

Reproduktiv helse – tusenårs målet lengst fra oppnåelse

Reproduktiv helse dreier seg om helseaspektene knyttet til kjærlighetsliv og seksualitet. Her finnes store sosiale helseforskjeller, og FNs tusenårs mål nr. 5, som omhandler reproduktiv helse, er det av tusenårs målene der det har vært minst fremgang. Det er også et av de mest kontroversielle. Veien fremover går via større grad av sosial rettferd – ikke minst gjelder det tilgang til helsetjenester som alle har råd til å bruke.

Engelsk oversettelse av hele artikkelen på www.tidsskriftet.no

Berit Austveg

ba@helsetilsynet.no
Statens helsetilsyn

Johanne Sundby

Seksjon for internasjonal helse
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Uttrykket «reproduktiv helse» fikk sitt internasjonale gjennombrudd og global politisk tilslutning ved den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling i Kairo i september 1994 (1). Definisjonen gjelder fortsatt (ramme 1).

Definisjonen rommer mange balanse-ganger. Sentralt i kontroversene står abort, ungdomsseksualitet og seksuelle minorite-ters rett til å slippe diskriminering. Det er også mange (og mer fordekte) angrep på ideene om tilgang til prevensjonsmidler, også for de unge eller ugifte. Seksualiteten reguleres av kulturelle, kjønnede normer så vel som av vedtatte lover. Det er derfor ikke overraskende at det blir støyt når hele verden skal komme til enighet.

Etiske systemer på kollisjonskurs

I normativ etikk er det plikten, forbudene og påbudene som gjelder (2). I alle kulturer er det relativt strenge normer om hvem som kan ha sex med hvem, når og hvordan. I konsekvensetikken, utilitarismen, er det resultatene som teller. Det er et faktum at ungdommer har sex. Hvis de ikke tilbys helsetjenester, vil seksuell aktivitet for mange få uønskede konsekvenser.

Det er også et faktum at de fleste som er uønsket gravide, avbryter svangerskapet. Hvis det ikke kan gjøres lovlig og trygt, gjøres det ulovlig og ofte farlig. Da blir det viktig å argumentere etisk for at det som gir minst mulig skade og fører til minst mulig ulykke skal gjøres, også når det innebærer at normene brytes (3).

De globale skillelinjene

Premissene for global endring legges ofte i internasjonale forhandlinger, langt fra

dem som rammes av restriksjoner og resursmangel. Ved FNs globale forhandlings-bord om seksuell helse møtes represen-tanter for stater med instruksjoner fra sine politiske myndigheter. Da er det et problem at Vatikanet (egentlig Pavestolen) opptrer som en stat i FN-sammenheng og må være med på en konsensus når handlingsplaner og resolusjoner skal vedtas. De forfekter et svært begrenset verdissyn og er ikke demo-kratisk valgt, men påberoper seg likevel å representere over en milliard enkelt-mennesker.

Vatikanet er ensidig opptatt av normer og neglisjerer i stor grad konsekvenser, i motsetning til mange tilhengere av katoli-sismen, både individer og stater. Men et lite antall katolske land, særlig i Latin-Ame-rika, følger Vatikanets syn på abort og har totalforbud, dvs. at det ikke kan utføres lovlig abort i noen tilfeller, heller ikke når kvinnens liv er i fare. Det er kjent at kvinner er døde av ekstrauterine gravidi-teter i Nicaragua etter at landet i 2006 lukket den siste mulighet for lovlig abort fordi legene ikke ville gripe inn før fosteret garantert var dødt, og da kan det være for sent for å redde kvinnens liv (4). I Vatikanet er det fremdeles motstand mot alle moderne prevensjonsmidler og mot bruk av kondom for å hindre hivsmitte (5, 6).

Ikke i noe muslimsk land er det total-forbud mot abort, men mange muslimsk-dominerte land samstemmer i Vatikanets påstander om at familiestrukturene vil knekke sammen dersom reproduktive helsetjenester gjøres vidt tilgjengelige. Det er dystre spådommer om at foreldre- autoriteten vil bli undergravd dersom ungdommen får rett til seksualundervisning og til konfidensielle helsetjenester.

Referanser til seksuelt mangfold, som at homofili forekommer i alle samfunn, blir også forkastet av mange utviklingsland, med kultur og religion som begrunnelse. Det erkjennes imidlertid at menn har sex med menn i den nylig oppnådde konsensus om forebygging av hiv og aids (7). Videre fremhever utviklingsland viktigheten av å respektere nasjonal suverenitet, tradi-

sjoner, kultur og religion, mens industria-liserte stater legger vekt på universelle menneskerettigheter og enkeltindividets frie valg. En rik flora av frivillige organisasjoner og forskningsmiljøer gir et mye mer nyan-sert bilde enn det statsapparatene står for.

Bedring, tross alt

Tusenårs mål nr. 5 er det av de åtte målene der det har vært minst fremgang, men nylig viste to undersøkelser at det er nedgang i graviditetsrelatert dødelighet (8). En artikkel i *The Lancet* i 2010 (9) var den første som indikerte dette, men det er usik-kert om abortdødsfallene er regnet med. I 2010 anslo FN og Verdensbanken at det hadde vært en reduksjon på 34 % fra nivået i 1990 til 2008 (10). Målsettingen med reduksjon til 25 % av 1990-nivået frem til år 2015 er fortsatt langt unna.

Tilgangen til moderne prevensjon er også blitt bedre. Som indikator for prevensjons-tilgangen har man i årtier anvendt prosent-andelen som bruker prevensjon av kvinner som er gift eller i et fast seksuelt forhold og

Ramme 1

Reproduktiv helse er en tilstand av fysisk, mentalt og sosialt velvære – ikke bare fra-vær av sykdom og lyte – i alle forhold som er relatert til reproduksjonsorganene. Det innebærer retten til å ha et tilfredsstil-lende og trygt seksualliv, ha muligheten til å få barn og kunne velge om man skal det og i så fall når. Det betyr i sin tur kvinners og menns rett til å kjenne til og ha tilgang til prevensjonsmetoder og andre måter å regulere fruktbarheten på som ikke er imot loven. Dessuten innebærer det rett til tilgang til helsetjenester som gjør at kvinner trygt kan gjennomgå graviditet og fødsel og gi par den beste muligheten til å få et friskt barn. Reproductiv helse omfatter også seksuell helse, med for-målet å forbedre menneskers liv og per-sonlige relasjoner (1)

ikke ønsker barn. Denne andelen øker jevnt og trutt, selv om det fortsatt er noen land med svært lav bruk, spesielt i Afrika (11). I de fleste landene sør for Sahara pluss i noen land i Asia (Afghanistan, Jemen, Irak, Laos, Palestina, Papua Ny Guinea og Øst-Timor) var fruktbarhetsraten likevel fortsatt over fire barn per kvinne omkring år 2005 (12).

Der det er høy fruktbarhet, er det også høy risiko ved hvert svangerskap. Forskjellen i livsløpsrisiko blir dermed stor og er den desidert største ulikhet i helsevariabler mellom rike og fattige land og mellom rike og fattige mennesker.

Sosial ulikhet

Den store sosiale ulikheten i graviditetsrelatert helse har vært kjent i årtier. Det er likevel først de siste årene at vi har fått mer systematisk kunnskap om disse ulikhetene. Verdensbanken har vist at de 20 % med lavest inntekt kommer dårligst ut overfor indikatorer som behandling av syke barn og vaksinasjonsdekning sammenliknet med de 20 % med høyest inntekt (13). Men ulikheten i om kvinnene føder med profesjonell hjelp eller ikke, er betydelig større (fig 1) (13).

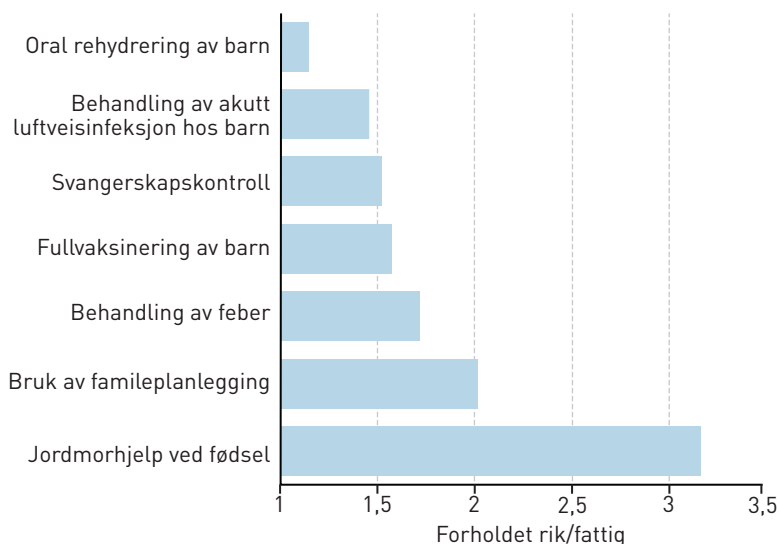
Videre har det lenge vært kjent at tilgangen på trygg abort er ekstremt skjevt fordelt. Der abortlovgivningen er restriktiv, kjøper velstående kvinner seg trygge aborter, ofte på det private helsemarkedet. Fattige kvinner må ty til kvakksalvere eller induserer abort på seg selv (14). En liten lysning er at medisinsk abort er mer tilgjengelig enn før og at dødeligheten ved illegal abort går noe ned. Det skyldes særlig misoprostol, som er et billig medikament og registrert i de fleste land.

Når det blir komplikasjoner etter farlige, ulovlige aborter, er kvinner sårbare for økonomisk utnyttning av helsepersonell. Og når det gjelder ufrivillig ufruktbarhet er konsekvensene betydelig større for fattige kvinner enn for de mer velstående, fordi de fattige mange ganger er helt avhengige av fødeevnen for å få et anstendig liv. Assistert reproduksjonsteknologisk behandling finnes så å si ikke i fattige land, og det lille som finnes, er forbeholdt en økonomisk elite.

Menneskerettighetene

Den grunnleggende verdien i menneskerettighetene er ikke-diskriminering. Særlig på områder som er politisk, kulturelt og religiøst kontroversielle kan menneskerettighetene brukes til løse kontroverser. Men det er slett ikke noe nøytralt område – veldig mange av kontroversene på den globale helsearenaen dreier seg nettopp om menneskerettighetene.

Menneskerettighetene er særlig relevante når det gjelder de store sosiale urettferdighetene innen reproduktiv helse (15). «Den høyest oppnåelige helsestandard» er en menneskerettighet ifølge artikkel 12 i den



Figur 1 Figuren viser forholdstall mellom bruk av helsetjenester blant de rikeste 20 % av befolkningen og de fattigste 20 %. Etter Campbell White og medarbeidere (13). Gjengitt med tillatelse fra Universitetsforlaget (3)

internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Den er todelt – det er retten til helsetjenester og så dreier det seg om de underliggende forholdene som fremmer eller skader helsen (16). Begge aspektene er særlig relevante for reproduktiv helse.

Kvinner som får livstruende komplikasjoner i forbindelse med fødsler og utrygge aborter, kan trenge akuttjenester med høy grad av teknologi og ferdigheter. Da må graviditetsomsorgen prioriteres, og det innen helsetjenester som mange steder er under sterk press. Og de underliggende helsedeterminantene er sentrale for reproduktiv helse. Økonomi og utdanningsnivå er i stor grad utslagsgivende for om en kvinne eller jente har kontroll over sin seksualitet, om hun kan velge å bruke prevensjon, beskytte seg mot seksuelt overførbare infeksjoner, om hun får kvalifisert hjelp i forbindelse med graviditet, fødsel eller abort, og om hun kan få hjelp ved ufruktbarhet (13). Unge jenter er særlig sårbare.

Alle land som har ratifisert en konvensjon, må regelmessig rapportere til konvensjonsparten («treaty body») om hvordan forpliktelsene følges opp. En rekke konvensjoner har vist seg å være relevante for reproduktiv helse, og en hel rekke ganger har land fått tilbakemelding fra konvensjonsparten med henstillinger om å endre lovgivning og praksis for å tilby familieplanleggingstjenester, fødselsomsorg og abortomsorg (15).

Regionale menneskerettighetskonvensjoner har domstoler, og avsagte dommer virker normgivende i tillegg til å komme med sanksjoner overfor stater som bryter sine menneskerettighetsforpliktelser. Den europeiske menneskerettighetsdomstol har f.eks. dømt den polske stat til å betale erstatning til en kvinne som ikke fikk utført abort og fikk alvorlig øyekomplikasjoner,

noe som var forutsett av hennes lege. En kvinne som ble nektet genetisk testing og abort fikk også erstatning (17).

Politisk støtte – og motstand

Alle de tre tusenårsmålene som omhandler helse dreier seg om ulike aspekter av seksuell og reproduktiv helse. Det viser at det er sterk politisk støtte til reproduktiv helse på toppen. Vår egen statsminister er med i et nettverk av stats- og regjeringssjefer som stiller seg bak tusenårsmål nr. 5, selv om den delen som dreier seg om fødsler, har fått mer oppmerksomhet enn andre aspekter av reproduktive helsetjenester.

Men den politiske motstanden er også stor. USA er et toneangivende land. Der er motstanden mot trygge, tilgjengelige aborttjenester sterk og økende (18), og det tvilholdes på modeller for seksualopplysning som har vist seg ikke å fungere (19). Land i Afrika, deler av Asia og særlig det katolskdominerte Latin-Amerika har fortsatt strenge abortlover, som er en arv etter kolonitiden. Mens kolonimaktene har liberalisert lovene sine for lenge siden, holder utviklingslandene, ironisk nok, ofte sine abortlover frem som «del av sin kultur». Over tid er det imidlertid en generell tendens til liberalisering av abortlovene verden over. Unntakene er land der lovene er blitt strengere, slik som Nicaragua (20).

Afrika er det kontinentet som har de største problemene knyttet til reproduktiv helse. Men Afrika har også en glimrende plan, Plan of Action on Sexual and Reproductive Health and Rights, også kalt Maputo Plan of Action, vedtatt av helseministrene i Den afrikanske union (21). Men gode intensjoner på nasjonalt nivå er langt fra nok. Helsetjenestene er desentralisert i de fleste land. Da har lokalpolitikere og administratorer stor innflytelse – og det er store omlegginger det er snakk om.

Det letes riktignok med lys og lykte etter «quick fixes», og det sies også dessverre altfor ofte at det er enkle ting som skal til for å redusere mødredødeligheten. Dette kan forlede beslutningstakere til å tro at det er enkelt, det skal bare litt godvilje til og så noen «delivery kits», mobiltelefoner for å formidle viktig informasjon og å få gjennomført henvisninger eller pengeincentiver til kvinner som føder på institusjoner. Slike enkelttiltak kan være nyttige som en del av et hele, men alene kan de være enten uten virkning eller direkte skadelige (22).

Ringen sluttet – fragmentering på nytt

Intensjonen med begrepet «reproduktiv helse» var å få på plass helsetjenester basert på faktisk seksualatferd og dens konsekvenser, godt integrert på ulike nivåer av helsetjenesten og med en forståelse av de bakenforliggende faktorene som kjønnsroller og maktfordeling.

Dette var en reaksjon på tidligere tiders overfokusering på familieplanlegging, som ofte ble utført «vertikalt», dvs. som egne tjenester uten rot i helsetjenesten for øvrig. Men siden deler av reproduktiv helse berører sensitive områder og fordi vi lever i en tid der man legger sterk vekt på målbar resultat, er reproduktiv helse på nytt blitt fragmentert.

Håp likevel?

Et oppmuntrende trekk er at det globalt legges økende vekt på å påpeke sosial urettferdighet, på å bruke menneskerettighetene og andre metoder for å fremme sosial rettferd og på å motarbeide religiøse og kulturelle praksiser som skader reproduktiv helse. Videre er det store muligheter i demokratiseringen av kunnskap vi ser nå. Ungdomsseksualitet og abort er områder der det finnes global konsensus, men der det i praksis likevel er stor politisk mot-

stand. På begge disse feltene er tilgang til informasjon helt grunnleggende, både om seksualitet og om bruk av misoprostol for å fremkalle abort på en trygg måte. Kanskje kan kunnskapsdemokratisering også føre til en revolusjon når det gjelder reproduktiv helse i verden. Det trengs.

Berit Austveg (f. 1948)

er seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. Hun har tidligere jobbet ved Helsetjeneste for innvandrere i Oslo og de siste 20 årene med utviklingshjelp på ulike nivåer, med særlig vekt på kvinnehelse.

Oppgitte interessekonflikter: Har mottatt konsulentonorar fra Hewlett Foundation.

Johanne Sundby (f. 1951)

er gynekolog, professor i samfunnsmedisin og arbeider med reproduktiv helse i Afrika.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994. New York: FN, 1994. www.un.org/popin/icpd2.htm [31.8.2011].
2. Tranøy KE. Medisinsk etikk i vår tid. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2005.
3. Austveg B. Kvinners helse på spill. Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
4. The total abortion ban in Nicaragua. Women's lives and health endangered, medical professionals criminalized. London: Amnesty International, 2009.
5. The Holy See's explanation of position, commission on population and development 44th Session, New York, 11–15 April 2011. New York: FN, 2011.
6. Statement of interpretation by the Holy See on the adoption of the political declaration on HIV and AIDS. New York, 10 June 2011. www.hivnorge.no/asset/1613/1/1613_1.pdf [13.6.2011].
7. General Assembly. Political declaration on HIV/AIDS: intensifying our efforts to eliminate HIV/AIDS. 8 June 2011. New York: FN, 2011. www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/65/L.77 [19.6.2011].
8. Lie SO, Gulati D, Sommerfelt H et al. Tusenårs-

målene for helse – rekker vi dem innen 2015? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 0000–00.

9. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards millennium development goal 5. *Lancet* 2010; 375: 1609–23.
10. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Genève: WHO, 2010.
11. Fact on satisfying the need for contraception in developing countries. Updated November 2010. New York/London: Guttmacher Institute/IPPF, 2010.
12. World fertility patterns 2009. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Wall Chart. New York: FN, 2009.
13. Campbell White A, Merrick TW, Yasbeck AS. Reproductive health. The missing millennium development goal. Poverty, health and development in a changing world. Washington D.C.: Verdensbanken, 2006.
14. Warriner I, Shah I. Preventing unsafe abortion and its consequences. Priorities for Research and Action. New York: Guttmacher Institute, 2006.
15. Cook R, Dickens BM, Fathalla MF. Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics and law. Issues in biomedical ethics. Oxford: Clarendon Press, 2003.
16. The right to the highest attainable standard of health: 11.08.2000. E/C 12/2000/4 (general comments). United Nations Economic and Social Council. New York: FN, 2000.
17. Zebley J. Europe rights court rules against Poland in abortion case. May 27, 2011. <http://jurist.org/paperchase/2011/05/europe-rights-court-rules-against-poland-in-abortion-case.php> [19.6.2011].
18. Joffe C. Dispatches from the abortion wars. Boston: Beacon Press, 2009.
19. Fact on American teens' sources of information about sex. In brief: fact sheet. New York: Guttmacher Institute, 2011. www.guttmacher.org/pubs/FB-Teen-Sex-Ed.html [19.6.2011].
20. World abortion policies 2011. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Wall Chart. New York: FN, 2011.
21. Plan of Action on Sexual and Reproductive Health and Rights (Maputo Plan of Action). Addis Abeba: The African Union Commission, 2006.
22. Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. *J Evid Based Med* 2009; 2: 184–95.

Mottatt 24.6. 2011, første revisjon innsendt 3.8. 2011, godkjent 4.8. 2011. Medisinsk redaktør Erlend Hem.