

# Reproduktive og seksuelle helse og rettigheter – gir seg kroppslige uttrykk

Et utviklingsanliggende

Et menneskerettighetsanliggende

Et sensitivt og kontroversielt område

Karl Evang-seminaret 18. oktober 2004

Professor Johanne Sundby

# Kvinner er neglisjert....i helse....

- ....ikke fordi man mangler kunnskap, men fordi man har basale mangler i tilgang på kvinners rettigheter, også neglisjering av de etiske og profesjonelle forpliktelser man har som noen som yter tjenester til kvinner

# Menneskerettigheter

- Beskytter menneskeverdet
- Er regulert og beskyttet av nasjonale lover og internasjonale avtaler
- Gjelder alle

Mens helsetjenesters tilgang og kvalitet er monitorert av de medisinske profesjonen.

# Menneskerettigheter skal ikke brukes restriktivt eller til å ekskludere noen mennesker

Det mest grelle eksemplet er brukt ofte i Norge i debatten om IVF:

”det er ikke noen menneskerett å få barn”

Dvs. bare de verdig trengende kan få tilgang på behandling.

# Makt- ubalanse.....

- Eksisterer mellom kvinner som søker hjelp og leger som gir hjelpen, ikke bare fordi de har ulik grad av kunnskap, men fordi de har kulturelle, økonomiske og statusmessige forskjeller i kvinnens disfavør.



# Fra befolkningskontroll til helseanliggende

## **Endret terminologi:**

- Befolkningskontroll
- Familieplanlegging
- Fertilitetsregulering
- Reproduktiv Helse
- Reproduktiv og seksuell helse og rettigheter

# To FN konferanser og deres oppfølgere

- UN conference on Population and Development i Cairo 1994
- og 5 års oppfølgeren
- UN conference on Women and Development, Beijing 1995
- og 5 års oppfølgeren
- Begge disse endret paradigmene for befolkningspolitikken



# Noe er ikke kontroversielt

- Retten til å ha eller planlegge å ha en familie – med unntak for visse tilfelle av ”kunstig befruktning”.
- Retten til helse og helsetjenester for kvinner i svangerskap og under fødsel
- Tilgang på naturlig prevensjon for gifte par
- Tilgang på helsetjenester for reproduktiv kreft (livmor, eggstokk etc)

# Kontroversielle temaer er

- Rett til et seksualliv uten tvang, incest, vold, overgrep eller voldtekt uansett hva slags relasjon man er i
- Retten til å ha et seksualliv som er i samsvar med ens legning (– sex med den du ønsker) eller valg av samlivsstatus. Homofili – spørsmålet er en del av dette, pedofili er universalt fordømt likevel.
- Retten til seksualundervisning i skolen
- Tilgang på prevensjonsmidler for skoleelever og ugifte kvinner (kondomer for eksempel)
- Moderne prevensjonsmidler (jfr. paven)

# Enda mer kontroversielt er retten til abort

- Abortrettigheter er ikke med i dette rammeverket.
- ”Abortion should not be promoted as a method of family planning” sies det, men abort brukes i stor grad som et middel for å begrense fruktbarheten
- Abort helsetjenester er ikke noen absolutt rettighet, ikke en gang livreddende behandling.
- Land kan selv bestemme lover og regler for abort tilgang.
- Aborterende kvinner skal ikke straffes, men det hender noen steder likevel.



# Realiteten

- Over en halv million kvinner dør hvert år av graviditetsrelaterte lidelser, og 20 % av disse dør p.g.a. abort
- Perinatal mortalitet er veldig høy i fattige land – kvinnen går gravid i 9 måneder for så å miste barnet hun bar på
- Bare om lag 50 % av de som trenger prevensjon har tilgang på det uten opphold.

# Realiteten videre

- Tenåringssvangerskap hos unge ugifte sosialt depriverte jenter øker i mange land
- Unge jenter er sårbare på grunn av uplanlagte graviditeter
- HIV/AIDS har nådd alarmerende nivåer i noen land, spesielt blant unge jenter (40 % av gravide kvinner i Botswana)



# Noen temaer er ikke dekket

- Det har vært liten eller ingen økning i tilgangen på screening og behandling for cervixcancer i u-land
- De fleste behandlbare kjønnsykdommer er for dyre å diagnostisere og behandle i de fattigste landene der opp til 1 /3 av kvinnene bærer på minst en infeksjon av enten trichomonas, klamydia, syfilis eller gonoré.
- Infertilitetsprogrammer eksisterer nesten ikke for de som er ubemidlet i fattige land



# Utfordringene er fortsatt der – tilgang på helsetjenester av god kvalitet

- Det er fremdeles bare en brøkdel av de kvinnene som utvikler komplikasjoner under fødsel som får transport til adekvate helsetjenester som kan gi blodoverføring, keisersnitt, gi antibiotika eller behandle eklampsi raskt og adekvat.
- Det er fremdeles ikke utviklet gode og billige nok diagnostika for diagnose og behandling av seksuelt overførte sykdommer hos kvinner.



# Helsesystemene er ikke bra nok - for kvinner som føder

- Man kjenner ikke forekomsten av mødresykkelighet og mødres egen plager – ofte er de underestimerte og fanges ikke opp
- Svangerskapsomsorgen har ingen strategi for å fange opp de som faktisk trenger ekstra hjelp
- Allerede overbelastede programmer som svangerskaps- omsorgen skal nå også utvide mandatet, for eksempel tilby gravide kvinner HIV test og forebyggende ARV behandling (P-MTCT).

# Kampen er også politisk

- Noen politiske ledere tror at HIV ikke forårsaker AIDS. I Sør-Afrika ble P-MTCT utsatt med flere år p.g.a. politisk motstand
- Hvorfor godtar man at mor kan behandles for barnets skyld, når man ikke behandler henne?
- Kan fattige land betale for de medisinene de trenger? Er handelsrettigheter og profittrettigheter viktigere enn helserettigheter?

# Hvorfor konflikt?

- Kvinnens kropp er ikke alltid alene, den kan huse et foster, og det kan oppstå konflikt mellom henne og fosteret. Hvem skal bestemme over kvinnens kropp?
- Kvinnens kropp kan i noen land "eies" av en mann som kan bestemme hvordan den skal brukes
- Kvinnen må beskytte både sin egen og mannens seksualmoral (omskjæring, slør, sjal, ikke miniskjørt etc).



# Prinsipper for god legeskikk

- Konfidensialitet
- Sikre autonomi i beslutninger over egen kropp
- Ikke-dømmende behandling
- Ikke-diskriminering (alder, kjønn)
- Sikre tilgang på adekvat informasjon
- Ikke nekte behandling på bakgrunn av egne moralske normer eller kvinnens mangel på økonomisk evne

# Hva er utfordringene?

- Sentrale helseøkonomer argumenterer for at man skal investere i helsetjenester av økonomiske årsaker (produktiviteten i friske befolkninger går opp) – og at helse som menneskerettighet ikke mobiliserer penger
- Mødre dødeligheten har ikke blitt redusert
- Global Burden of Disease/DALY systemet diskriminerer kvinner i helseprioriteringsdebatten



- Det er synkende bevilgninger til reproduktiv helse globalt
- Reproductiv helse drukner i helsereformsdebattene
- Norge ”henger etter” og har ingen egenutviklet politikk på området – og har ikke fulgt opp med utvikling av egne gode programmer unntatt når det gjelder omskjæring.
- De færreste land utenom Norge har spesialregler for adgang til kvalifisert fødselshjelp (i Norge er det alltid gratis!)