

UNDERPRIORITERT OG OVERSETT



Hvordan oppnå lik tilgang til
prevensjonsmidler for verdens fattigste og
mest marginaliserte kvinner og jenter

HVEM ER VI

SEX & POLITIKK

Sex og Politikk – foreningen for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, er en partipolitisk uavhengig organisasjon som jobber for å styrke og informere om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR), både i Norge og internasjonalt. Sex og Politikk er den norske medlemsorganisasjonen til IPPF.



IPPF er en internasjonal tjenesteyter/organisasjon og ledende forkjemper for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter for alle. Vi er en verdensomspennende bevegelse av nasjonale organisasjoner som jobber for og med lokalsamfunn og enkeltmennesker.

Vi kjemper for en verden der kvinner, og menn og, både ungdom og voksne, bestemmer over sin egen kropp og sin egen fremtid. En verden der de fritt kan velge om de vil ha barn eller ikke, der de fritt kan velge hvor mange barn de vil ha og der de fritt kan leve ut et sunt seksualliv uten frykt for uønskede graviditeter og seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. En verden der kjønn og legning ikke lenger er en kilde til forskjellsbehandling og stigmatisering. Vi vil gjøre alt vi kan for å sikre disse viktige rettighetene og valgmulighetene for nåværende og fremtidige generasjoner.

INNHold

Forord	5
Innledning	6
Hvem er kvinnene og jentene som blir utelatt?	7
Munnkurvregelen	8
Kvinner og jenter blir utelatt	11
Del 1 – møt kvinnene og jentene som konsekvent har blitt utelatt	14
Unge mennesker og ungdom	14
Vanskelig tilgjengelig	16
Kvinner og jenter i første kvintil	18
Kvinner berørt av funksjonshemming, kjønnsbasert vold og HIV-status, og menn og kvinner som selger sex	19
Del 2 – Hvordan skape endring: Evidensbaserte intervensjoner for rettferdig og likeverdig tilgang til prevensjon	22
Lovende tiltak 1: Oppsøkende virksomhet: Nå ut til flere mennesker gjennom mobil oppsøkende virksomhet	23
Lovende tiltak 2: Å tilby et så bredt spekter av prevensjonsmetoder som mulig	27
Lovende tiltak 3: Sikring av rimelig helsepleie av høy kvalitet	29
Lovende tiltak 4: Integrering av tjenester for maksimal effektivitet	32
Lovende tiltak 5: Fokus på mobile befolkningsgrupper	35
Del 3 – Å skape endring: Nøkkeltjenester for likeverdig tilgang til prevensjon	36

FORORD

Det udekkede behovet for prevensjon er en av de største utfordringene kvinner i mange land møter i hverdagen, og utfordrer retten til å bestemme over egen kropp og liv. Rapporten «Underprioritert og oversett» viser med all tydelighet behovet for å investere mer i seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR), og presenterer gode anbefalinger for hvordan vi kan øke innsatsen på en effektiv måte.

Familieplanlegging redder liv. Bare i år er det anslått at 85 millioner kvinner vil bli gravide uten at dette er planlagt eller ønsket, de fleste fordi de ikke har kunnskap om eller tilgang til helsetjenester og prevensjon. Over 300 000 kvinner vil dø grunnet komplikasjoner knyttet til svangerskap eller fødsel. Familieplanlegging er en forutsetning for å realisere andre rettigheter. 62 millioner jenter går ikke på skole, og en av hovedgrunnene er graviditet. Å bli mor i svært ung alder svekker mulighetene til utdanning, jobb og egen inntekt. Manglende tilgang til prevensjon og restriktiv lovgivning innen SRHR forhindrer mange fra å forme sin egen framtid. Når vi gir jenter og kvinner muligheten til å bestemme over sin egen kropp, er det et solid bidrag til en mer stabil og fredelig verden der færre lever i fattigdom. Familieplanlegging er kort og godt avgjørende for en bærekraftig utvikling.

Kampen for SRHR internasjonalt møter en stadig mer kynisk og godt organisert opposisjon, som forfekter et konservativt syn på familie og kjønnsroller, der kvinnen er underordnet. Kampen om kroppen vinnes ved å jobbe målrettet og bredt, i allianser og nettverk, i tett samarbeid med organisasjoner og institusjoner som er i førstelinjen og når brukerne.

Familieplanlegging er en menneskerett. Verdenssamfunnet må sikre at manglende tilgang på prevensjon er noe som snart hører fortiden til. Det handler om penger, om informasjon og om holdninger. Norge står her i en særstilling, med en rådende konsensus om at SRHR generelt og prevensjonstilgang spesielt er en av de viktigste forutsetningene for likestilling, menneskerettigheter og utvikling. Vi har derfor et spesielt ansvar når det internasjonale klimaet forverres. Norge må styrke innsatsen, og vise langsiktig politisk lederskap for å nå IPPF sin målsetning om en verden der alle kvinner kan si "jeg bestemmer!"

Johannes Rindal og Tor-Hugne Olsen, Sex og Politikk



Johannes Rindal, styreleder i Sex og Politikk



Tor-Hugne Olsen, daglig leder i Sex og Politikk

«Underprioritert og oversett» er en milepæl. Den er en sterk erklæring om at IPPF står for rettferdighet og likhet. IPPF står for menneskerettigheter for alle. IPPF har i lang tid jobbet for å trappe opp tjenester for familieplanlegging, for å minske forekomsten av udekkede behov og for å nå ut til sårbare befolkningsgrupper, og med lanseringen av «Underprioritert og oversett» bekrefter vi at det å nå ut til de mest sårbare og vanskelig tilgjengelige gruppene er IPPFs fremste prioritet.

Denne rapporten er en sammenstilling av materiale som inkluderer 68 rapporter fra 34 land. Resultatet er skremmende: De fattigste kvinnene og jentene i de fattigste lokalsamfunnene, i de fattigste landene, nyter fremdeles ikke godt av den globale investeringen i familieplanlegging og arbeidet som den globale bevegelsen har oppnådd. Sjansen for at kvinner i de fattigste landene som ønsker å unngå graviditet bruker et moderne prevensjonsmiddel, er kun en tredjedel sammenlignet med kvinner i høyinntektsland. Dette er uakseptabelt.

Vi må ta ansvar og endre kurs. Vi ber verdenssamfunnet, alle lands myndigheter, om å foreta en kritisk evaluering av egne bidrag og støtte initiativ som vil gagne jenter og kvinner som faller utenfor.

IPPF sin forpliktelse under FP2020-initiativet er å nå ut til 20 millioner kvinner og par som ikke har brukt moderne prevensjonsmidler tidligere. Hittil har vi satt i verk følgende tiltak for bedre å nå ut til de som blir oversett og mangler tilbud:

- Endret sammensetningen av tjenesteleverandører slik at halvparten er lokale distributører.
- Oppjustering av bruken av IPPFs metode for sårbarhetsvurdering: 41 søsterorganisasjoner samler nå inn data vedrørende fattigdom og sårbarhetsstatus blant brukerne
- Økt tjenesteleveranse i semiurbane og rurale områder. Disse utgjør nå 67 prosent av våre tjenesteleverandører.

I 2016 var nesten åtte av ti brukere i kategorien fattige og sårbare. I tillegg til tjenestelevering har vi mobilisert sivilsamfunnet i noen av de fattigste landene for å forbedre lovgivningen, reguleringen av samt de politiske og/eller økonomiske forholdene for tilgang til familieplanlegging. Hvis vi skal kunne nå de jentene og kvinnene som er mest ekskludert, må vi fortsette å ha overvåke arbeidet vårt, og fortsette å forandre og tilpasse oss for å nå ut til dem. «Underprioritert og oversett» er et godt utgangspunkt for å sikre kunnskap om eller gjenoppdage lovende tiltak, for å vise hvilken betydning de har når det gjelder å nå ut til de som er vanskeligst å nå.

Jeg håper og har tillit til at når vi mønstrer all vår ekspertise og ressurser, vil vi virkelig klare å oppfylle våre mål:

En verden hvor alle kvinner, menn og unge mennesker har kontroll over sin egen kropp og dermed sin egen skjebne. En verden hvor de står fritt til å velge foreldreskap eller ei, til å bestemme hvor mange barn de vil ha og når, til å nyte godt av et sunt seksualliv uten frykt for uønsket graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. En verden hvor kjønn eller legning ikke lenger er en kilde til forskjellsbehandling eller stigmatisering. Vi vil ufravikelig gjøre alt vi kan for å sikre disse viktige valgmulighetene og rettighetene for nåtidens og fremtidens generasjoner.

IPPF MISSION STATEMENT



Tewodros Melesse, generalsekretær i IPPF

INNLEDNING

På verdensbasis opplever i dag 1 av 10 kvinner som ønsker å begrense antallet graviditeter, at behovet deres for prevensjon ikke blir dekket. Bare i år er antatt antall kvinner og jenter som opplever uplanlagte og uønskede graviditeter grunnet manglende tilgang til familieplanleggingstjenester og informasjon, hele 85 millioner. Ca. 303 000 kvinner vil dø som følge av komplikasjoner i forbindelse med svangerskap eller fødsel. Over 88 prosent av disse kvinnene vil komme fra verdens fattigste land. Sannsynligheten for at kvinner opplever uønsket graviditet minker i takt med at de blir rikere. Kvinner i den laveste økonomiske kvintilen har fem ganger så stor risiko for uønsket graviditet som kvinner i den høyeste økonomiske kvintilen. Sannsynligheten for uønsket graviditet minsker for hver økonomiske kvintil med tilhørende økende økonomisk velstand.¹

I noen av verdens fattigste land blir grunnleggende menneskerettigheter ignorert. Seksuelle rettigheter er menneskerettigheter. De tilhører oss alle. Det å skape strukturer som gir kvinner, menn og unge mennesker tilgang til rettighetsbasert familieplanlegging av høy kvalitet, har store ringvirkninger langt forbi mikroskopiske fordeler i form av enkeltindividets velvære.



Retten til liv, privatliv og frihet inkluderer individets rett til å ta informerte valg angående egen kropp, til å bestemme antall barn og frekvens, til et liv uten tvang, diskriminering og vold.

Innledning, den Internasjonale Konferansen for befolkning og utvikling (ICPD) og Menneskerettighetene



Fakta taler for seg selv: Familieplanlegging redder liv. Frivillig familieplanlegging er et av de mest vellykkede fremskrittene innen folkehelse de siste femti år. Likevel er det de fattigste kvinnene og jentene i de fattigste samfunnene i de fattigste delene av verden som blir etterlatt. Jo, fordelingen av familieplanleggingstjenester og informasjon har et akutt behov for å bli styrket. Jo, vi må prioritere det å identifisere områder med udekkede behov. Jo, planlegging eller tilpasning av programmer for å tjene sammensatte samfunn mer effektivt, krever nøye overveielse før de blir implementert. Og ja, vi har ekspertisen og teknologien som trengs for å gjennomføre dem nå. Både hva angår det praktiske og administrative har vi

1. Reeves, R. and Venator, J. (2015) Sex, contraception, or abortion? Explaining class gaps in unintended childbearing. [online] Brookings Institution, p.2. Available at: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/26_class_gaps_unintended_pregnancy.pdf [Accessed 21 Apr. 2017].



222 millioner
kvinner får ikke oppfylt sine behov for moderne prevensjonsmidler



Nesten 3 av 4 (73 %) av disse kvinnene lever i verdens fattigste land²



303,000
kvinner vil dø under graviditet og i barsel



85 millioner
kvinner vil oppleve uplanlagte graviditeter

Nivået av udekkede behov hos kvinner og jenter er høyere i **de fattigste landene:**



1 av 10
(10 %) i Asia



1 av 4
(24 %) i Afrika sør for Sahara

løsningene for å unngå uønskede graviditeter.

Tre av fire kvinner (73 %) av de 222 millioner kvinnene² som ønsker å unngå graviditet, men som ikke bruker noen form for moderne prevensjon, bor i verdens fattigste land. Det er en tredjedels sjans for at kvinner i de fattigste landene som ønsker å unngå graviditet, bruker en form for moderne prevensjon sammenlignet med kvinner i mellominntektsland.³

Denne rapporten, som henter sitt materiale fra en litteraturgjennomgang utført av IPPF, gir en oversikt over hvilke kvinner og jenter som blir oversett og lider under manglende tilbud. Vi fokuserer særlig på de som har falt utenfor mer enn 60 års fremgang innen familieplanlegging og undersøker de mest lovende tiltakene for å sikre at alle kvinner og jenter kan velge sitt eget seksuelle og reproduktive liv. For verdens fattigste og mest marginaliserte kvinner har ingen mulighet til å nyte godt av deres mest grunnleggende menneskerettighet: å fritt og åpent velge om de vil ha barn eller ikke. Vi har analysert 68 publiserte rapporter fra 34 land på fire kontinenter. Vi fokuserte spesifikt på befolkningsgrupper med lav dekning av tjenester: unge, kvinner og par som lever med HIV, bevegelige/tvangsforflyttede/kriserammede, de med lav inntekt og underrepresenterte befolkningsgrupper. Resultatet av litteraturgjennomgangen har blitt brukt til å identifisere intervensjonsprogrammer for å nå ut til fattige og marginaliserte kvinner og jenter samt forslag til endringer.

Kvinner og jenters rettigheter må stå i sentrum av

2. Darroch, J. and Singh, S. (2013) Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. The Lancet, pp.1756–1762.

3. Ibid

familieplaneleggingsprogrammer ved å hjelpe de med det største behovet. Men hvem er kvinnene og jentene som blir etterlatt?

HVEM ER KVINNENE OG JENTENE SOM BLIR UTELOTT?

IPPFs mål er å sikre at alle mennesker blir inkludert i muligheten til å ta selvstendige, frie og informerte valg. Sårbarhet inkluderer tre hoveddimensjoner:

- **Sosioøkonomisk nød:** mennesker som lever under den nasjonale fattigdomsgrensen.
- **Sosial utestengelse eller marginalisering:** mennesker som ikke er fullt i stand til å delta i samfunnet på grunn av kultur, seksualitet, språk, religion, kjønn, utdanning, migrasjonsstatus, funksjonshemming eller andre faktorer.
- **Manglende tilbud:** mennesker som ikke har et tilstrekkelig tilbud på grunn av manglende kapasitet eller politisk vilje.

Sårbarhet kan defineres som mennesker som har et udekket behov på grunn av hindre som blant andre manglende evne til å betale, at de bor i vanskelig tilgjengelige områder, alder, kjønnsidentitet eller -uttrykk, seksuell orientering, migrasjonsstatus, kultur, språk, religion, utdanning eller funksjonshemming, og som vanligvis eller ikke i stor nok grad er gjenstand for programmer for seksuell og reproduktiv helse grunnet manglende politisk vilje og/eller institusjonell kapasitet. Dette omfatter mennesker som er helt eller delvis ekskludert fra full deltakelse i samfunnet de lever i, på grunn av stigmatisering eller diskriminering. Hvem som blir klassifisert som mennesker med udekkede behov, varierer fra land til land, og hver av IPPFs søsterorganisasjoner benytter lokale data og utviklingskriterier som er relevante i en lokal kontekst for å avgjøre hvem som er sårbare og mangler tilbud hva angår seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

Data viser at kvinner og jenter, i områder med manglende tilbud, som har det største behovet for familieplanlegging, omfatter:

- Unge kvinner og jenter i alderen 10-24 år
- Kvinner og jenter som bor i vanskelig tilgjengelige områder, særlig urbane slumområder, hjemløse og grupper som er fordrevne fra sine hjem.
- Kvinner og jenter i laveste kvintil (de 20 prosent fattigste)
- Kvinner og jenter som er hiv-positive, har nedsatt funksjonsevne eller opplever kjønnsbasert vold.
- Kvinner og jenter i postpartum-perioden⁴

DET GLOBALE ENGASJEMENTET FOR FAMILIEPLANLEGGING

For nesten 50 år siden anerkjente det internasjonale samfunnet familieplanlegging som en grunnleggende menneskerettighet. Familieplanlegging omfatter tilgang til prevensjonsmidler som hindrer graviditet og begrenser smitte av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. Familieplanlegging som en grunnleggende menneskerettighet ble første gang globalt anerkjent i Teheran-deklarasjonen i 1968.⁴ Dette ble en hjørnestein i den globale konsensusen om retten til informasjon om og tjenester innen familieplanlegging, og la grunnlaget for å innlemme disse rettighetene i rettslig bindende instrumenter.

Konferansen om befolkning og utvikling i Kairo i 1994 foreslo å sette familieplanlegging i sammenheng med andre tjenester for seksuell og reproduktiv helse (SRH), inkludert trygg fødsel, behandling for seksuelt overførbare sykdommer og helsehjelp etter abort. I fortsettelsen av de ufullførte tusenårsmålene (MDG) er familieplanlegging anerkjent som et grunnleggende utviklingstiltak i FNs mål for bærekraftig utvikling (SDG). Familieplanlegging underbygger alle målene om bærekraftig utvikling og blir spesielt henvisning til i mål nr. 3 om helse og mål nr. 5 om likestilling mellom kjønnene.

FNs globale strategi for kvinner, barn og ungdoms helse oppsummerer seksuelle og reproduktive rettigheter (SRHR), inkludert familieplanlegging, som et kritisk tiltak for å få slutt på svangerskapsrelaterte dødsfall, og dødsfall blant nyfødte og barn innen 2030. Toppmøtet om familieplanlegging i London i 2012 og det påfølgende globale FP2020-initiativet har sikret at familieplanlegging står høyt på den globale dagsordenen. FP2020 har revitalisert det globale engasjementet i rettighetsbaserte familieplanleggingsprogrammer. Rettferdighet og fravær av diskriminering er kritiske aspekter ved familieplanlegging og må operasjonaliseres for å nå målet om å gi 120 millioner flere kvinner og jenter tilgang til prevensjonsmidler.

Fra og med 2012 har de fem BRICS-landene Brasil, Russland, India, Kina og Sør-Afrika i økende grad samarbeidet om politikk, felles muligheter og utfordringer knyttet til befolknings spørsmål. Deres unike geopolitikk har en særegen posisjon i det internasjonale helsemiljøet. I februar 2015, etter at BRICS-landene sitt ministermøte for befolknings spørsmål, ble det lansert en «Agenda for BRICS on population matters 2015–2020». Dette dokumentet anerkjente mødre dødighet/ svangerskapsrelatert dødelighet, hiv og familieplanlegging som kritiske komponenter for styrket samarbeid og utvikling.⁵

4. UNITED NATIONS (1968) FINAL ACT OF THE INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMAN RIGHTS, TEHRAN, 13 MAY 1968: PARA. 16. AVAILABLE AT: [HTTP://WWW.REFWORLD.ORG/DOCID/3AE6B36F1B.HTML](http://www.refworld.org/docid/3ae6b36f1b.html) [accessed 21 April 2017].

5. Family Planning 2020 (FP2020) (2014) FP2020 Rights and Empowerment Principles for Family Planning. [online] FP2020, pp.1-2.



Rettferdighet og ikke-diskriminering. Det er mulig for individer å få tilgang til kvalitetssikret, omfattende informasjon og prevensjonstilbud uten diskriminering, tvang eller vold. Kvalitet, tilgang og tilgjengelighet når det gjelder informasjon og tjenester knyttet til prevensjon skal ikke variere etter ikke-medisinske karakteristikk som alder, geografisk bosted, språk, etnisitet, funksjonshemming, hiv-status, seksuell orientering, økonomisk situasjon, sivilstatus eller annen status.

Family Planning 2020: Rights and Empowerment Principles for Family Planning⁶

6. Family Planning 2020 (FP2020) (2014) FP2020 Rights and Empowerment Principles for Family Planning. [online] FP2020, pp.1-2. Available at: <http://www.familyplanning2020.org/>



MUNNKURVREGELEN

«Munnkurvregelen», også kjent som «Mexico City Policy, som først ble introdusert i 1984 og siden gjeninnført av president Donald Trump tidlig i 2017, setter frivillige organisasjoner utenfor USA i en uholdbar situasjon ved å tvinge dem til å velge mellom det å sikre helse og rettigheter for kvinner og jenter og å miste all offentlig bistandsfinansiering fra USA. Den legger alvorlige begrensninger på retten til ytringsfrihet, forstyrrer forholdet mellom lege og pasient og hindrer vurdering av abortlover basert på folkehelsepørsmål og menneskerettigheter. President Trumps gjeninnføring av munnkurvregelen og tilbaketrekkingen av støtten til FNs befolkningsfond under Kemp-Kasten-lovtillegget vil få alvorlige konsekvenser langt forbi tilbud om trygge aborttjenester. Den vil svekke leveransen av helsetjenester innenfor reproduksjon, inkludert familieplanlegging, og føre til en økning i antallet uønskede graviditeter, utrygge aborter og svangerskapsrelaterte dødsfall.

Fellesskapet for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter har møtt en fiendtlig innstilt politisk motstand i flere tiår. Nivået av motstand mot seksuell og reproduktiv helse og rettigheter risikerer å redusere menneskers grunnleggende evne til å oppnå den beste helsestandarden. Det direkte resultatet blir at kvinner og jenter må ta støyten for en politikk som mislykkes i å favne omfanget av udekkede behov for prevensjon og hvordan dette arter seg. Den globale bevegelsen må, i menneskerettighetenes navn, fortsette å mobilisere og motivere til å forvare og fremme kvinners og jenters rett til å velge.

Men det skjer likevel positive steg i riktig retning. Fra og med 2012 er det nå, takket være det globale engasjementet for familieplanlegging gjennom FP2020, 290 millioner kvinner som bruker moderne prevensjonsmetoder i 69 av verdens fattigste land, det høyeste tallet noensinne. I mars i 2017 lanserte Belgia, Danmark, Nederland og Sverige det epokegjørende initiativet kalt She Decides-initiativet, og samlet mer enn 45 land som er villig til å fylle pengegapet på 181 millioner euro (203 millioner dollar) til programmer for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter som har mistet støtten pga. munnkurvregelen Den globale She Decides-bevegelsen for kvinners rettigheter er et kraftig signal til resten av verden om at kvinners og jenters rettigheter ikke vil bli ignorert.



ØKT LIKHET OG RETTFERDIGHET I TILGANG TIL PREVENSJON: LITTERATURGJENNOMGANG

Med det formål å skape meningsfull forandring for kvinner og jenter som blir utelatt foretok IPPF en «realist review», av evidensbaserte intervensjoner som fremmer rettferdig tilgang til prevensjon. Denne rapporten omfatter resultatet av IPPFs gjennomgang.

«Realist reviews» brukes til å evaluere komplekse sosiale intervensjoner hvor det er umulig å fastsette et bestemt resultat på grunn av varierende miljømessige faktorer. I stedet for å spørre «Virker dette?» vurderer en "realist review" hva som virker for hvem, når og under hvilke omstendigheter. Det er den mest effektive måten å analysere denne typen rapporter på.

Evalueringen tok for seg 68 studier, med særskilt oppmerksomhet på programmer som rapporterte forbedringer i resultatene av familieplanlegging for spesifikke, marginaliserte grupper. Anbefalingene ble fremsatt på bakgrunn av en systematisk og solid «realist review»-metodologi som evaluerte dataene fra de mest lovende tiltakene for å øke en rimelig og rettferdig tilgang til prevensjonsmidler for gruppene med lavest dekning av tjenester. Dette er evalueringens resultatrapport, som innbefatter illustrerende eksempler fra IPPFs egne familieplanleggingsprogram og andre gruppers programmer som fremmer bevissthet om og bruk av moderne prevensjonsmidler i utvalgte segmenter av befolkningen. Litteraturen som ble evaluert omfatter en rekke strategier og geografiske områder, som:

- Strategier som integrerer familieplanlegging i hiv-omsorg (Nyanzaprovinsen i Kenya)
- Strategier for å integrere prosjekter for seksuell og reproduktiv helse i pensum for videregående skole som en del av pensum om hiv. (Nyanzaprovinsen i Kenya)
- Strategier som fokuserte på ungdoms seksuelle og reproduktive helse (delstaten Minas Gerais i Brasil)
- Strategier implementert på gaten gjennom teaterprosjekt for helse, delvis gjennomført av ungdommer på videregående skoler (delstaten Minas Gerais i Brasil)
- Strategier implementert på gaten gjennom teaterforestillinger og veggmalinger for å nå ut til kvinner med begrensede lese- og skriveferdigheter i India

I tillegg konsulterte man sektoreksperter med førstehåndskunnskap om programmer på området.



«Det er mørke tider for de som er opptatt av menneskerettigheter. Dette er mennesker som er medlem av de globale eliter som dagens populistiske politikere elsker å rakke ned på. De tror på internasjonale normer og standarder som går imot dagens opprør mot globale ... Kvinners, barns og ungdoms rettigheter er særlig sårbare i denne nye æraen ... I stedet for å provosere motstanderne, bør det internasjonale menneskerettighetsmiljøet fokusere på å sikre det de har oppnådd.»

Richard Horton, Sjefsredaktør for The Lancet 2017⁷ //

7. Family Planning 2020 (FP2020) (2014) FP2020 Rights and Empowerment Principles for Family Planning. [online] FP2020, pp.1-2. Available at: <http://www.familyplanning2020.org/>

Geografisk oversikt over studier inkludert i IPPFs literaturgjennomgang





KVINNER OG JENTER BLIR UTELATT

I løpet av de siste to tiårene har helsesystemenes effektivitet vokst frem som en klar og konsekvent bestemmende faktor for et lands evne til å levere et høystandard prevensjonstilbud. Svake helsesystemer utelater kvinner og jenter når det gjelder tilgang til helsetjenester av høy kvalitet. En stor svakhet i helsesystemenes funksjonsnivå er menneskelige ressurser. Mangelen på helsearbeidere er en enorm utfordring for tjenesteleveranse. Ubalanse hva angår ekspertise og dårlig distribusjon av menneskelige ressurser hjelper på ingen måte ulikhet og urettferdighet. Det å skulle tilfredsstille etterspørselen etter prevensjonsmidler avhenger også av tilgjengeligheten til prevensjonsmidler som møter hvert enkelt individs behov.

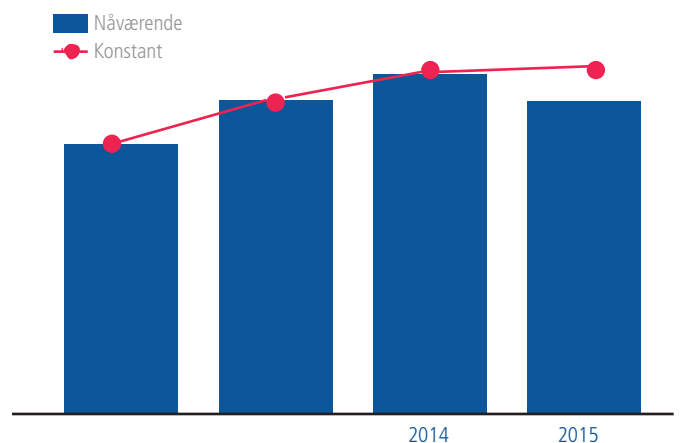
Det nåværende nivået på finansiering av familieplanlegging er utilstrekkelig for å møte det økende antallet nye brukere av prevensjonsmidler. Strukturen på dagens bistand er i endring og blir mer variert ettersom den tradisjonelle donorstøtten til familieplanlegging minker. Kaiser Family Foundations analyse av donorfinansiering fra giverland angir en jevn økning i finansiering av familieplanlegging etter toppmøtet om familieplanlegging i London i 2012. Likevel, i 2015 forblir den bilaterale finansieringen flat på grunn av nedgang i investeringer i familieplanlegging fra flere givere. Dette misforholdet indikerer viktigheten av nasjonalt påvirkningsarbeid for en dedikert økning

i finansieringen av familieplanlegging på landnivå.

Det blir i dag lagt sterkere vekt på at nasjonale regjeringer må investere i innbyggernes velvære og helse. Det kan være kostbart å nå ut til de fattigste og mest marginaliserte, men resultatene har stor innvirkning.

Under: Bilateral bistand fra giverland til familieplanlegging 2012–2015

Milliarder amerikanske dollar



Gjeldende estimater viser at den største økonomiske byrden når det gjelder prevensjon faller på kvinnene selv. Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC) estimerer at innen 2020 kan kontantutlegg til prevensjonsmidler øke med 238 millioner US dollar (tall fra 2014), en sum som er mye større enn den man vil motta fra givere og stater.⁸ Det er kritisk at givere, nasjonale regjeringer og multilaterale organisasjoner reinvesterer i familieplanleggingsprogrammer. Likevel er det vanskelig å nå ut til de fattigste og mest sårbare kvinnene og jentene. Det er et arbeid som kan bli kostbart.

Sivile samfunnsorganisasjoner kan utvide statens og den offentlige sektorens rekkevidde til å omfatte vanskelig tilgjengelige grupper som funksjonshemmede, mennesker i sårbare samfunn, mennesker som bor i avsideliggende strøk og mennesker som lever med hiv. Stater og sivilsamfunnsorganisasjoner må samarbeide for å gjøre det mulig for alle kvinner og jenter å få tilgang til familieplanleggingstjenester uten å risikere diskriminering. IPPF og deres medlemsorganisasjoner har forpliktet seg til å nå ut til kvinner og jenter med manglende tilbud slik at de kan ta frie, fullstendige og informerte valg.

8. Reproductive Health Supplies Coalition (2016) Global Contraceptive Commodity Gap Analysis. RHSC. Available at: https://www.rhsupplies.org/fileadmin/uploads/rhsc/General_Membership_Meetings/Seattle_2016/2016_09_Commodity_Gap_Analysis_handout.pdf. > [Accessed December 2016].

IPPFs FORPLIKTELSE TIL Å NÅ UT TIL DE SOM MANGLER TILBUD

IPPFs medlemsorganisasjoner sørger for at mennesker som bor i vanskelig tilgjengelige områder får informasjon, utdanning og tjenestetilbud. I 2016 sørget IPPF for omlag:

- **47.2 millioner** tjenester til fattige og sårbare brukere, noe som utgjør 79 prosent av brukerne våre
- **Mer enn 46,000** tjenesteleveransepunkt, inkludert mobile klinikker
- **Halvparten** av tjenesteleveransepunktene våre er lokale distributører
- **55 prosent** av tjenesteleveransepunktene våre er i semiurbane områder eller i distriktsområder
- **41 medlemsorganisasjoner** bruker IPPFs metode for sårbarhetsevaluering til å skaffe data om fattigdom og brukernes sårbarhetsstatus.

GODE EKSEMPLER

Måling av sårbarhet for å forbedre programmer

IPPFs medlemsorganisasjoner verden rundt bruker vårt sårbarhetsvurderingsverktøy. Moroccan Association for Family Planning (AMPF) bruker det til å samle data fra alle sine klinikker. De brukte dataene fra denne evalueringen til å utvikle et bredt spekter av programmer som var tilpasset regionale variasjoner i sårbarhet i stedet for å ha én strategi for hele landet. For eksempel sørger AMPF nå for flere hiv-relaterte tjenester i de to områdene hvor de mest sårbare menneskene står i fare for å bli hiv-smittet. AMPF har også brukt dette verktøyet til å foreslå et program som fokuserer på å eliminere hiv-smitte fra mor til barn blant kvinner og menn som selger sex i sørlige Marokko, hvor dataen viser at denne gruppen er den mest sårbare.

RAPPORTEN

Rapporten støttes av uttalelser fra kvinner og jenter fra alle samfunnsklasser, som deler en felles rett til å ta kontroll over sine behov for familieplanlegging. De som bor i byene eller de som lever av å dyrke jorda, velstående eller fattige, unge eller middelaldrende, uavhengig av kjønn eller helsestatus: Alle har rett til å velge når, hvor og om de vil starte familie og hvor mange barn de vil ha.

Ved å benytte en rettighetsbasert tilnærming blir fokuset på kvinner og jenter – de fattigste, mest marginaliserte og de mest sårbare blant dem, som vanligvis blir sittende igjen med den urettmessige byrden en uønsket graviditet er. Dette er de menneskene systemet svikter. Dette er de som blir utelatt.

Underprioritert og oversett presenterer et øyeblikksbilde av uoppfylte behov innen familieplanlegging verden rundt og kaster lys over behovet for rettferdig tilgang til prevensjon. I nyere år har familieplanlegging fått fornyet fokus på globalt nivå. Dette gir større muligheter for å fremheve rettferdighetsstyrte og rettighetsbaserte tilnæringsmåter for å forbedre universell tilgang til familieplanlegging. Rapporten identifiserer fem «lovende tiltak» som programmer kan følge for å sikre bedre tilgang for kvinner og jenter. Og den konkluderer med anbefalinger for å gjenopprette ubalanse innen familieplanleggingstjenester. Disse forslagene er ment for myndigheter, de som utformer politikken, helsetjenesteleverandører og sivilsamfunnsorganisasjoner.

RETTFERDIG OG LIKEVERDIG TILGANG TIL PREVENSJON: SELVSTENDIGE, FRIE OG INFORMERTE VALG

En rekke kvinner og jenter – gifte eller ugifte – har rett og slett ikke noen kontroll over eget seksuelt og reproduktivt liv. De har ikke tilgang eller tillatelse til å bruke trygge og rimelige familieplanleggingstjenester. De har ikke likeverdig status og er derfor hindret fra å få ivaretatt sine menneskerettigheter

Likhet betyr at alle blir behandlet likt. Rettferdighet og likeverd innebærer at noen individer og samfunn trenger mer støtte skal de bli stand til å oppnå en gitt standard – og få utbytte av de samme fordelene som andre mennesker med gunstigere levekår har. Denne rapporten tar for seg rettferdighet og likeverd.

Globale programmer har gjort det mulig for utallige kvinner og jenter å ta kontroll over egne liv gjennom å gi dem valgfrihet hva angår deres seksuelle og reproduktive liv, og å føle seg sikre og trygge på å uttrykke sine seksuelle rettigheter. Men de mest marginaliserte kvinnene og jentene, de fattigste og de som bor i de mest vanskelig tilgjengelige områdene, har blitt ekskludert fra denne suksesshistorien. Evaluering, ved å identifisere områder hvor det er uoppfylte behov, er nøkkelen til rettferdighet og likeverd.

Familieplanleggingsprogrammer har lenge anerkjent kvinners grunnleggende rett til å bestemme over kropp, inkludert hvilken prevensjonsmetode, om noen, de foretrekker. Valg av metode krever at kvinner har tilgang til et bredt utvalg av prevensjon av høy kvalitet, og at de mottar korrekt og fullstendig informasjon for å kunne velge hva som passer best for dem.

Frie, fullstendige og informerte valg betyr at brukerne forstår informasjonen de har fått og er klar over potensielle bivirkninger, og deretter frivillig velger den metoden eller de metodene de vil. Dette fører til sikrere, mer effektiv og forlenget anvendelse av forskjellige prevensjonsmidler.⁹

Avgjørelser som angår familieplanlegging og prevensjon, må være frivillig og grunnfestet i menneskerettigheter. Alle brukere av prevensjonsmidler må forstå alternativene de blir presentert for: Informasjonen må være komplett, nøyaktig og objektiv og ta med alle mulige negative så vel som gunstige konsekvenser. De må forstå betydningen av tvang og være bevisst på om det gjelder dem. Hvorvidt de skal begynne med prevensjon eller ikke er deres, og kun deres, valg. Selvstendige, frie og informerte valg omfatter også det å kunne velge blant det største tilgjengelige utvalget av prevensjonsmetoder, og av en kvalitet som er helt på høyde med den man finner i verdens mest utviklede regioner. Etter hvert som antallet prevensjonsmetoder øker i takt med nye teknologier, blir valgfrihet stadig viktigere for å sikre at alle kvinner har rett til å velge den formen for prevensjon som passer dem og deres

livsstil best.

Den bredere kontekst, beslutningsmyndighet og kunnskap spiller en kritisk rolle. og kvinner og jenter bør kjenne til rettighetene sine før de innleder en samtale med en tilbyder av familieplanlegging. Valgene deres kan bli påvirket av myter og misoppfatninger, og det samme gjelder sosiale stigma som kan finnes i ethvert samfunn.

9. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs (2017) Informed Choice in Family Planning Helping People Decide. The INFO Project. [online] Baltimore: Population Information Program, pp.1-33. Available at: <https://www.k4health.org/sites/default/files/j50.pdf>. [Accessed 19 May 2017].



Individer har muligheten til å få tilgang til utfyllende informasjon av god kvalitet om prevensjon og tjenester, uten diskriminering, tvang og vold (basert på individuelle valg.) Kvalitet og tilgang til informasjon om prevensjonsmidler og tjenester skal ikke variere på bakgrunn av ikke-medisinske karakteristikk som alder, geografisk tilhørighet, språk, etnisitet, funksjonshemming, hiv-status, seksuell orientering, økonomisk situasjon, sivilstatus eller annen status.



Verdens Helseorganisasjon , 2014¹⁰

10. World Health Organization (2014) Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations. [online] WHO. Available at: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/. [Accessed 21 Apr. 2017].

DEL 1 – MØT KVINNENE OG JENTENE SOM KONSEKVENT HAR BLITT UTELATT

Kvinner og jenter i verdens minst utviklede land blir ekskludert fra utviklingen innen familieplanlegging. SDGs forpliktelse til å ikke etterlate noen betyr at alle mennesker skal ha rettferdig og likeverdig tilgang til de samme rettighetene og mulighetene, inkludert rettferdig og likeverdig tilgang til å velge prevensjonsmetode. Denne delen av rapporten viser det menneskelige ansiktet til kvinnene og jentene som blir utelatt.

BARN OG UNGDOM

Unge mennesker imøtekommer behovet for familieplanlegging i Afghanistan

Seksten år gamle Adla bor i en liten landsby rett utenfor Kabul i Afghanistan. Selv om lokalsamfunnet bærer på sterke minner om krig, finnes det også en fremtid av muligheter for modige unge ledere. Men det finnes en tøff barriere som står i veien for mange: barneekteskap

Adla jobber med likemannsarbeid for IPPFs medlemsorganisasjon Afghan Family Guidance Association (AFGA) og sprer livsendrende informasjon gjennom deres oppsøkende program. Hun foretar jevnlige hjemmebesøk for å dele informasjon. Hun har med seg materiell og hjelpemidler for å illustrere viktigheten av familieplanlegging og øke bevisstheten rundt helse og hygiene for gravide og nyfødte. Resultatet er at flere mennesker har begynt å komme til AFGAs mobile klinikk, som reiser rundt til landsbyer for å tilby seksuelle og reproduktive helsetjenester (SRH-tjenester).

Hun sier: «Nå kommer vennene mine til meg for å diskutere problemene sine. En av venninnene mine ble nesten tvunget av familien til å gifte seg med en eldre mann. De hørte ikke på meg, men jeg ga ikke opp. Rådgiveren på den mobile klinikken hjalp meg å overbevise familien. Moren min er stolt av det jeg har oppnådd.»

Det er nå flere unge mennesker i verden (i alderen 10–24) en noen gang før. I verdens fattigste land utgjør barn og ungdom majoriteten av befolkningen. Medianalderen unge kvinner oppgir for første gang de hadde samleie, varierer fra 15 til 23.¹² På verdensbasis har 23 millioner unge mennesker – gifte eller ugifte – et stort udekket behov for prevensjon.

12. USAID (2017) STATcompiler, DHS Program. [online] Available at: <http://www.statcompiler.com/en/> [Accessed 24 Apr. 2017].



‘Overprotected and Underserved: en flernasjonalt studie av rettslige barrierer for unge menneskers tilgang til seksuelle og reproduktive helsetjenester.’

I 2012 bestilte IPPF et flernasjonalt pilotprosjekt for å utforske rettslige barrierer for unge menneskers tilgang til SRH-tjenester. Studien ble designet og implementert av Coram Children’s Legal Centre.¹¹ Mens det finnes et stort utvalg litteratur om sosiale, kulturelle og økonomiske barrierer for unge menneskers tilgang, vet man mindre om hvilken rolle loven spiller i å forme tilgangen til SRH. Alle stater i verden har, uten unntak, utviklet lover som har til hensikt å regulere og begrense unge menneskers tilgang til en rekke seksuelle og reproduktive helsetjenester, inkludert familieplanleggingsmetoder som prevensjon og abort.

11. Coram Children’s Legal Centre and IPPF (2014) Over-protected and under-served: Legal barriers to young people’s access to sexual and reproductive health services. [online] IPPF. Available at: <http://www.ippf.org/taxonomy/term/217> [Accessed 21 Apr. 2017].

Unge mennesker som lever i fattigdom eller opplever annen sosial ulikhet, vil ha et større uoppfylt behov for prevensjon og møte på større barrierer for å få tilgang. Unge menneskers tilgang til prevensjon blir begrenset av hvor mye tid de har til å oppsøke helsetjenester, mobilitet og medfølgende kostnader, begrenset informasjon om bredden av tilbud de har rett til, og rettslige hindringer. Unge mennesker blir også hemmet av sosiale stigma, blant annet oppfatningen om at unge mennesker ikke skal være seksuelt aktive før de er gift eller har nådd en bestemt alder, i tillegg til fiendtlige omgivelser frembrakt av staten og lovgiverne.¹⁴

For ungdom (15–19 år) som er mindre mobile, har mindre penger og mindre juridisk uavhengighet, er disse barrierene for tilgang enda alvorligere.³ Unge menneskers tilgang til trygg og rimelig prevensjon blir begrenset av en rekke faktorer: kulturelle, sosiale, religiøse, logistiske og juridiske. Unge menneskers evne til å ta frie og informerte valg kan være begrenset av tilgjengelighet, kvalitet, kostnad og allmenn tilgang til prevensjon.¹⁵ Dette kan omfatte blant annet sosiale stigma og forlegenhet knyttet til sex, kjønnsnormer og forventninger til seksuell atferd, kostnader og praktiske barrierer samt konfidensialitet. Lover og politisk praksis kan hindre unge kvinner og jenter i å få tilgang til tjenester, informasjon og utdanning.

Ugifte unge kvinner

For ugifte unge kvinner er barrierene for tilgang til tjenester og informasjon om prevensjon større enn for unge gifte kvinner, og det udekkede behovet er også mer omfattende. DHS-programmet, et internasjonalt sammenlignende datasett, undersøker de demografiske og helsesrelaterte

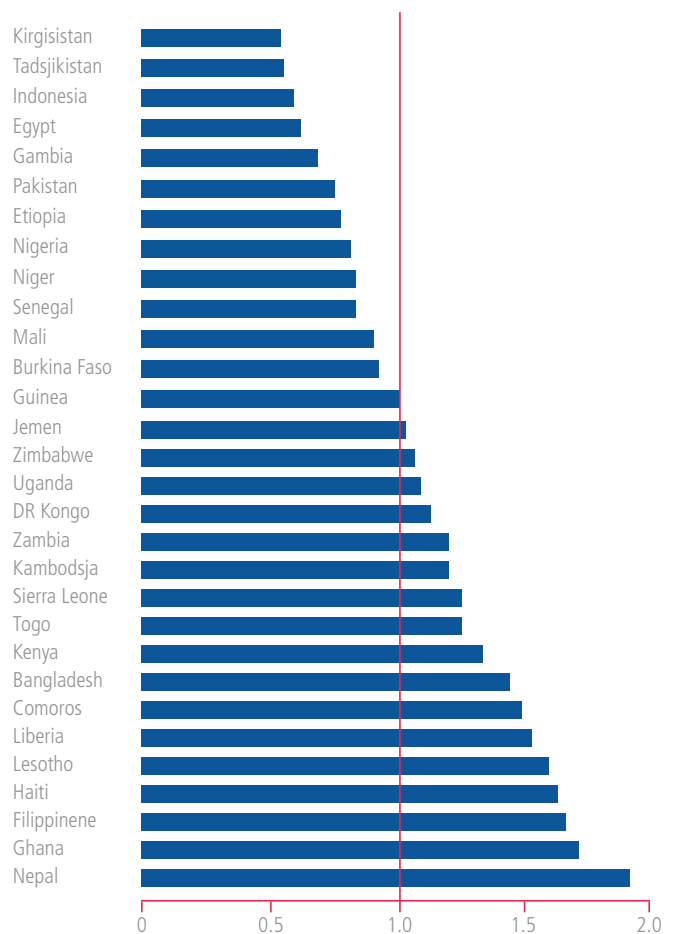
13. Braeken, D. and Rondinelli, I. (2012) Sexual and reproductive health needs of young people: Matching needs with systems. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 119, pp.S60-S63.

14. Darroch, J., Woog, V., Bankole, A. and Ashford, L. (2016) Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. Adding it Up. [online] Guttmacher Institute. Available at: www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf. [Accessed 11 May 2017].

15. Reproductive Health Supplies Coalition (2016). Global Contraceptive Commodity Gap Analysis

nøkkelkarakteristikkene for befolkninger. Rundt 2 av 5 unge ugifte kvinner i Afrika (nesten 40 %)⁵ har et udekket behov for prevensjon, noe som gjør dem til den gruppen med høyest forekomst av udekkede behov på kontinentet.⁶ Det totale behovet for familieplanlegging blant unge ugifte kvinner i alderen 15–24 ligger på rundt 90 % i alle regioner. Dette høye tallet viser at det er et akutt behov for å gi disse kvinnene familieplanleggingstjenester de ønsker og trenger.

Under: Forholdsmessig andel av udekkede behov: unge gifte kvinner (15–19 år) i forhold til alle gifte kvinner:



5. Andelen udekkede behov blant unge ugifte kvinner er størst, rundt 40 %, i de to afrikanske regionene (41,7 % i Vest- og Sentral-Afrika og 39,8 % i Øst- og Sør-Afrika). Blant individuelle land er tallet høyest i Senegal (69,5 %) og lavest i Ukraina (7,3 %).

6. MacQuarrie, K.L.D. (2014). Unmet Need for Family Planning among Young Women: Levels and Trends. Rockville, Maryland, USA: ICF International. [online] Available at: <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/CR34/CR34.pdf> [Accessed 21 Apr. 2017].

VANSKELIGE Å NÅ

Helsetjenester i slummen: Et år i Kiberia i Kenya



Lorraine Nawbire har en tøff jobb på et tøft sted. Lorraine er senterleder for IPPFs søsterorganisasjon Family Health Options Kenya (FHOK) sin klinikk i Kiberia i Nairobi – som er mest kjent som Afrikas største urbane slum. Frem til 2015 sørget FHOK for mobile helsetjenester knyttet til seksuell helse i Kiberia. I juli åpnet et permanent helsesenter. Lorraine har hatt ansvaret siden dag én og er ærlig om de utfordringene hun har møtt siden senteret åpnet.

«I begynnelsen kom det kanskje fem mennesker til oss per dag. Nå er det mer enn 20.» Hun forklarer det store behovet for bedre helsetjenester knyttet til seksuell helse: «Menneskene i Kiberia har mange barn, og det er vanlig å bli gravid så tidlig som når man er 15. Når kvinnene er 24, har de fire barn eller flere.» For å gripe tak i stigma, myter og misoppfatninger har Lorraine rekruttert frivillige til helsearbeid i lokalsamfunnet, som henviser mennesker til senteret og rapporterer til FHOK hva folk i Kiberia sier de trenger. Lorraine og staben hennes deltar også på et ukentlig radioprogram på den lokale swahiliske radiostasjonen for å endre folks holdninger. Delvis på grunn av FHOK-senterets oppsøkende virksomhet steg det daglige besøket på senteret til inntil 80 mennesker per dag innen senterets ett-års-markering.

I vanskelig tilgjengelige områder opplever kvinner og jenter utfordringer både med å få tilgang til prevensjon som førstegangsbrukere, og når de ønsker å fortsette å bruke prevensjon. Det udekkede behovet for prevensjon er særlig stort

i vanskelig tilgjengelige områder, inkludert urbane slumområder, blant hjemløse, i avsidesliggende strøk, blant migranter, flyktninger og fordrevne.

Blant urfolkskvinner er det høy graviditetsrelatert dødelighet og graden av prevensjonsbruk er lav.¹⁸ Det er trolig umulig for mange urfolkskvinner- og jenter å reise til en urban stasjonær klinikk på jevnlig basis, og derfor er det vanskeligere for stasjonære tjenesteleverandører å nå frem til dem. Urfolkskvinner- og jenter har mindre sannsynlighet for fortsatt bruk av prevensjon uten støtte fra kontinuerlig rådgivning og pålitelig tilgang til jevnlig levering av deres foretrukne prevensjonsmetode.¹⁹

Kvinner og jenter trenger pålitelige og forutsigbare familieplanleggingstjenester og forsvarlig tilgang til et dekkende utvalg prevensjonsmetoder som oppfyller hver enkelt kvinnes behov. En studie fant at der man ikke fikk time raskt eller måtte dra til forskjellige klinikker for forskjellige tjenester, hadde dette negative konsekvenser for hvor mange som begynte med eller fortsatte å bruke prevensjon. En annen studie fremhevet underrepresentasjonen av vanskelig tilgjengelige grupper i offentlige helsedata. Forskerne konkluderte med at offentlige helsetjenester burde forlenge tiden de satte av til å planlegge og til å nå ut til vanskelig tilgjengelige grupper, og at de også burde bevilge mer penger til nødvendige ressurser. De konkluderte også med at det ofte var mer effektivt å besørge helsetjenester for vanskelig tilgjengelige grupper gjennom partnerskap med lokalsamfunnet.²⁰

18. Inter-Agency Support Group (IASG) on Indigenous Issues (2014). Thematic Paper on Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples. [online] UN. Available at: www.un.org/en/ga/president/68/pdf/wcip/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf. [Accessed 21 Apr. 2017].

19. Kaunitz, A. (2017) Contraceptive Counseling and Selection. [online] Available at: www.uptodate.com/contents/contraceptive-counseling-and-selection. [Accessed 19 May 2017].

20. Bonevski, B., Randall, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I. and Hughes, C. (2014) Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. BMC Medical Research Methodology, 14(42), pp.14-42.

STORE UDEKKEDE BEHOV PÅ GRUNN AV KONFLIKTER OG HUMANITÆRE KRISER

FNs høykommissær for flyktninger anslår at mer enn 65 millioner mennesker har blitt tvangsforflyttet fra hjemmene sine som et resultat av væpnede konflikter eller naturkatastrofer. Blant verdens land med høyest svangerskapsrelatert dødelighet er det ni av ti som er i konflikt. En av fire tvangsforflyttede kvinner og jenter i fruktbar alder vil på ethvert tidspunkt være gravid. Under humanitære kriser blir behov knyttet til SRHR og familieplanlegging ofte glemt når katastrofer og konflikter rammer. Kvinner og jenter som allerede er utrygge etter å ha flyktet fra en krisesituasjon og blitt tvunget til å søke tilflukt, kan risikere å bli stadig mer utsatt. På tross av at mange blir utsatt for seksuelle overgrep, er tilgangen til prevensjonstjenester ofte ikke-eksisterende.



Bryter barrierer for familieplanlegging i Vanuatu: Julies erfaring



Julie hadde vært jordmor i 20 år før hun ble medlem av IPPFs søsterorganisasjon Vanuatu Family Health Association (VHFA) som sykepleier. Da sykjonen Pam traff Vanuatu, handlet IPPFs humanitære team, kjent som SPRINT, umiddelbart, og VHFA satte i gang livreddende tiltak på øyen Tanna, hvor befolkningen var rammet verst av tyfonen. På Tanna er det mange avsidesliggende lokalsamfunn hvor folk bor i gresshytter uten umiddelbar adgang til helsehjelp. Helseresultatene er svært negative. Enhver person i landsbyen vet om minst en kvinne som har dødd i barsel. Tilgang til og kunnskap om familieplanlegging blir ignorert ettersom tradisjonelle metoder vanligvis blir foretrukket. Julie forklarer at sex er et tabubelagt tema i de fleste lokale kulturene, og at det ikke var noe annerledes på Tanna. Det som gjorde det enda vanskeligere, var at de fleste mennesker i Vanuatu snakker bislama, men på Tanna snakker de sitt eget språk.

Hun sier: «Men vi gjorde vårt aller beste og brukte de få ordene vi hadde, improvisert tegnspråk og demonstrasjonsmaterieil for å gi informasjon om familieplanlegging. Når kvinnene først forstod at de selv kunne bestemme størrelsen på familien og tidsrommet mellom hver graviditet, var det vanskelig å holde tritt med etterspørselen etter prevensjonsmidler.»

KVINNER OG JENTER I DEN FATTIGSTE KVINTILEN

En milliard mennesker lever i ekstrem fattigdom, både forårsaket av og som en konsekvens av sårbarhet. I hvilken grad familieplanleggingstjenester og informasjon når ut til alle medlemmer i et samfunn varierer både innen og mellom nasjoner, men felles problemstillinger trer raskt frem. De fattigste 20 prosentene av befolkningen – tilhørende første kvintil – har ofte dårligere helsestatus og har ikke tatt del i de globale fremskrittene innenfor familieplanleggingsprogrammer. I mange land er bruken av prevensjon lav blant kvinner og jenter i laveste kvintil, og de har høyest forekomst av udekkede behov for prevensjon og familieplanlegging. Fattigdom og utdanning er uløselig knyttet sammen,²¹ ikke minst fordi mennesker som lever i fattigdom, kan risikere å slutte på skolen for heller å skaffe seg betalt arbeid.

Kvinnelige klesarbeidere i Bangladesh: Jasmins historie

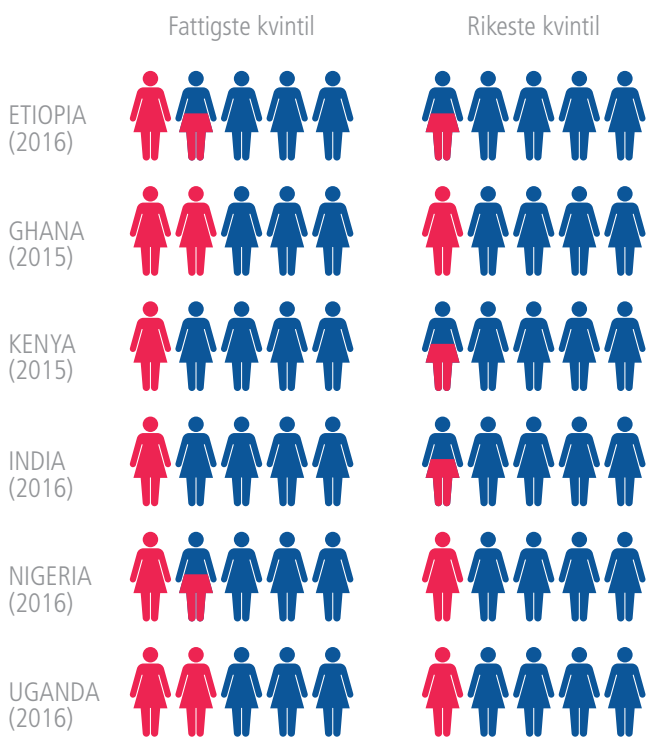
Jasmin Aktar, 23, er en gift klesarbeider fra det fattigdomsrammede nordlige distriktet Gaibandha i Bangladesh. Jasmin vokste opp der sammen med søsteren og to brødre i en liten hytte laget av strå og bambus, og hun jobber i en eksportorientert klesfabrikk som symaskinoperatør. Hun tjener rundt 300 US dollar i måneden. Ektemannen jobber på samme fabrikk.

Til forskjell fra andre unge par har Jasmin og ektemannen bestemt seg for å vente med å bli gravid, og Jasmin har valgt den langtidsvirkende familieplanleggingsmetoden «Implanon» som prevensjonsmiddel. «Jeg møtte flere helseopplysningsarbeidere fra Family Planning Association of Bangladesh (FPAB). FPAB bedriver oppsøkende arbeid og gir kvinner i området informasjon om familieplanlegging. Det var interessant. Familieplanlegging handler ikke bare om prevensjon; det handler om kvinners helse og deres rettigheter. Familieplanlegging åpner ulike veier for betalt arbeid og redder kvinners og jenters liv. Jeg er redd jeg ikke ville være i stand til å ta meg av barnet mitt og jobbe samtidig dersom jeg hadde blitt mor i ung alder. Jeg drømmer om å bli mor, kanskje om ett år, etter at jeg har blitt mer etablert i jobben og ekteskapet mitt.»

21. Bonevski, B., Randall, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I. and Hughes, C. (2014) Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. BMC Medical Research Methodology, 14(42), pp.14-42.

Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020) genererer, analyserer og formidler nøkkeldata om et sett av indikatorer for familieplanlegging i utvalgte land. PMA2020s aktuelle moduler omfatter analyser av udekkede behov etter kvintiler. Forekomsten av udekkede behov er høyest blant kvinner og jenter i den fattigste kvintilen (med 25 %) og lavest i kvintilen med høyest velstand. Tabellen under viser hvordan, i landene som er oppgitt, kvinner og jenter i den universelt laveste inntekts kvintilen har den høyeste forekomsten av udekkede behov for prevensjon. Her er det udekkede behovet nesten dobbelt så stort som hos mer velstående kvinner og jenter i samme land.²²

Under: udekkede behov etter kvintil



KVINNER SOM HAR NEDSATT FUNKSJONSEVNE, OPPLEVER KJØNNSBASERT VOLD, ER HIV-POSITIVE OG MENN OG KVINNER SOM SELGER SEX

Tilgang i Hebron i Palestina: Aishes historie

Under et møte som IPPFs medlemsorganisasjon i Palestina, Palestinian Family Planning and Protection Association (PFPPA) hadde i Deir Al Asal, et fattig, marginalisert og avsidesliggende distrikt i Hebron, møtte de to kvinner som begge var arbeidsledige og gift med samme 26 år gamle mann. En av kvinnene, Aisheh, delte sine personlige erfaringer med å få tilgang til PFPPAs tjenester da hun oppdaget at hun var gravid for andre gang.

Aishes første barn ble født med en utviklingshemming og hun var redd for at barn nummer to ville bli for mye for henne samtidig som hun skulle ta seg av det første barnet. Hun ble henvist til PFPPA for å få rådgivning om familieplanlegging og tilhørende helsetjenester. Mannen hennes var med henne på møtet, og paret fikk rådgivning om forskjellige SRHR-spørsmål. Aisheh bestemte seg for å ta abort. Noen måneder senere fortalte Aishe at hun følte den nye informasjonen hun hadde mottatt angående prevensjonsmetoder, ga henne rett til å bestemme selv. Aisheh og vennen hennes ble forkjempere for familieplanlegging gjennom å arrangere små informasjonsmøter for naboer hjemme hos seg selv, hvor de inviterte mobile team fra PFPPA til å delta.

Ifølge Aisheh «må de få vite at det finnes en mengde prevensjonsmetoder i forbindelse med familieplanlegging som kan gjøre livene deres mye lettere, og at de kan bestemme over egen kropp. Jeg er nå bevisst på hvordan jeg skal ta vare på meg selv og beskytte mine rettigheter som kvinne ... livet mitt har forandret seg.»

22. Bonevski, B., Randall, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I. and Hughes, C. (2014) Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. BMC Medical Research Methodology, 14(42), pp.14-42.



Kvinner og jenter er gjerne spesielt sårbare på bakgrunn av helsestatus, inkludert funksjonshemming, mental helse og hiv-status.

Kvinner og jenter med en funksjonshemming møter sosiale, fysiske og holdningsrelaterte barrierer i tilgangen til familieplanleggingstjenester.

Mange får begrenset sin tilgang til familieplanleggingstjenester på grunn av sosiale oppfatninger om at de ikke bør være seksuelt aktive. Mens noen av de som lever med en funksjonshemming, har vanskeligheter med å kommunisere hva de trenger og ønsker, må autonomien til mennesker med funksjonshemming bli respektert. Det er fremdeles hull i forskningen som er blitt gjennomført for å stadfeste de udekkede behovene til kvinner og jenter som lever med funksjonshemming.

Kvinner og jenter som lever med hiv møter hindringer for å ha tilgang til familieplanlegging.

Kvinner og jenter som lever med hiv har rett til å bestemme antall og intervallet i sine svangerskap. Like fullt er det en høyere andel blant kvinner og jenter som lever med hiv som har et udekket behov for familieplanlegging. For kvinner som lever med hiv, er familieplanlegging et kritisk element som gir en ekstra gevinst i form av forebygging av vertikal smitte og reduksjon av mor-til-barn-smitte. I Kenya har man registrert stor hyppighet av uplanlagte graviditeter blant kvinner som lever med hiv. Blant disse er prevensjonsalternativer påvirket av selvstigma så vel som ytre stigma, helseanliggender og fordommer fra tjenesteytere.²³

Kjønnsbasert vold påvirker kvinners og jenters mulighet til å få tilgang til familieplanlegging.

Kjønnsbasert vold påvirker kvinners og jenters mulighet til å få tilgang til familieplanlegging. Kvinner som har vært utsatt for seksualisert vold har et større udekket behov for familieplanlegging. Ifølge IPPFs V2020 Report on Gender Equality blir 1 av 3 kvinner utsatt for kjønnsbasert vold fra partneren sin. To tiår med forskning på tvers av en rekke regioner har dokumentert at blant kvinner som opplever vold, er sjansen dobbel så stor for at de har en mannlig partner som nekter å bruke prevensjon og for at de rapporterer uønsket graviditet sammenlignet med dem som ikke opplever denne typen vold.

23. United Nations Population Fund (UNFPA) (2016) Universal Access to Reproductive Health, Progress and Challenges. [online] NY, US: UNFPA. Available at: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf [Accessed 19 May 2017].

24. Silverman, J. and Raj, A. (2014) Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control. PLOS Medicine, 11(9).

Kvinner og jenter som blir utsatt for kjønnsbasert vold, har tre ganger så stor sjanse for å føde barn i ungdomsårene og for å gjennomføre fem eller flere fødsler.²⁴ I en undersøkelse som omfattet 31 land, var det gjennomsnittlig 9 % av kvinnene som oppgav motstand fra partneren som årsak til manglende prevensjonsbruk, med Øst-Timor på topp (27 %).²⁵

Behov for prevensjon blant menn og kvinner som selger sex:

Data tilsier at menn og kvinner som selger sex, har et større udekket behov for prevensjon enn kvinner ellers i befolkningen.²⁶ De sosiale barrierene disse kvinnene, mennene og unge menneskene opplever, gjør det vanskelig for dem å få tilgang til spesifikk informasjon om prevensjon og relaterte helsetjenester. På grunn av stigmaet som følger menn og kvinner som selger sex, og fokuset på å forebygge hiv og seksuelt overførbare sykdommer, er det mange som bruker kondom som eneste form for beskyttelse mot uplanlagt graviditet. Kondom som eneste form for beskyttelse mot uplanlagt graviditet er avhengig av faktorer som å forhandle om kondombruk, risikoforståelse, konsekvent bruk og metodesvikt. På grunn av stigmaet som rammer denne gruppen, blir de ofte marginalisert når det gjelder familieplanleggingsrådgivning og fullgod informasjon som de trenger for å kunne velge den prevensjonsmetoden som er best for dem.

Kvinner og jenter i postpartum-perioden

De fleste kvinner og jenter ønsker å utsette eller forhindre graviditet i tiden like etter fødsel. Opptil ett år etter fødselen er det udekkede behovet for familieplanlegging høyere enn på noe annet tidspunkt. Globalt antas det at nesten 65 % av kvinner og jenter har et udekket behov det første året etter fødsel, og kvinner under 20 år har et betydelig udekket behov for å utsette eller forhindre graviditet i barseltiden. Kvinner og jenter har et distinkt behov for familieplanlegging i barseltiden, inkludert faktorer som amenoré, sosiokulturelle normer og forventninger til når seksuell aktivitet skal tas opp igjen etter fødsel. De møter ofte mange ulike grupper av helsearbeidere i tidsrommet før til etter fødselen, som kanskje eller kanskje ikke tilbyr dem prevensjonsalternativer for postpartum-tiden. I denne perioden er det også stor sannsynlighet for at kvinner og jenter har kontakt med helsesystemet gjennom svangerskapstjenester og barnevaksinasjonsprogrammer, noe som innebærer muligheter for at flere kvinner som ikke ønsker å bli gravid igjen umiddelbart begynner å bruke prevensjon.

25. Sedgh, G., Ashford, L.S. and Hussain, R. (2016) Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method. [online] Guttmacher Institute. Available at: www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries-report.pdf [Accessed 19 May 2017].

26. Kohlway, E. (2016) All Women, All Rights, Sex Workers Included: US Foreign Assistance and the Sexual and Reproductive Health and Rights of Female Sex Workers [online] Centre for Health and Gender Equity (CHANGE). Available at: http://www.genderhealth.org/files/uploads/All_Women_All_Rights_Sex_Workers_Included_Report.pdf [Accessed 21 Apr. 2017].

DER TILGANGEN TIL FAMILIEPLANLEGGINGSTJENESTER OG INFORMASJON ER TILGJENGELIG, ER DET NOEN KVINNER OG JENTER SOM IKKE BRUKER MODERNE PREVENSJONSMETODER

Kvalitative studier har identifisert en rekke barrierer som antyder hvorfor kvinner og jenter ikke bruker prevensjon. Disse omfatter:²⁷

- begrenset utvalg av moderne prevensjonsmidler
- feilaktig informasjon, inkludert myter, rykter og misoppfatninger rundt seksualitet, graviditet og prevensjon
- at man sjelden har sex, amenoré i barseltiden og/eller amming
- begrensninger når det gjelder beslutninger, inkludert motstand mot prevensjon enten fra partner eller hos brukeren selv. Tradisjonelle kjønnsnormer kan hindre kvinner i å ta avgjørelser uten tillatelse
- spørsmål relatert til bivirkninger og helseserisiko
- fordommer og feilaktig informasjon fra tjenesteytere

27. Sedgh et al. (2016) Ibid.

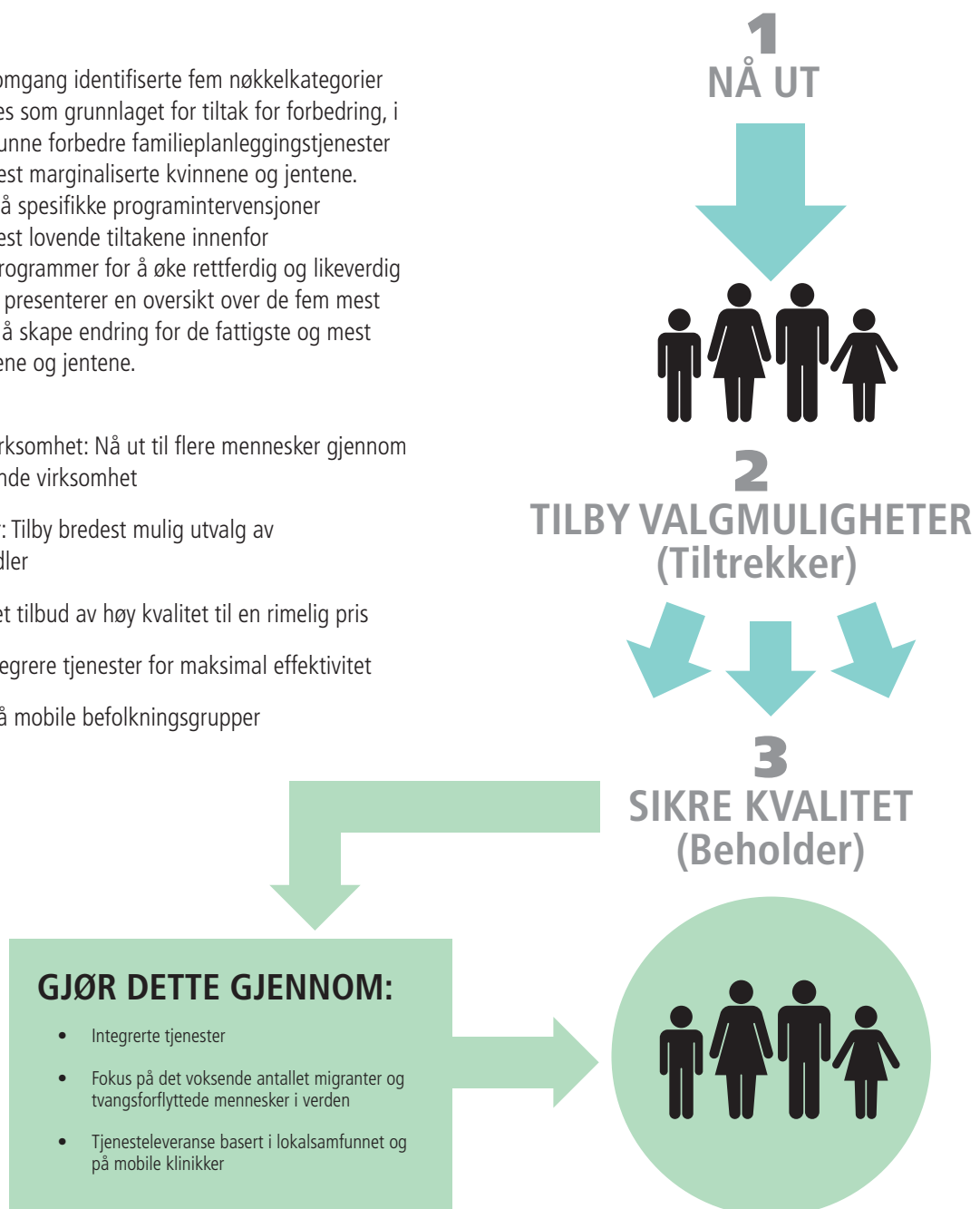


DEL 2 – HVORDAN SKAPE ENDRING: EVIDENSBASERTE INTERVENSJONER FOR RETTFERDIG OG LIKEVERDIG TILGANG TIL PREVENSJON

Hvordan kan rettferdig og likeverdig tilgang til prevensjon arte seg? For å kunne oppnå universell tilgang til familieplanlegging må vi prioritere intervensjoner som sikrer de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene muligheten til å ta ta frie, selvstendige og informerte valg

IPPFs litteraturgjennomgang identifiserte fem nøkkelt kategorier som, hvis de anvendes som grunnlaget for tiltak for forbedring, i betraktelig grad vil kunne forbedre familieplanleggingstjenester for de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene. Evalueringen pekte på spesifikke programintervensjoner som inkluderte de mest lovende tiltakene innenfor familieplanleggingsprogrammer for å øke rettferdig og likeverdig tilgang. Denne delen presenterer en oversikt over de fem mest lovende tiltakene for å skape endring for de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene.

1. Oppsøkende virksomhet: Nå ut til flere mennesker gjennom mobil oppsøkende virksomhet
2. Valgmuligheter: Tilby bredest mulig utvalg av prevensjonsmidler
3. Kvalitet: Sikre et tilbud av høy kvalitet til en rimelig pris
4. Integrering: Integrere tjenester for maksimal effektivitet
5. Fokus: Fokus på mobile befolkningsgrupper



LOVENDE TILTAK 1: OPPSØKENDE VIRKSOMHET: NÅ UT TIL FLERE GJENNOM MOBIL OG OPPSØKENDE VIRKSOMHET

For å kunne gripe fatt i urettferdig og ulik praksis når det gjelder prevensjon, må familieplanleggingstjenester bevilge ressurser – inkludert tid til planlegging, leveranse og budsjett – for å sikre at det er mulig å nå ut til vanskelig tilgjengelige områder. En måte å dekke opp mangler i det nasjonale helsesystemet på er å bringe tjenestene direkte til lokalsamfunnet hvor mennesker lever og arbeider. Mobile oppsøkende tjenester – inkludert mobile klinikker, lokale helsearbeidere og oppsøkende virksomhet i lokalsamfunnet – kan nå ut med informasjon, tjenester og prevensjonsmidler til flere kvinner og jenter enn stasjonære klinikker. Mobil oppsøkende virksomhet kan også styrke helsesystemer og hjelpe helsearbeidere med å tilby et bredt utvalg prevensjonsmetoder. Forskjellige varianter av mobile oppsøkende tjenester har blitt implementert med stort hell.

Mobile klinikker kan levere et bredt utvalg prevensjonsmidler til kvinner og jenter i vanskelig tilgjengelige områder.

En måte å ta tak i helsesystemets manglende dekning på er å bringe tjenestene direkte til lokalsamfunnene der folk bor. Mobile klinikker er effektive når det gjelder å nå ut til avsideliggende områder og betjene marginaliserte lokalsamfunn som møter sosiale barrierer, eksempelvis de som bor i urbane slumområder. I Nepal fikk 13 % av kvinnene som brukte moderne prevensjonsmidler, disse fra en statlig mobil klinikk.²⁸

Mobile oppsøkende tjenester kan også tilskrives økningen i antall kvinner som bruker prevensjon for første gang. Mobil oppsøkende tjenesteleveranse blir identifisert som en «Family Planning High Impact Practice», en fremgangsmåte med stor innvirkning. Mange kvinner får tilgang til prevensjon gjennom mobile tjenester, inkludert:

- 41 % av kvinnene i Afrika sør for Sahara får prevensjonstjenester via mobile oppsøkende klinikker
- 36 % i Sør-Asia og Midtøsten
- 47 % i Stillehavsasia
- 23% i Latin-Amerika.²⁹

Mobile klinikker bør knyttes sammen med tiltak i lokalsamfunnet som lokale helsearbeidere og stasjonære klinikker for å sikre at et system for henvisninger er på plass. Mennesker som benytter mobile tjenester behøver tilgang til et utvalg av korttids- og

langtidsvirkende prevensjonsmidler, oppfølging, påfølgende besøk, henvisninger og direktelinjer for informasjon. Mobile oppsøkende tjenester har vist seg å øke graden av trygghet og tillit i lokalsamfunnet de betjener, å styrke lokale helsearbeideres stilling og å utvide helsedekningen til vanskelig tilgjengelige områder.

Intervensjoner i lokalsamfunn kan nå ut til nye befolkningsgrupper

Intervensjoner som er ment å skape økt bevissthet rundt familieplanlegging, er vanligvis sammensatt av mange komponenter – som aktiviteter for nettverksbygging, workshops, likemannsarbeid, rollespill og drama og teater. Ungdomssentre og prosjekter for å nå mennesker der de er, spiller ofte en sentral rolle i tjenesteleveransen.

Oppfatninger av seksualitet og reproduktiv helse er ikke nøytrale eller basert på fakta, men er blant annet preget av kulturelle og moralske grunnlag, folkehelseprioriteringer og et fokus på medikamenter. IPPFs litteraturgjennomgang fant at opplysningsprogrammer som skaper økt og mer dyptgående forståelse for seksualitet og reproduktiv helse blant folk, eller «utvider deres oppfatning» om disse temaene, er de mest lovende tiltakene for å skape og opprettholde holdningsendringer og få bukt med stigma. Disse tiltakene er særlig effektive når man fokuserer på en interaktiv tilnærming hvor man oppfordrer deltakerne til å delta på en eller flere av aktivitetene. Godt utformet og kulturelt tilpasset helsekommunikasjon i lokalsamfunnet kan også fremme etterspørsel etter prevensjon, ikke minst blant de mest sårbare og marginaliserte gruppene.³⁰

Helhetlig seksualitetsundervisning utenfor klasserommet

Med tanke på det økende antallet barn og ungdom som går på skole og tar høyere utdanning spiller formelle utdanningsrammer en viktig rolle når det gjelder tilbudet om helhetlig seksualitetsundervisning (CSE). Men i land hvor tilgangen til utdanning fremdeles er begrenset er det svært viktig å utvikle innovative fremgangsmåter for å nå ut til mennesker som ikke har eller hadde mulighet til å gå på skole. Lavere skoledeltakelse samsvarer med betydelige hull i seksualopplysningen.³¹ Det finnes mange muligheter når det gjelder CSE utenfor klasserommet. Venteområder, ungdomsklubber og frisørsalonger er hensiktsmessige steder å slå opp informasjon på. I lokalsamfunn med lavere leseferdigheter har det vist seg å være effektivt å innlemme informasjon om familieplanlegging i tradisjonelle ritualer og gateteater.

28. Ministry of Health and Population (MOHP) [Nepal], New ERA, and ICF International Inc. (2012) Nepal Demographic and Health Survey 2011. [online] Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International, Calverton, Maryland. Available at: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr257/fr257%5B13april2012%5D.pdf> [Accessed 19 May 2017].

29. Marie Stopes International (2012) Global Impact Report 2012 Reaching the under-served. [online] Marie Stopes International. Available at: www.mariestopes.org/media/2164/global-impact-report-2012-reaching-the-under-served.pdf [Accessed 21 Apr. 2017].

30. Daniel, E., Masilamani, R. and Rahman, M. (2008) The Effect of Community-Based Reproductive Health Communication Interventions on Contraceptive Use Among Young Married Couples in Bihar, India. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(4), pp.189 - 197.

31. Anderson, R., Panchaud, C., Singh, S. and Watson, K. (2014). Demystifying Data: A Guide to Using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights. [online] Guttmacher Institute and IPPF. Available at: <https://www.guttmacher.org/>

MOBIL KLINIKK

Hver torsdag drar et team fra Reproductive Health Uganda (RHU) i Gulu-distriktet med en mobil klinikk til landsbyen Atega i Omoro-distriktet nord i Uganda. Det oppsøkende teamet besøker dette fattige og avsidesliggende området som ellers ikke ville hatt tilgang til tjenester for seksuell og reprodutiv helse.

Kvelden før oppdraget laster sjåførene, Robert Nyeko og Godfrey Bedimot bilen med telt, stoler, medisinsk utstyr og forsyninger. Klinikken må være satt opp innen klokken 07:00 og klar til å ta imot brukere fra klokken 08:00. Klinikken tilbyr et bredt utvalg av tjenester, inkludert diagnostisering, tester og behandling, og familieplanleggingstjenester slik som tilpassing av implantater, utdeling av kondomer og HPV-vaksiner. Laboratorieteknikeren, Denis Bongonyinge, tester pasienter for malaria, Hepatitt B, hiv, lungebetennelse og andre infeksjoner. Andre i teamet står for immunisering og setter vaksiner.

Vanligvis begynner kvinner og barn å ankomme klinikken rundt 07:30. Det er også to frivillige på stedet for å vise dem hvor de finner de tjenestene de trenger. Noen av brukerne har behov for flere ulike tjenester.

Klokken 08:00 er Anicia Filda, kjent som «Mama» i lokalsamfunnet, på plass med teamet sitt og klare til å starte dagen. Det er nå mer enn 200 brukere som venter på å få hjelp, og det kommer stadig folk til i køen. Immunisering- og vaksinetjenesten har den lengste køen. Mange har kommet for å få vaksine mot Hepatitt B, som utgjør en stor trussel i lokalsamfunnet. De mange jentene som venter på å få HPV-vaksine, blir prioritert.

Denis Bongonyinge tar blodprøver for hurtigtester for malaria, HPV og en rekke andre infeksjoner. Hver bruker har en skrivebok hvor Denis noterer resultatene deres, som de så tar med til de som skriver ut resepter.

32 år gamle Robert Otim triller sykkelen sin til klinikken. Han har syklet 10 km med sine to små barn. Konen hans døde av Hepatitt B da datteren deres bare var seks måneder gammel. Hans fire år gamle sønn ble født for tidlig og er handikappet. Han har kommet til klinikken i dag for siste runde med Hepatitt B-immunisering. Barna må bli vaksinert og trenger behandling for malaria og hoste. Da han ser den lange køen, sier han at han tviler på at han vil få noen hjelp i dag, men heldigvis er det en i teamet som ser Robert, han

har behandlet sønnen hans – Geoffrey – tidligere, og han får komme til for behandling og resepter.

Allerede på midten av dagen har et av teamene som utfører mindre inngrep, barselstjenester, familieplanleggingstjenester og helsehjelp etter abort, tatt seg av 47 mødre. Det er nesten like mange som de tar seg av i løpet av en vanlig dag på klinikken i Gulu.

Anicia Filda sender sjåføren av gårde for å hente flere forsyninger fra klinikken; de begynner å gå tom fordi det er så stor etterspørsel. Teamet tar ingen pauser. Samuel Kedi, den eneste kliniker i den mobile enheten, reiser seg, tar opp en flaske vann fra ryggsekken sin og tar en kjapp slurk før han han fortsetter med neste bruker.

Klinikken fortsetter å ta seg av brukere til langt ut på kvelden. De skal egentlig være ferdige klokken fem, men Anicia sier at det ikke er en eneste dag de har stengt til fastsatt tid. «Vi kan ikke stenge når det fremdeles er brukere som stiller seg i kø. Det er det samme på klinikken i Gulu», sier hun.

Når det nærmer seg stengetid på kvelden, gjør teamet ferdig rapporten hvor de noterer detaljer om antall brukere som har fått hjelp, hvilke typer tjenester de har benyttet og oversikt over beholdningen. Det har vært nok en travel, men vellykket dag for Anicia og teamet hennes. Integreerte tjenester i slike avsidesliggende områder er et vitalt tiltak for lokalsamfunnet. En rekke menn, kvinner og barn ville ikke hatt tilgang til slik behandling og helsepleie som RHU sitt iherdige arbeid sørger for.

Medisin i bevegelse i Guatemala

I en region i Guatemala hvor det er store ulikheter har IPPF Western Hemisphere Region og deres lokale partnere sørget for nesten 900 000 behandlinger i 2015, gjennom mobile enheter til de lokalsamfunnene som har den aller laveste dekningen av helsetjenester. Disse enhetene, som har profesjonelle helsearbeidere og er utstyrt med prevensjonsmidler, krysser farlige fjelloverganger, grusveier og elver for å gi rimelige eller gratis helsetjenester til de som ellers ikke hadde hatt noe tilbud.

I Guatemala, hvor nesten halvparten av befolkningen bor i rurale områder, når IPPFs medlemsorganisasjon APROFAM ut til områdene med lavest dekning av tjenester. De tilbyr informasjon relatert til reproduktiv og seksuell helse, inkludert kort- og langtidsvirkende og permanent prevensjon til liten eller ingen kostnad samt programmer for å styrke ungdoms og kvinners posisjon. Det mobile helseteamet tar seg av inntil 28 mennesker per dag, men i noen områder kan antallet være så høyt som 70. Heidy Escalante, som er assistentsykepleier hos en av APROFAMs mobile enheter, står opp klokken fire hver morgen for å gjøre seg klar for dagen. Hun sier:

«Når kvinnene forteller hvor fornøyde og takknemlige de er [for tjenestene våre], føles det fantastisk. Det er en stor lettelse å se at en kvinne får tilgang til prevensjon, å vite at jeg har hjulpet med å avverge at en mor dør og gitt familien et valg.»

EngenderHealth's Respond-prosjekt sørger for mobile oppsøkende tjenester i Tanzania

EngenderHealths Respond-prosjekt jobber for å møte udekkede behov for prevensjon og fremme bruk av familieplanlegging og helsetjenester knyttet til reproduktiv helse for kvinner, menn og ungdom i Tanzania. Prosjektet jobber på nasjonalt nivå og distriktsnivå for å styrke helsesystemer i samarbeid med departementet for helse og sosial velferd. EngenderHealth har standardisert opplæringen for helsetjenesteleverandører, sikret tilgang til et bredt spekter av prevensjonsmetoder og forbedret integreringen av familieplanlegging i andre tjenester relatert til reproduktiv helse. Prosjektet har hatt suksess med å mobilisere lokalsamfunn og fremhevet rettigheter og lik tilgang til tjenester for reproduktiv helse av høy kvalitet uansett kjønn eller alder.³²

IPPF former helhetlig seksualitetsundervisning til bruk på uformelle arenaer

IPPFs Choice and Opportunities-program har implementert en rettighetsbasert tilnærming til helhetlig seksualitetsundervisning (CSE) i 17 land.³³ Programmet var sentrert rundt å gi ungdom kunnskap, selvtilitt og handlingskompetanse. I tillegg fokuserte programmet på å skape tillit mellom unge og voksne mennesker og å lytte til og forstå hva som er viktig for unge mennesker og hva de trenger. Som et resultat av Choices and Opportunities-programmet har man nå tilgang til CSE på ungdomssentre, samfunnshus og klinikker, gjennom drama, på nettet og interaktive apper. Inkludering er et spesifikt mål for å la alle føle seg trygge på å delta uansett personlige omstendigheter. IPPF har fått viktig lærdom og har skapt kreative måter å oppnå målet om å nå ut til marginaliserte individer på:

- Innholdet i CSE er mest effektivt når det er spesielt tilpasset forskjellige grupper
- Lærere trenger støtte for å innføre nye tilnærminger som aktivt involverer unge mennesker
- CSE er mer bærekraftig hvis unge mennesker som har fått opplæring i likemannsarbeid, blir motivert gjennom insentiver som for eksempel en sykkel de kan bruke for å komme frem til avtalene sine

32. Engender Health (2017) RESPOND Tanzania. [online] EngenderHealth. Available at: www.engenderhealth.org/our-work/major-projects/RESPOND_Tanzania.php. [Accessed 21 Apr. 2017].

33. IPPF European Network (2016) Lessons learned from IPPF's Choices Programme. Brussels: IPPF EN. Available at: www.ippfen.org/our-approach/programmes/choices-and-opportunities [Accessed 30 May 2017].



LOVENDE TILTAK 2: Å TILBY ET SÅ BREDT SPEKTER AV PREVENSJONSMETODER SOM MULIG

Tiår med forskning har vist at når kvinner og jenter får velge mellom et større utvalg av prevensjonsmetoder, er det flere som begynner å bruke prevensjon enn når et smalere utvalg blir tilbudt. Det er ingen enkelt metode som passer for alle kvinner og jenter i et lokalsamfunn. Hver moderne metode har sine begrensninger. Det er derfor svært viktig at man tilbyr et dekkende utvalg av forskjellige prevensjonsmetoder for å sikre et positivt resultat. Utvalget bør inkludere kort- og langtidsvirkende, permanente, reversible, hormonelle og ikke-hormonelle metoder – som blir administrert av en selv eller av en helsearbeider. Hvis bare ett eller to alternativer er tilgjengelig, kan det motvirke kvinners og jenters ønske om å bruke prevensjon.

Tjenesteleveransepunkter må opprettholde et dekkende utvalg av metoder eller gjøre et bredere utvalg tilgjengelig gjennom et effektivt henvisningssystem.

I enkelte tilfeller kan det være at et tjenesteleveransepunkt ikke kan tilby mer enn en prevensjonsmetode. Kvinner som ikke har mulighet til å reise til en klinikk og/eller mangler midler til å kjøpe alternative metoder, aksepterer gjerne «dagens tilbud», men data viser at kvinner bruker prevensjon lenger når de selv har valgt metode fra et så bredt utvalg som mulig.³⁴

Et «skjevt metodeutvalg» betyr at en enkelt metode utgjør mer enn 50 % av hva som er tilgjengelig i et land. Dette har en disproportjonal innvirkning på kvinner og mennesker som bor i rurale områder fordi de er avhengige av subsidierte og kostnadsfrie metoder. En studie viser at skjevt metodevalg var tilfellet i en tredjedel av landene som ble analysert.³⁵ Men det er påvist at flere begynner å bruke prevensjon når utvalget er bredere. Bare ved å legge til én ekstra metode til de allerede eksisterende reduseres andelen av de som slutter med prevensjon, med mellom 4 og 8 %.³⁶ Det er mer sannsynlig at kvinner og jenter velger å bruke prevensjon når de har flere metoder å velge blant.

34. Upadhyay, U.D. (2001) Informed Choice in Family Planning: Helping People Decide. [online] Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Available at: www.k4health.org/toolkits/info-publications/informed-choice-family-planning-helping-people-decide [Accessed 21 Apr. 2017].

35. Sullivan, T., Bertrand, J., Rise, J. and Shelton, J. (2005) Skewed Contraceptive Method Mix: Why it Happens, Why it Matters. *Journal of Biosocial Science*, 38(04), p.501.

36. Castle, S. and Askew, I. (2017) Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges and Solutions. [online] FP2020 and Population Council. Available at: http://ec2-54-210-230-186.compute-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/2016/02/FP2020_ContraceptiveDiscontinuation_SinglePage_Revise_02.15.16.pdf [Accessed 21 Apr. 2017].



Redusere tilfellene av tom varebeholdning for å sikre at kvinne og jenter har jevn tilgang til et bredt utvalg av metoder

Altfor ofte opplever kvinner og jenter mangel på prevensjonsmidler hos tjenesteleverandørene. Ustabile forsyningskjeder og dårlig distribusjon i mange land betyr at klinikker og helsearbeidere jevnlig går tom for prevensjonsmidler. Dette er gjerne et større problem i fattigere og mer avsidesliggende distrikter, og har en dobbel negativ konsekvens: Kvinner og jenter kan ikke stole på at deres foretrukne metode er tilgjengelig, noe som resulterer i at de oppsøker helsetjenestene mindre regelmessig.

GODE EKSEMPLER

PATH og Advance Family Planning (AFP) samarbeider om å øke tilgangen til nyutviklede injeksjonsbaserte prevensjonsmidler.

DMPA-SC – et neste generasjons injeksjonsbasert prevensjonsmiddel – er en nyvinning innenfor prevensjon som kombinerer legemiddelet og nålen i ett system som lett kan administreres av brukeren selv eller av helsearbeidere i lokalsamfunnet. Helsetjenester i Burkina Faso, Nigeria, Senegal og Uganda har gjennom sin ledende bruk av dette prevensjonsmiddelet identifisert en måte å nå ut til nye brukere av familieplanlegging på. I Uganda viser en høy grad av akseptabilitet for selvinjeksjon (90%) og ønske om å fortsette med selvinjeksjon (98 %) at ved å introdusere denne metoden tilfredsstiller man kvinners behov for en enkel og svært tilgjengelig metode.³⁷ For kvinner som bor i rurale eller avsidesliggende områder, unge kvinner som rammes av stigma for prevensjonsbruk eller enhver kvinne som ellers ikke kan komme seg til klinikk eller apotek er DMPA-SC særlig hensiktsmessig.

Tidlig i 2017 holdt Advance Family Planning i samarbeid med PAATH et møte hvor målet var å øke en kvalitativ god tilgang til DMPA-SC. Møtet ønsket å øke kunnskapen blant iverksettere/ forskere, donorer, talsmenn og makthavere om erfaringene fra de landene som var tidlig ute med å bruke DMPA-SC og potensialet for å introdusere det i flere situasjoner. Møtet fastsatte neste skritt for å øke tilgangen til DMPA-SC som en måte å akselerere utviklingen mot å sikre at alle kvinner alltid har adgang til et bredt utvalg prevensjonsmetoder.

Senegals push-distribusjonsmodell

Bruken av prevensjon i Senegal er blant den laveste i verden – 16 % i 2016³⁸ – og det er vanlig med tomme lagre. En sterk medvirkende faktor er at offentlige helsefasiliteter, som brukes av 85 % av kvinnene som ønsker familieplanlegging, regelmessig går tom for prevensjonsmidler. inntil nylig brukte disse fasilitetene et «pull-basert» distribusjonssystem som var svært lite effektivt. Som svar på dette utviklet Senegals regjering og Senegal Urban Reproductive Health Initiative en «informed push distribution model» og tok den i bruk i Pikine-distriktet. Hver måned leverer en lastebil, i følge med en profesjonell logistiker, prevensjonsmidler til hver helsefasetet. Data om beholdningen blir samlet inn og rapportert til distriktets medisinske kontrollører. Slik bringer man forsyningskjeden nærmere behovet. Effekten av push-modellen var umiddelbar i Pikine, og de offentlige helsefasetetene i distriktet gikk ikke lenger tomme for prevensjonsmidler. På bakgrunn av den dramatiske effekten

når det gjelder manglende varebeholdning har flere distrikter i Senegal tatt i bruk og oppjustert push-modellen, og på landsbasis har graden av manglende beholdning blitt redusert til under 2 %.

Ugandas alternative distribusjonsstrategi

IPPFs søsterorganisasjon Reproductive Health Uganda har, med støtte fra Advance Family Planning og helsedepartementet i Uganda fått på plass en alternativ distribusjonsstrategi for prevensjonsmidler. Strategien gir lokale organisasjoner mulighet til forhåndsberedning på stedet ettersom det er de som er best plassert når det gjelder å måle behovet for prevensjonsmidler. Artikler blir via offentlig tilveieskaffelse overlevert til Uganda Health Marketing Group (UHMG) som distribuerer dem til NGO-er og andre private helsetjenester. For å garantere for fremtiden til det alternative distribusjonssystemet ble det undertegnet en intensjonsavtale mellom Ugandas regjering og UHMG i 2015. Under den alternative distribusjonsstrategien har 4 millioner «Couple-Years of Protection» (man har unngått nesten en million uplanlagte graviditeter³⁹) mellom januar 2012 og desember 2015.



37. PATH (2017) Sayana Press (DMPA-SC in Unijet) Self-injection Research. [online] Sayana Press Project. Available at: http://sites.path.org/rh/files/2017/02/PATH_SayanaPress_HSI_brief_2017.pdf [Accessed 21 Apr. 2017].

38. Daff, B., Seck, C., Belkhat, H. and Sutton, P. (2017) Informed push distribution of contraceptives in Senegal reduces stockouts and improves quality of family planning services. *Global Health Science Practice*, 13(2), pp.245-52. 39. Estimation method from: Darroch, J. and Singh, S. (2011) Estimating Unintended Pregnancies Averted from Couple-Years of Protection (CYP). [online] Guttmacher Institute. Available at: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/page_files/guttmacher-cyp-memo.pdf [Accessed 19 May 2017].

LOVENDE TILTAK 3: SIKRE HELSETJENESTER AV HØY KVALITET TIL EN RIMELIG PRIS

Alle kvinner, menn og unge mennesker har rett til samme nivå av kvalitet på tjenester og informasjon innen familieplanlegging. Tilgang til prevensjon, informasjon og tjenester av høy kvalitet, levert i samsvar med behovet, er en menneskerett. Det er absolutt nødvendig at helsetjenester av høy kvalitet blir innført på tvers av hver av de andre lovende tiltakene. Kvaliteten på helsepleien er vesentlig for å kunne gi helsetjenester som respekterer, beskytter og oppfyller retten til den høyest oppnåelige helsestandard. Alle som trenger helsepleie skal ha mulighet til å få tilgang til helsetjenester av høy kvalitet.

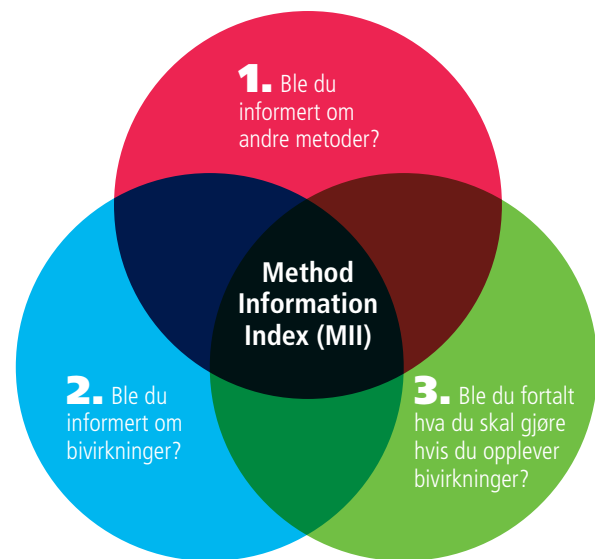
Forbedre kvaliteten på helsetjenestene

Reproduktiv helse blir forbedret når kvinner og jenter rapporterer positive erfaringer etter å ha besøkt eller blitt besøkt av en familieplanleggingsrådgiver.⁴⁰ Dårlig rådgiving faller gjerne inn under to kategorier: 1) Rådgiver diskuterer ikke kvinners og jenters individuelle behov og gir heller for mye irrelevant informasjon eller 2) for lite relevant informasjon. Resultatet er at kvinner og jenter ofte føler seg dårlig informert når det gjelder metoden de har valgt, ikke minst angående bekymring for bivirkninger og faresignaler om overfølsomhet.⁴¹ Kvinner og jenter har beskrevet disse situasjonene som hovedgrunnen til at de ikke bruker prevensjon.

En av FP2020-initiativets hovedindikatorer er basert på en indeksanalyse kalt Method Information Index (MII) som vurderer i hvilken grad kvinner har fått informasjon når de mottar familieplanleggingstjenester. MII måler kvaliteten på familieplanleggingstjenester gjennom et feedback-system- MII er særlig opptatt av hvorvidt kvinner har blitt informert om prevensjonen de har valgt, og om bivirkninger. Det består av tre spørsmål: 1) Ble du informert om andre metoder, 2) ble du informert om bivirkninger og 3) ble du fortalt hva du skal gjøre hvis du opplever bivirkninger? Svarene utgjør en samlet verdi eller score som indikerer hvorvidt kvinnene har fått informasjon om prevensjonsmiddelet sitt eller ikke. I 15 av 17 land som ble evaluert i 2016 var det minst 75 % av kvinnene som rapporterte at de ikke hadde fått noen informasjon om prevensjonen sin under møte med den som gav dem prevensjon. MII-verdiene varierte fra 13.5 % i Pakistan til 71.8 % i Zambia. I 2016 var andre land med lave MII-verdier Indonesia med 34 %, Egypt med 28.8 %, Nigeria med 28,4 % og Lesotho med 27 %.

40. Bruce, L. (2016) The Balanced Counseling Strategy Plus: A Toolkit for Family Planning Service Providers Working in High HIV/STI Prevalence Settings. 3. [online] https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015RH_BCS-Plus_TrainersGuide.pdf [Accessed 21 Apr. 2017].

41. Ochako, R., Mbono, M., Aloo, S., Kaimenyi, S., Thompson, R., Temmerman, M. and Kays, M. (2015) Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: a qualitative study. *BMC Public Health*, 15(118).



Redusere sosiale og kulturelle fordommer hos tjenesteleverandører

Sosiale og kulturelle normer kan påvirke hvordan helsearbeidere omgås kvinner og jenter som ønsker råd om familieplanlegging, og de kan ha en sterk innvirkning på kvaliteten på helsepleien. Noen helsearbeidere kan favorisere enkelte metoder fordi kjenner best til dem, eller de kan ha fått lite opplæring om andre metoder og/eller de er ikke fullt klar over andre metoder som er tilgjengelige. Helsearbeidere kan også foretrekke metoder som krever mindre klinisk intervensjon og oppfølging, på grunn av arbeidsmengde og begrense tid til avtaler og konsultasjoner.⁴² Enkelte helsearbeideres fordommer knyttet til prevensjon kan også være preget av personlige verdier som for eksempel oppfatninger om sex utenfor ekteskapet.

I det urbane Kenya oppgav over halvparten av de intervjuede tjenesteyterne at de hadde innført en minstealder for en eller flere metoder. 41 % rapporterte at de ikke ville gi prevensjon til en kvinne som ikke hadde født. De som jobbet på private fasiliteter var langt mer tilbøyelige til å innføre barrierer.⁴³ Studier i Uttar Pradesh, India⁴⁴, og Tanzania⁴⁵ viste at bedømmelser ble basert på sivilstatus og hvorvidt en mannlig partner hadde gitt samtykke til prevensjon. Unge mennesker, særlig fattige og marginaliserte unge mennesker, er svært utsatte for fordommer fra tjenesteyter. Mange land har lover og bestemmelser som begrenser ungdoms tilgang til prevensjon.⁴⁶

42. Geibel, S., Hossain, S., Pulerwitz, J., Sultana, N., Hossain, T., Roy, S., Burnett-Zieman, B., Stackpool-Moore, L., Friedland, B., Yasmin, R., Sadiq, N. and Yam, E. (2017) Stigma Reduction Training Improves Healthcare Provider Attitudes Toward, and Experiences of, Young Marginalized People in Bangladesh. *Journal of Adolescent Health*, 60(2), pp.535-544.

43. Tumlinson, K., Okigbo, C. and Speizer, I. (2015) Provider barriers to family planning access in urban Kenya. *Contraception*, 92(2), pp.143-151.

44. Calhoun, L., Speizer, I., Rimal, R., Sripad, P., Chatterjee, N., Achyut, P. and Nanda, P. (2013) Provider imposed restrictions to clients' access to family planning in urban Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 13(1).

45. Speizer, I., Hotchkiss, D., Magnani, R., Hubbard, B. and Nelson, K. (2000) Do Service Providers in Tanzania Unnecessarily Restrict Clients' Access to Contraceptive Methods? *International Family Planning Perspectives*, 26(1), pp.13-22.

46. Geibel S., et al. (2017) Ibid.



Sikre rimelige priser for familieplanleggingstjenester og -produkter

I mange land betaler kvinner og jenter for familieplanleggingstjenester og -produkter av egen lomme. Man må være påpasselig med å holde prisene på tjenester overkommelige og sikre at kvinner og jenter kan både velge og få tilgang til prevensjonsmidler av høy kvalitet og som de har råd til. Mange foretrekker å betale for helsetjenester fordi de da oppfatter den som av høyere kvalitet. Øremerkede subsidier for kvinner og jenter med lav inntekt, inkludert kuponger, ytelsesbaserte kupongsystemer og helseforsikring kan gi økt tilgang til familieplanleggingstjenester.

Bamako-initiativet i Benin, Guinea og Mali ble utarbeidet i 1987 med økt tilgang til grunnleggende medisiner og andre helsetjenester i lokalsamfunnene som mål. Regjeringene gjorde initiativet mulig gjennom en kapitalinvestering til innkjøp av medisiner og å sette opp infrastrukturen.⁴⁷ Resultatet av Bamako-initiativet er at medisiner, inkludert prevensjon, blir solgt til pasienter til en pris som er tilstrekkelig til å fylle opp beholdningene og å dekke løpende kostnader for fondet.⁴⁸ Initiativet ble sponset av UNICEF og WHO, som ga støtte til å oppjustere antallet lokalt drevne helsesentre i rurale områder som fokuserte på de fattige. Dette gjorde initiativet i stand til å nå ut til 20 millioner flere mennesker i løpet av de neste 12 årene.

Tretti år senere fant en uavhengig evaluering at selv om kvaliteten og tilgjengeligheten var høy for legemidler (med en 80 % «fornøyd»-vurdering i samfunnet), så var fremdeles prisen en barriere for over halvparten av menneskene i målgruppen for Bamako-initiativet.⁴⁹ Dette er de fattigste menneskene i de tre landene, som fremdeles ikke benytter seg av sentrale helsetjenester fordi prisen er for høy. I Benin og Guinea var det rom for unntak i helsesystemet, og de fleste helsesentrene hadde inntekter de kunne ha brukt til å subsidiere de fattigste, men nesten ingen gjorde det.⁵⁰ I dag blir brukergebyr for helsetjenester i lav- og middelinntektsland, innført via selvfinansierende programmer og andre mekanismer, i stor grad ansett for å ha en negativ effekt på tilgang til helsetjenester for de fattige.⁵¹

47. Bärnighausen, T. (2015) Book review: Neoliberalism and global health – a blind alley? Review of *Blind Spot* by Salmaan Keshavjee. *The Lancet*, 3(9), pp. 685-686.

48. UNICEF, *State of the World's Children 2008* (2008) *The Bamako Initiative*. [online] Available at: https://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf [Accessed 24 Apr. 2017].

49. World Bank Group (2000) *The Bamako Initiative*. Spotlight on... [online] World Bank Group. Available at: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/5986/9780821354681_Spot%20Bamako.pdf [Accessed 19 May 2017].

50. *Ibid.*

51. Bärnighausen, T. (2015) *Ibid.*



GODE EKSEMPLER

Bruker-fokuserte tiltak forbedrer familieplanleggingsrådgivning på Filippinene

Filippinene benyttet en brukerfokusert tilnærming for å få bukt med at en stor andel sluttet å bruke prevensjon og for å møte behov relatert til reproduksjon med informasjon og tjenester av høy kvalitet. Gjennom et innovativt prosjekt ble helsepersonell og deres overordnede i 10 kommuner opplært i effektive metoder for interaksjon og utveksling av informasjon. Denne opplæringen førte til en markert forbedring i interaksjoner mellom tjenesteytere og kvinner og jenter som ønsket prevensjon.⁵³ Brukerfokuserte tiltak var vellykkede når det gjaldt å øke tjenesteyternes kunnskap og forbedre kvaliteten på informasjonen fra tjenesteytere til brukere.

MSI gjør at fattige har råd til familieplanleggingstjenestene

Marie Stopes International (MSI) har bidratt til nasjonale helsemål ved å etablere subsidierte kupongprogrammer for å øke fattige menneskers tilgang til frivillige familieplanleggingstjenester. Programmet er operativt i elleve land og gir kvinner kuponger som byttes inn mot familieplanleggingstjenester. I Sierra Leone rapporterte klinikker som deltar i programmet, en 600 % økning i bruk av tjenester per måned, fra 200 til 1400 tilfeller. Bruken av kuponger var høyest blant yngre og fattige mennesker. Slike ordninger har den ekstra fordelen at de kan tilpasses spesifikke deler av samfunnet.

IPPF utvider og kopierer sosiale foretningsmodeller for å levere rimelige helsetjenester av høy kvalitet

IPPFs Social Enterprise Acceleration Programme, lansert i 2015, styrker medlemsorganisasjonenes kapasitet for å bruke de beste erfaringene fra entreprenørvirksomhet innenfor helsesektoren. Dette øker deres økonomiske evne ettersom de generer inntekter og øker programmessig bærekraft. Samtidig som det skaper økonomiske verdier gir Social Enterprise Acceleration Programme også sosiale verdier og forbedrer menneskers liv ved å løfte kvinner og jenter ut av fattigdom.

I 2012 etablerte IPPFs medlemsorganisasjon Profamilia i Colombia foretaksenheter som erstattet forvaltningen av alle daværende virksomheter. Fra 2012 til 2014 økte «couple years protection» med 38% og tjenester relatert til seksuell og reproduktiv helse med 27 % samtidig som Profamilias inntekter økte med 48 %. Litt over halvparten av Profamilias utbytte kom fra klinikkene deres, og 42 % fra en enhet som selger prevensjonsmidler og andre produkter relatert til seksuell og reproduktiv helse. Profamilias sosiale foretningsmodell reinvesterer overskuddet for å utvide sitt sosiale engasjement og øke sin økonomiske bærekraft. I dag er Profamilia selvfinansierende og driver 34 helsesentre i 28 byer hvor de gir rimelige helsetjenester, rådgivning og produkter til mer enn 700 000 brukere i året.

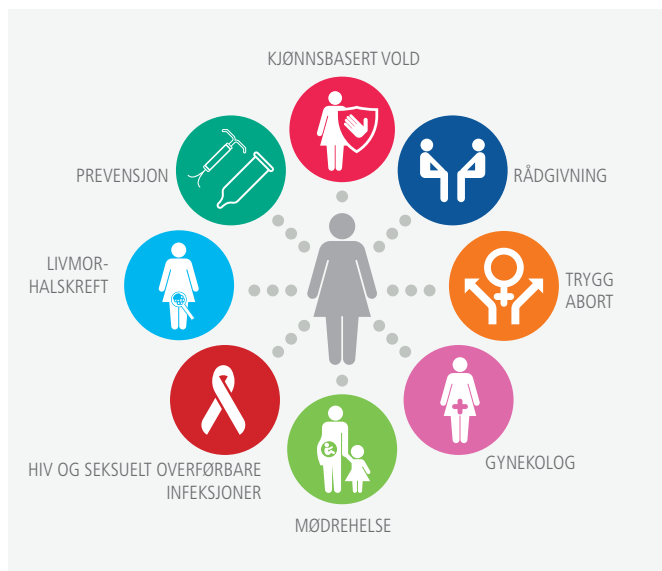
52. In Pakistan, only married women were surveyed.

53. Costello, M., Lacuesta, M., RamaRao, S. and Jain, A. (2001) A client-centered Approach to Family Planning: The Davao Project. *Studies in Family Planning*, 32(4), pp.302-314.

LOVENDE TILTAK 4: INTEGRERING AV TJENESTER FOR MAKSIMAL EFFEKTIVITET

Integrering av familieplanleggingstjenester i andre SRH-tjenester er en gunstig måte å nå grupper med lav dekning på. Mennesker oppsøker ofte SRH-helsetjenester når de har et akutt behov (som ubehag eller uregelmessig menstruasjon). Et tilbud om omfattende og forebyggende helsetjenester på dette tidspunktet er en mulighet for tjenesteyterne til å nå ut til mennesker som ellers ikke vill oppsøkt tjenestene på grunn av avstand, kostnader, stigma eller mangel på informasjon. Det er også en mulighet til å sikre fortsatt bruk av prevensjon gjennom å bytte metode heller enn å slutte, og til å sørge for behandling av seksuelt overførbare infeksjoner, inkludert hiv. Integrerte tjenester er spesielt viktige for unge mennesker. Integrering sikrer at et høyere antall mennesker vil få de helsetjenestene de trenger, uansett behov. Forskjellige lokalsamfunns varierende behov kan bli møtt gjennom integrerte tjenester.

En realistisk vurdering av behov og praktiske forhold kan føre til at man kombinerer en rekke helsetjenester og familieplanleggingstjenester på samme sted, eller til en formell sammenslutning av atskilte tjenester. I flere land har familieplanlegging med hell blitt integrert i klinikker og oppsøkende programmer hvor kvinner mottar følgende tjenester: pleie etter fødsel, immunisering av spedbarn, hiv-testing og rådgivning, screening for livmorhalskreft og pleie etter abort.⁵⁴



Ifølge data om IPPFs integrerte tjenester mottok 85 % av førstgangsbukere av familie planleggingstjenester mellom 14 og 19 år, også en tjeneste som ikke var relatert til familieplanlegging (i perioden ni måneder før og ni måneder etter deres første møte med familieplanleggingstjenesten). 70 %

54. Ringheim, K., Yeakey, M., Gribble, J., Sines, E. and Stepahin, S. (2009) Supporting the Integration of Family Planning and HIV Services. [online] Population Reference Bureau. Available at: <http://www.prb.org/pdf09/fp-hivintegration.pdf> [Accessed 24 Apr. 2017].

55. IPPF draft data for 2017 (forthcoming). IPES and first time users of modern family planning. Available upon request.

av disse førstgangsbukere mottok disse ulike helsetjenestene under det samme besøket.⁵⁵

Tilbud om familieplanleggingstjenester og informasjon til kvinner etter fødsel gjennom utvidede immuniseringsprogrammer og mødrehelsetjenester

Immuniserings- og mødrehelsetjenester er viktige aspekter av helsetilbudet. Det å knytte disse tjenestene sammen med familieplanlegging er kostnadseffektivt og gir store fordeler. I det første året etter fødselen er behovet for å begrense og bestemme intervallene mellom fremtidige graviditeter stort blant kvinner og jenter, som da sannsynligvis vil oppsøke helsesystemet mer regelmessig.⁵⁶ Data antyder at både kvinner og tjenesteytere ser fordelene med en «one stop shop» hvor tjenester er samlet. Hva angår bekvemmelighet og kostnadseffektivitet er det fornuftig både for kvinner og tjenesteytere å samle compatible tjenester. Reiseutgifter og administrasjonskostnader reduseres for henholdsvis brukere og tjenesteytere når tjenestene samles i én enhet. En offisiell forbindelse mellom enheter med geografisk avstand fører også med seg stordriftsfordeler.

Integrering av hiv-tjenester og tjenester som fokuserer på familieplanlegging for å bedre helsen til mødre og barn som lever med hiv, og for å hjelpe de som er sårbare for hiv-smitte

Integrering av hiv- og familieplanleggingstjenester gjør det mulig å nå ut til flere kvinner og jenter og gi dem tilgang til prevensjon, hiv-forebygging, testing, rådgivning og behandling. Funn viser at integrerte tjenester kan redusere det udekkede behovet for prevensjon, særlig blant kvinner og jenter som lever med hiv. Nye prevensjonsmidler, deriblant kondom for kvinner, kan styrke kvinners stilling da de bidrar til dobbel beskyttelse mot uønsket graviditet, seksuelt overførbare infeksjoner og hiv-smitte. Funnene viser også at integrering av postnatal pleie, familieplanlegging og hiv-tjenester kan forhindre mor-til-barn-smitte på en effektiv måte. Der familieplanlegging blir integrert i hiv-pleie på samme klinikk, ser man at flere begynner å benytte seg av familieplanlegging.⁵⁷ For eksempel viser preliminaire data fra fem av klinikkene til Family Planning Association of India (FPAI) at i gjennomsnitt er det 2 av 5 kvinner som inkluderer andre tjenester når de går til hiv-testing og -behandling, slik som aborttjenester, undersøkelser knyttet til seksuell og kjønnsbasert vold og helsetjenester knyttet til graviditet og fødsel. Dette viser fordelene kvinner får i form av spart tid og penger gjennom IPPFs fremgangsmåte hvor man integrerer familieplanleggingstjenester med andre.

55. IPPF draft data for 2017 (forthcoming). IPES and first time users of modern family planning. Available upon request.

56. High-Impact Practices in Family Planning (2013) Family Planning and Immunization Integration: Reaching postpartum women with family planning services. [online] Washington, DC: USAID. Available at: www.fphighimpactpractices.org/sites/fphips/files/hip_fp_imz_brief.pdf [Accessed 24 Apr. 2017].

57. IPPF draft data for 2017 (forthcoming). Ibid.



Tilby familieplanleggingstjenester og informasjon som del av helsehjelp etter abort

"

Familieplanlegging etter abort gir på sikt mer bærekraftig og institusjonalisert familieplanleggingsrådgivning og -tjenester etter abort.

Family Planning High Impact Practice

"

Det finnes stadig mer belegg for at familieplanleggingsintervensjoner spiller en kritisk rolle når en kvinne eller jente går gjennom en spontanabort eller fremkalt abort. Graden av udekkede behov er stor blant kvinner og jenter som har gjennomgått en abort. Tilbud om familieplanlegging til kvinner og jenter etter svangerskapsavbrudd har en svært gunstig innvirkning når det gjelder å ivareta deres fremtidige planer for reproduksjon.⁵⁸ Tilbud om rådgivning og tjenester på samme tid og samme sted, hvor kvinner får behandling for komplikasjoner etter spontanabort eller fremkalt abort, bidrar til bedre helse for mor og barn og også til nasjonale familieplanleggingsprogrammer.

Da helsedepartementene i åtte land integrerte prevensjon og pleie etter abort, var det 3 av 4 kvinner som valgte å begynne med prevensjon etter mottatt rådgivning.⁵⁹

GODE EKSEMPLER

Jordmødre i Mali tilbyr familieplanleggingstjenester gjennom immuniseringsprogrammer

Il Mali er bruken av prevensjonsmidler lav; mindre enn 7 % av kvinner og jenter i fruktbar alder bruker prevensjon. 0,2 % av kvinnene som bruker en moderne prevensjonsmetode, bruker langtidsvirkende, reversibel prevensjon (som spiral og implantater som er mer effektive og kostnadseffektive enn korttidsvirkende metoder.) I Mali sier 79 % av kvinnene som nylig har født, at de ønsker en pause før neste graviditet.

58. High Impact Practices in Family Planning (2012) Postabortion family planning: strengthening the family planning component of postabortion care. [online] Washington, DC: USAID . Available at: <https://www.fphighimpactpractices.org/resources/postabortion-family-planning-strengthening-family-planning-component-postabortion-care> [Accessed 24 Apr. 2017].

59. Benson, J., Andersen, K., Brahma, D., Healy, J., Mark, A., Ajode, A. and Griffin, R. (2016) What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Global Public Health*, pp.1-16.

I hovedstaden, Bamako, har man et program som integrerer familieplanleggingstjenester etter fødsel med immuniseringsprogrammer for barn. Jordmødre som er opplært i å tilby familieplanlegging på offentlige og private klinikker, utplasseres på klinikker på travle dager når man utfører immunisering, for å gi en 30 minutters presentasjon av familieplanlegging til kvinnene mens de venter. Presentasjonen inkluderer samtaler om myter og misoppfatninger om langtidsvirkende, reversible prevensjonsmetoder. Etter presentasjonen får kvinnene muligheten til å få individuell rådgivning angående ønsket metode og prevensjon til en subsidiert pris på 500 CFA (1 dollar). I løpet av dette pilotprosjektet valgte 1 av 10 kvinner som mottok rådgivning, å begynne med en prevensjonsmetode etter eget valg. Hvis ikke disse tjenestene hadde vært integrerte, er det mange av disse kvinnene som trolig ikke ville oppsøkt en tilbyder av familieplanlegging på egen hånd.⁶⁰

Kvinner som selger sex i Etiopia drar nytte av en integrert modell for familieplanlegging og hiv-tjenester

Etiopias regjering har med hell integrert moderne familieplanleggingstjenester i et pågående prosjekt for å forhindre hiv-smitte blant kvinner som selger sex. Man har for eksempel opprettet kliniske tjenester i telt i områder hvor de fleste av disse kvinnene bor og arbeider. I løpet av en 18 måneders periode har mer enn 11 000 kvinner valgt å få tilgang til moderne familieplanleggingstjenester. Nesten 1 av 5 av disse kvinnene sa at de aldri hadde benyttet noen form for prevensjonsmetode tidligere.⁶¹

IPPF i Nigeria sin Cluster Plus Model økte tilgangen til familieplanleggingstjenester

IPPFs medlemsorganisasjon Planned Parenthood Federation of Nigeria (PPFN) tok i bruk en «klyngemodell» for å utvide den geografiske deknningen og øke tilgangen til familieplanleggingstjenester av høy kvalitet. Gjennom denne modellen opprettet man partnerskap mellom fem klinikker innen for en radius på 20 km. Her inngikk private leverandører og statlige klinikker, lokalsamfunnsbaserte distributører og trosbaserte organisasjoner.

60. Ringheim, K., Gribble, J. and Foreman, M. (2011). Integrating Family Planning and Maternal Health Care: Saving Lives, Money, and Time. [online] Population Reference Bureau. . Available at: <http://www.prb.org/pdf11/familyplanning-maternal-child-health.pdf> [Accessed 24 Apr. 2017].

61. Population Services International (2016) An Effective Model for the integration of Modern Family Planning Services into Community-Level HIV Programming for Female Sex Workers in Ethiopia. Available at: www.psi.org/wp-content/uploads/2016/07/SIFPO_EthiopiaTechnicalBrief_052516-final1.pdf

Hver klynge har en leder som koordinerer rutine for beholdning, innsamling av data, betaling for tjenestene og opplæring. Klyngemodellen medførte at organisasjonen gikk fra å være kun tjenesteleverandør til å skape institusjonell kapasitet på tvers av et nettverk av klinikker. I dag finnes det 230 klinikker, og nettverket har hatt en sjudobbelte økning i antallet klienter de betjener.

LOVENDE TILTAK 5: FOKUS PÅ MOBILE BEFOLKNINGSGRUPPER

I 2016 rapporterte WHO at 65,3 millioner mennesker var tvangsforflyttet på verdensbasis etter å ha flyktet på grunn av konflikter eller forfølgelse. Det er det høyeste tallet som er registrert, og det viste en økning på 5 millioner bare i løpet av 12 måneder.⁶²

Mobile befolkningsgrupper inkluderer migranter og flyktninger. Her inngår mennesker som lever i leire, som reiser for å slå seg ned et annet sted, som søker tilflukt hos familiemedlemmer eller som betaler for midlertidig oppholdssted – i realiteten alle som er i bevegelse over en viss tid. Uansett hva de nøyaktige omstendighetene er, så er det ekstremt vanskelig for hjemstedsløse mennesker å få tilgang til helsetjenester, og de er også begrenset under konfliktilstander og i områder med humanitære kriser. Dette innbefatter også familieplanlegging.

Graden av udekkede behov vil øke innenfor denne kategorien og må derfor bli en prioritet i tildelingen av ressurser for familieplanlegging. Blant alle tvangsforflyttede i fruktbar alder antar man at 1 av 4 vil være gravid på ethvert gitt tidspunkt.⁶³ Offentlige og private tjenesteytere har begynt å ta tak i fordrevne menneskers særlige sårbarhet, men det finnes ikke nok programmer til å dekke behovet. Sårbare områder hvor det er størst behov for familieplanleggingstjenester inkluderer deler av Chad, Den demokratiske republikken Kongo, Guinea, Nigeria, Sudan, Syria og Jemen.

62. Edwards, A. (2017) Global forced displacement hits record high. [online] Press release. United Nations Refugee Agency. Available at: www.unhcr.org/afr/news/latest/2016/6/5763b65a4/global-forced-displacement-hits-record-high.html [Accessed 24 Apr. 2017].

63. Demographic and Health Surveys (1995-2006). Of all displaced women of childbearing age, it is estimated that one in four will be pregnant at any given time.

64. Huang, Y., Merkatz, R., Zhu, H., Roberts, K., Sitruk-Ware, R. and Cheng, L. (2014) The free perinatal/postpartum contraceptive services project for migrant women in Shanghai: effects on the incidence of unintended pregnancy. *Contraception*, 89(6), pp.521-527.

65. Curry, D., Ratan, J., Huang, S. and Noznesky, E. (2015) Delivering High-Quality Family Planning Services in Crisis-Affected Settings II: Results. *Global Health Science Practices*, 3(1), pp.25-33.

GODE EKSEMPLER

Migranter og flyktninger i Kina

Mennesker i Kina som flytter fra rurale til urbane områder har nylig fått rett til gratis familieplanleggingstjenester. Men mange av disse migrantene er ikke klar over denne rettigheten, og deres behov for familieplanlegging er fremdeles stort sett udekket. Blant migranter i Shanghai var det for eksempel høy forekomst av uplanlagte graviditeter kort tid etter fødsel sammenlignet med de langtidsboende i byen. Man innførte et tilpasset og gratis prevensjonsprogram for disse kvinnene de 12 første månedene etter de hadde født, og resultatet var et de begynte å bruke prevensjon og man fikk færre uønskede graviditeter.⁶⁴

Forbedret familieplanlegging for mobile og fordrevne mennesker etter jordskjelvet i Nepal

Nesten 3 million mennesker trengte humanitær hjelp etter jordskjelvet i Nepal i 2015. IPPF opprettet et kriseteam som sørget for kritiske familieplanleggingstjenester til de berørte. Det humanitære teamet, SPRINT, ble mobilisert for å styrke IPPFs medlemsorganisasjon Family Planning Association of Nepal.

Under krisen var det 5500 kvinner som besøkte steder spesielt tilrettelagt for kvinner. Her fikk de informasjon om alle typer SRH-relaterte spørsmål, fra personlig hygiene til hjelp i forbindelse med kjønnsbasert vold. Sytti kvinner fikk tilgang til svangerskapskontroll og barselspleie i egne «transitthjem for gravide» hvor de kunne oppholde seg før og etter fødselen. Dette tiltaket reduserte forekomsten av komplikasjoner betraktelig og sikret nødvendig tilstedeværelse av medisinsk personell.

Spesialopplæring i Chad, Den demokratiske republikken Kongo, Djibouti, Mali og Pakistan

Supporting Access to Family Planning and Safe Abortion Care-programmet (SAFPAC) støtter statlige helsesystemer på subnasjonalt nivå for å sikre at man bygger på de beste erfaringene i kriseområder. Analyser av data vedrørende tjenestelevering i kriseområder i Chad, DR Kongo, Djibouti, Mali og Pakistan viser en kraftig økning i førstegangsbrukere av prevensjon kort tid etter de første trailerne ankom området. Den oppadgående trenden vedvarte og demonstrerte viktigheten av å lære opp familieplanleggingsrådgivere som kan virke innenfor denne avgrensede kategorien av udekkede behov.⁶⁵

DEL 3 – Å SKAPE ENDRING: NØKKELTILTAK FOR LIKEVERDIG TILGANG TIL PREVENSJON

Prevensjon har potensial til å endre kvinners og jenters liv. Det å investere i familieplanlegging er nøkkelen til en verden av muligheter. Vi kan oppnå universell tilgang til familieplanlegging innen 2030 hvis vi styrer innsatsen mot å nå ut til de som hittil har blitt utelatt. Ingen kvinner eller jenter skal måtte oppleve et udekket behov for informasjon og tjenester knyttet til prevensjon eller at deres mulighet til å utøve den mest grunnleggende av menneskerettigheter, å unngå uønsket graviditet, blir ignorert.

Denne rapporten kaster lys over ulikhetene knyttet til valgmuligheter og prevensjon og fremhever de mest lovende tiltakene for å sikre at de fattigste og mest marginaliserte kvinnene skal kunne ta frie, selvstendige og informerte valg. Ulikheter knyttet til valgmuligheter og prevensjon er ikke unngåelige. Alle kvinner, menn og unge mennesker skal ha retten til å velge, og de skal ikke rammes av grunnløse inngrep fra lovverket eller tjenesteyteres fordommer.

FREM MOT 2020: FIRE UMIDDELBARE TILTAK FOR Å SIKRE AT INGEN BLIR UTELAT

1. Sikre levering av prevensjonsmidler helt frem til brukeren ved å dekke inn nedgangen i finansiering av prevensjonsmidler.
2. Gripe fatt i det høyeste nivået av udekkede behov i barseltiden ved å integrere familieplanleggingstjenester og informasjon i immuniseringsprogrammer for barn og svangerskapstjenester.
3. Sørge for kritiske seksuelle og reproduktive helsetjenester til mobile befolkningsgrupper.
4. Sikre at integrerte tjenester inkluderer familieplanlegging, trygge aborter, helhetlig seksualitetsundervisning, mødre- og barnehelse samt behandling, forebygging og pleie relatert til seksuelt overførbare infeksjoner og hiv.

Denne rapportens viktigste budskap til verdens regjeringsmakter er forståelsen av at de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene blir uteerlatt. Kvinner og jenter – uansett alder, geografisk tilhørighet, inntekt og utdanning – skal ha tilgang til frivillig familieplanlegging og informasjon av høy kvalitet.

Denne rapporten understreker behovet for å skape politisk vilje til å sikre rettferdig og likeverdig tilgang til prevensjon for alle. Vi oppfordrer beslutningstakere til å:

1. Fjerne ulikhetene når det gjelder udekkede behov mellom høyeste og laveste kvintil innen 2030.



Skal man få etablert nasjonal overvåking av ulikheter innen helse, bør ikke bare datainnsamlingsprosessene være likhetsorientert, men den tekniske kapasiteten må også styrkes for å analysere og rapportere ulikheter innen helse, og man må benytte spesifiserte data i politikktutformingen og effektiv innretting av tiltak.



World Health Organization, 2016⁶⁶

66. World Health Organization (2016) Country Data Universal Accountability: Monitoring Priorities for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). [online] World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ga-monitoring-readiness-report.pdf?ua=1> [Accessed 24 Apr. 2017].

Dataene som presenteres i denne rapporten viser at de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene har det største udekkede behovet for prevensjon. Hvis vi skal kunne oppnå universell tilgang til familieplanlegging, som beskrevet i utviklingsmål 3, kan ikke de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene bli utelatt.

- FP2020-partnerskapet må bruke sin samlende kraft for å fordoble innsatsen med å nå ut til de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene. FP2020 må benytte nøkkeldata om ulikhet relatert til prevensjon for å påvirke beslutninger og nasjonalt engasjement.
- Nasjonale beslutningstakere må benytte evidens og data – inkludert resultatene fra nasjonale undersøkelser – for å vurdere hvorvidt familieplanleggingspolitikk, -programmer eller -tiltak er gjennomførbare, overkommelige og akseptable når det gjelder å oppfylle rettighetene til de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene.

2. Verdsette innvirkningen det har på grunnleggende helse, utvikling og økonomiske indikatorer når de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene tar i bruk prevensjon.⁶⁷

Regjeringer har en aktsomhetsplikt når det gjelder å forbedre innbyggernes helse og velvære. For å kunne møte dagens nivå av udekkede behov må man doble de globale investeringene. Familieplanlegging er et «best buy»-tiltak som åpner for mange økonomiske fordeler. Det kan ha en høyere kostnad å nå ut til de fattigste og mest marginaliserte, men å gjøre det har potensielt stor innvirkning.

- Givere må øke investeringene i prevensjonstilbud med 548 millioner US dollar i forhold til nåværende kostnader for å møte det udekkede behovet for familieplanlegging. Givere bør anerkjenne innvirkningen av å møte de udekkede behovene til verdens fattigste og mest marginaliserte kvinner.
- Nasjonale regjeringer bør investere 21 dollar per kvinne og jente per år for å sørge for informasjon og prevensjonsmidler som en måte å fremme en bærekraftig økonomisk utvikling.

3. Investere i jenter ved å opprette helsetjenester for reproduktiv og seksuell helse tilpasset ungdom og fjerne rettslige barrierer for unge menneskers tilgang til prevensjon og universellhelhetlig seksualitetsundervisning.

67. Darroch, J., Woog, V., Bankole, A. and Ashford, L. (2016) Adding it up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. [online] Guttmacher Institute. Available at: www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf [Accessed 11 May 2017].



Foto: IPPF

Alle unge mennesker trenger tilgang til omfattende seksualitetsundervisning av høy kvalitet for å styrke forståelsen for og utøvelsen av sine rettigheter. Jenter har rett til bedre tilgang til ungdomsvennlige integrerte seksuelle og reproduktive helsetjenester, inkludert prevensjonstjenester som ikke diskriminerer på bakgrunn av alder, sivil eller sosial status. Jenters behov må være sentrale i leveransen av disse tjenestene, og man må prioritere ungdomsstyrt medvirkning for å øke tilgangen til tjenester.

- Globale ledere må anerkjenne betydningen av myndiggjorte, utdannede og friske jenter for en bærekraftig utvikling, og viktigheten av myndiggjorte og utdannede kvinner og jenter når det gjelder å åpne for økonomisk vekst og utvikling.
- Nasjonale beslutningstakere må gå inn for å fjerne lover, politiske praksiser og tiltak som begrenser prevensjonstjenester av høy kvalitet, særlig de som er knyttet til alder eller sivilstatus.

4. Støtte lokalsamfunnsbaserte prevensjonstjenester, inkludert mobile klinikker, lokale helsearbeidere og oppsøkende arbeid i lokalsamfunnene for å betjene vanskelig tilgjengelige grupper.

Familieplanleggingstjenester via lokalsamfunnsbasert distribusjon kan komme til å revolusjonere prevensjonsrelaterte resultater. I vanskelig tilgjengelige områder bringer lokale helsearbeidere tjenester, legemidler og informasjon direkte til stedene hvor kvinner og jenter bor eller arbeider. Lokalsamfunnsbasert leveranse må integreres som en grunnleggende komponent i nasjonale helsesystemer og fokusere på å flytte oppgaver relatert til prevensjon til flere grupper av helsearbeidere.

- Givere investerer i langsiktige opplæringsprogrammer drevet av mottakerlandene og anerkjenner oppgavedeling som en kritisk komponent for å oppnå mer vidtrekkende tjenestelevering av høy kvalitet.
- Nasjonale regjeringer plasserer helsetjenester i lokalsamfunnene og integrering av tjenester i sentrum av helsepolitikken og investerer i og lærer opp helsearbeidere til å tilby mer enn kun effektive prevensjonstjenester. Støtter lokalbasert tjenestelevering ved å bruke geografiske informasjonssystemer (GIS) til å kartlegge områder med lav tjenestedeckning innenfor det gitte området for oppsøkende tjenester. Dette gjør at tjenesteleverandører kan identifisere de riktige stedene for oppsøkende tjenester og planlegge og levere mobile enheter.

5. Bidra til at de fattigste og mest marginaliserte kvinnene og jentene kan medvirke til og komme med innspill for å forbedre familieplanleggingsprogrammer og -tjenester.

Alle kvinner, menn og unge mennesker har rett til medvirkning til alle helsetjenester, inkludert familieplanlegging, respekterer, beskytter og fremmer menneskerettigheter. Innbyggers deltagelse for å stille myndigheter til ansvar er en svært viktig måte å engasjere lokalsamfunnet på for å forbedre, utvide og opprettholde familieplanleggingstjenester. Lokale stemmer – inkludert fattige og marginaliserte kvinner og jenter – må inkluderes som en sentral partner for å sikre familieplanleggingstilbud på alle plan i beslutningsprosesser.

- Givere inkluderer rutinemessig og fremmer aktivt at lokale stemmer blir inkludert i utarbeidelsen, implementeringen, overvåkingen og evalueringen av globale initiativ.
- Nasjonale regjeringer oppfordrer brukere til å gi tilbakemeldinger om tjenesteleverandører og åpner en kommunikasjonskanal hvor man kan rette klager og si fra om eventuelle brudd på rettigheter.

6. Fremheve forbindelsen mellom familieplanlegging og bærekraftig utvikling og anerkjenne den innbyrdes forbindelsen mellom å oppnå grunnleggende utvikling og helseresultat.

De internasjonale bærekraftsmålene sier spesifikt at ingen – ingen kvinne, mann eller ungdom – skal bli utelatt fra globale fremskritt. Familieplanlegging, som er nevnt spesifikt i mål 3 og 5 understøtter oppnåelsen av alle andre mål, inkludert fattigdom, utdanning og miljø.

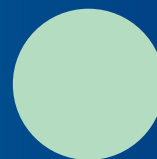
- Globale ledere sikrer at familieplanlegging blir anerkjent som en sentral tilpassingsstrategi og inkludert i finansiering av og politiske tiltak for omstillinger relatert til klimaendringer, inkludert på FNs klimakonferanse i 2017, COP23.
- Nasjonale regjeringer anerkjenner verdien av å investere i familieplanlegging som en del av en rettighetsbasert tilpassingsstrategi for klimaendringer i National Adaptation Programmes of Action (NAPA).

Stilt overfor motstandere fortsetter bevegelsen for seksuell og reproduktiv helse å kjempe for kvinners og jenters menneskerettigheter når det gjelder valg av og tilgang til omfattende tjenester og informasjon relatert til seksuell og reproduktiv helse. Bevegelsen må stå samlet og fortsette sitt engasjement og sin kamp for å forbedre livene til kvinner og jenter og beskytte og fremme rettighetene deres.



UNDERPRIORITERT OG OVERSETT

En norsk oversettelse av rapporten «Under-served and over-looked - Prioritizing contraceptive equity for the poorest and most marginalized women and girls»



International Planned Parenthood Federation
4 Newhams Row, London SE1 3UZ, UK

tel +44 (0)20 7939 8200
fax +44 (0)20 7939 8300
web www.ippf.org
email info@ippf.org

UK Registered Charity No. 229476

Sex og Politikk, Christian Kroghs gate 34,
0186 OSLO, Norway

tel +47 22 11 55 13
web www.sexogpolitikk.no
email post@sexogpolitikk.no

