



Når kvinner får bestemme

Medikamentell abort og kvinners liv –
en oppfordring til handling

Hvem er vi?

International Planned Parenthood Federation (IPPF) er en global tjenesteyter og en ledende pådriver for seksuelle og reproduktive rettigheter for alle. Vi er en verdensomspennende bevegelse av nasjonale organisasjoner som arbeider med og for allmennheten og enkeltindivider, bestående av 164 medlemsorganisasjoner og samarbeidspartnere. I 2017 leverte IPPF 208,6 millioner helsetjenester på området seksuell og reproduktiv helse.

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 arbeider for en verden der mennesker i alle aldre i alle land har kontroll over sin egen kropp, og dermed også sin fremtid. I en slik verden står de fritt til selv å velge om de vil bli foreldre, til å velge hvor mange barn de vil ha, og til å ha et sunt seksualliv uten frykt for uønsket graviditet og seksuelt overførbare infeksjoner, slik som hiv. I en slik verden er ikke kjønn eller seksualitet lenger en kilde til ulikhet eller stigmatisering. Vi arbeider dedikerte med å fremme alle kvinners og jenters rett til trygg abort. Tilgang til reproduktiv teknologi som hjelper kvinner til å få full kontroll over egen reproduktiv helse, er en menneskerettighet, og tilbakeholdelse av disse teknologiene – inkludert tilgang til trygg abort – er reproduktiv tvang.

Tilgang til trygg abort er fundamentalt for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, og for kvinners eierskap til egen kropp. IPPF vil fortsette sitt arbeid med å sikre at abort er trygt, lovlig og tilgjengelig for alle kvinner, overalt. IPPFs strategiske grunnlag har som mål å fremme alle kvinners og jenters rettighet til å velge og gjennomføre trygg abort, øke tilgangen til aborttjenester og høyne bevisstheten om den virkningen trygg abort har for folkehelse og sosial rettferdighet. Vårt mål er også å redusere antallet skader og dødsfall blant de kvinnene og jentene som er tvunget til å gjøre bruk av utrygge abortmetoder.

Innhold

Hvem er vi?	2
Forord ved ambassadør dr. Brookman-Amissah	4
Forord ved Norges utviklingsminister Nikolai Astrup	6
Sammendrag	8
Innledning	11
Om å forstå abort	14
En kort historisk oversikt over internasjonal abortpolitikk	18
Utrygg abort globalt	20
Utfordringen: Gi alle kvinner tilgang til trygg abort	23
Utvid tilgangen til medikamentell abort	27
Handlingsplan for medikamentell abort	33
Konklusjon	
Sluttnoter	37

Viktige forkortelser

ICPD	FNs befolkningskonferanse – International Conference on Population and Development
MISP	Minimum Initial Service Package
NGO	Frivillig organisasjon (non-governmental organization)
PSI	Population Services International
SRHR	Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (sexual and reproductive health and rights)
UNFPA	FNs befolkningsfond – United Nations Population Fund
WHO	Verdens helseorganisasjon – World Health Organization

Forord

Tidlig i min karriere, som ung lege i Ghana, var jeg vitne til hva som skjedde når kvinner som ikke ønsket å gå gjennom et svangerskap, ble hindret i å få tilgang til trygg abort. Jeg så kvinner som i desperasjon hadde tydd til utrygge abortmetoder som førte til skader, kraftige blødninger og til og med en tidlig død. Jeg så de virkningene dette hadde for barna og familiene deres.

Som helseminister i Ghana var det tydelig for meg, som det fortsatt er, at en omsorgsfull og fornuftig reaksjon på det folkehelseproblemet utrygg abort representerer, er å gi kvinner frihet til å oppsøke de livreddende omsorgs- og helsetjenestene de har behov for.

Under min periode som Ghanas ambassadør til Nederland, der abort er underlagt relativt få restriksjoner og kvinner har adgang til trygge tjenester, inkludert abortmedikamenter, ble jeg slått av den store kontrasten av svært lav mødredødelighet, bred anvendelse av prevensjonstjenester og derav lave forekomsten av uønskede graviditeter og behov for abort. Når en kvinne valgte bort en uønsket graviditet, hadde hun tilgang til en trygg prosess med en ubetydelig risiko for komplikasjoner. Og så godt som aldri et dødelig utfall!

I motsetning til dette er den uakseptabelt høye mødredødeligheten og sykkeligheten som stammer fra utrygg abort i de fleste utviklingsland, og spesielt i Afrika, ikke noen tilfeldighet. Dette er det direkte resultatet av myndighetenes – og samfunnets – beslutning om å nekte kvinner tilgang til trygg abort gjennom restriktiv lovgivning som også kriminaliserer de som utfører inngrepet og opprettholder stigmatiseringen rundt abort. I vår moderne verden er det ikke akseptabelt at 40 000 kvinner dør hvert år som følge av komplikasjoner etter utrygg abort!

Medisinsk teknologi utvikler seg raskt, og i de senere år har økende tilgang til abortmedikamen-

ter radikalt endret kvinners evne til å ta kontroll over egne reproduktive beslutninger og dermed også over andre områder av livet, slik som utdanning. Medikamentell abort krever lite medisinsk utstyr eller helsefasiliteter og kan gjennomføres av et bredt utvalg av fagpersoner, noe som gjør det egnet selv for sammenhenger der det finnes lite ressurser og for de mest lokale behandlingstilbudene.

Enda mer spennende er det at medikamentell abort har potensiale til å representere et fullstendig paradigmeskifte for kvinner, fordi dette legger makten i kvinnenes egne hender. Selv i de mest restriktive sammenhenger har kvinner vært i stand til å få tilgang til medikamenter for medikamentell abort og velge bort en graviditet der andre valgmuligheter ikke har vært tilgjengelige.

Dessverre eksisterer juridiske, økonomiske og kunnskapsmessige hindringer fortsatt i mange land, spesielt i Afrika. Dette hindrer mange kvinner fra å ha fri tilgang til medikamentell abort ved hjelp av dagens medikamenter – mifepriston og/eller misoprostol. Den tvangsbaserte lovgivningen og politikken som begrenser kvinners tilgang til informasjon, nødvendig helsetjenester, så vel som essensielle legemidler, begrenser også deres evne til å planlegge egen reproduktiv helse, bestemme over egen fremtid og virkeliggjøre sine evner til fulle.

Alle kvinner må kunne bestemme selv hvorvidt de vil gå gjennom et svangerskap. Lovgivningen, retningslinjer og programmer må gi nødvendig informasjon og støtte til de valg hun tar.

Nasjonale programmer for reproduktiv helse må inkludere medikamentell abort som en del av trygge aborttjenester og i behandlingen for abortkomplikasjoner etter en utrygg abort. Det må mobiliseres og utdannes et bredt utvalg av fagpersoner. Fremfor alt er det nødvendig å sørge for at



Foto: IPPF / Jon Spaul / Nepal

abortmedikamenter blir tilgjengelig for alle kvinner til en rimelig pris.

Vi forventer at etter hvert som disse abortmedikamentene blir lettere tilgjengelige, vil bruken av dem utgjøre et skritt mot å redusere de tusenvis av dødsfall og utallige skader som hvert år skjer som følge av utrygg abort og også andre komplikasjoner i forbindelse med svangerskap. Ingen kvinner bør dø av utrygg abort når vi har teknologi

og medisiner til å tilby trygge aborttjenester til alle kvinner over hele verden.

Denne fremragende rapporten med tittelen *Når kvinner får bestemme* og IPPFs økende og prisverdige lederskap på området trygg abort utgjør et stort skritt i riktig retning, og viser de enorme mulighetene som medikamentell abort representerer.



Ambassadør dr. Eunice Brookman-Amisshah
spesialrådgiver for Afrika i Ipas og tidligere helseminister i Ghana

Forord

Alle kvinner bør være i stand til å beslutte om de vil ha barn, og med hvem. Vi må sørge for tilgang til seksuelle og reproduktive helsetjenester for alle. Å sikre tilgang til trygg og lovlig abort er en viktig del av dette arbeidet.

Denne rapporten, med tittelen *Når kvinner får bestemme*, tar for seg muligheter, utfordringer og risiko forbundet med å gi tilgang til medikamentell abort.

Det antas at rundt regnet 56 millioner fremkalte aborter finner sted hvert år. Av disse utføres 25 millioner med utrygge metoder. Så godt som alle utrygge aborter (97 prosent) finner sted i utviklingsland, og resulterer i et betydelig antall dødsfall og andre alvorlige sosiale og helserelaterte problemer for kvinner. Belastningen ved uønskede svangerskap, sammen med ulovlige og utrygge aborter, bidrar til å øke den sosiale ulikheten.

Den norske regjeringen gir prioritet til arbeidet for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR). Dette arbeidet er et grunnleggende aspekt ved beskyttelsen av menneskerettighetene og avgjørende for oppnåelse av likestilling. Det bidrar til å redusere kløften mellom de rike og de fattige og er vesentlig for å nå bærekraftsmålene. Norske myndigheter øker derfor stadig sin allerede betydelige støtte til seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Norge mener at tilgang til helhetlig seksualitetsundervisning, prevensjon og trygg og lovlig abort står sentralt for å gi kvinner og jenter kontroll over egen kropp og eget liv.

Medikamentell abort er en trygg metode for svangerskapsavbrudd, og vil kunne redusere antallet skader og dødsfall betraktelig dersom den var bredere tilgjengelig. Dessverre er tilgangen til medikamentell abort begrenset for mange kvinner og jenter verden over, på grunn av juridiske restriksjoner, stigmatisering, begrenset tilgang på medisiner eller høye kostnader.

International Planned Parenthood Federation (IPPF) er en viktig partner for Norge. Jeg anbefaler denne rapporten, fordi den gir verdifull innsikt i hvordan tilgangen til medikamentell abort kan bli bedre. Jeg håper at du vil lese rapporten, lære av den og diskutere funnene i den, og at vi sammen kan bringe arbeidet for SRHR fremover. Norge vil fortsette å støtte dette arbeidet.



Nikolai Astrup

Nikolai Astrup
Norges utviklingsminister



Sammendrag

IPPF utgir hvert år en policyrapport som omhandler et tema fra organisasjonens manifest *Vision 2020*.

Med utgangspunkt i at tilgangen til alle abortmetoder må utvides kraftig, slik at alle kvinner er i stand til å velge den metoden som passer dem best, gransker denne rapporten spesielt utsikter, utfordringer og risikoer, samt de praktiske tiltakene myndigheter bør treffe for å bedre tilgangen til trygg abort ved å gjøre full bruk av mulighetene for medikamentell abort. Rapporten legger til grunn at millioner av kvinner som har behov for trygg abort, fortsatt blir neglisjert.

Medikamentell abort – bruk av medikamentene misoprostol alene eller i kombinasjon med mifepriston for å velge bort en graviditet – er trygt, billig og enkelt å gjennomføre. Likevel gjennomføres nesten halvparten av alle aborter i verden på en utrygg måte.¹ Som følge av de hindringene som legges i veien for dem, er mer enn 25 millioner kvinner hvert år tvunget til å finne sine egne,² ofte farlige, løsninger på en uønsket graviditet. Selv om flertallet av disse kvinnene vil gjennomgå en fullstendig abort uten større komplikasjoner,³ vil noen av dem få akutte og enkelte ganger livslange helseskader, spesielt dersom de trenger ytterligere medisinsk behandling, men ikke har tilgang til kvalifisert personell. Det er også mange som dør: Utrygg abort er årsaken til mellom 8 og 11 prosent av alle svangerskapsrelaterte dødsfall på verdensbasis.⁴ Hvert år mister titusenvise av kvinner livet, og

i tillegg søker nesten sju millioner medisinsk hjelp for komplikasjoner etter en utrygg abort.⁵

Det kvinner blir tvunget til å gjøre når de ikke ønsker å gjennomføre et svangerskap, kan være ekstremt. Det antas at åtte millioner kvinner går til drastiske tiltak,⁶ slik som å drikke blekemiddel, føre pinner eller ståltråder inn i kroppen, eller søke hjelp hos en ufaglært person for å fremkalle en abort. Verdens helseorganisasjon (WHO) betegner dette som de «minst trygge» abortene.

Det blir antatt at ytterligere 17 millioner kvinner finner metoder for å unngå et fullt svangerskap som ikke gir slike ekstreme skader, men som likevel innebærer en viss risiko – for eksempel å gjennomføre abort med en foreldet metode,ⁱ eller med en trygg metode, slik som medikamentell abort med misoprostol, men uten tilstrekkelig informasjon og støtte.⁷ På bakgrunn av de ekstremt restriktive abortlovene som ikke gir offisielle muligheter for trygg abort, har kvinner i Latin-Amerika lenge ledet an med å skaffe seg abortmedikamenter

i WHO betegner utblokkning og utskrapning som en foreldet metode for kirurgisk abort, og mener at den bør erstattes av vakuumaspirasjon eller medikamentell abort. World Health Organization (2012) *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Genève: WHO



Foto: IPPF SAAF / Tommy Trenchard / Uganda

gjennom internett eller på andre ikke-tradisjonelle måter, og tatt misoprostol på egen hånd.^{ii,8}

Andre kvinner har blitt fengslet for mistanke om at de har gjennomført en utrygg abort, eller til og med som resultat av en spontanabort, slik som i El Salvador.ⁱⁱⁱ Utallige andre mister sin mulighet til helse i ordets videste betydning – en tilstand av fullkomment fysisk, mentalt og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom.⁹

Den kunnskapen, teknologien og erfaringen som trengs for å gjøre alle aborter trygge, finnes. Millioner av kvinner mangler likevel tilgang til helt trygge aborter.

Kvinner fortjener bedre. De bør ikke være tvunget til å sette sin helse på spill når en løsning – medikamentell abort – finnes.

Det er på tide at myndighetene etablerer hjelpeapparater og -systemer som setter kvinner i stand til

å bruke medikamentell abort lovlig, trygt og uten frykt for sanksjoner eller helseskader.

Denne rapporten oppfordrer til en dramatisk utvidelse av mulighetene til å velge medikamentell abort for kvinner som velger å ikke gjennomføre et svangerskap. Dette krever umiddelbare og koordinerte tiltak for å bygge opp den kunnskapsbasen som er nødvendig for at kvinner selv skal kunne gjennomføre en medikamentell abort. For å sette kvinner i stand til dette må helsevesenet ha forståelse for kvinners behov, sørge for informasjons- og støttesystemer og sikre kvaliteten og tilgjengeligheten på abortmedikamenter, og dessuten gi kvinnene behandling for abortkomplikasjoner etter utrygge aborter.

25



millioner

utrygge aborter utføres hvert år.

ii Denne rapporten bruker betegnelsen «egen bruk» om medikamentell abort slik den er definert av forskere i Ipas et al. (2017): utlevering av medikamenter fra apoteker, legemiddelforhandlere, gjennom nettbaserte tjenester eller andre kanaler, uten resept fra en kliniker, etterfulgt av at kvinnen selv gjennomfører abortprosessen, inkludert å søke hjelp ved eventuelle komplikasjoner.

iii For eksempel i El Salvador, der abort er totalforbudt ved lov, ble 129 kvinner tiltalt for lovbrudd forbundet med abort i perioden 2000–2011, og mange flere ble anklaget for å ha tatt abort. Sytten av disse sonet fengselsstraffer for drap i 2014. Center for Reproductive Rights (2014) *Marginalized, persecuted, and imprisoned. The effects of El Salvador's total criminalization of abortion*. New York: CRR.

Denne rapporten anbefaler at arbeidet med å få slutt på utrygge aborter må gjøres både innen helsevesenet og i politiske strukturer. De juridiske rammene må støtte opp under tilgang til medikamentell abort ved å fjerne abort fra landenes straffelover. Helsevesenet må settes i stand til å tilby omfattende aborttjenester ved å sikre tilgjengelighet og tilgang til medikamenter av god kvalitet til en akseptabel pris gjennom registrering av mifepriston og misoprostol, også i kombipakninger, opplæring av helsepersonell og utvidelse av de rollene en rekke helsearbeidere har for aborttjenester.¹⁰ Frivillige helsearbeidere og -rådgivere i lokalsamfunn bør gis anledning til og gis opplæring i å forordne abortmedikamenter, gjennomføre graviditetstester, gi henvisninger og dele ut prevensjonsmidler, noe som kan ha omfattende virkninger for å forbedre tilgangen til trygg abort og tilrettelegge for at kvinner selv kan gjennomføre abortpros-

sen. Myndighetene kan fremme mer likhet mellom kjønnene gjennom utdanningsprogram for helhetlig seksualitetsundervisning, inkludert riktig informasjon om prevensjon og abort, og støtte kvinner og menn i å etablere sunne forhold.

Bli med oss i å ta praktiske skritt mot å avskaffe abortrelaterte dødsfall og helseskader, beskytte og fremme kvinners helse, fremme likestilling og sette en stopper for reproduktiv tvang. Sammen kan vi virkelig gjøre kvinners menneskerettighet til å treffe beslutninger om egen kropp og eget liv. Kunnskapen om konsekvensene av utrygg abort finnes. Det som trengs nå, er handling.



Foto: IPPF WHR / Martin Gutierrez / Mexico

Innledning

Til tross for de polariserende overskriftene, engasjerte demonstranter og de utfordrende argumentene i nasjonalforsamlinger og møter i FN, er abort mer enn bare et tema for politisk debatt.

I sin essens er abort en avgjørende beslutning og et grunnleggende helsebehov for nærmere 56 millioner kvinner, jenter og deres familierⁱ hvert år.¹¹ Å beslutte om og når man skal ha barn – og å ha muligheter og midler til å gjennomføre denne beslutningen – er en grunnleggende menneskerettighet for alle. En kvinnes eller jentes evne til trygt å bestemme seg for ikke å fullføre et svangerskap kan være nøkkelen til en rekke livsmuligheter, inkludert utdanning, arbeid, økonomisk trygghet og god helse.

Politisk styrke

Abort er et kjerneelement i reproduktiv og sosial rettferdighet. En verdensomspennende bevegelse basert på prinsippet om at enkeltpersoner og samfunn bør ha ressurser og mulighet til å treffe beslutninger om kropp, kjønn, seksualitet og liv, er igjen på fremmarsj. Internasjonale, regionale og nasjonale bevegelser, slik som International Campaign for Women's Rights to Safe Abortion, Catholics for Choice, PINSAN og Women on Web

har gjennomført et standhaftig og målrettet arbeid gjennom mange år, til tross for enorm motstand.

Dette arbeidet har økt bevisstheten i opinionen og frembrakt skjellsettende endringer i lovgivning og offentlig politikk. I 2018 endret for eksempel Irland sin grunnlov slik at de kan få en liberal abortlovgivning, og én million kvinner demonstrerte på gatene i Argentina, der de krevde sin rett til trygg abort og til å bestemme over sin egen kropp. Nye krefter for endring, slik som SheDecides og bevegelser blant ungdom som har en «digitalt først»-tilnærming, gir ytterligere styrke til dette arbeidet

Undertrykkende lover

I altfor mange land i verden er det imidlertid fortsatt slik at myndigheter, lokale ledere og religiøse ledere nekter kvinner tilgang til hele spekteret av helserettigheter og informasjon, og ulikhet, kjønnsdiskriminering og vold setter ytterligere grenser for kvinners muligheter til å bestemme over sitt eget liv.

Som en følge av dette blir kvinner og jenter juridisk og sosialt hindret fra selv å ta beslutningen om hvorvidt de skal fortsette et svangerskap eller ikke.

i Denne rapporten refererer flere steder til «kvinner og jenter» som tar abort. Selv om det store flertallet av de abortene som gjennomføres globalt hvert år, tas av personer som refererer til seg selv som kvinner eller jenter, erkjenner IPPF at andre mennesker som ikke identifiserer seg som «kvinner» (slik som transpersoner/ transmaskuline menn og ikke-binære personer) også kan oppleve graviditet og abort.

Millioner av unge jenter blir nektet informasjon om seksualitet og reproduksjon, og deretter straffet når de blir gravide. Helsearbeidere blir forfulgt og til og med truet med vold dersom de foretar aborter, noe som fører til at stadig færre tilbyr denne tjenesten. I mange land sørger ikke myndighetene for at trygge aborttjenester finnes tilgjengelig til en pris de fleste kan betale. Enkelte politikere drøfter også hvordan abort kan gjøres mindre tilgjengelig, og ikke hvordan de kan sikre at lovverket respekterer kvinners rett til selvbestemmelse og til at deres helse blir ivaretatt.

Bedre omsorg gjennom utvidet tilgang til trygg medikamentell abort

Medisinsk abort kan gjennomføres på to måter: kirurgisk eller medikamentelt ved bruk av misoprostol alene eller i kombinasjon med mifepriston.^{ii,12} I alle helsesystemer angir retningslinjene for abort i første trimester at de første medikamentene skal gis i en helseinstitusjon av en utdannet helsearbeider. Enkelte land gir kvinnen rett til å innta den andre dosen av medikamenter hjemme eller på et sted hun velger selv. Ingen land har hittil godkjent gjennomføring av medikamentell abort uten noen form for direkte tilsyn av en fagperson.

Til tross for dette bruker kvinner i økende grad abortmedikamenter på egen hånd, uten medisinsk tilsyn. Dette kan være spesielt gunstig eller være den eneste farbare veien for de som ikke kan eller vil motta omsorg i en helseinstitusjon. Frivillige organisasjoner (NGO-er) og sivilsamfunnsorganisasjoner har allerede lenge tilbudt nyskapende former for støtte til kvinner som søker medikamentell abort. De har sørget for at de kan få medikamenter av god kvalitet til en pris de er i stand til å betale, medisinsk undersøkelse og rådgivning om fremgangsmåten gjennom telemedisin og telefonkonsultasjoner, og bistand direkte eller via internett gjennom prosessen.

Dette arbeidet har positive virkninger, og det er dokumentert at kvinners bruk av misoprostol i stedet for farlige metoder etter alt å dømme har gjort abort generelt tryggere.¹³

Lovgivning og politikk som begrenser tilgangen til abort, sammen med vedvarende stigmatisering og mangel på politisk vilje til å ta opp behovet for trygg abort, betyr imidlertid at mange av disse tiltakene er omgørelser, ad hoc-løsninger på problemer forbundet med tilgang til abort som myndigheter og samfunn har vært uvillige eller ute av stand til å forholde seg til, til tross for den plikten de har til å respektere, beskytte og innfri alle innbyggers rett til helse.

Medikamentell abort gir kvinner mulighet til å bryte med restriktive kjønnsroller og setter dem i stand til selv å beslutte når og hvorvidt de vil gå gjennom et svangerskap. Dette gir kvinner bedre evne til å utøve sine reproduktive rettigheter.

En radikal utbredelse av progressive abortlover og politikk vil utvide tilgangen til trygge medikamenter. Det vil øke tilgangen til korrekt informasjon, til omsorg og styrke kvinnens kontakt med helsevesenet for informasjon og oppfølging. Gjennom slike tiltak kan den høye forekomsten av utrygge aborter reduseres dramatisk.¹⁴ Helsepersonell burde ta til orde for gjennomføringen av slike endringer.

Denne rapporten samler det globale kunnskapsgrunnlaget om abort, og argumenterer for utvidet tilgang til medikamentell abort som en valgmulighet innenfor det reproduktive helsetilbudet for kvinner. Den oppfordrer myndigheter og organisasjoner til å treffe praktiske tiltak som kan sørge for at det kommer på plass hensiktsmessige systemer, slik at kvinner kan bestemme sin egen livsvei og sin egen fremtid.

ii Medikamentell abort med misoprostol alene har en noe lavere effektivitet enn kombinasjonen av to medikamenter.



Foto: IPPF / Omar Havana / Kambodsja

Aborttilbud på arbeidsplassen, Kambodsja

De kvinnelige migrantene som utgjør størstedelen av de ansatte i tekstilindustrien i Kambodsja, bor langt fra hjemmet og familiens støtte. Blir de uønsket gravide, nektes de gjerne muligheten for å velge bort en uønsket graviditet på en trygg måte.

Mange kommer til Phnom Penh fra den fattige landsbygda og har ingen utdanning, slik at de blir mer sårbare for tvangstiltak. De kjenner gjerne ikke abortlovgivningen og er ikke klar over hvilken hjelp de har rett til. I mangel på pålitelig informasjon tar de saken i egne hender og risikerer sykdom, skade og død.

Men da den 31 år gamle tekstilarbeideren Ty bestemte seg for å avbryte sitt tredje svangerskap, visste hun at hun var i trygge hender da hun tok kontakt med foreningen for reproduktiv helse i Kambodsja, Reproductive Health Associ-

ation of Cambodia (RHAC). «Jeg kom til klinikken for å kjøpe medikamenter til en abort», sier hun. «Det var nødvendig på grunn av familiens økonomiske situasjon.»

Ty, som er gift og har to barn, får en grunnlønn på 160 dollar i måneden for å lære opp andre arbeidere i sømteknikk. Mannen, som kjører tuk-tuk, har en svært variabel inntekt: Noen dager tjener han 20 dollar, andre dager fire dollar og enkelte dager ingenting. «Det er ikke nok til å dekke familiens utgifter», sier Ty.

Hun sier at hun stoler på legene og sykepleierne på RHAC, og at hun lyttet da de fortalte om de mange mulighetene for familieplanlegging som finnes. Dette ga henne den kunnskapen hun trengte for å ta en informert beslutning da hun ble gravid for tredje gang.

Å forstå abort

Når en uønsket graviditet oppstår, kan en kvinnes mulighet til å ta abort på en trygg måte være nøkkelen til utdanning, arbeid og god helse.

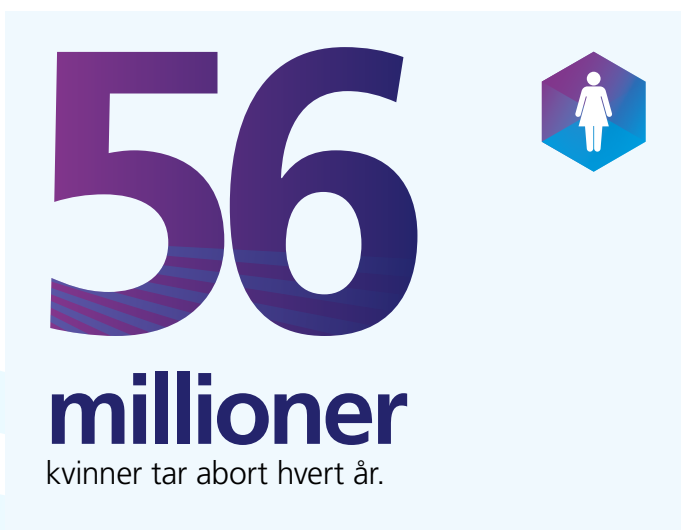
Det finnes en mengde godt dokumenterte fakta om abort, men de blir ikke alltid i tilstrekkelig grad lagt til grunn for utforming av politikk. Abort er vanlig: Hvert år bestemmer nesten 56 millioner kvinner og jenter^{i,15} seg for ikke å fullføre et svangerskap. Likevel er det slik at kjønnsdiskriminering og ulikhet mange steder i verden begrenser kvinners muligheter til å velge trygg abort, og stigmatisering hindrer at abort blir gjort til et kjerneelement innenfor seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR).

Som trygge abortmetoder anbefaler WHO kirurgiske inngrep som vakuumsug og utblokking med utskrapning, og medikamentbaserte metoder med bruk av misoprostol alene eller i kombinasjon med mifepriston. Ved vakuumsug brukes et elektrisk eller håndholdt vakuumpapparat, mens medikamentell abort bruker medikamenter til å fremkalle en abort, med en virkning som ligner spontanabort.

De medikamentene som benyttes ved medikamentell abort, misoprostol og mifepriston, står begge på WHO's liste over essensielle legemidler. Misoprostol, en prostaglandinanalogue som er bredt tilgjengelig og billig, fører til fullstendig abort i første trimester i 75–90 prosent av alle tilfeller ved riktig bruk. Når den benyttes sammen med mifepriston, som er mindre tilgjengelig og dyrere enn misoprostol i mange land, ligger effektiviteten på mellom 95 og 98 prosent ved riktig bruk, et nivå som er sammenlignbart med kirurgisk abort.^{ii,16}

Abort er trygt når det gjennomføres av utdannede fagpersoner i hygieniske omgivelser og med de metodene som er anbefalt av WHO.¹⁷ Det kan

ii Medikamentell abort med bruk av kombinasjonen av misoprostol og mifepriston er blitt bevist å være trygt og effektivt opp til ni uker (63 dager), med noe begrenset evidens for trygghet og effektivitet fra ni–tolv uker. WHO anbefaler at når medikamentell abort foretas senere enn etter tolv uker, bør dette skje i en helseinstitusjon, og kvinnen bør stå under direkte medisinsk tilsyn helt til prosessen er avsluttet. Selv om denne rapporten i første rekke drøfter abort av graviditeter i første trimester, utgjør utrygge aborter i tiden etter tolvte uke en uforholdsmessig stor andel av alle abortrelaterte dødsfall og helseskader globalt, og er et viktig element i reproduktiv helseomsorg. WHO's anbefalinger av medikamentdoser til medikamentell abort i tiden etter tolvte uke finnes på [Safe abortion: technical and policy guidance for health systems](#)



i Denne rapporten refererer flere steder til «kvinner og jenter» som tar abort. Selv om det store flertallet av de abortene som gjennomføres globalt hvert år, tas av personer som refererer til seg selv som kvinner eller jenter, erkjenner IPPF at andre mennesker som ikke identifiserer seg som «kvinner» (slik som transpersoner, transmaskuline menn og ikke-binære personer) også kan oppleve graviditet og abort.

utføres av mange ulike typer helsearbeidere, også på primærtjenestenivå.

Det finnes økende belegg for at kvinner selv kan bruke abortmedikamenter trygt uten direkte tilsyn av helsepersonell når de har riktig informasjon og tilgang til en helseinstitusjon dersom de skulle ønske eller ha behov for det.¹⁸

Medikamentell abort har revolusjonert gjennomføringen av trygg abortomsorg. Kvinner har i flere tiår brukt misoprostol på egen hånd, noe som etter alt å dømme har erstattet langt farligere metoder for fremkalling av abort og gjort det tryggere, for eksempel i Latin-Amerika, der det forekommer færre dødelige utfall enn i regioner der det utføres flere utrygge aborter med bruk av farlige metoder.^{19, 20} Kvinner har oppdaget at det å ta minst ett av abortmedikamentene hjemme gir fordeler ved at de kan være uforstyrret og ha det mer bekvemt, og det er ofte også billigere.²¹ Sannsynligvis er det også akkurat dette som har gjort denne muligheten attraktiv for kvinner som har begrenset adgang til helseinstitusjoner av fysiske, økonomiske eller sosiale årsaker.

Når kvinner blir nektet adgang til trygg abort og i stedet søker hjelp fra en person uten utdanning,

WHO's definisjon av trygg abort:

Trygg abort: Gjennomført av helsearbeidere og med metoder som er anbefalt av WHO for det aktuelle stadiet i svangerskapet.

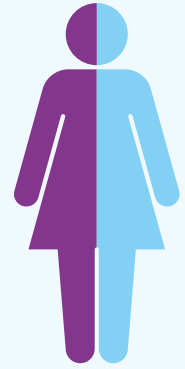
Mindre trygg abort: Bruk av en foreldet metode utført av en utdannet helsearbeider eller egen bruk av abortmedikamenter uten tilstrekkelig informasjon eller støtte fra en fagperson.

Minst trygg abort: Bruk av farlige, invasive metoder, slik som inntak av etsende stoffer, innføring av fremmedlegemer eller bruk av tradisjonelle avkok, utført av personer uten opplæring.

Ganatra, B, et al. (2017) Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 390, s. 2372–81.

Omtrent halvparten

av alle tenåringsgraviditeter er uplanlagte.



svelger etsende stoffer eller fører fremmedlegemer inn i kroppen for å avbryte et svangerskap, er resultatet ofte betydelige komplikasjoner eller til og med dødsfall.²² Ifølge data fra 2010–2014 blir rundt åtte millioner av de 56 millionene aborter som utføres årlig, gjennomført med svært skadelige og invasive metoder, de som WHO betegner som de «minst trygge».²³ Guttmacher-instituttet rapporterer at disse minst trygge abortene «er beregnet å utgjøre en mye større andel av fremgangsmåtene blant fattige kvinner og kvinner på landsbygda (62 % og 55 %) enn blant ikke-fattige kvinner og kvinner i byene (36 % og 38 %)».²⁴

Rundt 17 millioner andre kvinner velger bort svangerskap ved å bruke metoder som unngår de verste skadevirkningene, men som likevel innebærer en viss risiko, for eksempel bruk av anerkjente abortmedikamenter uten tilstrekkelig informasjon eller støtte.²⁵

Til sammen har disse 25 millioner kvinnene – 97 prosent av dem i lav- og mellominntektsland²⁶ der mulighetene for trygg abort er ekstremt begrensede – stort sett vært tvunget til å skaffe seg abort på egen hånd.

Tilgangen til trygg abort er ulikt fordelt

Unge kvinner og jenter tidlig i tenårene

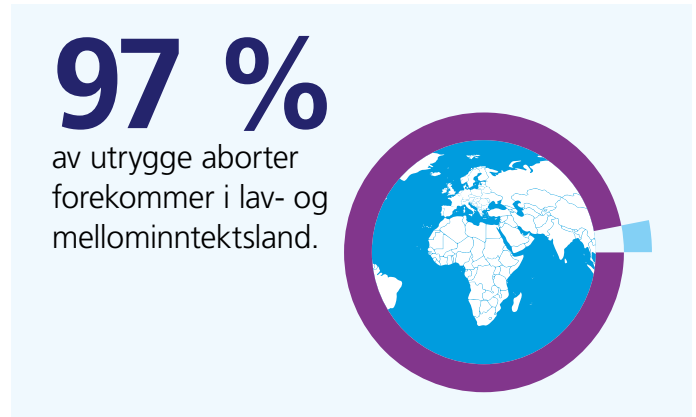
De tidlige tenårene (10–14-årsalderen) er den perioden da de unge kommer i puberteten. De utgjør åtte prosent av verdens befolkning, og flertallet av disse unge bor i lav- og mellominntektsland der helsevesenet er dårlig utbygd og allerede ute av stand til eller uvillig til å imøtekomme behovet for

abortrelatert behandling.²⁷ Eldre ungdommer – i alderen 15 til 19 år – møter også hindringer for abortomsorg.

Hvert år blir 21 millioner unge kvinner i lav- og mellominntektsland gravide. Halvparten av disse graviditetene er ikke planlagte²⁸ og så mange som 65 prosent av disse unge kvinnene bestemmer seg for å søke abort, ofte under utrygge forhold.^{iii, 29, 30}

Kvinner i humanitære kriser

Mer enn 100 millioner mennesker har i dag behov for humanitær bistand, og én av fire av disse er kvinner eller jenter i reproduktiv alder.³⁷ Disse kvinnene og jentene har blitt fordrevet, mangler tilgang til vanlige helsetjenester og står i fare for å bli utsatt for seksuell og kjønnsbasert vold med risiko for uønsket graviditet. De bor ofte i leire eller under andre forhold der det finnes få forutsetninger for å gjennomføre trygg abort, eller behandling for komplikasjoner etter utrygg abort. En gjennomgang av steder som er rammet av humanitære kriser, fant at trygge aborttjenester sjelden



er tilgjengelig, selv om Minimum Initial Service Package (MISP) for reproduktiv helse i krisesituasjoner anbefaler at slike tjenester skal være tilgjengelige så langt som loven tillater.^{38, 39}

Kvinner som lever i fattigdom

Kvinner som lever i fattigdom og på landsbygda, vil med større sannsynlighet enn kvinner i urbane strøk vende seg til ukvalifiserte utøvere og benytte utrygge metoder for å forsøke å fremkalle en abort selv, og dermed også oppleve komplikasjoner. De vil også ha færre muligheter for å få behandling for slike komplikasjoner. Det er et gjennomgående trekk ved reproduktiv helse at de fattige har størst sannsynlighet for å dø eller pådra seg livsvarige skader.⁴⁰

Kvinner som lever med funksjonshemminger

Mennesker med funksjonshemminger utgjør 15 prosent av verdens befolkning,⁴¹ men blir likevel grovt tilsidesatt og oversett og får ikke nødvendige seksuelle og reproduktive helsetjenester. Kvinner som lever med funksjonshemminger og opplever uønsket graviditet, står overfor flere lag av diskriminering: De er kvinner, de er mer utsatt for fysisk mishandling og voldtekt, de blir oftere tvunget med makt til å la seg sterilisere eller ta abort,⁴² og helsesystemene er sjelden forberedt på å imøtekomme deres behov.

Mennesker med ulike seksuelle orienteringer, kjønnsidentiteter, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika

De reproduktive rettighetene til personer med ulike seksuelle orienteringer, kjønnsidentiteter, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika, inkludert lesbiske, homofile, transpersoner, og interseksuelle (LHBTI), blir ofte oversett eller aktivt truet i mange sammenhenger, spesielt i land hvor sex mellom menn

Tenåringer og unge kvinner møter hindringer for prevensjon og trygg abort:

- De fleste unge tenåringer bor i land der abort er begrenset ved lov.³¹
- Unge mennesker mangler ofte de økonomiske ressursene og transportmulighetene som er nødvendig for å få adgang til aborttjenester.
- Unge mennesker stigmatiseres dobbelt – sosial og religiøs fordømmelse av sex før ekteskapet, i tillegg til det stigmaet som er knyttet til abort.³²
- Seksualitetsundervisning kan unngå å ta opp abortspørsmålet eller ta det opp på en upresis eller stigmatiserende måte.^{33, 34, 35}
- Unge kvinner er mindre i stand til å forlange trygg sex, og av de 60 prosent unge som ønsker å unngå graviditet, bruker de fleste ingen form for prevensjon.³⁶

iii I Afrika, Latin-Amerika og Karibia ender rundt halvparten av alle ikke-planlagte graviditeter blant tenåringer i en fremkalt abort. I Asia ender 65 prosent av alle ikke-planlagte graviditeter blant jenter i tenårene i en fremkalt abort. Starrs, AM, et al. (2018).

er kriminalisert. De som oppsøker seksuelle og reproduktive helsetjenester, møter ofte stigmatisering og diskriminering som begrenser deres tilgang til helseomsorg og utsetter dem for risiko for vold og mishandling. Fordomsfulle behandlere gir dårlig omsorg, og mangelen på inkluderende medisinske retningslinjer hindrer helsearbeidere i å kunne respondere hensiktsmessig på disse befolkningsgruppens behov for SRHR – inkludert abort.⁴³

Overlevende etter seksuell og kjønnsbasert vold (SGBV)

Vold mot kvinner er et klart resultat av kjønnsulikhet og diskriminering. Mer enn én av tre kvinner

opplever fysisk eller seksuell vold i løpet av sin levetid, inkludert 29 prosent av unge kvinner i alderen 15–19 år, med skader som omfatter alt fra fysiske og psykiske traumer til dødsfall. Kvinner som opplever vold i løpet av en graviditet, har større sannsynlighet for at graviditeten er uønsket, tar oftere abort, spontanaborterer eller føder et dødt barn.⁴⁴ Det er en klar forbindelse mellom SGBV og reproduktiv tvang: Kvinner som opplever SGBV, har ofte mindre reproduktiv autonomi og større risiko for å bli tvunget til å gå gjennom et svangerskap eller ta abort mot sin vilje. Disse kvinnene trenger spesialisert og tilpasset tjenester for å sikre at deres behov blir imøtekommet.

Støtte til at sexarbeidere skal kunne ta informerte beslutninger, Uganda

Safe Abortion Action Fund (SAAF), som er organisert av IPPF, ble etablert i 2006 for å hjelpe grasrotorganisasjoner med å øke tilgangen til trygg abort. Det SAAF-finansierte Lady Mermaid's Bureau er et prosjekt som støtter sexarbeidere i Uganda, slik at de kan være trygge. I tillegg er de pådrivere for større rettsvern og tilgang til helsetjenester. De siste tre årene har de arbeidet med sexarbeidere i byer i Uganda ved å spre informasjon om hvilke rettigheter de har, hva man ikke må gjøre ved uønsket graviditet, og hvordan de kan ta vare på helsen sin.

Tilgangen til abort er svært begrenset for de fleste kvinner i Uganda – særlig for dem som lever i fattigdom. Resultatet er at kvinner tyr til farlige metoder. Ingen vet dette bedre enn Pretty Lyn. Hun er student, lever på fattigdomsgrensen og har blitt gravid to ganger i løpet av den tiden hun har solgt sex. Begge gangene ønsket hun å avbryte svangerskapet på grunn av situasjonen hun var i. Fordi hun ikke visste at det fantes abortlegemidler, brukte hun det hun kaller «lokale metoder».

«Den ene gangen brukte jeg lokale urter, og det var vellykket», sier Pretty. «Den andre gangen brukte jeg vaskemiddelet Omo og teblader, men det var ordentlig farlig for meg. Jeg døde nesten.»

Pretty Lyn er ikke alene. Mange sexarbeidere i Uganda blir uønsket gravide og tvinges til å bruke farlige abortmetoder. Myter om prevensjon og mangel på tilgang gjør at de fleste prostituerte sexarbeidere er avhengig av kondomer som prevensjonsmiddel. «Menn vil ikke bruke kondomer, og femidomer er sjeldent å se og dyrt», forklarer Pretty.

På samme måte som Pretty Lyn brukte Deborah, en annen sexarbeider som er involvert i Lady Mermaid's Bureau-prosjektet, også lokale urter forrige gang hun ble gravid. Hun døde nesten av det.

«De virket ikke», sier hun. «Jeg ble alvorlig syk og blødde kraftig. De fikk meg raskt til sykehus, og jeg hadde det vanskelig. Legene stilte meg mange spørsmål, [for eksempel] hvorfor jeg hadde gjort det, men heldigvis hjalp de meg.»

Etter å ha vært i kontakt med Lady Mermaid's Bureau forsto Deborah at abort ikke trenger å være farlig. Neste gang hun ble gravid, brukte hun abortmedikamentet misoprostol i stedet.

«Jeg skulle ønske de [kunne] spre budskapet overalt i samfunnet, ikke bare til sexarbeidere», sier Deborah.

En kort historisk oversikt over internasjonal abortpolitikk

Det var ikke før på Befolkningskonferansen (ICPD) i Kairo i 1994 at verdens styresmakter først erkjente farene ved utrygg abort som et område for offentlig politikk.

Handlingsprogrammet som ble vedtatt på konferansen, ga en lenge etterlengtet anerkjennelse av kvinners rett til behandling av abortkomplikasjoner etter utrygg abort. Regjeringene kom også frem til et politisk kompromiss som sikret at abort skulle kunne

utføres trygt der det ikke var forbudt ved lov.⁴⁵ Denne banebrytende avtalen åpnet for progressive tiltak med sikte på å gjøre abort tryggere. Men ved å oppfordre til trygg abort bare der det er lovlig (se avsnitt 8.25 i konferansens handlingsprogram), hadde styresmakter med en restriktiv lovgivning en

Behandling av abortkomplikasjoner

Behandling etter abortkomplikasjoner er en integrert del av den samlede abortomsorgen, og omfatter fem grunnleggende elementer:

- **behandling** av ufullstendige aborter og andre komplikasjoner
- **rådgivning** for å kartlegge og respondere på kvinners emosjonelle og fysiske helsebehov
- **prevensjonsrådgivning** for å hjelpe kvinner med å unngå uønskede graviditeter i fremtiden

- **reproduktive og andre helsetjenester** som helst bør gis på stedet eller ved henvisning til andre tilgjengelige institusjoner
- **samarbeid mellom lokalsamfunn og helseinstitusjoner** for å forebygge uønskede graviditeter og utrygge aborter, mobilisering av ressurser til behandling av abortkomplikasjoner i riktig tid, og sikring av at helsetjenestene imøtekommer lokalsamfunnets forventninger og behov

Maureen R. Corbett and Katherine L. Turner. 2003. *Essential Elements of Post-abortion Care: Origins, Evolution and Future Directions*. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health: Vol. 29, Issue 3.

unnskyldning for ikke å utvide tilgangen til abort, og man utelot dermed hundrevis av millioner av kvinner som bodde i land der abort var ulovlig eller ble oppfattet som ulovlig.

Til tross for denne restriktive fortolkningen skjedde det i tiårene etter ICPD en betydelig endring i tilgangen til abort.^{46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53} I mange land fikk helsearbeidere bedre opplæring i å yte aborttjenester og behandle abortkomplikasjoner. Pådrivergrupper vokste frem, og konkrete politiske endringer fastsatte retningslinjer for helsevesenet og abortklinikker. Forskning dokumenterte forekomsten og omfanget av utrygg abort og de mest effektive tilnærmingene for å nå frem med tjenester til kvinnene. Siden 1994 har mer enn 30 land liberalisert sine tidligere restriktive abortlover mens bare en håndfull har skjerpet bestemmelsene.⁵⁴ Verdens helseorganisasjon (WHO) har utgitt veiledere som både gir helsefaglige råd og råd til utforming av politikk for trygg abort.

Fra 2000 til i dag har programavtaler og overenskomster mellom regionale myndigheter bygget videre på formuleringene i ICPD og etablert et politisk grunnlag for progressive tiltak på mer lokalt nivå (se tekstboks).⁵⁵ FNs menneskerettighetskomiteer som overvåker menneskerettighetene, kommenterer og anerkjenner stadig retten til trygg abort.⁵⁶

Disse fremskrittene førte til en motreaksjon fra grupper som motsetter seg abort og moderne prevensjon. Disse gruppene, som ofte har religiøs støtte og er aktive i nasjonale og internasjonale fora, gir uttrykk for trangsynte patriarkalske oppfatninger om kvinners rolle og er motstandere av å innarbeide trygg abort i programmer for seksuell og reproduktiv helse. Dette presset har hindret progressive, bindende avtaler på globalt nivå og økt mange regjeringers motvilje mot å ta opp abortspørsmål.

Ved at konservative giverland har betraktet abort som et politisk verktøy og ikke som en rettighet for kvinner og et vesentlig behov innenfor folkehelse, og på grunn av USAs innføring av sin «Global Gag Rule» under republikanske administrasjoner (se tekstboks), har mottakerland og utenlandske frivillige organisasjoner mistet store deler av sin finansiering til seksuelle og reproduktive helsetjenester, og kvinner har mistet tilgang til livreddende tjenester. Enkelte private stiftelser er også tilbakeholdne med å gi finansiering til aborttjenester som en del av programmer for seksuelle og reproduktive helsetjenester. Som følge av dette er abortomsorgen fortsatt fragmentert og begrenset, og den tilbys atskilt fra andre tjenester, om i det hele tatt.

Eksempler på regionale avtaler om abort

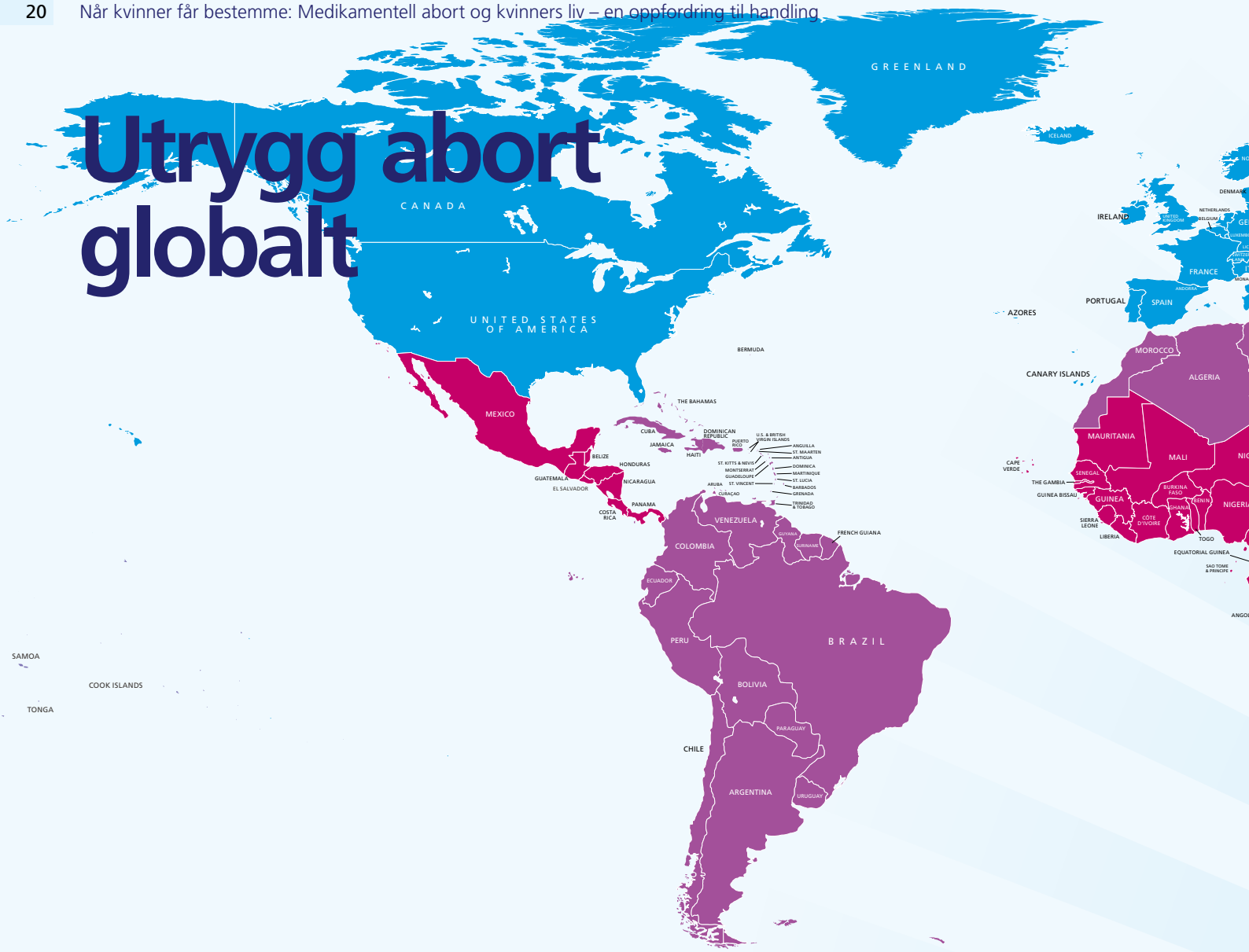
Maputoprotokollen er en juridisk bindende protokoll til Den afrikanske unions charter om menneskers og folks rettigheter, vedtatt i 2003. Den anerkjenner reproduktive rettigheter og krever at signatarlandene «beskytter kvinners reproduktive rettigheter ved å gi adgang til medisinsk abort i tilfeller av seksuelle overgrep, voldtekt, incest og der et fortsatt svangerskap er en fare for morens mentale eller fysiske helse eller morens eller fosterets liv».

Den reviderte **Maputo-handlingsplanen** 2016–2030 er et rammeverk for universell

tilgang til omfattende seksuelle og reproduktive helserettigheter og -tjenester i hele Afrika. Planen bygger på Maputo-handlingsplanen 2007–2015.

Montevideo Consensus on Population and Development er en regional avtale vedtatt av myndigheter i Latin-Amerika og Karibia på den første regionale befolkningskonferansen i regionen i 2013. Den oppfordrer myndigheter til å revidere restriktive abortlover, sammen med andre progressive tiltak for å fremme seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

Utrygg abort globalt



Sam, USA*



«Personlig ønsker jeg meg ikke barn, og jeg har alltid sagt abort blir utveien hvis jeg skulle bli gravid. Neste dag ringte jeg til Planned Parenthood i hjembyen min. De var utrolig hjelpsomme og beroligende ... Disse kvinnene var noen ordentlige engler, og jeg er glad for at det finnes et system som kan være til hjelp i slike situasjoner ... Jeg har to venner som har gjort det samme, og ærlig talt tror jeg ikke at en kirurgisk abort ville vært riktig for meg.»

Maria, Uruguay



«Selv om abort er lovlig i Uruguay, ser ikke folk på det som lovlig ... Det handler ikke om å forsvare abort. Det handler om å forsvare kvinners frihet til å bestemme når de vil ha barn.»

Maria var 20 år da det gikk hull på kondomet hun og kjæresten brukte. Hun tok en angrepille rundt 50 timer senere. Den virket ikke, og María ble uønsket gravid. Hun snakket med kjæresten og foreldrene. Hun bestemte seg for å avslutte svangerskapet fordi hun ikke følte at situasjonen var riktig: Hun hadde ikke fast inntekt og visste ikke hva fremtiden ville bringe for henne og kjæresten.

Mira, Burkina Faso



«Jeg er Mira. Jeg er 21 år gammel og andreårsstudent i jus og statsvitenskap. Jeg ble forelsket i en gutt, vi hadde sex, og jeg ble gravid. Jeg trodde ikke det kunne skje med meg; jeg er smart og ansvarlig. Mange spørsmål meldte seg: Bør jeg gjennomføre svangerskapet? Bør jeg fortelle det til kjæresten min? Bør jeg snakke med vennene mine om det? Bør jeg snakke med moren min om det? Bør jeg ta abort? Hvilken innvirkning har dette svangerskapet på fremtiden min?»

Jeg tenkte raskt at både jeg og kjæresten min fortsatt er studenter, så hvordan skulle vi kunne ta oss av et barn? Du skal også vite at foreldrene mine er fattige og veldig tradisjonelle av seg, så de ville ikke ha støttet meg ... Jeg ville ikke være den som brakte skam over familien og påkalle min fars vrede.

Jeg er student på andre året – jeg har fremtiden foran meg. Jeg vil gjerne bli dommer. Innerst inne visste jeg at denne graviditeten ville sette en stopper for den planen.»

The Global Gag Rule

USA har lenge vært verdens største giver av internasjonal helsehjelp. Helms-tillegget, en lovparagraf som ble vedtatt av Kongressen i 1973, bestemmer at organisasjoner og institusjoner som mottar bistandsmidler fra USAID, ikke kan bruke disse midlene til å fremme eller gjennomføre trygg og lovlig abort.

I 1984 innførte president Reagan sin «Mexico City Policy», som motstandere senere ga navnet «Global Gag Rule» (GGR). GGR nekter USAID å gi familieplanleggingsmidler til ikke-amerikanske institusjoner som «gjennomfører eller aktivt fremmer abort som metode for familieplanlegging», selv om Helms-tillegget allerede krever at de skal skille amerikansk finansiering fra midler gitt av andre land til støtte for trygg abort. I 2016 hadde USAID et budsjett på 567 millioner USD til familieplanleggingsformål.

Under Trump-Pence-administrasjonen har GGR blitt utvidet til å omfatte globale helsemidler på totalt 9 milliarder USD, inkludert 6 milliarder USD for forebygging og behandling av hiv under den amerikanske presidentens hiv-program (PEPFAR).

Dette betyr at helseinstitusjoner blir tvunget til å velge om de skal tilby integrert helseomsorg og rettighetsbasert familieplanlegging eller motta midler fra USAID, og dermed måtte begrense sitt helsetilbud.

Under denne utvidede versjonen av GGR vil IPPF kunne miste 100 millioner USD til integrerte helseprosjekter verden over, inkludert helsearbeid for gravide, familieplanlegging og forebygging av hiv og zikafeber, i tillegg til mye annet. Samlet for 30 medlemsorganisasjoner i Afrika, Sør-Asia og Sentral-Amerika utgjør tapet av finansiering opp til 70 prosent av de årlige driftsbudsjettene, noe som påvirker klinisk arbeid, bemanning og oppsøkende virksomhet. Reduksjonen i tilbudet om trygg og lovlig abort som en del av integrerte helsetjenester, i tillegg til nedskjæringer i midlene til familieplanlegging, vil kunne tvinge kvinner til å ta utrygg abort med risiko for livsvarige skader og død.

IPPF fortsetter å søke etter alternativ finansiering for integrerte helsetjenester og rettighetsbasert familieplanlegging.



Foto: IPPF WHR / Tochtli García / USA

Utfordringen: Gi alle kvinner tilgang til trygg abort

Til tross for en viss fremgang gjenstår det mye før trygg abort er tilgjengelig for alle som trenger det, og millioner av kvinner drives derfor til å søke abort utenfor helsevesenet.

Det globale arbeidet for å få kraftig utvidet kvinners tilgang til moderne prevensjonsmidler er fortsatt utilstrekkelig. Som en følge av dette er kvinner ikke i stand til å planlegge sine egne svangerskap. 1,6 milliarder kvinner i reproduktiv alder bor i lav- og mellominntektsland. Rundt halvparten av dem ønsker å unngå en graviditet, men nærmere en fjerdedel av dem benytter ikke moderne prevensjonsmetoder.⁵⁷ Resultatet er at rundt 44 prosent av alle graviditeter på verdensbasis er uplanlagte, og kvinner blir nektet sin rett til å bestemme hvorvidt, når og hvor mange barn de skal ha.⁵⁸ En opptrapping av det globale arbeidet med å redusere det udekkede behovet for moderne prevensjonsmidler må til.

Til tross for disse problemene nekter myndigheter og beslutningstakere i mange deler av verden fortsatt å ta kvinners rett til trygg abort alvorlig, og det er få som anerkjenner den klare konklusjonen at trygg abort er en del av seksuelle og reproduktive helsetjenester, uten noen forbehold.

Selv om det fortsatt trengs handling på en rekke fronter, kan mangelen på fremgang hos myndigheter og helsesystemer ofte spores tilbake til lovgivning og politikk som begrenser kvinners tilgang til trygg abort, og til mangler i tilbudet av helsetjenester.

Hindringer for tilgang til trygg abort skapt av juridiske bestemmelser og helsesystemer

Helt frem til i dag er det mange land, hovedsakelig i lav- og mellominntektsregioner, som har restriktive lover og politiske retningslinjer som setter grenser for når kvinner kan bruke prevensjon og ta abort, og til og med når de kan oppsøke helsetjenester uten samtykke fra foreldre eller ektefelle. Fem land har totalforbud mot abort.ⁱ Abortlover over hele verden fastsetter at helsepersonell er de eneste som

ⁱ Den dominikanske republikk, El Salvador, Malta, Honduras og Nicaragua.

lovlig kan utføre aborter, noe som utsetter kvinner som fremkaller abort selv, for risiko for straffeforfølgelse. Restriktive lover fastsetter ofte straffereaksjoner, inkludert arrestasjon og fengsling, overfor kvinner som søker abort, og helsepersonell som gjennomfører det. Disse lovene er skadelige; begrensning av tilgang til abort reduserer ikke aborttallet, det tvinger i stedet kvinner til å oppsøke utrygge alternativer.⁵⁹ Land med mer liberale lover, et bredt juridisk grunnlag for abort og tilgjengelige tjenester har et lavere antall utrygge aborter og tilknyttede dødsfall og skader.⁶⁰

Politikk og retningslinjer for helsesystemer

pålegger i enkelte tilfeller prosessuelle hindringer som ikke er medisinsk nødvendige og gjør tilgangen vanskeligere. Dette inkluderer lovpålagte ventetider, forhåndsbestemt og ensidig rådgivning og godkjenning fra flere hold, for eksempel fra leger. Slike hindringer motarbeider kvinner som søker omsorg, skaper forsinkelser i tilgangen og øker tjenestenes kostnader.⁶¹ Disse prosessuelle hindringene må fjernes.

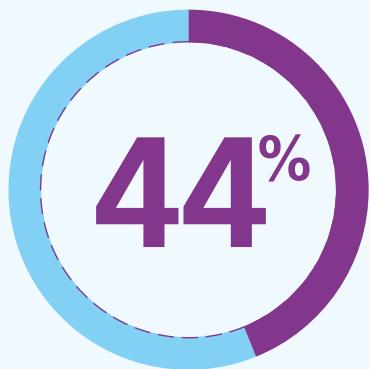
Vitenskapelig korrekt informasjon om abort

gis ufullstendig på mange steder. Grupper av abortmotstandere har fremsatt villedende og usanne myter om abort, noe som har ført til stigmatisering og feilaktige oppfatninger om sikkerheten ved en trygg abort. Kunnskapsbasert informasjon beviser at de tar feil,⁶² men det er

en utfordring å rette opp slike misoppfatninger. Helhetlig seksualitetsundervisning og ikke-stigmatiserende, korrekt informasjon er gode verktøy for å takle denne oppgaven.⁶³

Helsepersonell som nekter å utføre abort, selv der hvor abort er tillatt ved lov, bryter med helsearbeideres grunnleggende forpliktelse til å «ikke gjøre skade», og gir egne personlige, private oppfatninger forrang fremfor pasientenes rettigheter og behov for helsetjenester.^{64,65} Slik omsorgsnekt har som hensikt å tvinge kvinner gjennom svangerskap mot deres vilje. I de tilfellene der kvinner henvises til annet helsepersonell, blir helsetjenestene svært ineffektive og øker arbeidsbyrden til de som innfrir sin yrkesplikt som helsearbeidere. Det må ikke tillates at samvittighetsgrunner hindrer helsepersonell i å yte omsorg.

Begrensningene i tilgangen til trygg abort gjennomført av en utdannet helsearbeider innenfor programmer for seksuell og reproduktiv helse vil etter alt å dømme bli sterkere i årene som kommer, ettersom myndighetene strever med å finne tilstrekkelig bemanning til helseinstitusjoner. WHO anslår at den **globale mangelen på utdannet helsepersonell** vil fortsette å vokse, og vil nå 12,9 millioner innen 2035. Mennesker i rurale områder og de som er avhengige av den offentlige sektoren, vil kanskje ha minst tilgang til en kvalifisert helsearbeider, spesielt innenfor abortrelatert omsorg.⁶⁶ Myndighetene bør styrke helsesystemene ved å investere i helserelatert infrastruktur og opplæring av personell. Gitt den forventede mangelen på utdannede helsearbeidere, vil mange millioner kvinner stå overfor begrensede muligheter for institusjonsbasert omsorg, selv om myndigheter og private helsesystemer plutselig skulle skalere opp sine anstrengelser for å yte aborttjenester. Mange andre kvinner vil ganske enkelt kunne foretrekke å gjennomføre en abort på egen hånd, uten at en medisinsk fagperson er involvert.



44 %

av alle aborter som gjennomføres årlig, er utrygge.



Foto: IPPF EN / Jon Spaul / Makedonia

Dersom alle kvinner som tyr til utrygg abort, kunne bruke misoprostol i stedet for mer invasive og farlige metoder, ville antallet abortrelaterte dødsfall kunne gå ned med to tredjedeler i lav- og mellominntektsland.⁶⁷

Effekten av avkriminalisering, Etiopia

Sjette etasje på Tikur Anbessa Hospital i Addis Abeba er et lykkelig sted. Det er barselavdelingen, og hver dag får kvinner hjelp til å føde trygt her. De kan hvile og komme seg igjen, slik at de blir friske og klare til å treffe familien.

Men slik har det ikke alltid vært. Før Etiopias strenge lov om abort ble fjernet ved årtusenskiftet, var mer enn halve avdelingen full av kvinner med blodforgiftning og blødninger som ventet på hysterektomi på grunn av utrygg abort.

Mer enn en tredjedel av mødredødeligheten skrev seg fra utrygg abort, så dette var en offentlig helsekrise for de etiopiske myndighetene. Etter den etiopiske straffeloven av 1957 var abort kriminelt i nesten alle tilfeller. Fordi de ikke hadde tilgang til trygg abort, gikk kvinnene til naturleger for å få røtter eller kjemikalier, noe som ofte førte til alvorlige skader eller død.

Genet Mengistu, daglig leder for Family Guidance Association of Ethiopia (FGAE), husker godt denne tiden: «Da jeg var liten, da jeg vokste opp, hørte du gjerne at noen [hadde] dødd, og du hør[te] forskjellige historier om det, men til slutt fant du ut at [den] unge jenta hadde dødd på grunn av [en] utrygg abort.»

Genet husker at den nå avdøde statsministeren Meles Zenawi kjempet for kvinners rettigheter etter å ha sett de menneskelige kostnadene ved loven. Med støtte fra helseministeren ble det i 1990-årene bygget opp et sterkt nettverk av aktive ledere – på tvers av helseorganisasjoner, frivillige organisasjoner og kvinneorganisasjoner – som brant for å forbedre kvinners helse og livsmuligheter og for å frigjøre dem fra den reproduktive byrden deres. Det var tydelig at loven måtte endres.

Den dagen loven ble endret i 2005, fikk kvinner og jenter i Etiopia en ny frihet. De kunne nå bestemme selv hvorvidt og når de skulle ha barn. De fikk en ny fremtid. Legen Tafesech Zewede sier at ved å tilby disse tjenestene til

unge kvinner «kan vi endre livet deres». Det er bare ett aborttilbud som skal til for å endre livet til en ung kvinne, sier hun.

Endringen har ikke vært enkel. Folk har fremdeles lite kunnskap om retten til abort og om familieplanlegging – spesielt på landsbygda, og stigmatiseringen er sterk. Noen kvinner reiser til klinikker et stykke unna for å få behandling der, fordi de er redde for at lokalsamfunnet skal få vite om det. Etter at loven ble endret, har enkelte institusjoner valgt å ikke tilby disse tjenestene, og mange av dem som gjør det, blir fortsatt utsatt for stigmatisering. Mange av Tafesechs pasienter sliter fortsatt: «De fleste som kommer for å ta abort, føler seg ikke frie nok til å snakke om situasjonen sin. De er redde og blir sjenert når de skal forklare hvorfor de har kommet.»

Til tross for disse utfordringene har liberaliseringen av abortlovgivningen i Etiopia endret livet for utallige kvinner. Over hele Etiopia er abortomsorg i dag tilgjengelig i både offentlige, private og frivillige institusjoner som for eksempel FGAE. I dag brukes halvparten av sengene i sjette etasje på Tikur Anbessa Hospital i stedet til kreftpasienter. Mødredødelighet på grunn av utrygg abort har sunket kraftig. Selv om mye står igjen, har kvinnene nå langt mer frihet til å bestemme over eget liv, egen kropp og egen fremtid.



Foto: IPPF / Panos / Etiopia

Utvid adgangen til medikamentell abort

Medikamentell abort er langt fra noen ny strategi. Kvinner har brukt det i årevis, og mange organisasjoner har hjulpet dem med dette.

Medikamentell abort har imidlertid ikke nådd det omfanget som er nødvendig for å demme kraftig opp for dødelighetstallene knyttet til utrygg abort og til å være en reell mulighet for kvinner. Økningen må skje eksponentielt.

Alle kvinner som søker abort, bør bli satt i stand til å velge en trygg abortmetode – medikamentell eller kirurgisk – som passer for dem. Når kvinner ikke kan eller ikke velger å søke hjelp fra en helseinstitusjon, vil det å øke den lovlige adgangen til medikamentell abort være et viktig midlertidig tiltak.

Hvis medikamentene gjøres mer tilgjengelig, vil millioner flere kvinner trygt og effektivt kunne velge om de skal fullføre svangerskapet eller ikke. Ved å bringe egen bruk av disse medikamentene ut av skyggene og treffe konkrete og koordinerte tiltak for å sikre bredere støtte i politiske kretser, helsesystemer og lokalsamfunn, kan kvinners liv og helse endres.

Det trengs et paradigmeskifte blant beslutningstakere og andre aktører som jobber for seksuell og reprodusert helse og rettigheter. Det må være forståelse for at kvinner må selv kunne gjennom-

føre medikamentelle aborter på en lovlig og trygg måte, med eller uten involvering av helsepersonell. Ved å sørge for at kvinner har tilgang til nødvendig informasjon og støtte, settes de i stand til selv å gjøre informerte valg om hvordan de skal forholde seg til en uønsket graviditet. Tiden er overmoden for at myndigheter setter i verk tiltak for å sikre at denne fremgangsmåten er trygg og lovlig tilgjengelig til en pris som de fleste kan betale.

Denne tilnærmingen vil ikke nødvendigvis oppfylle alle kvinners behov. Mange kvinner vil fortsatt foretrekke en abort som gjennomføres eller støttes av en medisinsk fagperson i en offentlig eller privat klinikk. Enkelte kvinner vil ikke ha mulighet for å ta medikamentell abort, mens andre vil ha behov for hjelp til å avgjøre hvor langt graviditeten har kommet, og dermed bestemme doseringen av medikamentene. En liten prosentandel vil ha behov for oppfølging av helsepersonell på grunn av komplikasjoner. Institusjonsbasert omsorg kan også innebære andre fordeler, inkludert ressurser for kvinner som er omskåret eller har opplevd inngrep i kjønnsorganene eller vold i hjemmet, og utdannede fagpersoner som vil kunne svare på spørsmål, ta opp bekymringer, gi råd og tilby prevensjonsmidler for tiden etter aborten.

Å bygge på eksisterende fremgang

Det siste tiåret har det blitt gjort en stor innsats for å sette kvinner i stand til å ta medikamentell abort trygt på egen hånd. Denne erfaringen gir viktig innsikt i lovende behandlingsmodeller og hvordan de kan styrkes.

Frivillige organisasjoner og nettverk i det sivile samfunn har lenge gitt støtte til kvinner som søker medikamentell abort gjennom telemedisin og tekstmeldinger, ledsagermodeller og hjelpetelefoner som gir råd om dosering og komplikasjoner.ⁱ Enkelte grupper arbeider for at apoteker og legemiddelfirmaer skal gi bedre informasjon. En systematisk gjennomgang viser at kvinner kan få pålitelig og klar informasjon fra vel ansatte kilder utenfor helsesystemet.⁶⁸ Grupper som Samsara, Women on Web, Safe2Choose, Women Help Women og andre fyller rollen som både talspersoner og tjenesteytere ved å hjelpe kvinner med å avbryte et uønsket svangerskap ved bruk av medikamentell abort.

Sosial markedsføring ved organisasjoner som Marie Stopes International (MSI), Population Services International og DKT International har gjort abortmedikamenter tilgjengelig til rimelige priser i mange land. Dette vil være spesielt viktig på landsbygda og andre steder der det ikke er mulig å kjøpe abortpiller over internett. Til tross for denne innsatsen er mifepriston fortsatt et kostbart medikament i mange deler av verden og ennå ikke tilgjengelig i de fleste land, stort sett på grunn av de juridiske begrensningene som fortsatt finnes for abort.

Nasjonale og internasjonale organisasjoner, slik som medlemsorganisasjonene i IPPF og Reproductive Health Supplies Coalition, har oppnådd fremgang i arbeidet for registrering av abortmedikamenter og for at de skal tas inn i nasjonale lister over essensielle legemidler.

Eksempler på hjelpelinjer og ledsagermodeller

Aunty Jane er en direkte rådgivningstelefon som ble startet av kenyanske aktivister i 2012 for å gi fordomsfri, klar informasjon om livreddende spørsmål knyttet til seksuell helse, inkludert bruk av misoprostol for trygg gjennomføring av abort.

Las Libres er en meksikansk organisasjon som gir frivillige opplæring i rådgivning for kvinner, om hvordan de skal bruke medikamentell abort, og loser dem gjennom prosessen.

Safe2Choose er en nettbasert ressurs som omfatter flerspråklige rådgivere, leger og andre eksperter på folkehelse, og som gir råd om trygg abort og informasjon om hvordan man kan skaffe abortmedikamenter.

Kunnskap om hvilke medikamenter som er registrert og tilgjengelige i et bestemt land, kan være en støtte til bredere tilgang til disse medikamentene. IPPFs nye database over utstyr for medikamentell abort (www.medab.org) tilbyr konkret informasjon om tilgjengeligheten og kvaliteten i ulike land av mifepriston, misoprostol og kombinasjonspakningen i god kvalitet. Databasen er beregnet på helsetjenestetilbydere, offentlige innkjøpere og andre som arbeider med programmer for trygg abort, mer enn på kvinner direkte.

Medikamentell abort har lagt til rette for arbeidsdeling i land der helsearbeidere som ikke er leger, slik som sykepleiere, jordmødre og klinikkansatte, har lov til å foreta medikamentell abort i primærhelsetjenesten. Kreative partnerskap mellom frivillig hjelpepersonell og helsevesenet hjelper kvinner til å finne ut om de er gravide, og henviser dem til helsehjelp om nødvendig.⁶⁹

Forskere fra ulike organisasjoner prøver ut modeller som kan sikre at kvinner trygt kan utføre abort på egen hånd, inkludert hvordan dette kan knyttes til effektive prevensjonsmetoder etter en medikamentell abort, hvordan man kan sørge for at kvinner

ⁱ En ny kvantitativ studie av en hjelpetelefon i Indonesia, den første som dokumenterer selvadministrert abort etter tolvte uke, antyder at modellen vil kunne være like effektiv som en medikamentell abort gjennomført på en klinikk. Gerdtz, C, et al. (2018) Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: an analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia. *BMJ Sexual & Reproductive Health* Published Online First: 18 July 2018.

selv kan avgjøre hvorvidt prosedyren er egnet for dem, og hvordan man best kan sørge for en henvisning til en helseinstitusjon når dette er nødvendig.^{70, 71, 72, 73}

Myndighetene bør ta en ledende rolle i dette arbeidet

Myndighetene har ansvar for å sikre at alle kvinner har tilgang til seksuell og reproduktiv helseomsorg, uavhengig av betalingsevne. Det å tillate utvidede muligheter for å kunne ta medikamentell abort på egen hånd fjerner eller begrenser på ingen måte dette ansvaret. Myndighetene burde se positivt på de nyskapende tilnærmingene som frivillige organisasjoner og andre organisasjoner i det sivile samfunnet har for å hjelpe kvinner med å finne frem til og bruke medikamentell abort, og burde gå sammen med disse gruppene for å øke deres effektivitet og utbredelse.

Debatter om medikamentell abort uten direkte medisinsk tilsyn

Medikamentell abort har gitt en dramatisk økning i tilgangen til abort for millioner av kvinner og har radikalt endret maktforhold og kjønnsroller. Det er imidlertid viktig å drøfte de mulige risikoene som enkelte har påpekt, og som helsevesenet må håndtere, ikke omgå.

Enkelte helsearbeidere er imot at kvinner skal tillates å skaffe seg abortmedikamenter på lovlig måte og bruke dem uten tilsyn av en medisinsk fagperson. Grunnene kan omfatte uro for sikkerheten i situasjoner der kvinner ikke har nøyaktig informasjon om bruken, eller de vil kunne ønske å beholde kontrollen over medisinske prosedyrer innenfor helssystemet. Studier i Asia, der kvinner har benyttet abortmedikamenter i feil dosering eller utenfor de anbefalte tidsrammene, har allerede ført til krav om begrensninger i tilgangen til abortmedikamenter snarere enn utvidelser.⁷⁴

Det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag for å dokumentere kvinners evne til selv å vurdere og avgjøre sin egen egnethet og stadium i svangerskapet, for slik å kunne bestemme den riktige

doseringen før de inntar medikamentene. Selv om det finnes studier som har undersøkt bruken av misoprostol i hjemmet etterfulgt av inntak av mifepriston på klinikk, er disse ikke nødvendigvis generaliserbare til bredere grupper eller sammenhenger der mifepriston ikke er tilgjengelig. En systematisk gjennomgang av effektivitet, trygghet og aksept bemerker at én studie fant at de som brukte misoprostol hjemme, i gjennomsnitt hadde høyere utdanningsnivå, var på et tidligere stadium i svangerskapet og hadde flere tidligere svangerskap bak seg enn de som fikk begge medikamentene utdelt på en klinikk.⁷⁵

Der mifepriston ikke er tilgjengelig og misoprostol benyttes alene, vil det kunne forekomme flere mislykkede tilfeller, noe som gjør det viktig å sørge for at kvinner forstår tegnene på en ufullstendig abort og vet hvor de skal henvende seg for ytterligere hjelp om nødvendig.

Kvinner som ikke er i stand til å avgjøre sin egnethet for medikamentell abort, vil kunne være ukjent med kontraindikasjonene, slik som graviditet utenfor livmoren, eller de vil kunne bruke medikamentene i feil dosering. Enkelte kvinner har fysiologiske tilstander som umuliggjør en nøyaktig bedømmelse av svangerskapslengden, slik som uregelmessig menstruasjon eller endrede blødninger forårsaket av et prevensjonsmiddel. Disse kvinnene vil kunne trenge støtte fra en faglært eller en opplært medhjelper for å fastslå om de ikke lenger er gravide. Dette betyr at det må gjøres et arbeid med å utvikle hensiktsmessige vurderingsmetoder som kvinner kan bruke før og etter en medikamentell abort til støtte for gjennomføringen på egen hånd.

En økning i antallet medikamentelle aborter betyr også at institusjonene vil ha færre muligheter til å gjennomføre vakuumsug eller utblokking og utskrapning, og dermed ha vansker med å vedlikeholde de kirurgiske ferdighetene som er nødvendige for disse prosedyrene. Løpende opplæring kan bidra til å sikre at kirurgiske abortmetoder av god kvalitet forblir tilgjengelige, parallelt med medikamentell abort.



Foto: Gabriela Trujillo

Intervju med dr. Leonel Briozzo

Dr. Leonel Briozzo er overlege på barselavdelingen på Hospital Pereira Rossell, et offentlig sykehus i Uruguays hovedstad Montevideo. Han er medlem av etikk- og profesjonskomiteen i [International Federation of Gynecology and Obstetrics](#) (FIGO) og rådgiver for det medisinske rådet i Uruguay. Han er også grunnlegger av og internasjonal rådgiver for Iniciativas Sanitarias i Uruguay og ekstern rådgiver for IPPFs styre. Dr. Briozzo var visehelseminister i José Mujicas presidentperiode mellom 2011 og 2015. Han var også leder for den første konferansen om befolkning og utvikling i Amerika (CEPAL-ECLAC), der man oppnådde den historiske Montevideo-overenskomsten.

Hvilken rolle hadde du i intensiveringen av tilgangen til trygg abort i Uruguay, og hva var det som motiverte deg til å gå i bresjen for denne betydelige endringen?

At jeg valgte å bli lege, gynekolog og senere fødselslege, skriver seg fra en overbevisning om å arbeide for det som er riktig, for sosial rettferdighet og for frihet.

I 2001, da jeg begynte å undervise i gynekologi og obstetikk på universitetet, var Uruguay i ferd med å gå gjennom en stor økonomisk og sosial krise som førte mange ut i fattigdom. Fordi antallet utrygge aborter og mødredødeligheten økte eksponentielt, hastet det å finne en løsning. Vi var overbevist om at det var avgjørende å unngå utrygg abort, og en del av dette handlet om å drive opplæring i hvordan man kunne føle ansvar for og glede over eget sexliv, og om prevensjon. Samtidig ble abortlovgivningen liberalisert, slik at kvinner kan få det gjort uten risiko for dem selv, og for deres nærmeste.

I denne sammenhengen etablerte vi skade-reduksjonsmodellen i 2001, under ledelse av organisasjonen Iniciativas Sanitarias («helseinitiativene»), sammen med en rekke aktører i helsevesenet. Innføringen av modellen over hele landet satte trygg abort på dagsordenen som et helseanliggende, og bidro til at det ble utviklet en felles plan med kvinnebevegelsen og sosiale og progressive politiske grupper på venstresiden (Frente Amplio). Dette førte til at abort ble avkriminalisert i 2012, i det jeg vil beskrive som en

kontinuerlig prosess for liberalisering av abort-praksisen.

På denne tiden var jeg visehelseminister i Uruguay, og president José Mujica støttet meg slik at jeg kunne sørge for endringer i abort-lovgivningen. På lengre sikt har denne politiske beslutningen hatt enorme fordeler for folkehelsen og samfunnet.

Hva er skadereduksjonsmodellen?

I 2001 kunne ikke trygg abort i Uruguay tilbys lovlig gjennom helsevesenet, og det var svært stigmatisert. Det var likevel mulig å yte helsetjenester før og etter en abort, og det gjorde vi.

På forhånd ga vi omfattende og gode råd slik at kvinner kunne vurdere å ta misoprostol. Etterpå tilbød vi konsultasjoner.

Dette gjorde vi på grunnlag av etiske prinsipper om konfidensialitet mellom legen og pasienten og om å sette pasientenes interesser i sentrum for medisinsk praksis, og dermed foran våre egne meninger.

I stedet for å være dobbeltmoraliserende overfor kvinnene gikk vi inn i prosessen med et etisk mål om gjøre det beste for pasienten og ikke gjøre skade, og om å fremme autonomi og rettferdighet, slik at vi kunne utføre helsetjenester av høy faglig kvalitet og med medmenneskelighet.

Hvorfor ble medikamentell abort prioritert som en del av denne modellen?

Fordi det var den eneste muligheten kvinnene hadde til å avbryte – eller i det minste sette i gang avbruddet av – en uønsket graviditet på egen hånd, ved å bruke et legemiddel på en måte som var trygg og basert på et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag.

Dette førte til store endringer i helsepersonellens rolle. I stedet for å utføre abort i hemmelighet, bidro deres innsats nå til å endre kulturen i helsevesenet ved å skape sosiale forandringer som ga kvinner tilgang til egne rettigheter.

Hvordan vurderer du resultatet av skadereduksjonsmodellen når det nå har gått en del år?

Det kvantitative resultatet av skadereduksjonsmodellen kom umiddelbart – først i form av redusert mødredødelighet på det offentlige sykehuset vi arbeidet på, og senere i hele landet. Den kvalitative endringen i synet på helsepersonell, brukere og samfunnet var mer kompleks, men også der var resultatet svært synlig helt fra begynnelsen av. Mediene var en viktig alliert for å spre modellen og sørge for at budskapet var solid og enhetlig.

Hvilke anbefalinger har du til beslutningstakere som vurderer å intensivere arbeidet med å gi tilgang til trygg abort?

Kampen for avkriminalisering av abort er en del av kampen for likhet og rettferdighet. I Latin-Amerika, der kirkene har sterk påvirkningskraft, var det viktig at man først tok utgangspunkt i folkehelse og retten til helsetjenester, og deretter retten til å bestemme. Grunnlaget for alle våre handlinger er at de skal støtte opp om livet, kvinnene, barna og samfunnet. Målet er å få ned aborttallene. Kvinnens eget valg bør være det som veier tyngst for helsepersonell.

Noen avsluttende ord?

Vi er livsvernere fordi politikken og helsepraksisen som er utviklet, har redusert mødredødeligheten, barnedødeligheten og antallet aborter. Mennesker som er imot dette, er imot rettigheter.

Aktivismen for kvinners rettigheter, Chile

Frem til 2018 var Chile en del av en ekstrem gruppe av seks av verdens land. Sammen med Honduras, El Salvador, Nicaragua, Malta og Den dominikanske republikk hadde de hatt en politikk basert på total reproduktiv tvang. Forbudet mot alle former for abort ble innført i 1989 av daværende president Augusto Pinochet, og de neste 19 årene ble en hel generasjon kvinner tvunget gjennom graviditeter mot sin vilje, noe som fratok familiene deres reproduktive frihet. Resultatet av denne gammeldagse loven var dødsfall blant kvinner, splittede familier og ødelagte liv. Chile fremsto som et ekstremt og militant land, helt er ute av takt med alle andre land i verden unntatt de fem andre som er nevnt ovenfor.

Men på en lys vinterdag – 21. august 2017 – ble kvinner endelig fri. Etter mange år med aktivisme fra kvinnegrupper på grasrota, fagforeninger av helsearbeidere, politiske organisasjoner, akademikere og menneskerettighetsforkjempere – og månedvis med opphetet debatt i kongressen – gjorde forfatningsdomstolen slutt på forbudet ved å vedta et lovforslag som tillater abort i tre tilfeller: hvis det er fare for kvinnens liv, hvis graviditeten har oppstått som følge av voldtekt, eller hvis fosteret ikke vil overleve. Den nye loven førte med seg skjellsettende endringer og hadde overveldende støtte i folket og fra president Michelle Bachelet.

La Mesa, et nasjonalt nettverk av abortrettighetsaktivister, spilte en avgjørende rolle i å skape samsvar mellom innbyggernes holdninger og loven. Debora Solis, fra Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), som er medlem av La Mesa, beskriver den aktuelle dagen som en «milepæl i historien om kampen for menneskerettigheter for kvinner i Chile».

Men arbeidet er ikke over. Som Deborah sier: «Det er uten tvil langt igjen før vi har utryddet det sosiale stigmaet rundt abort og fått stoppet antirettighetsgrupper som ønsker å sette hindringer i veien for praktiseringen av loven.» Kvinner, menn og familiene deres opplever fortsatt stigmatisering og skam etter å ha benyttet seg av tilbudet om abort – og mange radikale, sjåvinistiske bevegelser prøver fortsatt å utfordre loven, som har overveldende støtte i befolkningen.

Det å se en lov som ble innført av en diktator bli fjernet ved hjelp av den styrken som ligger i kollektiv organisering, var stort for Claudia Diles, daglig leder for organisasjonen MILES, som arbeider med seksuell og reproduktiv helse. «Den dagen følte jeg en glede som var like dyp som den dagen vi fikk slutt på diktaturet ved hjelp av folkeavstemning i 1988», sier hun. «Jeg følte at all ydmykelsen, alle begrensningene, avslagene, mistilliten og personangrepene ikke hadde noe å si. Jeg følte at vi hadde tatt et stort skritt fremover ved å gi kvinnene verdigheten tilbake – særlig de som ikke hadde noen eller noe å gå til.»

Handlingsplan for medikamentell abort

Vi må utarbeide en handlingsplan for å sikre at kvinner har trygg tilgang til medikamentell abort uten direkte medisinsk tilsyn.

Det haster å få gjort trygg abort til en prioritert sak for myndigheter, helsevesen, organisasjoner i sivilsamfunnet og utviklingspartnere, enten aborten skjer på en klinikk eller hjemme hos kvinnen. De hindringene myndighetene har satt opp, må fjernes.

Det kreves koordinerte tiltak og politisk vilje for å sikre at underprivilegerte kvinner har trygge, lovlige og akseptable abortalternativer, inkludert egen gjennomføring av medikamentell abort.

En fullstendig handlingsplan for å oppnå dette målet må ha følgende trinn:

Nasjonale tiltak

- Myndigheter og relevante partnere, for eksempel sivilsamfunnsorganisasjoner, bør se nærmere på hvilke barrierer og utfordringer som finnes mot at kvinner utfører medikamentell abort på egen hånd. Denne forskningen må gi svar på hvordan man kan forbedre kvinners evne til å avgjøre om de er egnet til å ta slik abort og i stand til å gjennomføre den. I tillegg må man finne ut hva som er de foretrukne modellene for

tjenestetilbud og støtte, inkludert når kvinnen selv sørger for medikamentell abort. Forskningen må også beskrive hvordan man sørger for koblinger til annen rådgivning eller klinikkbasert hjelp når det er nødvendig.

- Mifepriston, misoprostol og kombipakninger som inneholder begge medikamentene, bør være registrert og tilgjengelig i landet.^{i, ii}
- Mifepriston og misoprostol bør stå på nasjonale lister over essensielle legemidler for å legge til rette for anskaffelse av og tilgang til dem. Godkjenningen bør tillate bruk i en rekke forskjellige sammenhenger, og legemidlene bør gjøres gratis tilgjengelige i primærhelsetjenesten. Overregulering som begrenser tilgangen til legemidler må unngås.
- Myndighetene bør utvikle tiltak for å sikre kvaliteten på abortmedikamenter og etablere og føre tilsyn med kvaliteten på abortrelaterte helsetjenester.

i En nylig studie er den første som kartlegger forskning som dekker kravene fra Food and Drug Administration i USA (USFDA) om reguleringskriterier for reseptfri bruk. Kapp, N, Grossman, D, Jackson, E, Castleman, L, Brahmi, D (2017) A research agenda for moving early medical pregnancy termination over the counter. *BJOG*. 124, pp.1646–1652.

ii Mifepriston i bestemte doser kan brukes – og blir i enkelte land brukt – som nødprevensjon. Dersom medikamentet blir registrert for dette formålet, kan tilgangen bli bedre, og det kan bidra til å unngå uønsket graviditet dersom det tas umiddelbart etter samleie. Se: Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L (2017). Methods of Emergency Contraception. *Cochrane*. Tilgjengelig fra https://www.cochrane.org/CD001324/FERTILREG_methods-emergency-contraception

- Medikamentell abort må være tilgjengelig som en del av aborttilbudet på steder nasjonalt der det ytes tjenester til kvinner i humanitære kriser – for å ta tak i både de store udekkede behovene for disse kvinnenes reproduktive helse og konsekvensene av kjønnsrelatert vold.
- Myndighetene bør fjerne abort fra straffeloven og ikke straffeforfølge kvinner som selv utfører abort. Reguleringer og retningslinjer for helsevesenet bør gjøre det tydelig at det er lovlig å sørge for medikamentell abort selv. Kvinner og tjenesteytere som er fengslet i abortrelaterte saker, bør løslates.
- Offentlige, private og ideelle tjenesteleverandører bør sørge for at man har tilgang til og tilbud om medikamentell abort av høy kvalitet som en del av abortomsorgen, i tillegg til kirurgisk abort. Tjenestene bør være utformet slik at oppgavene er delt mellom en rekke forskjellige yrkesgrupper, blant annet jordmødre, sykepleiere og hjelpepleiere. Kvinner må få støtte til å ta sine egne avgjørelser om abort ut fra egne behov og ønsker.
- Finansieringen av helsetjenester bør omfatte alle anbefalte abortmetoder. Dette bør være vesentlige komponenter av det som det offentlige dekker. Helsefinansieringen bør inkludere trygg abort, slik at alle kvinner kan få tilgang til disse tjenestene, uavhengig av betalingssevne.
- Myndigheter og eksterne utviklingspartnere bør sette av midler til abortrelaterte utgifter, opplæring og tjenester – spesielt innenfor primærhelsetjenesten – som et kjerneelement i tjenester for seksuell og reproduktiv helse.

Tiltak på internasjonalt nivå

- Forskningsinstitusjoner og tjenestetilbydere bør samarbeide om å dekke hull i kunnskapsgrunnlaget om trygg bruk av medikamentell abort på egen hånd. En verdensomspennende gruppe på 20 forskere fra ni forskjellige internasjonale organisasjoner og universiteter anbefaler blant annet:⁷⁶
 - ◆ studier som undersøker kvinners preferanser rundt abort og hvilke erfaringer de har med medikamentell abort på egen hånd, inkludert koblinger til prevensjonstjenester og henvisning til oppfølging
 - ◆ å undersøke hvilke modeller som er best for å nå ut til kvinner med legemidler av høy kvalitet, informasjon og støtte, inkludert hvilke roller som er egnet for apotekere og faglærte helsearbeidere og for medhjelpere
 - ◆ å analysere kliniske resultater av kvinners egen bruk av abortmedisiner, særlig etter 63. dag. Dette inkluderer kvinners evne til selv å vurdere om de kan ta medikamentell abort, og om aborten er fullført, spesielt når man bruker misoprostol uten mifepriston, sammenlignet med klinikkbaserte tjenester.
- Det bør gjennomføres godt utformet forskning for å videreutvikle de beste verktøyene og sjekklistene for vurdering av kvinners egnethet for å ta medikamentell abort. Dette må prøves ut lokalt. Forskingen bør også ta opp spørsmål om trygghet, effektivitet og muligheten til å bruke medhjelpere til å dele ut legemidler, behandle vanlige bivirkninger og vurdere behovet for klinisk oppfølging. Erfaringer fra frivillige organisasjoner og sivilsamfunnsorganisasjoner som tilbyr rådgivning og ledsager kvinner som

Tiltak i det offentlige helsevesenet for bedre tilgang til abort

- Opplæring i abortomsorg for alt helsepersonell på alle nivåer bør inngå i alle utdanninger og all praksisopplæring. Stillingsbeskrivelsen for alt helsepersonell bør omfatte abort, slik at man unngår at personellet kan nekte å arbeide med det.
- Nasjonale regelverk og retningslinjer bør legge opp til at oppgavene fordeles mellom en rekke forskjellige yrkesgrupper, blant annet jordmødre, sykepleiere og hjelpepleiere.
- Myndigheter bør godkjenne og støtte hjelpepersonell i å tilby medikamentell abort i primærhelsetjenesten, ved å gi dem opplæring i å vurdere egnethet, tilby abortmedikamenter, støtte kvinner gjennom prosessen, henvise dem videre ved behov og dele ut prevensjon.
- Myndighetene bør utvikle og innføre omfattende helhetlig seksualitetsundervisning med korrekt informasjon om prevensjons- og abortmuligheter. Dette vil bidra til mer likestilling mellom kjønnene for fremtidige generasjoner.

tar medikamentell abort, er viktige informasjonskilder for å etablere en slik kunnskapsbase og prøve ut effektive modeller.

- Per juni 2018 finnes det ingen kombinasjonspakninger av begge legemidlene som oppfyller WHO's standard for prekvalifisering (som er WHO sin metode for å sikre kvalitet, trygghet og effektivitet av medisiner). De få kombinasjonsmedikamentene som er kvalitetssikret gjennom godkjenning av en såkalt stringent regulatorisk myndighetⁱⁱⁱ, er ofte svært dyre og lite tilgjengelige. WHO bør forenkle og rasjonalisere prekvalifiseringen av abortlegemidler ved å tilby regelmessig og tydelig veiledning til produsenter og ved å gjøre prosessen billigere. WHO kan prekvalifisere et rimelig kombinasjonsmedikament med både mifepriston og misoprostol, og dessuten flere mifepriston- og misoprostolprodukter, slik at tilgangen bedres.
- Produsenter og globale institusjoner (WHO, UNFPA, bilaterale donorer) bør øke tilgjengeligheten av kvalitetssikrede abortmedikamenter, inkludert mekanismer for produkttesting og risikoreduksjon.
- Begge de medisinske abortlegemidlene bør være inkludert i utstyrspakker, faglige retningslinjer og budsjetter i humanitære kriser, inkludert i MISIP, som brukes i innsats i krisesituasjoner.
- Overfor sine medlemmer bør helsepersonells profesjonsforeninger legge vekt på verdien av tilgang til trygg abort for kvinners liv, og de bør styrke sine etiske forpliktelser til å yte omsorg. Dette handler blant annet om å sette kvinnens beste interesser over enkeltpersoners personlige følelser rundt abort.⁷⁷
- Eksterne bistandsgivere bør utvide støtten til abortrelaterte utgifter, opplæring og tjenester som et kjerneelement i SRHR-tjenester og utvide mulighetene til å ta medikamentell abort på egen hånd.

Som en global tjenesteyter og en ledende pådriver for helsetjenester innenfor seksuell og reproduktiv helse og rettigheter har IPPF forpliktet seg til å videreføre sitt arbeid for å tilby aborttjenester som er tilgjengelige for alle og basert på kvinners rettigheter og behov. IPPF vil inngå i partnerskap med andre for å sørge for at nødvendige vilkår og strukturer er på plass, for at kvinner skal ha tilgang til trygg abort på den måten som er best for deres liv.

iii En stringent regulatorisk myndighet viser til en regulatorisk myndighet som er

a) medlem av International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH) (før 23. oktober 2015: US Food and Drug Administration, Europakommisjonen og ministeriet for helse, arbeid og velferd i Japan, også representert av Pharmaceuticals and Medical Devices Agency), eller

b) observatør i ICH før 23. oktober 2015 (Det europeiske frihandelsforbund, representert av Swiss Medic og Health Canada), eller

c) en regulatorisk myndighet som er assosiert med et ICH-medlem gjennom en lovlig bindende, gjensidig overenskomst før 23. oktober 2015 (Australia, Island, Liechtenstein og Norge).

Konklusjon

Denne rapporten er en erkjennelse av den manglende globale innsatsen for kvinners tilgang til trygg og lovlig abort, og for liten åpenhet rundt og den svake koordineringen av dette arbeidet. Behovene er tydelige. Tiden for å handle – sammen – er nå.

Til tross for at det har skjedd betydelig fremgang i arbeidet med å redusere omfanget av utrygg abort siden ICPDs handlingsprogram ble vedtatt i 1994, finnes det fortsatt undertrykkende regelverk og lovverk. Resultatet er at rundt regnet 25 millioner kvinner som ikke ønsker å fullføre svangerskapet, hvert år tvinges til å søke hjelp i hemmelighet, alene eller uten støtte fra helsevesenet – i noen tilfeller på farlig vis.

Medikamentell abort gjør det mulig å utvide tilgangen til trygg abort og rive ned kjønnsdiskriminerende hindringer ved å gjøre kvinner i stand til å bestemme om, når og hvorvidt de ønsker å gjennomføre et svangerskap. Ved å fjerne tvangsbaserte hindringer for tilgang til tjenester får kvinnene reelle valgmuligheter – uansett om de bestemmer seg for medikamentell abort på egen hånd, abort på en helseinstitusjon eller å fullføre svangerskapet. Myndigheter, andre beslutnings-

takere, religiøse ledere og helseprofesjonene må handle umiddelbart for å sørge for at kvinner får mulighet til å bestemme over egen kropp, og bevare liv og helse.

Nå som ICPD nærmer seg sitt 25-årsjubileum, må vi alle vurdere kritisk hvilket arbeid som gjenstår for å sikre at alle aborter blir trygge. IPPF inviterer makthavere og det globale SRHR-miljøet til å handle sammen med oss for å gjøre dette målet til virkelighet.

IPPF er dedikerte til å arbeide for trygg og lovlig abort som en mulighet for alle kvinner i verden. Vi vil fortsette å stå ved kvinners side gjennom hele deres reproduktive liv og sikre at de får alle muligheter og god støtte til å bestemme hva som er best for dem – uten risiko for diskriminering og stigmatisering.



Sluttnoter

- 1 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Global, regional and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet* 2017. 390 pp.2372–81
- 2 ibid
- 3 ibid
- 4 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute: New York.
- 5 ibid
- 6 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 7 ibid
- 8 Dzuba, IG, Winikoff, B, Peña, M (2013) Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*. 18 (6), pp.441–450.
- 9 World Health Organization (1946) *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO
- 10 World Health Organization (2015) *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Geneva: WHO
- 11 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 12 World Health Organization (2012) *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva: WHO.
- 13 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 14 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit
- 15 ibid
- 16 Ibid.
- 17 World Health Organization (2012). Op. cit.
- 18 World Health Organization (2015) *Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception*. Geneva: WHO
- 19 Ibid.
- 20 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit
- 21 Chong, E, Frye, L, Castle, J, Dean, G, Kuehl, L, Winikoff, B (2015) What happens when medical abortion services give women the option of taking mifepristone at home? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131:E300; Chong, E, Frye, L, Castle, J, Dean, G, Kuehl, L, Winikoff, B (2015) A prospective, non-randomized study of home use of mifepristone for medical abortion in the U.S. *Contraception* 92 (3), pp.215–219; Iyengar, K, Klingberg Allvin, M, Iyengar, SD, Gemzell-Danielsson, K, Essén, B (2016) "Who Wants to Go Repeatedly to the Hospital?" Perceptions and Experiences of Simplified Medical Abortion in Rajasthan, India. *Global Qualitative Nursing Research*. 3: 2333393616683073; Wainwright, M, Colvin, C, Swartz A, Leon, N (2016) Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health Matters*. 24 (47), pp.155–167.
- 22 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 23 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 24 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 25 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 26 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 27 Woog, V and Kågesten, A (2017) *The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?* New York: Guttmacher Institute.
- 28 Darroch, JE, Woog, V, Bankole, A, Ashford, LS (2016) *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents*. New York: Guttmacher Institute.
- 29 Ibid.
- 30 Starrs, AM, Ezeh, AC, Barker, G, Basu, A, Bertrand JT, Blum, R, Coll-Seck, AM, et al (2018) Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*. 391 (10140), pp.2642–2692.
- 31 Sedgh, G, Singh, S, Shah, IH, Ahman, E, Henshaw, SK, Bankole, A (2012) Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 379 (9816), pp.625–632.
- 32 Médecins du Monde (nd) *Unwanted pregnancies and abortions in Burkina Faso, Palestine, Peru and the Democratic Republic of Congo. Comparative analysis of sociocultural and community determinants*. Available at: <<https://uploads.doctorsoftheworld.org/2017/06/27205635/Me%CC%81decins-du-Monde-Cross-Analysis-Sociocultural-and-community-determinants-of-unwanted-pregnancies-and-abortions-2016.pdf>> Accessed 3 September 2018.
- 33 Woog, V and Kågesten, A (2017). Op. cit.
- 34 Motta, A, Keogh, S, Prada, E, Nunez-Curto, A, Konda, K, Stillman, M, Cáceres, CF (2017) *From Paper to Practice: Sexuality Education Policies and Their Implementation in Peru*. New York: Guttmacher Institute.
- 35 Guttmacher Institute (2017) *Factsheet: Sexuality Education in Kenya: New Evidence from Three Counties*. New York: Guttmacher Institute.
- 36 Darroch, JE, Woog, V, Bankole, A, Ashford, LS (2016). Op. cit.
- 37 United Nations Population Fund (2015) *State of the world population 2015: Shelter from the Storm, A transformative agenda for women and girls in a crisis-prone world*. New York: UNFPA.
- 38 McGinn, T and Casey, SF (2016) Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Conflict and Health*. 10 (8).
- 39 Foster, AM, Evans, DP, Garcia, M, Knaster, S, Krause, S, McGinn, T, et al (2017) The 2018 Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: revising the global standards. *Reproductive Health Matters*. 25 (51), pp.18–24.
- 40 Singh S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009. Available at : <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/AWWfullreport.pdf>> Accessed 3 September 2018.

- 41 World Health Organization and The World Bank (2011) *World Report on Disability*. Geneva: WHO/World Bank.
- 42 Starrs, AM, Ezeh, AC, Barker, G, Basu, A, Bertrand JT, Blum, R, Coll-Seck, AM, et al (2018). Op. cit.
- 43 Ibid
- 44 Ibid
- 45 United Nations Population Fund (1994) *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, Sept 5–13, 1994*. New York: UNFPA.
- 46 Hord, CE (1999) ICPD Paragraph 8.25: A Global Review of Progress. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 47 Otsea, K (2004) *Lives worth saving: Abortion care in sub-Saharan Africa since ICPD: A progress report*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 48 Hessini, L (2004) *Advancing reproductive health as a human right: Progress toward safe abortion care in selected Asian countries since ICPD*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 49 Ipas (2003) *Achieving ICPD commitments for abortion care in Eastern and Central Europe. The unfinished agenda*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 50 Billings, DL and Benson, J (2005) Post-abortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*. 20 (3).
- 51 Rayas, L y Catotti, D (2004) *Cumplimiento de los compromisos adquiridos a partir de la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina: La agenda inconclusa*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 52 Crane, B and Hord, CE (2006) *Access to Safe Abortion: An Essential Strategy for Achieving the Millennium Development Goals to Improve Maternal Health, Promote Gender Equality, and Reduce Poverty. Background paper to the Millennium Development Project's report, Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*.
- 53 Center for Reproductive Rights (2018) The World's Abortion Laws 2018. Interactive map. Available at: <<http://www.worldabortionlaws.com>> Accessed 3 September 2018.
- 54 Finer, L and Fine, J, B (2013) Abortion Law Around the World: Progress and Pushback. *American Journal of Public Health*. 103 (4), 585–589
- 55 *African Union Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Available at: <http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf>; United Nations (2013) *African Union Maputo Plan of Action*. Available at: <https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-_revised_clean.pdf>; *Montevideo Consensus on Population and Development*. Available at: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21860/15/S20131039_en.pdf> Accessed 3 September 2018.
- 56 Ipas (2014) International Human Rights Bodies on Human Rights and Abortion (parts 1–4). Available at: <www.ipas.org>.
- 57 Guttmacher Institute (2017) Factsheet: *Adding it Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health*. Available at: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>>.
- 58 Bearak, J, Popinchalk, A, Alkema, L, Sedgh, G (2018) Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 6 (4), e380–e389.
- 59 World Health Organization (2012). Op. cit.
- 60 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 61 World Health Organization (2012). Op. cit.
- 62 Ipas (2010) *The evidence speaks for itself: Ten facts about abortion*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 63 UNESCO, (2015) *Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: A Global Review*. Paris: UNESCO
- 64 Gerdtts, C, DePiñeres, T, Hajri, S, Harries, J, Hossain, A, Puri, M et al (2015) Denial of abortion in legal settings. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 41 (3), pp.161–3.
- 65 Truong, M and Wood, SY (2018) *Unconscionable. When Providers Deny Abortion Care*. New York: International Women's Health Coalition.
- 66 World Health Organization (2015). Op. cit.
- 67 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 68 Wainwright, M, Colvin, C, Swartz A, Leon, N (2016). Op. cit.
- 69 Puri, M, Tamang, A, Shrestha, P, Joshi, D (2015) The role of auxiliary nurse-midwives and community health volunteers in expanding access to medical abortion in rural Nepal. *Reproductive Health Matters*. 22 (44 Suppl 1), pp.94–103.
- 70 Puri, MC, Harper, CC, Maharjan, D, Blum, M, Rocca, CH (2018) Pharmacy access to medical abortion from trained providers and post-abortion contraception in Nepal. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Jul 10. doi: 10.1002/ijgo.12595. [Epub ahead of print]
- 71 Andersen, K, Fjerstad, M, Basnett, I, Neupane, S, Acre, V, Sharma, S, Jackson, E (2018) Determination of medical abortion success by women and community health volunteers in Nepal using a symptom checklist. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (161).
- 72 Iyengar, K, Paul, M, Iyengar, SD, Klingberg-Allvin, M, Essén, B, Bring, J et al (2015) Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomized, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Glob Health*. 3 (9), e537–45.
- 73 Oppegaard, KS, Qvigstad, E, Fiala, C, Heikinheimo, O, Benson, L, Gemzell-Danielsson, K (2015) Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion a multicenter, non-inferiority, randomized, controlled trial. *Lancet*. 385, pp.698–704.
- 74 Nivedita, K and Shanthini, F (2015) Is It Safe to Provide Abortion Pills over the Counter? A Study on Outcome Following Self-Medication with Abortion Pills. *J Clin Diagn Res*. 9 (1); Pawde, AA, Ambadkar, A, Chauhan, AR (2016) A Study of Incomplete Abortion Following Medical Method of Abortion (MMA). *J Obstet Gynaecol India* 66 (4), pp.239–243; Banu, N and Karim, MM (2017) *In the field of OB-GYN misoprostol is an essential drug: to be or not to be an OTC drug*. 25th Asian & Oceanic Congress of Obstetrics & Gynaecology, 15–18 June 2017, Hong Kong Convention and Exhibition Centre.
- 75 Ngo, TD, Park MH, Shakur, H, Free, C (2011) Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 89 (5), pp.360–370.
- 76 Kapp, et al. (2018) Developing a forward-looking agenda and methodologies for research of self-use of medical abortion. *Contraception*: 97 (2), pp. 184–188.
- 77 Briozzo, L and Faúndes, A (2008) The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 100 (3), pp.291–4.

Takk til bidragsyterne

Denne rapporten er utgitt av International Planned Parenthood Federation. Idé og ledelse var ved Ana María Bejar, leder for politisk avdeling, og Manuelle Hurwitz, leder for programavdelingen. Rapporten ble utviklet i samarbeid mellom Charlotte Hord Smith (uavhengig konsulent) og Katie Lau, som er rådgiver for politisk påvirkning. I den tidlige fasen var Preethi Sundaram veileder for rapporten.

IPPF ønsker å takke Rebecca Wilkins, Mina Barling, Heather Barclay, Laura Hurley, Maité Matos Ichaso, Yuhsin Huang, Hanna Lindley-Jones, Sarah Onyango, Laura Feeney og Tia Jeewa for verdifulle bidrag til rapporten.

En særlig takk går til kolleger fra eksterne organisasjoner som har bidratt med sin tid, delt av sin ekspertise og vurdert rapporten: Karthik Srinivasan (uavhengig konsulent), Bela Ganatra (WHO), Kristina Gemzell-Danielsson (Karolinska Institutet og medlem av IPPF International Medical Advisory Panel) og Chris Purdy (DKT International).

En spesiell takk går til Women on Web, som har bidratt med ressurser og sitt team av forskningskonsulenter som ga råd i prosjektets tidlige fase.

Redigering: Mags Allison and Imogen Mathers
Designer: Chris Wells [www.chris-wells.com]
Oversettelse: IWORDS Global (fransk og spansk),
Språksmia AS / Akasie Språktjenester AS (norsk)
Digitalprint: Gamlebyen Grafiske AS

Denne rapporten er en norsk oversettelse av rapporten *Her in charge: Medical abortion and women's lives – A Call for action.*

Publisert september 2018

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

tlf. +44 (0)20 7939 8200
faks +44 (0)20 7939 8300
www.ippf.org
info@ippf.org
UK Registered Charity No. 229476

Sex og Politikk
Christian Krohgs gate 34
0186 Oslo, Norge

tlf. +47 22 11 55 13
www.sexogpolitikk.no
post@sexogpolitikk.no
Org.nr. 990630828



