedan 1976 på UD, huvudsakligen med utvecklingsfrågor med bland annat fokus på kvinnor. Gerd har också arbetat för FN och på Världsbanken. Hon arbetar nu med mänskliga rättigheter på UD, inklusive med SRHR i globala förhandlingar.

Framtidens utmaningar inom SRHR

Som tidigare texter i den här skriften visat så är sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) grundläggande i arbetet för mänskliga rättigheter, något som också har slagits fast vid bland annat FN:s världskonferenser i Kairo och Peking 1994 respektive 1995.

Mycket har hänt sedan världskonferenserna vad gäller rättighetsfrågor, särskilt på nationell nivå. I en rad länder världen över har mödrahälsovården byggts ut och lagstiftning som stärkt kvinnors och hbt-personers rättigheter införts. Dessutom har kvinnors politiska inflytande och deltagande ökat vilket bidragit till att stärka kvinnors rättigheter, eftersom rätten till röst och inflytande ofta går hand i hand med rätten till den egna kroppen och sexualiteten.

Sverige har varit aktivt bidragande i mycket av detta arbete, både genom att övergripande arbeta för kvinnors rättigheter och inflytande och genom riktade insatser inom SRHR.

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är något som rör alla människors vardag och grundläggande rättigheter, det handlar om både liv och död och människors rätt att vara sig själva. En aspekt av sexuell och reproduktiv hälsa är att ha tillgång till vård i samband med graviditeter och förlossningar. Det är också en rättighet att inte bli påtvingad sexuella handlingar utan att kunna leva i frihet från förtryck också vad gäller den egna kroppen.

I texten kommer jag att belysa fyra frågekomplex med utmaningar för Sveriges fortsatta arbete med att säkra SRHR; frågekomplex som visar både hinder och möjligheter. Kapitlet avslutas med fem förslag till hur Sverige kan fortsätta och förstärka sitt arbete för att möta dessa utmaningar.

För att koppla agerandet till dagens verklighet belyser jag utmaningarna utifrån livet för tre enskilda kvinnor, i olika åldrar och delar av världen.

Vi börjar med Maria i El Salvador. Hon är 11 år när hon blir gravid sedan hennes styvfar förgripit sig på henne. Hon är fattig, tillhör ett marginaliserat urfolk, och har råkat födas i ett land där abort är totalförbjudet. Den andra kvinnan heter Hope och bor i Liberia, som länge härjats av brutala inbördeskrig i jakt på sällsynta mineraler. Hope är 40 år. Hon har tre döttrar som dött och två som lever. Hope gifte sig som ung med sin stora kärlek och fick sina första barn med honom. Men han dog i kriget. Vårt tredje exempel är Alya i norra Pakistan. Hon är 15 år och äldst av fem syskon. Hon är bäst i sin klass och har hittills lyckats förmå sin far att inte gifta bort henne med den gamle, välbärgade grannen

som länge velat ta henne som sin tredje hustru. Alya är förälskad i en flicka i skolan och uppfylld av varma känslor.

För Maria, Hope och Alya, liksom för hundratals miljoner andra kvinnor och miljontals män, är den största svårigheten i livet inte materiell fattigdom utan förtryck i form av våld och sexuella kränkningar.

I den värld som är Marias, Hopes, Alys – och vår egen – är SRHR den viktigaste frontlinjen för att skapa jämställda villkor och möjligheter för kvinnor och män. Skälet är att SRHR inte ”bara” rör diskriminering som begränsar kvinnors rörelsefrihet, utbildning, yrkesval, löner, yttrandefrihet, politiska inflytande med mera. SRHR omfattar även mer livsavgörande och grundläggande positiva frågor som allas rätt att uttrycka sin sexualitet, föda barn och välja vem man vill älska och gifta sig med.

Så låt oss ta Maria, Hope och Alya som utgångspunkt och utifrån deras liv illustrera de utmaningar vi som globalt samfund står inför i arbetet för att säkra SRHR. Utmaningar som bottnar i maktstrukturer, föreställningar och attityder som både präglar människors vardag och internationella förhandlingar, med både problem och möjligheter som Sverige måste förhålla sig till för att realisera mänskliga rättigheter.

Rätten till vård i samband med graviditeter

En grundläggande utmaning är att ge alla, också fattiga kvinnor, möjlighet att föda barn under trygga förhållanden och få den vård och det stöd de och deras familjer behöver. Låt oss då inte glömma att villkoren för kvinnor i vårt eget land på dessa områden förbättrats drastiskt på bara några generationer.

Globalt sett har utvecklingen gått starkt framåt när det gäller antalet graviditeter per kvinna, som har halverats på bara några decennier och nu ligger på i genomsnitt knappt tre barn, även om det fortfarande finns länder där kvinnor föder i genomsnitt fem till sju barn. Ett fortsatt problem är dock att mycket unga kvinnor, till och med 11-åringar, blir gravida (merparten inom äktenskapet). UNFPA (som Sverige är den största givaren till globalt) menar att utbildning och skolgång är avgörande för att skjuta upp unga kvinnors barnafödande. UNFPA betonar också att det viktiga inte är att söka förändra flickornas beteende för att minska risker med tidiga graviditeter utan att angripa bakomliggande strukturer som fattigdom, brist på sexualundervisning, våld och brist på egenmakt.

Mödradödligheten är globalt sett fortsatt extremt hög med omkring 300 000 dödsfall om året. Framför allt gäller det många afrikanska länder men också konfliktrabbade länder i andra världsdelar. Dessutom omfattas många fattiga kvinnor och flickor i medelinkomstländer, som Marias hemland El Salvador, liksom urbefolkningar vars rättigheter ofta är begränsade. Särskilt utsatta är också interna och externa migranter, papperslösa flyktingar, illegala gästarbetare och hiv/aids-sjuka.

Fattigdom är en bakomliggande orsak till mödradödlighet liksom till i stort sett alla andra hälsoproblem. Men mödradödlighet beror specifikt på brist på prioritering, otillräcklig utbyggnad av hälsosystemet inklusive mödravården, brist på kunskap, för hög fertilitet, tonårsgraviditeter, brist på preventivmedel och kvinnors och flickors utsatta ställning och brist på makt och inflytande. Trots fortsatta problem har dock mödradöd-

ligheten minskat väsentligt under det senaste decenniet, bland annat tack vare förstärkta hälsosatsningar.

Ett uttryck för världssamfundets ambition att sätta arbetet med mödradödlighet i fokus är att ett av FN:s åtta millenniemål till 2015 inriktas på att halvera mödradödligheten. Mödradödligheten har också minskats med nästan 50 procent under de senaste 20 åren, bland annat tack vare ökad tillgång till förlossningsvård som kan behandla de vanligaste komplikationerna, exempelvis blödningar och infektioner.

Sverige har prioriterat dessa frågor högt och aktivt mött denna utmaning genom ett starkt, brett och omfattande stöd till såväl multilaterala aktörer som WHO och UNFPA som till bilaterala insatser i enskilda länder (se Eva Wallstams kapitel).

Att fortsätta satsa på säkra graviditeter och förlossningar – för kvinnor som Maria och Hope – är en viktig del av SRHR som ger tydliga resultat i form av minskad mödradödlighet och förbättringar av kvinnors hälsa. På många håll är detta en förhållandevis okontroversiell del av SRHR eftersom det inte utmanar maktstrukturer, könsstereotyper och förhållanden mellan kvinnor och män utan också accepteras i agendor som primärt betonar kvinnors funktion som mödrar.

Den stora utmaningen i fråga om mödrhälsa ligger främst i att ändra prioriteringarna, förbättra utbildningen och ställa ekonomiska resurser till förfogande för en utbyggnad av hälsovården inklusive mödravården. Denna utmaning är dock förhållandevis hanterbar eftersom den inte ifrågasätter könsstereotypa föreställningar om kvinnor och män.

Frihet från sexuellt tvång och våld

Sexuella och reproduktiva rättigheter innebär frihet från sexuellt tvång och våld. Ett förverkligande av dessa rättigheter skulle förändra allt för Maria, Hope och Alya och stärka deras möjligheter att själva forma sina liv.

Kunskapen om omfattningen och uttrycken för sexuellt våld och tvång har ökat väsentligt och i dag vet vi mycket mer än för bara något decennium sedan. År 2005 presenterade WHO den första banbrytande kartläggningen av våld i nära relationer. I år, 2013, rapporterade WHO att var tredje kvinna i världen utsätts för våld inom familjen, främst mäns våld och i mer begränsad utsträckning sexuellt våld från aktörer utanför familjen. Kartläggningen visade hur våldet ofta syftar till kontroll av kvinnors sexualitet och liv och innebär omfattande fysiska skador, exempelvis benbrott, skottskador, söndertrasad livmoder, förlorad syn eller hörsel och skador på foster. Till detta kommer trauman, rädsla och självmord.

Omfattningen av våldet mot kvinnor och flickor, inklusive sexuellt våld och kontroll av kvinnors och flickors sexualitet bekräftas också i de rapporter om mänskliga rättigheter som årligen sammanställs av det svenska utrikesdepartementet.

En avgörande faktor för att minska det våld som hindrar människors sexuella och reproduktiva rättigheter är att det i varje land finns en fungerande lagstiftning inom området. Ledorden i de internationella överenskommelserna är att människor fritt ska kunna bestämma över sin sexualitet, utan tvång, diskriminering eller våld. Detta är en del av staters åtaganden i en rad rättsligt bindande överenskommelser, både globalt

och regionalt, som i CEDAW, FN:s kvinnokonvention. Detta innebär både att angripa grundorsakerna till brist på jämställdhet och åtgärda alla former av diskriminering och föreställningar om kvinnors underordning.

Slutdokumenten från FN:s världskonferens i Peking 1995 innebär att stater åtagit sig att bekämpa våld mot kvinnor och flickor, både i fredstid och i krig. De har också åtagit sig ett huvudansvar för att genom lagstiftning, utbildning och andra åtgärder arbeta förebyggande och enligt rättsstatens principer döma förövare och skydda och bistå offren för våldet. Ett annat område rör utbildning av domare och polis för att agera utifrån en medvetenhet om våldets orsaker och uttryck.

En viktig utgångspunkt i det fortsatta arbetet är överenskommelsen från FN:s befolkningskommission (UN Commission on Population and Development) 2009, där stater slår fast att sexuella relationer ska bygga på ömsesidigt samtycke, jämställda relationer mellan kvinnor och män, full respekt för den andres integritet och delat ansvar för sexuellt handlande och dess konsekvenser.

Den stora utmaningen är givetvis att se till att det internationella ramverket efterlevs och stärks. Sverige spelar här en betydelsefull roll genom att tydliggöra att kvinnors rättigheter är en del i arbetet för rättssäkerhet och demokrati, och mot förtryck. Viktiga bidrag från svensk sida är också att uppmärksamma kvinnors och flickors utsatthet och rätt till inflytande i alla faser av konflikthantering, för att i linje med FN:s säkerhetsråds resolution 1325 minska riskerna för sexuellt våld i samband med väpnade konflikter. Under 2013 har ett samarbete mellan Sverige och chefsåklagaren vid den internationella brottsmålsdomstolen (ICC) inletts, bland annat för att kunna ställa förövare av sexuellt och annat våld i väpnade konflikter inför rätta. I ICC:s stadga slås fast att våldtäkt i krig kan utgöra en krigsförbrytelse och under vissa betingelser också brott mot mänskligheten.

Sverige ställer också ekonomiska resurser till förfogande för att stödja det arbete som i dag utförs av civilsamhällets organisationer när stater brister i sina åtaganden om arbete mot sexuellt våld och tvång. Många kvinnoorganisationer arbetar från ett rättighetsperspektiv för att angripa orsaker till våld, tvång och andra brister som rör SRHR. AWID (Association for Women's Rights in Development) hör till de organisationer som får svenskt stöd och som visat att våld, inklusive sexuellt våld, genomgående är det som kvinnor världen över definierar som det största hindret i deras liv för att uppnå välfärd.

Sverige har också varit mycket aktivt i globalt förhandlingsarbete för att främja jämställdhet och motverka sexuellt våld och tvång mot kvinnor. Sverige var till exempel pådrivande i ett systematiskt och mångdimensionellt arbete mot bristande jämställdhet och våld och för SRHR i form av de slutsatser som antogs vid FN:s kvinnokommission våren 2013 (CSW 57). Slutsatserna understryker staters ansvar för att arbeta mot de föreställningar om kvinnors och flickors underlägsenhet i relation till pojkar och män som ofta ligger till grund för att våldet accepteras och kan fortgå. De slår också fast – och här var Sverige pådrivande – att hänvisning till kultur, religion och tradition *aldrig* får åberopas för att sanktionera våld mot kvinnor och flickor.

Till grund för fortsatt arbete ligger nu också säkerhetsrådets resolution 2122 från hösten 2013 som bland annat betonar vikten av "access to the full range of sexual and reproductive health services including regarding pregnancies resulting from rape, without discrimination". Detta knyter an till rapporter från flera av FN:s specialrapportörer som bevakar

olika aspekter av mänskliga rättigheter. Rapportörerna har betonat SRHR-frågor som avgörande, både i fråga om hälsa och mänskliga rättigheter.

För att arbeta mot sexuellt våld och tvång mot kvinnor stöder Sverige också sedan flera decennier det viktiga arbete många män och mansgrupper bedriver för att motverka mäns sexuella våld mot kvinnor och för att stärka jämställdhet. Redan i Peking 1995 lanserades den svenska boken *Men on Men* som den dåvarande ministern Bengt Westerberg (FP) initierat och medverkade i. Sverige har också stött en rad biståndsinsatser främst i Afrika till stöd för män som aktivt arbetat för att förbättra kvinnors SRHR.

Sammantaget så utgör säkrandet av kvinnors och flickors rätt till frihet från sexuellt och annat våld och tvång en av de allra största utmaningarna vad gäller SRHR. Problemen bottenar i föreställningar om mäns överordning och mäns – men inte kvinnors – rätt till sin sexualitet. Regelverk och nationell lagstiftning finns ofta på plats – men tillämpas sällan eftersom frågorna prioriteras lågt och är kopplade till kvinnors brist på egenmakt. Sverige är dock en av de mest aktiva aktörerna i världen på detta område.

Rätten att undvika oönskade graviditeter

Tillgång till sexualundervisning, preventivmedel och säkra aborter skulle väsentligt förbättra livsvillkoren för Maria, Hope, Alya och deras medsystrar. Att själv få bestämma när man vill skaffa barn och med vem, är grundläggande och avgörande för människors egenmakt och inflytande. Detta betyder tillgång till preventivmedel, säkra aborter och vård efter osäkra aborter.

Merparten av jordens befolkning utnyttjar också dessa rättigheter och möjligheter och både ungdomar och vuxna i alla delar av världen använder sexualkunskap, preventivmedel och aborter – både säkra och osäkra – för att undvika oönskade graviditeter. Det gäller även i den stora grupp länder i till exempel Latinamerika där abort i dag i princip är förbjudet, med undantag för när kvinnans liv är hotat och fostret ofullgånget, eller helt förbjudet och straffbelagt som i El Salvador, Nicaragua och Chile.

Problem vad gäller SRHR i bemärkelsen brist på kunskap, preventivmedel och möjlighet till säkra och lagliga aborter drabbar dock framför allt fattiga och marginaliserade kvinnor, som Maria, Hope och Alya. Det drabbar också miljontals kvinnor med hiv/aids som på många håll förnekas rätt till vård.

Frågor om rätten till preventivmedel och säkra och lagliga aborter är bland de svåraste i alla internationella förhandlingar. Det gäller i FN, men det gäller också inom EU, där främst Malta och många gånger också Irland och Polen motsätter sig att EU arbetar för säkra aborter och preventivmedel. Så även om majoriteten av världens kvinnor både använder preventivmedel och möjligheten till abort så finns ingen majoritet vid *förhandlingarna* i internationella fora för att slå fast människors rättigheter till att skydda sig mot oönskade graviditeter.

En utmaning för Sverige och likasinnade länder är att bemöta de olika typer av argument som förs fram i motståndet mot aborter, preventivmedel och sexualundervisning till unga. Den katolska kyrkan, som själv har haft problem med präster som utsatt barn för sexuella övergrepp, anför en tolkning av Bibeln som innebär att alla sexuella handlingar ska syfta till barnafödande, och talar för skydd av fostret från befruktningssögonblicket.

Samtidigt finns det grupper inom katolska kyrkan, till exempel Catholics for a Free Choice, som gör andra tolkningar och förordar rätt till abort och skydd mot oönskade graviditeter av hänsyn till kvinnors och flickors hälsa. Den nytillsatta påven Franciskus hänvisar till var och ens personliga samvete i dessa frågor, även om kyrkans position är fast, vilket öppnar vissa dörrar.

Flera aktörer hänvisar i sitt motstånd mot rättighetsdelarna av SRHR till kvinnors underordning och vikten av att upprätthålla "traditionella" könsroller inom familj och samhälle samt etik och moral. Sådana argument förs till exempel fram av olika muslimska länder och liknar de tankar som tidigare präglat bland annat Sverige. De rör inte minst ekonomiska frågor som skydd av arvsrätter, att män inte ska riskera att försörja andra mäns barn och kyskhetskulturer som innebär att familjens heder och anseende ska skyddas genom restriktioner för kvinnors sexualitet.

Flera aktörer som motsätter sig rättighetsaspekterna av SRHR gör det för att de vill backa tillbaka klockan och återgå till "traditionella" stereotypa könsroller. Den alltmer synliga och aktiva ryskortodoxa kyrkan stöder till exempel rysk-nationalistiska initiativ i FN om stärkande av familjen och vad som definieras som "kultur och tradition". Politiska observatörer och forskare har pekat på hur extrema tolkningar inom flera religioner nu fokuserar på att förespråka könsstereotypa föreställningar om makt inom familj och samhälle som liknar dem som också omfattas av högerextrema grupper både i Europa och på andra håll i världen. Många religiösa och politiska extremister får i dag näring av ekonomiska kriser, marginalisering och arbetslöshet och riskerar att växa ytterligare med tilltagande miljö- och klimatförändringar som kan innebära ökade flyktingströmmar. Det i sin tur kan bidra till allvarliga inskränkningar både vad gäller kvinnors rättigheter och samhälleliga rättigheter i stort. Det är viktigt att se att inskränkningar på kvinnors redan begränsade rättigheter kan fungera som en "early warning" om bredare inskränkningar i mänskliga rättigheter.

Sverige fortsätter att aktivt stärka kvinnors rättigheter och möta utmaningar genom att arbeta för abort i länder där abort är lagligt, för ungdomars rätt till sexualundervisning samt för allas tillgång till preventivmedel.

En viktig del i arbetet är stöd genom såväl UNFPA och UNICEF som bilateralt utvecklings-samarbete där svenskt stöd ofta är betydelsefullt, som till exempel i Guatemala. Av stor betydelse är också fortsatt SRHR-diplomati, kunskap, nätverkande och alliansbyggande med andra länder och aktörer för att på bred front föra frågorna framåt.

Frågan om rätten till abort, preventivmedel och sexualundervisning för unga är kopplad till övergripande arbete med jämställdhet och frågor om makt. Därmed är den svår, särskilt som inte ens EU kan enas i frågan, och här krävs en fortsatt hög profil från Sverige med förhandlingsarbete, bistånd och agerande på politisk nivå.

Allas rätt till sin sexualitet

Enligt WHO handlar sexualitet om mer än bara förekomsten av sex. Det handlar om mening och beteenden som är en del av allas vardag. Sexualitet är en del av att vara människa men är inte endast av biologisk natur. Den formas av religiös tro, lagstiftning och historiska, kulturella, ekonomiska och sociala kontexter där människor lever sina liv.

Att få rätt till sin egen sexualitet skulle helt förändra livet för både Maria, Hope och Alya och för hundratals miljoner kvinnor och flickor i världen. Det handlar bland annat om att kunna välja sin egen partner, när man gifter sig och hur man vill uttrycka sin sexualitet.

Det finns en rad internationella överenskommelser som tydligt slår fast alla människors rätt till sin sexualitet, fritt från tvång och våld, till exempel i FN:s Pekingplan paragraf nr 96. Överenskommelserna markerar allas rättigheter på området och innebär att sexualitet inte ses som kopplad till reproduktion. Detta i sin tur markerar lika rättigheter för alla oavsett sexuell orientering och lägger grunden för rätten att få älska med den man vill, i en relation byggd på samtycke. Det är viktigt att uppmärksamma att rätten till makt över sin egen sexualitet också omfattar rätten att säga nej till sex.

I den del av SRHR som rör rättigheter för homo-, bi- och transpersoner (hbt) samt intersexuella har utvecklingen gått snabbt och positivt under det senaste decenniet. Framstegen har inte minst omfattat det katolska Latinamerika där flera länder, bland annat Argentina, genomfört lagstiftning om samkönade äktenskap.

Sverige och EU har varit en pådrivande aktör i dessa frågor och utformat riktlinjer för arbete med att stärka hbt-personers rättigheter. Detta arbete ligger till grund för globala förhandlingar i till exempel FN:s generalförsamling och i FN:s råd för mänskliga rättigheter. Men utmaningarna är stora. Inom EU finns trots de framsteg som gjorts fortsatt motstånd till rättigheter för hbt-personer. Ett starkt och på flera håll växande motstånd mot hbt-personers rättigheter finns också i Afrika, trots att regionen på 1990-talet var internationellt pådrivande i dessa frågor, främst genom Sydafrikas kraftfulla agerande. Det motstånd som fortsatt finns mot hbt-rättigheter präglar också FN-förhandlingar i New York och Genève och leder bort från ICPD- och Pekingplanens åtaganden.

Denna del av SRHR rör främst frågor om rättigheter och makt, och att alla människor ska ha rätt till sin egen sexualitet, som en grundläggande del av mänsklig frihet, och frihet från förtryck. De framsteg som gjorts inom detta område har mest rört hbt-rättigheter och inte minst EU har här spelat en pådrivande roll.

Avslutande ord

Varje tid har sina utmaningar. En stor uppgift i dag är att försvara de landvinningar som gjorts under decennier i fråga om kvinnors och mäns sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter som fortsatt hotas på många håll i världen, och som är avgörande för stärkande av kvinnors egenmakt eftersom rätten till den egna kroppen går hand i hand med kvinnors inflytande i familj och samhälle.

Sverige har varit en ledande aktör och nått stora framgångar i arbetet med SRHR tack vare kunskap, engagemang och en bred politisk enighet i frågorna och vi har fortsatt en viktig roll att spela i arbetet för såväl SRHR som kvinnors rättigheter på bred front.

SRHR står för ett erkännande av alla människors lika värde och utgör ett redskap mot könstereotypa föreställningar som begränsar människors liv, valfrihet och rättigheter. Detta gör SRHR till en grundbult i allt arbete mot förtryck och för mänsklig frihet. I dagens värld hotas särskilt fattiga kvinnor av begränsningar i fråga om SRHR. Därför är SRHR en hörnsten i svenska satsningar på fattigdomsbekämpning och stärkandet av kvinnors rättigheter.

Milstolpar inom SRHR i Sverige och världen

1911

Lag om förbud mot information om preventivmedel införs i Sverige.

1934

RFSU bildas.

1938

Förbudet mot information om preventivmedel upphävs i Sverige.

1944

Straff för homosexualitet upphävs i Sverige.

Möjlighet till abort under vissa förutsättningar i Sverige.

1951

Som första land börjar Indien ett familjeplaneringsprogram.

1952

Centralkommittén för tekniskt bistånd (CK) bildas i Sverige.

1953

IPPF bildas med Elise Ottesen-Jensen som en av grundarna.

1954

Befolkningskonferens i Rom.

1955

Sexualundervisning obligatoriskt i svenska skolor.

1958

Som första givarland i världen börjar Sverige ge familjeplaneringsbistånd till Ceylon.

1961

Svenskt familjeplaneringsbistånd till Pakistan inleds.

1962

Nämnden för internationellt bistånd (NIB) etableras i Sverige.

1964–66

P-pillar och IUD:s blir tillåtna i Sverige.

1965

Befolkningskonferens hålls i Belgrad.

Frågor om fertilitet och familjeplanering börjar diskuteras inom FN.

Sida etableras med en sektion för familjeplanering och forskning.

1966

Sida börjar ge budgetstöd till IPPF.

1968

Rätten för föräldrar att bestämma antalet barn och när erkänns som en mänsklig rättighet av FN.

1969

Familjeplanering undantas från koncentrationsprincipen för det svenska bilaterala biståndet.

1971

På Sida ersätts familjeplaneringssektionen av befolkningsbyrån.

1973

Sida etablerar riktlinjer för biståndet till Befolkning och familjeplanering.

1974

FN:s befolkningskonferens hålls i Bukarest.

1976

På Sida bildas Befolknings- och hälsobyrån.

- 1978**
WHO/UNICEF:s primärhälsövårdskonferens hålls i Alma Ata.
- 1979**
Klassificeringen av homosexualitet som sjukdom avskaffas i Sverige.
- 1980**
Det svenska familjeplaneringsbiståndet till Indien avbryts.
- 1982**
Sida lanserar Policy för hälsobistånd.
- 1984**
Sida skriver "Riktlinjer för insatser inom befolkningsområdet".
- 1985**
Sveriges familjeplaneringsbistånd till Bangladesh avbryts.
- 1987**
Safe Motherhood-initiativet lanseras globalt.
- 1990**
Sidariktlinjer för insatser inom befolkningsområdet.
- 1992**
Svensk Nationalkommitté inför ICPD etableras.
- 1993**
Sida publikation *Population Policies Reconsidered*.
- 1994**
FN:s konferens om befolkning och utveckling (ICPD) i Kairo hålls.

Sidas första handlingsplan för sexuell och reproduktiv hälsa skrivs.
- 1995**
Kvinnokonferens i Peking hålls.

Sida publikation *Så beslöt de i Kairo*.
- Sida publikation *Våra barn och deras*.
FN:s konferens om befolkning och utveckling (Konferensrapport från UD).
- 1997**
Sida första strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Sida policy för hälsosektorbistånd.

Sida positionspapper: "Befolkning, utveckling och samarbete".

Sida handbok om Jämställdhet och hälsa.
- 1999**
ICPD +5 (Haag) äger rum.

Sidas första hiv/aids-strategi "Att investera i kommande generationer".
- 2000**
Millenniedeklarationen och millenniemålen, MDG:s antas av världens stats- och regeringschefer.

Peking +5 möte hålls.
- 2002**
Sida policy "Health is Wealth".
- 2003**
Svensk politik för global utveckling, PGU.
- 2004**
ICPD +10 vid FN:s specialsession, UNGASS.

Partnerskapet för mödra- och barnavård, PMNCH, bildas.

Sida utvärdering av SRHR-biståndet.
- 2005**
WHO global strategi för reproduktiv hälsa.

Sida utvärdering av hiv/aids-biståndet, "Turning Policy into Practice".

Sida ny jämställdhetspolicy.

Peking +10 möte hålls.

2006

Milleniemålen utökas med MDG 5B.

”Maputo Plan of Action” antas av Afrikanska Unionen.

Sveriges internationella politik för SRHR.

2007

Sida aktionsplan om våld mot kvinnor.

2009

ICPD +15, FN:s generalförsamling.

”Rätten till en framtid” – policy för Sveriges internationella hiv/aids-arbete.

2010

FN:s generalsekreterare: “Global strategy for women’s and children’s health.”

UD Policy för jämställdhet och kvinnors rättigheter och roll inom svenskt internationellt utvecklingssamarbete 2010–2015.

Referenser

Andersson Brolin, Lillemor. 1993. SIDA's support to family planning programmes. *Thirty-five years of Swedish experience of development cooperation. A desk study.* (otryckt).

Bergström, Gunnel. 1999. *Men's Voices, Men's Choices. How can men gain from improved gender equality? A Sweden/Africa Regional Seminar in Lusaka, Zambia 11–13 January 1999.* Stockholm: Ministry of Foreign Affairs.

Borgström, Georg. 1964. *Gränser för vår tillvaro.* Halmstad: LT:s förlag.

Båveryd, Lennart, Forsberg Hans G., v. Hofsten, Sune, Rydén, Håkan och Sundström, Lennart C. 1961. *Befolkningsexplosionen och världens resurser.* Skrifter utgivna av Utrikespolitiska institutet. Stockholm: Rabén & Sjögren.

Dyring, Annagreta. 1994. *Verkligheten bakom siffrorna. Befolkningsfrågan i nytt ljus. Intryck från Harareseminariet.* Stockholm: SAREC/Sida.

Eckholm, E. 1976. *Losing Ground.* New York: Norton & Co. Inc.

Egerö, Bertil, Hammarskjöld Mikael. 2001. *Jord för miljarder. Om befolkning och utveckling.* Stockholm: Sida.

Ehrlich, P & A. 1972. *Befolkning, resurser, miljö.* Stockholm: Bonniers.

Förenta Nationernas konferens om befolkning och utveckling. Kairo den 5–13 september 1994. 1995. Stockholm: Aktstycken utgivna av Utrikesdepartementet, ny serie II:49.

Geisler, Gisela, Austveg, Berit, Bleie, Tone, Sundby, Johanne, Skramstad, Heidi, Yamba, Bawa C. 2004. *Sida's Work Related to Sexual and Reproductive Health and Rights 1994–2003.* Sida Evaluation 04/14. Stockholm: Sida.

Hammarskjöld, Mikael. 1992. *Kort historik över befolkningsfrågornas hantering i det svenska biståndet.* Studie utförd på uppdrag av Hälsobyrån, SIDA. Lund: PROP, Programmet för befolkningsfrågor i u-land. (otryckt).

Maina-Ahlberg, Beth, Fuglesang, Minou, Johansson, Annika. 1998. *Men, Sexuality and Reproductive Health.* Issue paper. Health Division Document 1998:9. Stockholm: Sida. (otryckt).

Michanek, Ernst. 1970. *Vår insats för u-länderna. Tal, diskussionsinlägg, reflexioner 1964–70.* Stockholm: Bokförlaget Prisma.

Michanek, Ernst. 1969. *Wanted: another leap ahead, Sweden and the World Population Crisis*. SIDA. (otryckt).

Ministry for Foreign Affairs, Sweden. 2010. *Research for Development. Policy for Research in Swedish Development Cooperation 2010–2014 and Strategy for Sida's Support for Research Cooperation 2010–2014*. Stockholm: The Department for Development Policy and the MFA Information Service.

Molin, Anders. 2013. *Global Health and Development Cooperation or Health 2013*. Sida. (otryckt).

Molin, Anders. 2013. *Global Health Trends 2013*. Sida. (otryckt).

Ohlin, Göran. 1968. *"Befolkningsexplosion och familjeplanering i u-länderna," i U-hjälp i utveckling*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Ottesen-Jensen, Elise. 1966. *Livet skrev vidare*. Stockholm: Bonniers.

Primary Health Care. *Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva: World Health Organization.

Rosenfield, A and Maine, D. 1985. "Maternal Mortality – a neglected tragedy". *The Lancet*, July 13, 1985.

Regional HIV&AIDS Team. 2013. *Contribution Overview*. Last updated Jan 2013. (otryckt).

Sen, G., Germain, A. & Chen, L. (eds.). 1994. *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*. Harvard School of Public Health, Boston.

Sida. *Policy för SIDA:s hälsobistånd*. 1982. (otryckt).

Sida Health Division. 1994. *Sexual and Reproductive Health. Development cooperation to promote Sexual and Reproductive Health – an Action Plan of the Health Division at SIDA*. Stockholm: Sida.

Sida, Department for Democracy and Social Development, Health Division. 1997. *Sexual and Reproductive Health and Rights*. Strategy for Development Cooperation. (otryckt).

Sida, Avdelningen för Demokrati och Social Utveckling, Hälsoenheten. 1997. *Befolkning, utveckling och samarbete*. Positionspapper. Stockholm: Sida.

Sida and Swedish Ministry for Foreign Affairs. 1999. *Investing in Future Generations. Sweden's International Response to HIV/AIDS*. Stockholm: Sida and UD.

Sida. 2000. *Webs Women Weave. An assessment commissioned by Sida. A synthesis report on four organisations working with sexual and reproductive health and rights*. Stockholm: Sida.

Sida, Health Division. 2002. *Health is Wealth. Policy for Health and Development*. Stockholm: Sida.

Sida. 2009. *Gender Equality in Practice. A Manual for Sida*. Stockholm: Sida.

Sida. 2012. *Gender Equality Portfolio of the Unit for Global Programmes*. Genderportföljen 2012 vid Enheten för Globala Program, Sida, 2012-08-14. (otryckt).

Sida/UD. 2013. *Svenskt hälsobistånd 2012. Resultatredovisning*. (otryckt).

Sida/UD. 2013. *Svenskt hälsobistånd – en portföljanslys, slutsatser och rekommendationer*. (otryckt).

Stenson, Bo. 1979. "Hälsa åt alla år 2000". *Rapport från SIDA nr. 1*, 1979: 3.

Svenska Nationalkommittén för FN:s konferens om Befolkning och utveckling. 1994. *SOU 1994:37. Sexualupplysning och reproduktiv hälsa i Sverige under 1900-talet. Rapport från FN:s konferens om Befolkning och utveckling i Kairo 1994*. Stockholm: Utrikesdepartementet.

Thomsen, Sarah. 2010. *Bridging the "Know-Do Gap" in Sida's Support to Sexual and Reproductive Health and Rights, Including Maternal Health*. Report InDevelop-IPM. (otryckt).

UNFPA. 2013. "Motherhood in childhood. Facing the challenges of adolescent pregnancy", i *UNFPA State of World Population 2013*. New York: UNFPA.

Utrikesdepartementet. 1974. *The Biography of a People, A contribution to the United Nations World Population Conference*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Utrikesdepartementet. 1995. *Förenta Nationernas konferens om befolkning och utveckling Kairo den 5–13 september 1994*. Aktstycken utgivna av Utrikesdepartementet. Ny serie II:49. Stockholm.

Utrikesdepartementet. 2006. *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Stockholm: Utrikesdepartementet.

Utrikesdepartementet. 2009. *Rätten till en framtid. Policy för Sveriges internationella HIV- och AIDS-arbete*. Stockholm: UD:s informationstjänst.

Utrikesdepartementet. 2010. *På lika villkor. Policy för jämställdhet och kvinnors rättigheter och roll inom svenskt internationellt utvecklingssamarbete 2010–2015*. Protokoll vid regeringssammanträde, UF2010/39514/UP. (otryckt).

Utrikesdepartementet. 2012. *Strategy for regional work on HIV and AIDS, sexual and reproductive health and rights (SRHR) and on the human rights of lesbian, gay, bisexual and transsexual (LGBT) persons in sub-Saharan Africa*. Memorandum 2012-03-19. Final version. (otryckt).

Wahren, Carl. 1986. "The crucial family. Swedish concern for population and family planning", i *Swedish Development Aid in Perspective*, Pierre Frühling (red.), 185–194. Stockholm: Distributed by Almqvist & Wiksell Int.

Wieslander, Anna. 1994. *Så beslöt de i Kairo. En sammanfattning av handlingsprogrammet från FN:s tredje stora befolkningskonferens, Kairo*. Stockholm: Sidas hälsobyrå.

Wieslander, Anna (red.). 1995. *Våra barn och deras. En antologi om befolkning och utveckling utifrån FN-konferensen i Kairo 1994*. Stockholm: Forum Syd.

Tack

Författarna vill tacka följande personer för värdefulla bidrag till skriften: Björn Andersson, Lennart Båge, Klara Backman, Dalton Barrientos, Sophie Becker, Lisbeth Björk, Ros-Mari Bålöw, Sofia Dohmen, Paul Dover, Jenny Egermark, Lena Ekroth, Pia Engstrand Carolyn Hannan, Therese Hyden, Susanne Jacobsson, Alireza Javaheri, Ulrika Hertel, Karolina Kvarnare, Christina Larsson, Susanne Lokrantz, Hans Lundborg, Anders Molin, Ann Måwe, Anders Nordström, Kwabena Osei-Danquah, Maria Parent, Eva-Charlotte Roos, Julia Schalk, Ann Svensén, Prudence Woodford-Berger, Eva-Marie Wikström.

Åsikter och värderingar som förekommer i boken är författarnas egna.

Innehållsredaktör: Sarah Thomsen
Textredaktör: Thomas Schiöler/Arkad Publishing

© 2013 Utrikesdepartementet och författarna
Tryck: Elanders
ISBN: 978-91-7496-456-1
Artikelnr: UD13.035



REGERINGSKANSLIET

Utrikesdepartementet