

Den Kontroversiella Agendan

Om Sveriges och det internationella samfundets utvecklingssamarbete
för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter

Ida Veileborg

Abstract

The aim of this thesis is to explain what actions Sweden and the international community has been taking in terms of sexual and reproductive health and rights (SRHR) in order to realize the Programme of Action from the International Conference on Population and Development in Cairo 1994. In a theoretical perspective, donor countries and multilateral organizations are seen as interacting actors involved in global development cooperation. Through applying a human rights approach I will show shortages in terms of supplies to contraception, international agreement on the issue of safe abortions and a new era that comes with new rules for aid and development cooperation. In addition, for human rights to be realized there is the feature of accountability. Without accountability, SRHR cannot be fully respected, guaranteed and protected. At the same time sexual and reproductive health services need to be available, accessible, acceptable and of good quality. Results from the analysis show that there are traditional patterns in how actors tend to direct their aid, but these patterns are changing.

Key words: sexual and reproductive health and rights, development cooperation, aid, human rights, accountability, sexual and reproductive health services, safe abortion.

Word count: 9,726

Innehållsförteckning

1	Inledning	2
1.1	Syfte	3
1.2	Frågeställningar	3
1.3	Metod och material.....	4
1.4	Teoretiskt ramverk	4
1.5	Begreppsdefinitioner	5
1.6	Avgränsningar	6
1.7	Disposition	7
2	Bakgrund	8
2.1	Sveriges utvecklingsarbete kring SRHR	8
2.2	Internationellt samarbete kring SRHR	9
2.2.1	FN:s konferens om befolkning och utveckling i Kairo	9
2.2.2	FN:s fjärde världskonferens om kvinnor i Beijing	10
2.2.3	FN:s Millenietoppmöte	10
3	Betydelsen av rättighetsperspektivet	11
3.1.1	Ansvarighet för mänskliga rättigheter	12
4	Analys	14
4.1	En omfattande definition av SRHR.....	15
4.2	Tillgång till <i>sexual and reproductive health services</i>	17
4.3	Rätten till säker abort	19
4.4	Betydelsen av mätbara mål	20
4.5	Aktörer och strukturer på den globala arenan	21
5	Slutsatser	24
6	Litteraturförteckning	26

1 Inledning

Brister ifråga om sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är nära förknippat med fattigdom, och detta kan ses exempelvis i det att en stor majoritet av världens mödradödlighet eller spädbarnsdödlighet sker i de fattigaste delarna av världen. Denna ohälsa utgör ett allvarligt hinder för människors möjlighet att påverka sin situation och utveckling, särskilt för flickor och kvinnor. (Utrikesdepartementet 2006: 5) De fattiga utgörs inte enbart av de människor som har lägst inkomst i världen, utan det är de som är mest förvägrade hälsa, utbildning och andra aspekter av mänskligt välmående. (MDG Report 2008: 5) Sexuell och reproduktiv ohälsa står för en stor del av den globala ohälsan, och det utgör en av de vanligaste orsakerna för sjukdom och död bland kvinnor i fertil ålder i utvecklingsländer. (Utrikesdepartementet 2006: 4)

Vissa frågor om SRHR är fortfarande kontroversiella på den internationella politiska agendan. De är kontroversiella i den bemärkelsen att olika länder i världen har olika kulturellt bundna vanor, seder och traditioner när det gäller exempelvis reproduktion eller att tala om människors sexualitet. Sverige håller sig i ledningen när det gäller att våga lyfta upp och agera i enlighet med mer kontroversiella frågor.

En stor del av Sveriges utvecklingsbistånd kanaliseras genom multilaterala organisationer, främst genom stöd till FN:s befolkningsfond (UNFPA) och Europeiska Unionen (EU). (Ethelston et al 2004: 117ff) Internationellt samarbete är nödvändigt för att säkerställa att SRHR kan respekteras, garanteras och skyddas i alla världens länder. Flera viktiga milstolpar har nåtts på den internationella politiska arenan när det handlar om att erkänna betydelsen av SRHR för människors utveckling. Den första viktiga milstolpen var Kairokonferensen 1994, sedan FN:s kvinnokonferens i Beijing 1995, följt av en rad andra internationella konferenser, samt de betydelsefulla Millenniemålen.

Den här uppsatsen kommer att fokusera på politiken som styr Sveriges utvecklingssamarbete på global nivå när det gäller SRHR samt på internationellt samarbete. Sverige och andra länders regeringar, samt FN:s olika organisationer och EU, med flera, är viktiga aktörer på den globala arenan som har makt att rikta eller koncentrera utvecklingsbiståndet till olika frågor. Mänskliga rättigheter har en viktig roll i det globala utvecklingssamarbetet och dessutom en grundläggande betydelse i politiken som styr SRHR; eftersom detta främst handlar om rätten till och skydd för hälsa och utveckling.

1.1 Syfte

Syftet med den här uppsatsen är att undersöka utvecklingsbistånd till SRHR med fokus dels på Sveriges roll som en stark politisk aktör på området och dels på betydelsen av internationellt samarbete. Världens utvecklingsbistånd kanaliseras till utvecklingsländer dels direkt från givarländer till mottagarländer, och dels genom multilaterala organisationer i det internationella samfundet. Min ambition med den här uppsatsen är att undersöka om det verkar finnas några avgörande mönster i hur aktörer väljer att rikta sitt utvecklingsbistånd när det gäller SRHR.

Med handlingsplanen från FN:s konferens om befolkning och utveckling i Kairo 1994 sattes en hög ambitionsnivå på det internationella samarbetet; och en bred definition av SRHR erkändes i samband med progressiva rekommendationer för länders åtaganden på området.

Ämnet känns brännande nu när Sverige tar över ordförandeskapet i EU år 2009 och därmed kan komma att ta en viktig roll i täten för nya beslut på området (Motion 2008/09:U232). Sveriges politik på området syftar till att se betydelsen av en god sexuell hälsa, där ”alla människor ska ha lika möjligheter, rättigheter och förutsättningar att kunna bejaka sin sexualitet och bestämma över sin egen kropp.” (Utrikesdepartementet 2006: 7) På grund av denna nämnda ambition finner jag det intressant att beskriva Sveriges roll som biståndsgivare och politisk tongivare, samt att placera in Sverige i ett större globalt sammanhang.

Rätten till SRHR kan ses som en grundläggande mänsklig rättighet. I mina valda teorier kommer jag att diskutera rätten till en högsta uppnåeliga standard av hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet. Denna rätt innefattar att stater eller andra nationella eller internationella aktörer är ansvariga för att respektera, garantera och skydda åtaganden gällande SRHR.

1.2 Frågeställningar

Med den här uppsatsen vill jag försöka besvara följande frågeställning:

- Hur fungerar Sveriges utvecklingsarbete och det globala samarbetet för att främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter?

För att försöka besvara denna övergripande frågeställning behöver jag även besvara ett antal mindre frågor:

- Vilka politiska initiativ tar aktörer inom det internationella samfundet för att agera för Kairoagendan?
- Finns det någon diskrepans mellan rådande behov i utvecklingsländer och hur biståndsgivare väljer att rikta sitt bistånd?
- Hur ser det ut gällande enighet i frågor inom området SRHR inom det internationella samfundet?

1.3 Metod och material

I den här uppsatsen kommer jag att använda mig av en kombinerad forskningsdesign; där jag tar avstamp i en beskrivning av samhällsfenomenet som jag kallar globalt utvecklingssamarbete (jmf Esaiasson et al 2004: 153f). Här kommer jag att beskriva utifrån Sverige som en aktör i det globala utvecklingsarbetet för SRHR, samt utifrån det internationella samarbetet. Därefter har jag en ambition att lyfta fram och beskriva mönster av samband; genom att applicera lämpliga teorier på ett utvalt litteraturmaterial för att därigenom kunna föra ett resonemang om hur utvecklingssamarbetet i världen hänger ihop i olika avseenden. Genom att ta avstamp i en föreställning om hur aktörer interagerar inom traditionella biståndsgivarstrukturer vill jag försöka att förklara orsaker till att utvecklingssamarbetet inom SRHR ser ut som det gör idag (jmf Esaiasson et al 2004: 73ff).

Jag ämnar använda mig av både primärkällor och sekundärkällor för att besvara mina frågeställningar. När det gäller primärkällor kommer jag att titta närmare på Kairoagendan, Millenniemålen och Sveriges policydokument när det gäller SRHR, dessutom kommer jag att använda mig av en stor mängd sekundärmaterial från välkända internationella organisationer så som UNFPA och WHO, samt intressanta akademiska källor inom tvärvetenskapliga områden. Då delar av materialet är producerat av aktörer så som Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (SIDA) och Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) samt multilaterala organisationer med starka ambitioner att främja hälsa tar jag i beaktning att den bild de ger kan vara något snedvriden utifrån deras egna intressen. Det är även värt att notera att så gott som allt material jag använder mig av produceras i Västvärlden, och det är fullt möjligt att utvecklingsländer skulle uttala sig annorlunda i vissa frågor.

1.4 Teoretiskt ramverk

Min utgångspunkt kommer att vara att undersöka SRHR utifrån två olika teoretiska perspektiv; teorier om aktörer och strukturer, samt ett mänskligt rättighetsperspektiv. Jag anser ett rättighetsperspektiv vara relevant eftersom SRHR handlar först och främst om mänsklig utveckling och rätten till hälsa. Teorier om aktörer och strukturer anser jag vara intressant eftersom det tillåter mig att fokusera på att identifiera viktiga aktörer inom utvecklingsbistånd samt inom vilken kontext de agerar. Jag anser det betydelsefullt att fokusera på *aktörer* eftersom jag väljer att se biståndsgivarländer, samarbetsländer, multilaterala organisationer och andra involverade som aktörer inom den politiska arenan som beslutar om samarbete och bistånd till SRHR.

SIDA erkänner den viktiga roll som mänskliga rättigheter har i det globala utvecklingssamarbetet, samt det unika i rådande dokument om mänskliga

rättigheter som omfattar både individers rättigheter och staters skyldigheter. Rättighetsperspektivet har som utgångspunkt att människor är aktörer med egna viljor att utvecklas. (SIDA:s hemsida) Genom att anta detta perspektiv i frågor om SRHR kan en analytisk förmåga fördjupas och hjälpa till att identifiera effektiva, jämlika och verklighetsförankrade politiska riktlinjer. Normer kring rättigheter har därmed också möjligheter att informera och ge makt åt utsatta individer och socialt missgynnade samhällen. (Hunt – Bueno de Mesquita 2008: 4)

Colin Hay beskriver den ontologiska frågan om förhållanden mellan politiska aktörer och den politiska miljö de agerar i, det vill säga strukturen. Olika teoretiker lägger olika stor vikt vid de två kategorierna och fokuserar gärna på antingen strukturer eller aktörer som det avgörande för politisk förändring. (Hay 2002: 89) Aktörsfaktorer innebär individuella och direkta handlingar. Det handlar först och främst om en aktörs förmåga att agera medvetet i ett försök att förverkliga ett uppsatt mål. Förutom politiska handlingar innefattar detta också existerandet av en fri vilja, möjlighet till alternativa val och en aktörs självständighet. Strukturella faktorer innebär kontexten inom vilken politiska handlingar, resultat och effekter äger rum; detta är faktorer som kan befinna sig utom räckvidd för direkt kontroll av involverade aktörer. (Hay 2002: 94ff) Jag kommer att utgå från det som Hay kallar intentionalism, vilket betyder att aktörer har kapacitet att agera utifrån egna syften och att politiska resultat därmed kan ses som en följd av aktörers direkta intentioner. Med andra ord är aktörer deltagare i sociala och politiska processer, dock påverkas aktörer av kontexten som de befinner sig i. (Hay 2002: 109-116)

1.5 Begreppsdefinitioner

Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter innehåller egentligen fyra olika begrepp som är sammanlänkade, och det kan därför vara relevant att bena ut begreppen ett och ett. Jag kommer att definiera begreppen utifrån viktiga primärkällor inom internationell politik, särskilt betydelsefull är Kairoagendan som innehåller många viktiga definitioner och principer på området. I Kairoagendan inkluderas begreppet sexuell hälsa i begreppet reproduktiv hälsa. I Sveriges politik på området anser man det dock viktigt att se begreppen *sexuell* och *reproduktiv* som två separata begrepp, men vilka även är sammanlänkade i vissa frågor. Detta anses viktigt eftersom sexualitet handlar om så mycket mer än om barnafödande (jmf Utrikesdepartementet 2006: 6). I Kairoagendan (par. 7:2) definieras *reproduktiv hälsa* som följer:

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in the last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for

regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth, and provide couples with the best chance of having a healthy infant.

Härmed handlar reproduktiv hälsa om ett tillstånd av fullständigt socialt, fysiskt och psykiskt välbefinnande kring reproduktionen och alla dess funktioner. I Sveriges biståndspolitik definieras *sexuell hälsa* så som det görs i rådande internationella överenskommelser. Sexuell hälsa handlar därmed om personliga relationer och livskvalitet, samt om tillgång till hälsovård och rådgivning. (Utrikesdepartementet 2006: 3)

Liksom Kairoagendan innehåller en viktig definition av reproduktiv hälsa återfinns i paragraf 7:3 en definition av *reproduktiva rättigheter* som följer:

...reproductive rights embrace certain human rights that are already recognised in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents. In the exercise of this right, they should take into account the needs of their living and future children and their responsibilities towards the community.

Reproduktiva rättigheter innefattar med andra ord den enskilda individens självbestämmanderätt över om, när och hur ofta man vill ha barn. Rätten ska kunna hävdas utan risk för diskriminering, våld eller tvång. Enligt internationella överenskommelser handlar *sexuella rättigheter* om rätten för alla människor att självbestämma över sin egen kropp och sexualitet. (Utrikesdepartementet 2006: 3) Sverige och många andra har valt att definiera kvinnors sexuella rättigheter efter handlingsplanen från Beijingkonferensen (par. 96): "The human rights of women include their right to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality, including sexual and reproductive health, free of coercion, discrimination and violence." (Utrikesdepartementet 2006: 7)

1.6 Avgränsningar

Tidsmässigt kommer den här uppsatsen fokusera på åren från 1994 fram till idag, då 1994 var första gången SRHR fick en bred internationellt erkänd definition.

På grund av det begränsade utrymmet och arbetstiden med den här uppsatsen väljer jag att inte gå in närmare på ett antal grupper i världen som möter en ytterligare problematik i förhållande till SRHR; exempelvis, väljer jag att inte förklara närmare hur människor som lever med psykisk ohälsa eller med fysiska funktionshinder kan möta problem ifråga om SRHR. Jag kommer inte heller att gå

in närmare på specifika kulturellt bundna problem relaterade till SRHR, så som hedersproblematik, könsstympning eller FGM (Female Genital Mutilation). Jag hyser dock förhoppning om att dessa frågor blir belysta av framtida statsvetenskaplig forskning. Under arbetets gång har jag upplevt att det finns en viss brist på statsvetenskaplig forskning på området SRHR, istället är det mesta material som finns att tillgå folkhälsovetenskapligt eller tvärvetenskapligt; och tar då upp sociala, juridiska, medicinska, ekonomiska och politiska dimensioner.

Jag har medvetet valt att inte diskutera teorier om det civila samhället eller mer djupgående belysa enskilda aktörer inom det civila samhället. Genom att använda mig av referenslitteratur och rapporter från betydelsefulla aktörer från det civila samhället tror jag att betydelsen av dem ändå framgår i den här uppsatsen. Aktörer inom det civila samhället har kraft att bilda opinion och påverka i frågor om SRHR, men de är även betydelsefulla i det praktiska arbetet med att garantera *sexual and reproductive health services*¹. Även en könsmaktnanalys vore relevant men jag tror att ett genusperspektiv ändå kan återfinnas i mina resultat.

1.7 Disposition

Uppsatsen är indelad i fem kapitel. Här i inledningskapitlet har jag förklarat syftet med uppsatsen, samt vilka teorier, begrepp och tillvägagångssätt jag har valt att utforma den efter. I kapitel två kommer jag att redogöra för bakgrunden till Sveriges respektive det internationella samfundets utvecklingsarbete för SRHR; inkluderat tre betydelsefulla konferenser i FN-regi. I det tredje kapitlet kommer jag att ta upp ett teoretiskt resonemang kring varför rätten till SRHR bör räknas som en mänsklig rättighet. I det fjärde kapitlet kommer jag att i en analys applicera de två teoretiska ramverken (aktörer och strukturer samt mänskliga rättigheter) på resultaten från litteraturstudier genom indelning i fyra olika koncentrerade rubriker. Avslutningsvis består det femte kapitlet av slutsatser utifrån analysen och egna reflektioner.

¹ Innebär människors rätt till information, preventivmedel och rådgivning. Begreppet har en mer progressiv betydelse än traditionella ord som 'vård'. Det finns idag ingen vedertagen svensk översättning av detta begrepp. Se en diskussion kring begreppet i Bergman, Ylva, 2004: 49

2 Bakgrund

I detta kapitel ämnar jag redogöra för hur Sveriges utvecklingsarbete ser ut inom ramen för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, samt vilken roll Sverige har på den globala politiska arenan på området. Sedan följer en redogörelse för det internationella utvecklingssamarbetet; med djupdykningar i tre konferenser som har fört med sig framgångar; FN:s konferens om befolkning och utveckling (ICPD) i Kairo, FN:s fjärde världskonferens om kvinnor i Beijing, samt FN:s Millenietoppmöte.

2.1 Sveriges utvecklingsarbete kring SRHR

Sveriges arbete på internationell nivå när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter har sin utgångspunkt i FN:s internationella konferenser; då särskilt i ICPD samt i FN:s kvinnokonferens i Beijing. Dessutom antog Sveriges riksdag i december 2003, regeringens proposition om ”Gemensamt ansvar – Sveriges politik för global utveckling (PGU)” (Utrikesdepartementet 2006: 3) Målet med denna antagna proposition var att likrikta allt utvecklingssamarbete mot ett gemensamt mål, nämligen det ”att bidra till att skapa förutsättningar för fattiga människor att förbättra sina levnadsvillkor.” Därmed lägger man ansvaret för uppgiften på all regeringens verksamhet och inte enbart på det konkreta biståndet. Sveriges utvecklingsarbete utgår från två perspektiv; rättighetsperspektivet och de fattiga människornas perspektiv. (Regeringens Prop. 2002/03: 122: 1) De fattigas perspektiv innebär att all politik ska i den mån det går utgå från fattiga människors verklighet, behov och intressen. På det här sättet kan fattiga människor få mer makt och möjligheter att vinna på större globala utbyten. Detta tar stöd i tesen att utveckling aldrig kan skapas utifrån, utan måste skapas inifrån de människor som berörs och av reella förutsättningar. (Regeringens Prop. 2002/03: 122: 21f)

De viktigaste aktörerna år 2007 inom det svenska utvecklingsbiståndet på sammanlagt omkring 30 miljarder kronor var SIDA, Utrikesdepartementet och Swedfund. När det gäller svenskt bistånd kanaliseras cirka två tredjedelar genom så kallat bilateralt bistånd, vilket innebär att biståndet går direkt från Sverige till utvecklingssamarbete i ett enskilt samarbetsland. Utöver det bilaterala biståndet går en tredjedel av biståndet till multilaterala samarbeten, till exempelvis EU:s gemensamma biståndsbudget, FN:s olika organisationer, Världsbanken och utvecklingsbankerna. (SIDA:s hemsida) Dokumentet *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa* är tänkt att ligga till grund för det arbete Sverige bedriver på den internationella arenan; inkluderat bilateralt, multilateralt, operationellt och normativt arbete (Utrikesdepartementet 2006).

Mänskliga rättigheter och tron på alla människors lika värde är grundvärderingarna som styr arbetet. Frågor som ingår i Sveriges politik på området är sexualundervisning, jämställdhet, socialt stöd till utsatta grupper, mödravård och vård av nyfödda, rätt till preventivmedel, säkra aborter, preventivt arbete mot hiv, aids och andra sexuellt överförbara sjukdomar, arbete mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål, uppbyggnad av hälsosystem, utbildningsväsen och rättsväsen, etcetera. Fokus ligger även på underliggande försvårande faktorer för hälsa; exempel på sådana faktorer är fattigdom, brist på utbildning, könsrelaterat våld samt kvinnors och flickors självbestämmanderätt. Arbetet bedrivs genom olika metoder och kanaler. Bilateral och multilateral program leder till direkta åtgärder, medan det kan anses vara lika betydelsefullt att arbeta mer normativt med att förändra attityder genom dialoger på ett internationellt plan. (Utrikesdepartementet 2006: 3f)

2.2 Internationellt samarbete kring SRHR

SRHR har fått uppmärksamhet på ett globalt politiskt plan i och med att frågorna lyftes upp i handlingsplanerna vid konferenserna i Kairo och i Beijing samt vid andra uppföljande konferenser. Efter dessa två nämnda konferenser har tidigare alltför känsliga frågor kunnat diskuteras på ett internationellt plan; det handlar om frågor som berör ungdomars tillgång till sexualupplysning, kvinnors sexualitet och kvinnlig könsstympning. Många länder i världen har inkluderat SRHR i sina nationella utvecklingsstrategier. (Utrikesdepartementet 2006: 5)

Det finns många viktiga multilaterala aktörer som arbetar för att främja SRHR. En som är värd att nämnas är FN:s befolkningsfond (UNFPA) som har fått det internationella samfundets mandat att arbeta mot global ohälsa, och därmed även mandat att arbeta för att bygga bort alla hinder för att alla världens människor ska ha möjlighet till en god sexuell och reproduktiv hälsa. (UNFPA:s hemsida)

2.2.1 FN:s konferens om befolkning och utveckling i Kairo

FN:s konferens om befolkning och utveckling (ICPD) i Kairo år 1994 ledde till att de 179 deltagande länderna kom fram till en gemensam handlingsplan på området sexuell och reproduktiv hälsa. Konferensen ledde till en förändrad politisk fokus från hotet av en befolkningsökning till den enskilda individens behov och rättigheter. Man kom fram till att individens utveckling likaväl som samhällets utveckling hindras av brist på kunskap, brist på makt att bestämma över sig själv samt av brist på sexuell reproduktiv hälsa. (Utrikesdepartementet 2006: 4) Kairokonferensen anses ha varit en stor framgång för politik om SRHR på den globala nivån. Under konferensen antogs en handlingsplan (Kairoagendan), med specifika mål och rekommendationer som ska uppnås till 2015; gällande

universell tillgång till *reproductive health services* samt specifika åtgärder för människors utveckling med särskilt fokus på kvinnor.

2.2.2 FN:s fjärde världskonferens om kvinnor i Beijing

Vid FN:s kvinnokonferens i Beijing år 1995 kom alla världens ledare gemensamt fram till en handlingsplan (Beijing Platform for Action) med syfte att stärka kvinnors ställning i samhället; på social, ekonomisk och politisk nivå. I och med handlingsplanen erkände man betydelsen av att kvinnor och flickor är särskilt utsatta när det gäller SRHR och att förbättringar i dessa frågor är en förutsättning för att de aktivt ska kunna delta i alla delar av samhället. (Utrikesdepartementet 2006: 4) Beijing Platform for Action lyfte fram betydelsen av att analysera könsbundna konsekvenser i alla insatser.

2.2.3 FN:s Millennietoppmöte

Världens ledare samlades ännu en gång och enades om nya krafttag och ökade insatser för att minska den globala fattigdomen vid FN:s Millennietoppmöte år 2000. Man enades om åtta mätbara mål (Millenniemålen) som är betydelsefull på så sätt att det var första gången världen fick en så omfattande gemensam överenskommen dagordning för global utveckling. I deklarationen återfinns åtta så kallade millenniemål som är tidsbundna och mätbara. Vid FN:s toppmöte år 2005, följdes millenniedeklarationen upp av organisationens medlemsstater. Vid detta uppföljningsmöte beslutades att målet från Kairoagendan om allmän tillgång till reproduktiv hälsa skulle inkluderas i strategierna för att uppnå millenniemålen. Detta erkännande av reproduktiv hälsa som en förutsättning för global utveckling var ett framsteg för politik inom SRHR. (Utrikesdepartementet 2006: 5f) Millenniemålen gav upphov till ett kraftigt ökat globalt engagemang, vilket den stora ökningen i utvecklingsbistånd från 50 miljarder dollar år 2000, till över 100 miljarder dollar år 2005 kan bevisa. (SIDA:s hemsida)

3 Betydelsen av rättighetsperspektivet

De primära instrument som garanterar mänskliga rättigheter ifråga om sexuell och reproduktiv hälsa är dokument från Kairokonferensen respektive Beijingkonferensen, samt viktiga internationella instrument så som Universal Declaration of Human Rights (UDHR), Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women (CEDAW), International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) och Convention on the Rights of the Child (CRC). Enligt Paul Hunt och Judith Bueno de Mesquita i artikeln *The Rights to Sexual and Reproductive Health* (2008: 3) finns det ett antal nyckelvärden som formar mänskliga rättigheter och skyddas genom dem; särskilt kan nämnas ickediskriminering, jämlikhet, möjlighet till privatliv, individens integritet, självbestämmande, värdighet och välmående.

Stater som deltog i Kairokonferensen erkände den grundläggande betydelsen av SRHR för individer, par och familjer, så väl som betydelsen för social och ekonomisk utveckling i samhällen och nationer. Med konferensen skiftade fokus från en tidigare snäv familjeplanering till ett bredare perspektiv med kvinnor och reproduktion i fokus; där mänskliga rättigheter erkänns som avgörande. Detta lyftes återigen på agendan i och med världskvinnokonferensen i Beijing. Betydelsen men också det känsliga i frågorna reflekteras i Millenniemålen, där målen inte uttryckligen refererar till sexuell och reproduktiv hälsa samtidigt som flertalet av målen kan sägas vara direkt relaterade till sexuell och reproduktiv hälsa; särskilt målen som berör mödrahälsa, barnhälsa, HIV och AIDS. Förbättringar på området SRHR har en avgörande roll att spela i den globala kampen mot fattigdom. Trots att man på den globala politiska arenan har erkänt betydelsen av dem är många frågor fortfarande känsliga och kontroversiella; dessutom är de breda och komplexa till sin natur. År 2003, erkände Kommissionen för Mänskliga Rättigheter att SRH är nödvändiga element i rätten för alla människor att åtnjuta högsta möjliga uppnåeliga standard av fysisk och mental hälsa. (Hunt – Bueno de Mesquita 2008: 3)

All sexuell och reproduktiv ohälsa representerar inte en kränkning av rätten till hälsa eller någon annan mänsklig rättighet; ohälsa blir dock en kränkning av mänskliga rättigheter när den härstammar från ett misslyckande från en ansvarstagare, vanligtvis en stat, att respektera, skydda eller fullfölja ett åtagande gällande mänskliga rättigheter. Det finns många hinder på vägen mellan individer och deras åtnjutande av sexuell och reproduktiv hälsa. Från ett rättighetsperspektiv blir en betydelsefull fråga om ansvarstagare gör allt de har i sin makt för att nedmontera dessa hinder. Många hinder är relaterade till varandra eller sammanlänkade, men de finns på olika nivåer; i den kliniska vården, i hälsosystem, och i biologiska eller sociala underliggande faktorer som påverkar ens hälsostatus. Sociala och ekonomiska faktorer avgör ofta kvinnors sexuella och

reproduktiva hälsa. Kvinnor och flickor har inte sällan en låg social status vilken bidrar till ohälsa. Ohälsan och sociala problem kopplat till den kan ta sig uttryck i exempelvis våld mot gravida kvinnor, vilket kan leda till missfall eller för tidig födsel. Kulturellt bundna värderingar när det handlar om sexualitet kan vara problematiska, och kan skapa hinder för framförallt ungdomar och kvinnor att få tillgång till sexualupplysning eller information. Fattigdom associeras till både ojämlig tillgång till *reproductive health services* men också till underliggande faktorer som kan avgöra hälsostatus. Förbättringar i den allmänna hälsovården gynnar oproportionerligt ofta de som inte lever i fattigdom. (Hunt – Bueno de Mesquita 2008: 4) Även Helen Potts erkänner rätten till en högsta uppnåeliga standard av hälsa som en grundläggande mänsklig rättighet i artikeln *Accountability and the right to the highest attainable standard of health* (2005: 8f). Rätten till hälsa innebär inte en rätt att vara vid god hälsa, eftersom det finns många faktorer som ligger utanför ansvarstagarens kontroll. Rätten till hälsa återfinns i lagstiftning på tre olika nivåer, det vill säga på internationell, regional och nationell nivå. Rätten till hälsa omfattar en rad olika betingelser; detta inkluderar individuell frihet att ta beslut över den egna hälsa; att vara en del av ett system som upprätthåller skydd för ens hälsa; tillgängliga och åtkomliga *health services* som är acceptabla och av god kvalitet; ickediskriminering; regeringens skyldigheter att respektera, skydda och garantera rätten till hälsa; individers delaktighet; fungerande mekanismer för kontroll och ansvarsutkrävande; och tillgång till läkemedel.

3.1.1 Ansvarighet för mänskliga rättigheter

Hunt argumenterar även för att ansvarighet är ett grunddrag i mänskliga rättigheter; eftersom att utan ansvarighet kan de inte fungera i praktiken. Det måste finnas etablerade mekanismer för kontroll av ansvarighet och dessa mekanismer måste vara åtkomliga, genomskinliga och effektiva. (Hunt 2005: 2) I Kairoagendan (par. 7.3) tas ansvarighet upp i definitionen av reproduktiva rättigheter, när man erkänner att alla regeringar bör se det som sina skyldigheter att främja de rättigheter som tas upp i agendan i alla samhällsåtgärder som relaterar till reproduktiv hälsa.

Mer utvecklade stater har ett ansvar att stå för internationell hjälp och samarbete för att garantera förverkligande av ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter i mindre utvecklade länder med brist på ekonomiska resurser. Detta ansvar upprätthålls genom världskonferenser, inkluderat Millenniemötet, samt från villkor i internationella lagtexter gällande mänskliga rättigheter. Biståndsgivarsamhället står för viktig sponsring till rätten till hälsa i många utvecklingsländer. (Hunt – Bueno de Mesquita 2008: 10)

Potts menar att ansvarighet är avgörande för rätten för alla att åtnjuta en högsta möjliga uppnåeliga nivån av fysisk och mental hälsa. Stater är de ytterst ansvariga för att garantera förverkligandet av rätten till hälsa. I denna kontext är ansvarighet processen som ger individer och samhällen en möjlighet att förstå hur styrande har uppfyllt sina skyldigheter gällande deras rätt till hälsa. Samtidigt ger

ansvarigheten styrande en möjlighet att förklara sina konkreta handlingar. Om staten misslyckas kräver ansvarigheten att den försöker gottgöra sina misstag. Med andra ord är det en process som hjälper till att identifiera vad som fungerar och vad som inte fungerar i praktiken. Gottgörande av kränkningar av rätten till hälsa är grundläggande för att mänskliga rättigheter ska vara meningsfulla. Gottgörandet kan ta sig uttryck på flera olika sätt; antingen kan det fokusera på innehavaren av rätten och försöka bota konsekvensen av en handling, eller så kan det fokusera på att införliva ett långsiktigt system av ansvarighet. Ett sådant system kan skapa fungerande strukturella förändringar, exempelvis genom hållbar planering av hälsoinsatser med genomtänkta beslut och med en långsiktig budget. (Potts 2005: 4f)

Det är staters uppgift att respektera rätten till hälsa i andra länder, samt att se till att handlingar utförda i egenskap av medlemskap i internationella organisationer respekterar denna nämnda universella rätt. Det är också viktigt att stater hjälper andra stater att uppnå miniminivåer av livsnödvändig hälsa. Givarländer borde därmed se till att deras pengar förespråkar tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa. Genom att inta ett mänskligt rättighetsperspektiv i styrning av program kan biståndsgivare och alla andra involverade försäkra att deras program skyddar rättigheter som behandlar sexuell och reproduktiv hälsa. Det blir allt vanligare att bilaterala och multilaterala biståndsgivare har en bred budget för hälsoinsatser snarare än budgetar som går till specifika projekt. (Hunt – Bueno de Mesquita 2008: 10) Potts menar att mycket mer måste göras av det internationella samfundet för att undersöka, förstå och vidare förbättra så att ansvarigheten kan fungera i praktiken. För att ansvarigheten ska fungera effektivt krävs det att man kommer överens om en långsiktig vision om att förverkliga rätten till hälsa, att det finns nationella strategier för hälsa, att effektiva institutionella mekanismer etableras i samarbete med det civila samhället, samt att det finns etablerade mekanismer för kontroll. (Potts 2005: 5)

Känsligheten i vissa frågor som handlar om SRH gör att de riskerar att marginaliseras i ett bredare perspektiv, så som i ett brett perspektiv av mänskliga rättigheter. På grund av denna risk är det viktigt att alla aktörer uttryckligen erkänner den nödvändiga roll som sexuell och reproduktiv hälsa spelar i kampen mot fattigdom. (Hunt - Bueno de Mesquita 2008: 10)

4 Analys

Det faktum att mänskliga rättigheter genomsyrar globala utvecklingsarbeten idag syns tydligt i flera betydelsefulla rekommendationer i Kairoagendan, vilka kan få fungera som fokuspunkter och därmed studeras närmare i en analys. De aspekter av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter jag ämnar titta närmare på är tillgänglighet till *sexual and reproductive health services*, rätten till säker abort samt en omfattande definition av SRHR. Andra element inom SRHR som jag väljer att inte gå in närmare på men som är värda att nämnas är ungas rättigheter, våld mot kvinnor, mäns ansvar och åtgärder för att minska spridningen och effekterna av HIV och AIDS (jmf Bergman 2004: 14-21).

Dessa tre nämnda fokuspunkter vill jag analysera med ett analysverktyg framtaget av Paul Hunt och Judith Bueno de Mesquita (2008: 9) i åtanke. Detta verktyg är särskilt lämpligt för att nå fördjupad förståelse för politiska riktlinjer; och det bygger på en övertygelse om att *sexual and reproductive health services* bör vara tillgängliga, åtkomliga, acceptabla och av god kvalitet. Även Helen Potts (2005: 9) erkänner rätten till en högsta standard av hälsa och menar att de fyra elementen i detta analysredskap är sammanlänkade och nödvändiga.

Jag kommer även att undersöka betydelsen av mätbara mål samt aktörer och strukturer på den globala arenan.

Kriteriet om *tillgänglighet* bygger på en övertygelse om att *sexual and reproductive health services* skall finnas i tillräckligt antal inom en stats gränser. Detta omfattar sjukhus, hälsokliniker, utbildade hälso- och sjukvårdsarbetare, livsnödvändiga mediciner, förebyggande folkhälsostrategier, befrämjandet av god hälsa, samt underliggande faktorer så som rent vatten och goda sanitetsresurser. Med andra ord handlar tillgänglighet om den fysiska närvaron av hälsoresurser, till exempel om det finns ett tillräckligt antal av hälsovårdsarbetare och resurser på landsbygden; om det finns en nationell folkhälsoplan; om det finns en hälsoombudsman som kan ta emot klagomål; samt om det finns fungerande *sexual and reproductive health services*. (jmf Potts 2005: 9f)

Kriteriet om *åtkomlighet* bygger på att *sexual and reproductive health services* skall vara åtkomliga rent geografiskt, fysiskt och ekonomiskt för alla utan diskriminering, speciellt bör de finnas till hands för de mest sårbara eller marginaliserade i befolkningen. Om en hälsocentral varken tillhandahåller åtkomlighet för personer med fysiska funktionshinder eller om ingen på centralen talar det lokala språket, räknas hälsocentralen som oåtkomlig även om den kan vara tillgänglig enbart genom sin existens. Om hälsocentralen kräver en avgift och de som behöver den inte har råd att betala avgiften räknas den på samma sätt som ekonomiskt oåtkomlig. Åtkomlighet inkluderar även rätten att söka, få och vidarebefordra information om hälsa. Denna sista komponent är viktig även för

ansvarighet. (Potts 2005: 10) Det är svårt att kontrollera ansvarigheten om ingen hälsoinformation finns tillgänglig för allmänheten.

Kriteriet om *acceptabla* innebär att *sexual and reproductive health services* skall respektera kulturell lämplighet och medicinsk etik, samt vara känslig för genusvillkor och kulturell lämplighet även för minoritetsgrupper och urbefolkning. Medicinsk behandling bör förklaras på ett sätt som är förståeligt för mottagaren. Det innebär även att hälsovårdsarbetare bör vara medvetna om kulturella känsligheter, till exempel skiljer sig synen på olika förlossningssätt mellan olika kulturer. Ett genusperspektiv behöver integreras i biståndsbudgeten för att identifiera genusbaserade luckor i budgetfördelningen till lokala program inom hälsa. (Potts 2005: 10)

Kriteriet om *kvalitet* betyder att *sexual and reproductive health services* skall vara vetenskapligt och medicinskt lämpliga samt av god kvalitet. Exempelvis, i en situation där det finns stora brister när det gäller tekniska resurser och där det största hälsoproblemet för kvinnor är livmoderhalscancer, är sponsring av en mammografimaskin inte särskilt lämpligt. Dessutom bör underliggande faktorer för hälsa vara lämpliga och av god kvalitet, vilket innefattar att exempelvis hälsoutbildning som tillägg till sjukhus och mediciner, bör vara av god kvalitet. (Potts 2005: 10)

4.1 En omfattande definition av SRHR

Fathalla et al skriver i boken *Reproductive health and human rights – integrating medicine, ethics and law* (2003) om reproduktiv och sexuell hälsa som ett område som relativt nyligen har fått uppmärksamhet, i och med definieringen av begreppen vid Kairokonferensen. (Fathalla et al 2003: 4) Med Kairoagendan enades det internationella samfundet för första gången om en bred definition av reproduktiv hälsa, och ett erkännande av det nära sambandet med mänskliga rättigheter. Vid en uppföljningskonferens till Kairokonferensen år 1999 enades man återigen om alla målen i Kairoagendan och man erkände då också att reproduktiv hälsa inte enbart kan mätas i hur många som använder sig av preventivmedelsrådgivning; utan även skall mätas i termer så som mödradödlighet, HIV och AIDS (ICDP+5, par. 53).

Vid en överblick av EU:s årsrapport så framgår det inte till vilka mer specifika åtgärder EU:s gemensamma utvecklingsbistånd går då det gäller reproduktiv hälsa, och begreppet *sexuell* nämns bara mycket ytligt. En stor del av kraften på den globala arenan verkar ha riktats mot att förebygga HIV och AIDS. (EU:s årsrapport 2007-2008: 24f). Enligt en motion till riksdagen (2008/09:U232) anses inte EU:s stödprogram tillräckligt för att implementera den viktiga Kairoagendan.

Enligt Fathalla et al kan inget samhälle, ingen kultur och inget system av nationella lagar förhålla sig neutrala till frågor om reproduktiv hälsa eller sexualitet. Mänsklig reproduktion är viktigt för varje enskilt samhälles vidmakthållelse och traditioner. (jmf Fathalla et al 2003: 3) Därför är det viktigt att anta en känslighet för kulturellt bundna uppfattningar när frågor om rättigheter,

reproduktion, sexualitet och hälsa diskuteras. Människor tillskriver frågorna vitt skilda meningar, och olika sociala grupper gör olika anspråk på det reproduktiva systemet, sex och barnafödande. Det kan även råda olika uppfattningar inom samma kulturella miljö, eller mellan människor som utåt sett verkar inneha liknande kulturella normer eller tillämpningar. Ett kulturellt känsligt perspektiv måste vara öppet för det oväntade. Både män och kvinnor bidrar till att forma sociala förväntningar när det gäller könsmaktordningen samt mäns och kvinnors kroppar. (UNFPA 2008: 43f) Det finns olika karaktärer på denna problematik, eller på vad man bör ha i åtanke när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i olika kulturer. Det finns verkliga exempel där kvinnor som blir slagna av sina män inte kan se sig själva som våldsoffer eftersom de är så vana vid det att de resonerar som att det är mannens rättighet att utöva våld. (jmf UNFPA 2008: 44) Denna problematik kan liknas vid det som Martha C. Nussbaum kallar ”anpassade preferenser”, vilket innebär att en kvinna kan stå ut med kränkningar av sina rättigheter, antingen därför att det är något hon har intalat sig att hon helt enkelt måste stå ut med i sin roll som kvinna eller därför att hon är omedveten om att det är en kränkning av hennes rättigheter. (jmf Nussbaum 2000: 112f) Att förstå innebörden av kulturell mångfald är viktig för att kunna skapa och implementera ett effektivt samarbete för förändring inom en viss kulturell kontext. Alla samhällen värdesätter barn högt, och som en konsekvens av detta är barnlöshet ofta förknippat med socialt stigma. Stigmatisering slår oftast hårdare mot identiteten av kvinnan som en moder än mot mannen som en fader; särskilt i kulturer där havandeskap och moderskap ger kvinnor deras primära identitet och tillgång till ekonomiska resurser. Infertilitet kan vara förödande för kvinnor, då kvinnor i vissa kulturer värderar sin egen och andras status efter deras förmåga att reproducera. Här kommer även preventivmedel in i diskussionen, eftersom preventivmedel ofta används i utvecklingssammanhang i syfte att förespråka en god reproduktiv hälsa. Kvinnor som skyr infertilitet kommer sannolikt inte att acceptera preventivmedel. (jmf UNFPA 2008: 44)

Det internationella samfundet har kanske kommit långt när det gäller att förbättra och befrämja kvinnors rättigheter. Men när det gäller att etablera reellt fungerande skydd för kvinnors hälsa finns det fortfarande en del kvar att åstadkomma. Romstadgan som etablerade den internationella brottsmålsdomstolen (International Criminal Court) i Haag, reflekterar ett tydligare erkännande av sexuella och reproduktiva rättigheter som mänskliga rättigheter. Stadgan erkänner att systematiska våldtäkter och andra former av sexuellt våld är bland de mest allvarliga kränkningarna av mänskliga rättigheter enligt internationell humanitär rätt. (Zampas 2004: 88ff) Det räcker inte att integrera definitionen av SRHR om den inte implementeras i faktiska åtgärder i alla staters verksamheter som relaterar till hälsa.

I och med att regeringar garanterar rätten till liv och rätten till hälsa har de även skyldigheter att skydda dessa rättigheter och se till att åtgärder vidtas när så behövs. Detta innebär att regeringar är skyldiga att garantera att sjukvård är tillgänglig, åtkomlig, acceptabel och av god kvalitet. De bredare grundprinciperna inom mänskliga rättigheter om individens integritet och självbestämmande kan avspeglas i varje människas rätt att själv ta beslut över den egna kroppen. Denna

rättighet gör regeringar skyldiga att göra preventivmedel, information och klinisk rådgivning tillgänglig till män och kvinnor på lika villkor. (Zampas 2004: 90) Det finns behov av bättre dialoger och mer samarbete för att förbättra gällande lagar och politiska riktlinjer, samt för att höja kvaliteten på reproduktiv hälsovård. Olika kategorier av yrkesgrupper i samhället tenderar dock att angripa frågorna ur olika perspektiv och inte ta i beräkning alla typer av konsekvenser. Hälsovårdsarbetare har ofta bristande kunskap om hur lagarna de följer i sitt arbete egentligen har utvecklats, medan de som fattat beslut om lagarna ofta gör det utan förståelse för rådande medicinska vårdbehov. Många som arbetar relaterat till reproduktiv hälsa har inte någon tanke på vilka mänskliga rättigheter staten har åtagit sig att följa. (jmf Fathalla et al 2003: 3)

4.2 Tillgång till *sexual and reproductive health services*

Tillgång till *sexual and reproductive health services* omfattar tillgång till information, klinisk rådgivning, vård och behandling. För att ge flera mer konkreta exempel innebär detta att förebygga och behandla sexuellt överförbara infektioner (STI), vilket inkluderar HIV och AIDS. Dessutom innebär det tillgång till preventivmedel och till vård relaterat till graviditeter, samt tillgång till säker abort i de länder där det är lagligt. (Bergman 2004: 17) Garantier för alla dessa rättigheter återfinns i Kairoagendan. Dessutom kan tillgång till sexualupplysning och relaterad behandling ingå.

Kairoagendan har lett fram till många framgångar när det gäller tillgång till olika aspekter av SRHR. Preventivmedel är exempel på något som finns allt mer tillgängligt över världen, men fortfarande råder det viss brist på kondomer och andra preventivmedel, olika läkemedel, provmaterial för sexuellt överförbara infektioner, och medicinskt material för att garantera säker barn- och mödravård samt aborter. Det intensiva befrämjandet av sexuell och reproduktiv hälsa från global nivå sägs öka efterfrågan på preventivmedel, samtidigt som antalet sexuellt aktiva människor ökar i världen för varje år. (Wängborg 2004: 59f) Enligt UNFPA har användning av preventivmedel ökat snabbt, särskilt bland kvinnor, under de senaste 30 åren, särskilt i länder som har haft stora satsningar på familjeplanering. Samtidigt uppges skillnader mellan länder ifråga om användning av preventivmedel snarare bero på andra bakomliggande orsaker än kvinnors personliga preferenser; sådana orsaker kan vara regeringars politiska och ekonomiska beslut när det handlar om att lyfta fram olika metoder för familjeplanering, kostnader, tillgång till preventivmedel och attityder hos medicinskt kunniga. (UNFPA:s hemsida) Efterfrågan på preventivmedel är långt mycket större än tillgången, främst i Afrika söder om Sahara men även bland den fattigaste befolkningen i Latinamerika och Karibien (MDG Report 2008: 27). Bristen på tillgång sägs bero på att en ökad efterfrågan inte har lett till ökat bistånd; utan bistånd till SRHR sägs ha antingen legat på samma nivå eller sjunkit

från 1991 fram till år 2004. (Wängborg 2004: 60f) När det gäller att göra preventivmedel tillgängliga och åtkomliga spelar globala aktörer en viktig roll. Trenden visar att behov i utvecklingsländer inte är bemötta av biståndspengar, då det finns en brist på sponsring. (Ross – Bulatao 2001: s. 9f) Trenden som visar på minskat bistånd strider mot överenskommelserna som gjordes i Kairoagendan. Dock sägs bristen på tillgång även bero på att utvecklingsländer inte har kapacitet att möta den ökade nationella efterfrågan, varför det kan anses viktigt att bistå länder i att bygga upp ett fungerande system för import eller produktion av varor, samt med kvalitetskontroll och distribution. (Wängborg 2004: 60f) Familjeplanering är ett annat område som erfarit en betydelsefull minskning i biståndspengar. Mellan år 1995 och 2005 sägs pengarna ha minskat med 34 procent, vilket innebär att många familjeplaneringsprogram inte längre kan vara lika beroende av utvecklingsbistånd. Därför är det allt viktigare att utveckla en hållbar finansiering som inte är i så hög grad beroende av biståndspengar. (Richey – Salem 2008: 7) I ett rättighetsperspektiv har flertalet aktörer inom det internationella samfundet misslyckats med att skydda människors rätt till hälsa, eftersom de snarare än att nedmontera existerande hinder har byggt nya barriärer ifråga om tillgång till preventivmedel, kondomer och säkra aborter. De människor som förvägras preventivmedelsrådgivning kan även sägas förvägras möjlighet att självbestämna över sin egen kropp och möjlighet att ta beslut som berör den egna hälsan. (jmf Potts 2005: 9)

När det handlar om att göra information tillgänglig finns det viktiga aktörer som arbetar emot det. Värld att nämnas är USA:s så kallade globala "gag rule" vilken ger USA, Vatikanstaten och andra motståndare till abort stort utrymme att strypa finansiering till NGO:er som arbetar med att göra information tillgänglig om aborter, graviditeter, preventivmedel, kondom användning, HIV och AIDS. (Svensén 2004: 4) I och med människors svårigheter på vissa håll i världen att få information brister kriteriet om åtkomlighet. Utan möjligheter att tillgodogöra sig information har människor heller ingen rättvis möjlighet att ställa stater och andra aktörer till svars för brister ifråga om rätten till hälsa.

Ansvarighet utgår från statens garantier för att etablera effektiva ansvarighetsprocesser i alla politiska beslut som relaterar till hälsa. Detta innebär att staten och det civila samhället ständigt bör vara på sin vakt och kontrollera samhällsåtgärder för att på så sätt komma fram till vad som fungerar och vad som inte fungerar i praktiken. Alla människor med rättigheter har rätt att få information om ifall regeringen uppfyller sina skyldigheter, samtidigt som regeringen har en skyldighet att göra information tillgänglig och förståelig för allmänheten. Hälsosystemet är dock komplex och kräver varierade former av mekanismer för att förklara ansvarighet. (Potts 2005: 5) Dessutom är det viktigt att ta i beräkning det faktum att förebyggande åtgärder inom sexuell och reproduktiv hälsa är, till skillnad från många andra aspekter av hälsa, en ständigt pågående process. Till exempel kan människor befinna sig i riskzonen för att smittas av sexuellt överförbara sjukdomar så länge de är sexuellt aktiva. Därför är betydelsen av långsiktiga och hållbara åtgärder avgörande. (Singh et al 2003: 30) Många av dagens hälsoperspektiv misslyckas med att uppmärksamma ickemedicinska vinster av insatser för sexuell och reproduktiv hälsa, därmed

undervärderas även insatserna. Exempelvis, kan god mödrahälsa hjälpa familjer att förbli stabila och därmed möjliggöra högre hushållsbesparingar och investeringar, vilket i sin tur motiverar en högre grad av arbetsproduktivitet. Familjer med en god hälsa bidrar därmed till ekonomisk tillväxt. Förebyggande åtgärder och behandling för sexuellt överförbara infektioner minskar det sociala stigmat, vilket gynnar samhällsattityder. (Singh et al 2003: 29f)

4.3 Rätten till säker abort

Kairoagendan är det första riktigt betydelsefulla internationellt överenskomna dokument som lyfter fram osäkra aborter som en avgjort bidragande orsak till mödradödligheten i världen. (Bergman 2004: 18) Kairoagendan rekommenderar alla regeringar och berörda organisationer att stärka sina åtaganden avseende kvinnors hälsa, särskilt med fokus på den stora hälsofaran som utgörs av osäkra aborter. Dock påpekas det att aborter under inga omständigheter bör befrämjas som en åtgärd inom familjeplanering. Det erkänns även att alla åtgärder eller förändringar avseende aborter i nationella hälsosystem endast kan avgöras på nationell eller lokal nivå. I de fall då abort inte strider mot nationell lagstiftning, skall aborter vara garanterat säkra. I alla länder bör det finnas vård och behandling om komplikationer skulle uppstå relaterat till aborter. (Kairoagendan, paragraf 8.25) Osäkra aborter är en av de fem vanligaste orsakerna till mödradödlighet i världen och fler än 18 miljoner osäkra aborter beräknas äga rum varje år i utvecklingsländer. Av dessa beräknas 68,000 kvinnor dö som följd medan flera miljoner drabbas av komplikationer. (WHO 2005: 50f) Under FN:s kvinnokonferens i Beijing 1995 lyftes frågan om osäkra aborter återigen upp, och man rekommenderade regeringar att i ljuset av Kairoagendan ta i betänkande lagändringar avseende lagar som förevisar straffåtgärder mot kvinnor som har genomgått illegala aborter. (Beijing Platform for Action, 106(k)) Denna vaga formulering av abortfrågan kan tyda på att frågan är ytterst kontroversiell.

Kairoagendan har lyft upp frågor angående SRHR i den politiska debatten, och idag finns en större medvetenhet om frågorna. Många länder har antagit nationella styrdokument och många projekt har förverkligats även på gräsrotsnivå. Ännu finns det dock en alltför stor lucka mellan ideal och faktisk handling. (Svensén 2004: 4) Detta kan kopplas ihop med en diskussion om att kräva av stater och andra ansvarstagare att de respekterar, skyddar och fullföljer de åtaganden de har tagit på sig gällande mänskliga rättigheter (Hunt – Bueno de Mesquita 2008: 4). Ett viktigt område där många ansvarstagare misslyckas är när det handlar om aborter. Aborter är en av de mest problematiska frågorna eftersom många länder fortfarande idag vill strängt reglera rätten till abort, samt ofta kräva allvarliga sanktioner av dem som bryter mot lagen.

Traditionella biståndsgivare är inte ständigt neutrala i sina biståndsförehavanden, riktningen på deras bistånd kan exempelvis påverkas av nationella och internationella politiska intressen. Ett tydligt exempel på detta är USA:s redan nämnda "gag rule", vilken innebär att inget bistånd får ges till

sponsring av familjeplanering i NGO:er som arbetar med aborter, deltar i abortrådgivning eller förespråkar ändringar i abortlagstiftning. Denna policy tar inte hänsyn till andra omständigheter än dessa i de länder där det amerikanska biståndet har dragits in på grund av de nämnda kraven. (Mayhew 2002: 220)

4.4 Betydelsen av mätbara mål

I millenniemålen återfinns ett mätbart mål om en minskning av mödradödligheten med två tredjedelar till 2015. Idag dör 500,000 mödrar årligen under förlossningen eller i komplikationer relaterade till graviditet och 99 procent av mödradödligheten inträffar i utvecklingsländer. (MDG Report 2008: 24)

I och med millenniemålen har världens ledare utstakat ett ambitiöst ramverk för handling när det gäller både rika och fattiga länder. Sexuell och reproduktiv hälsa är nödvändig för att uppnå alla dessa utstakade mål. Några av de indikatorer som har valts ut för att mäta framgång mot dessa mål, utvärderar utvalda insatser när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa. Som exempel kan ges att proportionerna av födselar övervakade av kompetenta hälsovårdsarbetare är en indikator på framsteg när det gäller målet som handlar om mödrhälsa; på liknande sätt kan man se framsteg i målet om kampen mot HIV/AIDS i indikatorer för prevalensen bland 15-24-åriga gravida kvinnor och av förekomsten av kondomer bland gifta kvinnor i åldern 15-49 år. (Singh et al 2003: 28) Andra aspekter av sexuell och reproduktiv hälsa finns underliggande i millenniedeklarationen men är inte uttryckligen nämnda, vilket till stor del beror på att många av de vinster man kan göra på området är svåra att mäta. Som exempel kan ges att preventiva resurser kan hjälpa par att skapa mindre familjer, och som en konsekvens kan fattiga familjer få möjlighet att investera mer i varje enskilt barn. Denna ökning i investerade resurser förbättrar många andra faktorer för hälsa, som till exempel utbildning. På det här sättet kan preventivmedel och rådgivning på längre sikt även bidra till framsteg i det första millenniemålet som handlar om att utplåna extrem fattigdom och hunger, även om det inte har tagits fram något mätinstrument utifrån vilket man kan utvärdera deras inverkan. (jmf Singh et al 2003: 28) Även Mayhew inser nödvändigheten i att utveckla användbara indikatorer för att mäta mer kvalitativa, nytänkande och omfattande komponenter av SRHR för att man ska lyckas med en realisering av rekommendationerna i Kairoagendan (Mayhew 2002: 223). Vikten av att utarbeta mätbara mål att arbeta mot går inte att förbise, eftersom det är nödvändigt för att kunna kontrollera förbättringar eller försämringar i frågor om SRHR.

4.5 Aktörer och strukturer på den globala arenan

Hendrik P. Van Dalen och Mieke Reuser diskuterar i artikeln *What Drives Donor funding in Population Assistance?* (2005) om att globala givarmedel inte nödvändigtvis har varit riktade mot insatser för att uppnå de mål som sattes upp i Kairoagendan. Något grundläggande för att göra Kairoagendan till ett lyckat fall av globalt samarbete är att nå förståelse för varför det uppkommer skillnader i biståndsgivande mellan olika givarländer. Eller åtminstone kan det hjälpa att förstå varför 1994 års ambitioner när det gäller finansiering till handlingar enligt agendan inte verkar gå att uppnå. För att förstå detta behöver vi kunna förstå vad som driver biståndsgivandet hos olika aktörer. Enligt Van Dalen och Reuser (2005: 23) handlar det i stor grad om upplysta egenintressen och därför inte fullt ut om sann vilja att hjälpa andra. Med andra ord är givarländer beredda att stödja Kairoagendan och handla i enlighet med den, dock är finansieringen beroende av nationella intressen och intressen samt den nationella ekonomiska förmågan. Även här tenderar givarländers medvetenhet om villkoren och tillstånden i mottagarländer att brista. Denna förståelse för hur aktörer väljer att agera förklarar varför biståndet inte räcker upp till nivån för Kairoagendans höga ambitioner. Vid tidpunkten för Kairoagendans födelse utgick man från otillfredsställda behov i utvecklingsländer, medan studien visar att givarländer ofta utgår från sina egna möjligheter att finansiera.

Det finns flertalet bevis för hur biståndsgivare påverkas av egenintressen, nationella intressen och vinstmöjligheter. Exempelvis råder det enligt WHO en snedfördelning på hur världens budget för forskningsmedel fördelas när det gäller global hälsa. Denna snedfördelning kallas ”90/10 gap” och innebär att endast 10 procent av bidragen går till forskning om 90 procent av världens hälsoproblem. Då är det både allmänna och privata forskningsmedel som inkluderas, och endast 2 procent av budgeten går till forskning om AIDS, Tuberkolos, Malaria, övre luftvägsinfektioner och diarrésjukdomar; flera av vilka orsakar många dödsfall och svåra fall av sjukdomar i utvecklingsländer. Denna snedfördelning antas bero på att givarländer har egenintressen i att forska fram mediciner, vaccin och behandlingar som kan hjälpa den egna befolkningen. (WHO 2002: 23)

Potts hävdar att världen har upplevt en trend där statens roll i att tillhandahålla skydd för människors hälsa minskar allt mer, medan fler andra aktörer är involverade i området. Dessa varierade aktörer inkluderar bilaterala och multilaterala överenskommelser, ideella organisationer, privata nationella och internationella bolag, internationella och regionala finansiella institutioner samt individer, familjer och samhällen. Denna mångfaldighet komplicerar själva identifikationen av vem som är ansvarig för implementering av rätten till hälsa. Enligt internationell lag om mänskliga rättigheter kvarstår dock staten som ytterst ansvarig för att garantera förverkligandet av rätten till hälsa. (Potts 2005: 6) Detta kan kopplas ihop med teorier om att multilaterala organisationer och NGO:er har blivit mer beroende av varandra, medan generositeten hos traditionella biståndsgivare har minskat efter 1994. (jmf Van Dalen 2007: 362f)

Kairoagendan förde med sig en mer integrerad och växande hälsosektor avseende reproduktiv hälsa, medan biståndsgivare har varit långsamma i att ändra sina metoder för att skydda de värden som agendan tar upp. Dessutom har de strängare kraven, i termer av ansvarighet och genomskinlighet, som förväntas av internationella biståndsgivare försatt dem i en komplicerad situation. Kairoagendan tar upp en del progressiva men mindre konkreta rekommendationer för SRHR, vilka försvårar för biståndsgivare att agera med enkla och traditionella metoder. Traditionellt sett har biståndsgivare inom sexuell och reproduktiv hälsa kännetecknats av specifik hjälp till familjeplanering, mödraskapsvård, HIV och AIDS. Ökningen av finansiering från den privata sektorn när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa är ett ämne som skapar oro på grund av dess tendens att influeras av kommersiella marknadsintressen. Marknadsintressen eller aktörers egenintressen kan då komma att hamna i konflikt med faktiska behov i utvecklingsländer. Det finns ännu marginell kunskap om kraften i finansiering från privat sektor, och därmed finns det ett behov av noggrann internationell kontroll och analys för att effektivt lyckas ta till vara på de privata resurserna utan att kompromissa målen i Kairoagendan. Förändringar när det gäller källor till bistånd och strukturer av stöd indikerar ovissheter för SRHR, men dessa förändringar är också nödvändiga för framsteg när det gäller Kairoagendan. Den traditionella riktningen på bistånd kan sägas ha ändrats i och med Kairoagendans breddning på området. Förändringar tar sig uttryck i att biståndsgivare strukturerar sitt stöd genom mer decentraliserade och utbytbara strukturer. Detta gör det även möjligt för nya aktörer att kliva in på den politiska arenan för att hjälpa till att föra upp Kairoagendans vision på beslutsnivå så väl som på gräsrotsnivå. (Mayhew 2002: 220-223)

Traditionellt sett är det ett antal länder som dominerar som biståndsgivare till åtgärder inom reproduktiv hälsa. Traditionellt sett har det dominerats av bilateralt bistånd från Skandinaviska länder, USA, Storbritannien, Nederländerna och Tyskland; samt av multilateralt bistånd genom UNFPA och UNICEF. Flertalet Amerikanska och Europeiska givare har dock blivit alltmer motvilliga att ge tillräckligt bistånd på grund av den mer detaljerade och kontroversiella identifieringen i Kairoagendan av behov inom SRHR. Behoven som finns i mottagarländer blir istället i allt högre grad tillgodosedda av nya aktörer på arenan; exempelvis, utvecklingsbanker och privata eller delvis privata aktörer. När traditionellt stora biståndsgivare minskade sitt stöd välkomnades nya aktörer. Samtidigt finns det problem då privata givare ofta ställer andra krav på sina samarbetsländer, i form av ekonomiska vinster på längre sikt. Hur väl dessa nya aktörer lyckas med att realisera Kairoagendans vision beror på dels förmågan hos nya aktörer att samarbeta med traditionella biståndsgivare och beslutsfattare involverade i systematiska förändringar, samt dels på i hur stor omfattning biståndsgivare är beredde på att omorganisera sina egna handlingar. Med andra ord förblir internationella biståndsgivare fortsatt en nödvändig källa för stöd till sexuell och reproduktiv hälsa. (Mayhew 2002: 220-223) En annan iakttagelse är hur traditionella vertikala och programspecifika strukturer tenderar att hålla i sig bland biståndsgivare. Givare tenderar att bygga upp förtroende för existerande program och institutionella strukturer under lång tid. Dessa program kräver

vertikal ansvarighet, vilket tenderar att vidmakthålla programspecifika inflöden av biståndspengar, ledning och rapportering. Denna vertikala riktning befinner sig i motsatsförhållande till biståndsgivares gemensamma beslut att integrera samarbeten efter behov. (Mayhew 2002: 221)

5 Slutsatser

Det huvudsakliga syftet med den här uppsatsen var att förstå karaktären på Sveriges utvecklingsarbete och det globala samarbetet för att främja sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Undersökningen visade att Sverige har en ledarroll i att lyfta upp frågor om SRHR på den globala politiska agendan. Vidare visade det sig att det globala samarbetet har blivit mer enat sedan Kairoagendan började verka. Dock är utvecklingsarbetet en process och det uppkommer ständigt nya utmaningar för det internationella samfundet att ta sig an.

Trots att många länder har godkänt den höga ambitionsnivån som Kairoagendan la grunden till, saknas det fortfarande tydliga och mätbara bevis på att de har agerat i enlighet med ambitionerna. Nivåerna för mödradödlighet är fortfarande alltför höga i ett globalt perspektiv, och frågor om säker abort och sexuell läggning är fortfarande mycket kontroversiella. (Utrikesdepartementet 2006: 5) Många frågor är rentav tabu att ta upp i många av världens länder och även delvis i dialoger på ett internationellt plan. (jmf Ludvigsson 2007) Det faktum att viktiga aktörer på den globala politiska arenan är motvilliga att skydda vissa aspekter av SRHR försvårar arbetet på en enad front. USA och den Katolska kyrkan med flera har exempelvis i perioder helt stoppat stödet till UNFPA, och detta trots att denna multilaterala organisation har fått mandatet att arbeta för Kairoagendan av det internationella samfundets ledare. Motvilligheten hos dessa aktörer att föra en konstruktiv dialog i viktiga frågor om aborter, preventivmedel och sexualitet hindrar en kraftfull implementering av de mänskliga rättigheter som Kairoagendan och andra viktiga dokument på området har utsett sig att respektera, garantera och skydda. Dessutom är oenigheter ett hinder mot en realisering av alla människors rätt till hälsa och rätt till utveckling.

I dessa dagar då många av världens länder upplever ekonomiska svårigheter, i svallningarna av en global finanskris, är det betydelsefullt att man inte sänker ambitionsnivåerna för utvecklingsbistånd. FN uppmanar utvecklade länder att trots mindre gynnade tider, stadigt öka sitt ekonomiska stöd (MDG Report 2008: 5). Resultaten från analysen visar att det finns vissa traditionella mönster i hur aktörer riktar sitt bistånd. Dessa vanor eller strukturer i karaktären av utvecklingsarbetet tenderar att vara svåra att bryta; exempelvis handlar det om givare som traditionellt sett ”öronmärkt” sina insatser till programspecifika projekt. Ofta bygger biståndsgivare upp ett förtroende för en samarbetspartner under en längre tid, vilket lätt medför att man kan glömma bort att göra en ny nulägeskartläggning med aktuella behov. Den snäva inriktning av stödet, eller ”öronmärkningen” kan även försvåra då de verkliga behoven kanske finns någon annanstans och på en bredare front. I takt med att världens befolkning får ta del av information och utbildning blir även efterfrågan högre på sådant som kondomer, preventivmedel, aborter och behandling i utvecklingsländer. Detta har lett till

många positiva prognoser när det handlar om att uppnå Millenniemålen till år 2015, samtidigt omfattar de positiva prognoserna inte allt som faller inom ramen för SRHR. Efterfrågan på preventivmedel är högre än den faktiska tillgången i många utvecklingsländer. Detta kan räcka som bevis på att det finns en diskrepans mellan vissa rådande behov i utvecklingsländer och hur biståndsgivare väljer att rikta sitt bistånd.

Nya tider och en mer global värld ställer även nya krav på det internationella samarbetet. Detta illustrerar Sveriges nya styrdokument som betonar betydelsen av mänskliga rättigheter, men även betydelsen av att utvecklingsbiståndet utgår ifrån de fattiga människornas behov, intressen och önskemål. De nya tankesätten för även med sig att biståndsgivare ställer allt högre krav på mottagarländer att prioritera, rapportera och följa upp samarbetsprojekt. Detta är delvis väldigt positivt, men sätter samtidigt större press på utvecklingsländer att nå upp till Västvärldens krav på fungerande arbetsmetoder och effektivitet. Samtidigt blir det allt viktigare att utveckla en hållbar finansiering som är i mindre grad beroende av traditionella biståndspengar, eftersom det har visat sig att traditionella mönster i biståndsgivandet befinner sig i en förändringsprocess.

Resultaten från analysen visar att det existerar en ovisshet kring vad en ökad inblandning av aktörer från den privata sektorn kan föra med sig. Kanske leder privata aktörers marknadsintressen till ett välbehövligt stöd på kort sikt men frågan är vad vinstintressen landar i på längre sikt. Mer involvering av privata aktörer kan även försvåra genomskinligheten i utvecklingsarbetet, vilket får som konsekvens att det blir svårt att kontrollera och hålla dessa aktörer ansvariga för sina handlingar.

Även människors brist på kunskap och information innebär att de får svårt att ställa beslutsfattare eller andra aktörer till svars för kränkningar av rätten till hälsa. Framtiden för SRHR beror på hur progressiva regeringar i både givarländer och mottagarländer, samt civilsamhällen och andra röster för mänskliga rättigheter lyckas med att utveckla praktiskt fungerande strategier för att skydda varje människas rätt till hälsa.

I mitt arbete med den här uppsatsen har jag många gånger reflekterat över var det *sexuella* tar sig uttryck i dagens utvecklingsarbete, eftersom de resonemang som förs oftast handlar om kvinnors reproduktion, sexuellt överförbara infektioner och vaga formuleringar om tillgång till information. Då området är relativt nytt och fortfarande i många sammanhang kontroversiellt, tror jag att det är ett område som kommer bli fokus för mycket mer uppmärksamhet i framtiden.

6 Litteraturförteckning

- Beijing Platform for Action, 1995. *Beijing Declaration and the Platform for Action*. The United Nations Fourth World Conference on Women. Beijing, Kina, September 1995.
- Bergman, Ylva, 2004. *Fokus Kairo. Tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter*. Stockholm: RFSU.
- Esaiasson, Peter – Gilljam, Mikael – Oscarsson, Henrik – Wängnerud, Lena, 2007. *Metodpraktikan – konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Tredje upplagan. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Ethelston, Sally – Bechtel, Amanda – Chaya, Nada – Kantner, Andrew – Gibb Vogel, Carolyn, 2004. *Progress & Promises – Trends in international assistance for reproductive health and population*. Washington DC: Population Action International.
- EU:s årsrapport. *Annual Report 2008 on the European Community's Development and External Assistance Policies and their Implementation in 2007*. Bryssel: EU Kommissionen.
- Fathalla, Mahmoud F. – Cook, Rebecca J. – Dickens, Bernard M., 2003. *Reproductive Health and Human Rights: integrating medicine, ethics and law*. Oxford: Clarendon Press.
- Hay, Colin, 2002. *Political Analysis: A critical introduction*. Hampshire – New York: Palgrave.
- Hunt, Paul – Bueno de Mesquita, Judith, 2008. *The rights to sexual and reproductive health*. Colchester: Human rights centre - University of Essex.
- Hunt, Paul, 2005. "Foreword", s. 2 i Potts, Dr. Helen (red.) *Accountability and the right to the highest attainable standard of health*. Colchester: Human rights centre – University of Essex.
- ICDP+5, 1999. *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Assistance*. United Nations, General Assembly.
- Kairoagendan, 1994. *ICDP Programme of Action*.
(<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>)
- Ludvigsson, Bo, 2007. "De har inget att förlora – OmVärlden möter människor som är tabu i Uganda". *OmVärlden:s hemsida* (www.omvarlden.nu) 2007-12-06, hämtat 2009-01-07.
- Mayhew, Susannah H., 2002. "Donor Dealings: The Impact of International Donor Aid on Sexual and Reproductive Health Services", *International Family Planning Perspectives* Vol. 28 No. 4, s. 220-224.
- MDG *United Nations Millennium Development Goals*
- MDG Report, 2008. *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.

- Motion 2008/09:U232 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter under EU-ordförandeskapet 2009. Motion till riksdagen av Hägg, Carina.
- Nussbaum, Martha C., 2000. *Women and Human Development – The Capabilities Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Potts, Dr. Helen, 2005. *Accountability and the right to the highest attainable standard of health*. Colchester: Human rights centre – University of Essex.
- Regeringens Proposition 2002/03: 122. *Gemensamt ansvar: Sveriges politik för global utveckling*.
- Richey, Catherine – Salem, Ruwaida M., 2008. “Elements of success in family planning”. *Population Reports Series J no 57*. Baltimore: INFO Project Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- Ross, John – Bulatao, Randy, 2001. *Meeting the challenge: Contraceptive Projections and the Donor Gap*. Population Action International – John Snow Inc. – the Program for Appropriate Technology in Health – Wallace Global Fund.
- SIDA:s hemsida (<http://sida.se>). Hämtad 2009-01-05.
- Singh, Susheela – Darroch, Jacqueline E. – Vlassoff, Michael – Nadeau, Jennifer, 2003. *Adding it up – The benefits of investing in sexual and reproductive health care*. New York: The Alan Guttmacher Institute & UNFPA.
- Svensén, Ann, 2004. “Dubbelmoralen, ett hot mot ICDP”, s. 4-5 i Bergman, Ylva (red.) *Fokus Kairo. Tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter*. Stockholm: RFSU.
- UNFPA:s hemsida (www.unfpa.org/about). Hämtad 2009-01-05.
- UNFPA, 2008. *State of World Population 2008. Reaching common ground: Culture, Gender and Human Rights*. New York: United Nations Population Fund.
- Utrikesdepartementet, 2006. *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa*. Stockholm: Regeringskansliet & Utrikesdepartementet.
- Van Dalen, Hendrik P., 2007. ”Designing Global Collective Action in Population and HIV/AIDS Programs: 1983-2002: Has anything changed?” s. 362-382 i *World Development* Vol. 36 no 3 2008. Elsevier Ltd.
- Van Dalen, Hendrik P. – Reuser, Mieke, 2005. *What Drives Donor Funding in Population Assistance Programs?* Rotterdam: Tinbergen Institute.
- WHO, 2005. *The World Health Report 2005. Make every mother and child count*. Geneva: WHO Press, World Health Organization.
- WHO, 2002. *Coordinates 2002. Charting progress against AIDS, TB and Malaria*. WHO – UNAIDS – UNICEF.
- Wängborg, Olle, 2004. “Vart tog kondomerna vägen?”, s. 59-61 i Bergman, Ylva (red.) *Fokus Kairo. Tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter*. Stockholm: RFSU.
- Zampas, Christina, 2004. “Reproduktiva rättigheter är mänskliga rättigheter”, s. 88-91 i Bergman, Ylva (red.) *Fokus Kairo. Tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter*. Stockholm: RFSU.