

Mastergradsoppgave

JUS399/JUS398

**TILGANG TIL TRYGGE ABORTTJENESTER I AFRIKANSKE LAND: EN RETTSLIG ANALYSE AV  
MAPUTOPROTOKOLLENS ARTIKKEL 14(2)C**

I hvilken grad kan Maputoprotokollens artikkel 14(2)c bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester?

*Kandidatnr:186607*

*Veileder: Henriette Sindig Aasen*

*Antall ord: 14 832*

*01.06.2012*

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b><u>FORKORTELSER</u></b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b><u>INNLEDNING</u></b> .....	<b>2</b>
2.1	TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	2
2.2	BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	2
2.3	FORMÅL OG AVGRENSNING .....	3
2.4	RETTSKILDER OG METODE.....	3
2.5	VEIEN VIDERE .....	5
<b>3</b>	<b><u>SOSIAL OG MENNESKERETTLIG KONTEKST</u></b> .....	<b>6</b>
3.1	INNLEDNING.....	6
3.2	HVORFOR SIKRE TILGANG TIL TRYGGE ABORTTJENESTER? .....	6
3.3	HVORDAN HAR TILGANG TIL TRYGGE ABORTTJENESTER VÆRT ET TEMA INTERNASJONALT? .....	8
3.4	DET AFRIKANSKE MENNESKERETTIGHETSSYSTEMET.....	10
3.4.1	DEN AFRIKANSKE UNION (AU).....	10
3.4.2	DET AFRIKANSKE MENNESKERETTIGHETSCHARTERET (BANJULCHARTERET).....	11
3.4.3	DEN AFRIKANSKE MENNESKERETTIGHETSKOMMISJONEN OG DEN AFRIKANSKE MENNESKERETTIGHETSDOMSTOLEN.....	11
3.5	UTVIKLINGEN AV MAPUTOPROTOKOLLEN .....	12
<b>4</b>	<b><u>STATENES FORPLIKTELSER</u></b> .....	<b>14</b>
4.1	INNLEDNING.....	14
4.2	FORHOLDET TIL ARTIKKEL 14 FØRSTE LEDD .....	14
4.3	BAKENFORLIGGENDE HENSYN OG FORHOLDET TIL ARTIKKEL 2 .....	15
4.4	STATENES FORPLIKTELSER ETTER ARTIKKEL 14(2)C .....	16
4.4.1	INNLEDNING.....	16
4.4.2	HVILKEN STANDARD OPPSTILLER ARTIKKEL 14(2)C?.....	16
4.4.2.1	Autorisasjon.....	16

4.4.2.2	Medisinsk abort .....	18
4.4.2.3	Typetilfeller.....	19
4.4.3	HVORDAN ER STATENE FORPLIKTET TIL Å IMPLEMENTERE ARTIKKEL 14(2)C NASJONALT?.....	25
4.4.3.1	Innledning.....	25
4.4.3.2	Hvilke midler er statene forpliktet til å anvende? .....	25
4.4.3.3	I hvilken utstrekning er statene forpliktet til å anvende disse midlene?.....	27

## **5 HVORDAN OG HVORFOR HAR ARTIKKEL 14(2)C POTENSIAL TIL Å BIDRA TIL Å SIKRE AFRIKANSKE KVINNER TILGANG TIL TRYGGE ABORTTJENESTER? .....**

<b>5.1</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>28</b>
<b>5.2</b>	<b>RETTLIG LIBERALISERING .....</b>	<b>29</b>
5.2.1	RESTRIKTIV LOVGIVNING.....	29
5.2.2	FORHOLDET MELLOM RETTLIG LIBERALISERING OG FOREKOMSTEN AV ABORT.....	30
5.2.3	ERFARINGER FRA ROMANIA OG SØR AFRIKA .....	30
<b>5.3</b>	<b>REALISERING AV TJENESTETILGANG.....</b>	<b>31</b>
5.3.1	FORMELL TILGANG HAR LITEN VERDI UTEN OGSÅ REELL TILGANG .....	31
5.3.2	ARTIKKEL 14(2)C KREVER REALISERING AV TJENESTETILGANG .....	32
<b>5.4</b>	<b>ANSVARLIGGJØRING SOM ET INSENTIV TIL ETTERLEVELSE .....</b>	<b>33</b>
5.4.1	OMDØMME OG OFFENTLIGHET.....	33
5.4.2	AUS KONTROLLMEKANISMER .....	34
5.4.3	ARTIKKEL 14(2)C BRINGER SPØRSMÅLET OM TILGANG TIL TRYGGE ABORTTJENESTER INN I SYSTEMET AV KONTROLLMEKANISMER.....	35

## **6 HVILKE FORHOLD KOMPLISERER OG REDUSERER ARTIKKEL 14(2)C SITT POTENSIAL FOR Å BIDRA TIL Å SIKRE TILGANG TIL TRYGGE ABORTTJENESTER? .....**

<b>6.1</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>36</b>
<b>6.2</b>	<b>ARTIKKEL 14(2)C IMØTEKOMMER BARE DELVIS KVINNERS FAKTISKE BEHOV .....</b>	<b>36</b>
6.2.1	KVINNERS BEGRUNNELSE FOR ABORT .....	36
6.2.2	PROBLEMET MED ARTIKKEL 14(2)C .....	37
<b>6.3</b>	<b>MANGLENDE OG MANGELFULL IMPLEMENTERING .....</b>	<b>38</b>
6.3.1	INNLEDNING.....	38
6.3.2	KONTROVERS OG MOTSTAND .....	39

6.3.3	RETTLIG PLURALISME.....	40
<b>6.4</b>	<b>SVAKE KONTROLLMEKANISMER .....</b>	<b>42</b>
6.4.1	SVAKHETENE .....	42
6.4.2	SVAKHETENES BETYDNING .....	44
<b>7</b>	<b><u>AVSLUTNING.....</u></b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b><u>LITTERATURLISTE .....</u></b>	<b>47</b>
<b>8.1</b>	<b>JURIDISKE INSTRUMENTER ("HARD LAW").....</b>	<b>47</b>
<b>8.2</b>	<b>ERKLÆRINGER OG TOLKNINGSUTTALELSER ("SOFT LAW") .....</b>	<b>49</b>
<b>8.3</b>	<b>PRAKSIS .....</b>	<b>50</b>
8.3.1	FRA FN-ORGANER .....	50
8.3.2	DEN AFRIKANSKE MENNESKERETTIGHETSKOMMISSJONEN.....	50
8.3.3	DEN AFRIKANSKE MENNESKERETTIGHETSDOMSTOLEN .....	50
<b>8.4</b>	<b>RETTLIG TEORI.....</b>	<b>50</b>
<b>8.5</b>	<b>RAPPORTER OG FORSKNINGSMATERIALE .....</b>	<b>52</b>
<b>8.6</b>	<b>INTERNETTSIDER .....</b>	<b>54</b>
<b>8.7</b>	<b>PRESSEUTTALELSER .....</b>	<b>54</b>
<b>9</b>	<b><u>TILLEGGLITTERATURLISTE.....</u></b>	<b>A</b>
<b>10</b>	<b><u>APPENDIX A: MAPUTOPROTOKOLLENS ARTIKKEL 14.....</u></b>	<b>E</b>

## 1 Forkortelser

AU	Den Afrikanske Union
ACJHR	African Court of Justice and Human Rights
EWLA	Ethiopian Women Lawyers Association
ICJ	International Commission of Jurists
IHRDA	Institute for Human Rights and Development in Africa
SADC	Southern African Development Community
SADC-protokollen	Southern African Development Community Protocol on Gender and Development
SOAWR	Solidarity for African Women's Rights
SP-konvensjonen	FNs Konvensjon for Sivile og Politiske Rettigheter
UN/FN	United Nations/Forente Nasjoner
WHO	Verdens Helseorganisasjon
WILDAF	Women in Law and Development in Africa
ØSK-konvensjonen	FNs Konvensjon for Økonomiske, Sosiale og Kulturelle Rettigheter
ØSK-komiteen	FNs Komite for Økonomiske, Sosiale og Kulturelle Rettigheter

## 2 Innledning

### 2.1 Tema og problemstilling

I den afrikanske Maputoprotokollens<sup>1</sup> artikkel 14(2)c heter det at stater "shall take all appropriate measures to...protect the reproductive rights of women by authorizing medical abortion in cases of sexual assault, rape, incest, and where the continued pregnancy endangers the mental and physical health of the mother or the life of the mother or the foetus."

Den overordnede problemstillingen i denne oppgaven er i hvilken grad Maputoprotokollens artikkel 14(2)c kan bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester. Oppgavens kjerne er å identifisere og analysere sentrale aspekter ved artikkel 14(2)c som medfører at bestemmelsen innehar et potensial for å bidra til å sikre tilgangen til trygge aborttjenester, samt å identifisere og analysere noen særlige utfordringer som kompliserer realiseringen av dette.

### 2.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Opgavens tema og problemstilling er av stor aktualitet både regionalt i Afrika og i relasjon til det internasjonale menneskerettighetsmiljøet.

Maputoprotokollens artikkel 14(2)c er for det første i dag den eneste internasjonale, rettslig forpliktende menneskerettighetsbestemmelsen som eksplisitt adresserer abortrettigheter. Artikkel 14(2)c skiller seg derfor i betydelig grad fra andre internasjonale menneskerettighetsbestemmelser som bare indirekte berører tema, noe som i særlig grad aktualiserer en nærmere analyse av bestemmelsen.

Usikre aborter utgjør for den andre i dag et betydelig helseproblem i store deler av verden, særlig i Afrika, og tilgang til trygge aborttjenester er et viktig virkemiddel for å redusere forekomsten og konsekvensene av denne typen inngrep. En analyse av artikkel 14(2)c sitt potensial for å bidra til å sikre tilgangen til trygge aborttjenester er etter dette av stor betydning for å vurdere bestemmelsens rolle og effektivitet i relasjon til å bedre afrikanske kvinners helse.

---

<sup>1</sup> *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women of Africa*, [heretter Maputoprotokollen], vedtatt av den Afrikanske Unions Generalforsamling i Maputo, Mosambik, 11.07.2003, trådte i kraft 25.11.2005.

### 2.3 Formål og avgrensning

Formålet med denne oppgaven er først og fremst å undersøke og belyse hvordan og i hvilken grad artikkel 14(2)c kan bidra til å sikre at afrikanske kvinner får tilgang til trygge aborttjenester, og dermed til å forhindre forekomsten og konsekvensene av usikre aborter. I et noe videre perspektiv kan oppgavens formål også sies å være å belyse hvordan opphøying av abortrettigheter på et menneskerettslig nivå kan bidra til å bedre kvinners stilling og helse.

Oppgaven tar ikke for seg spørsmålet om eventuelle negative konsekvenser av økt tilgang til trygge aborttjenester (for eksempel risiko for økning i kjønns-sektive aborter, spørsmål om sorteringssamfunnet, og lignende). Etske problemstillinger i forhold til om abort prinsipielt kan forsvares vil heller ikke behandles.

Oppgaven er også begrenset til å drøfte visse *sentrale* aspekter ved artikkel 14(2)c, og må derfor ikke oppfattes som en uttømmende analyse av bestemmelsen. Oppgaven er videre generell i sin fremstilling på en slik måte at spesifikke analyser av artikkel 14(2)c sitt potensial i ulike kontekster ikke vil behandles annet enn som eksempler i relasjon til de tema som drøftes.

### 2.4 Rettskilder og metode

Oppgavens primære rettskilde er Maputoprotokollens artikkel 14(2)c. Ved tolkningen av denne er, i tråd med Wienkonvensjonen om traktatretts prinsipper<sup>2</sup>, bestemmelsens ordlyd, formål og språklige og rettslige kontekst særlig relevante rettskilder.<sup>3</sup> Maputoprotokollens artikkel 2 og 26, samt artikkel 14 er spesielt relevante for den rettslige konteksten.

Av Banjulcharterets<sup>4</sup> artikkel 60 fremgår det at tolkningen av charteret (og dets tilleggsprotokoller, herunder Maputoprotokollen) skal inspireres av internasjonale, og særlig afrikanske, menneskerettslige og folkerettslige instrumenter. På dette grunnlaget blir både Banjulcharteret og The Southern African Development

---

<sup>2</sup> *Vienna Convention on the Law of Treaties* [heretter Wienkonvensjonen], vedtatt av i FNs Generalforsamling i Wien, Østerrike 23.05.1969, trådte i kraft 27.01.1980.

<sup>3</sup> For utfyllende tolkningsprinsipper se Wienkonvensjonens (se note 2) artikkel 31 og 32, samt *Statute of the International Court of Justice*, vedtatt 18.04.1946, artikkel 38(1).

<sup>4</sup> *African Charter on Human and Peoples' Rights* [heretter Banjulcharteret], vedtatt av Organisasjonen for Afrikansk Enhet (OAU) 27.06.1981, trådte i kraft 21.10.1986.

Community Protocol on Gender and Development (SADC Protokollen)<sup>5</sup> relevante rettskilder ved tolkningen av artikkel 14(2)c.

Banjulcharterets artikkel 60 fremhever at også andre internasjonale instrumenter er relevante kilder, herunder generelle og spesielle FN-instrumenter. Ved tolkningen av artikkel 14(2)c vil følgelig både FNs Kvinnediskrimineringskonvensjon<sup>6</sup> (særlig artikkel 12 om helse), samt FNs Konvensjon om Økonomiske, Sosiale og Kulturelle Rettigheter<sup>7</sup> (særlig artikkel 12 om helse) anvendes i tolkningen av artikkel 14(2)c.

Fordi det er FNs Kvinnekomite og ØSK-komiteen som har det øverste mandat til å tolke og fastlegge forståelsen av henholdsvis Kvinnekonvensjonen og ØSK-konvensjonen, blir også Kvinnekomiteens tolkningsuttalelse om kvinner og helse<sup>8</sup>, samt ØSK-komiteens tolkningsuttalelse om retten til helse<sup>9</sup> relevante kilder. Selv om slike tolkningsuttalelser ikke formelt er rettslig bindende, anses de generelt å utgjøre såkalt "soft law" som har stor autorativ tolkningsmessig vekt. Også utvalgte klagesaker fra FNs Menneskerettighetskomite vil anvendes for å understreke enkelte poeng.

Etter Banjulcharters artikkel 61 er også "...general principles of law recognized by African states..." relevante kilder ved tolkningen av charteret og dets tilleggsprotokoller. De såkalte Limburgprinsippene<sup>10</sup>, som i dag må anses å være en del av den ulovfestede folkeretten, er dermed relevant for tolkningen av artikkel 14(2)c.

Når det gjelder praksis fra Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjon og Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstol, er denne relevant, men dessverre svært

---

<sup>5</sup> *Southern African Development Community Protocol on Gender and Development* [heretter SADC-protokollen], vedtatt av SADCs Generalforsamling i Johannesburg, Sør Afrika 17.08.2008, trådte i kraft august 2008.

<sup>6</sup> *International Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women* [heretter CEDAW], vedtatt av FNs Generalforsamling 18.12.1979, trådte i kraft 03.09.1981.

<sup>7</sup> *International Convention on Economic, Social and Cultural Rights* [heretter ICESCR], vedtatt av FNs Generalforsamling 16.12.1966, trådte i kraft 03.01.1976.

<sup>8</sup> *Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12)* [heretter CEDAW General Recommendation No.24], vedtatt 1999, UN Doc. A/54/38/Rev.1, chapter 1.

<sup>9</sup> *Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14 – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)* [heretter CESCR General Comment No.14], vedtatt 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4.

<sup>10</sup> *Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* [heretter Limburgprinsippene], UN Doc. E/CN.4/1987/17.



sparsom. Enkelte av kommisjonens uttalelser i forbindelse med klagesaksbehandling vil anvendes som tolkningsmomenter, men stort sett vil praksisen fra de to organene anvendes for å illustrere andre poeng enn de rent tolkningsmessige.

De delene av oppgaven som ikke gjelder tolkningen av artikkel 14(2)c vil stort sett bygge på relevant menneskerettslig teori (både afrikansk og internasjonal), rapporter og utredninger fra forskningsgrupper og –institusjoner (særlig fra WHO, Guttmacher Institute og Center for Reproductive Rights), samt egne slutninger fra tolkningen av artikkel 14(2)c.

## 2.5 Veien videre

Oppgaven er inndelt i 6 kapitler. Kapittel 3 har som formål å belyse den sosiale og menneskerettslige konteksten oppgavens problemstilling inngår i, og inkluderer en oversiktlig fremstilling av nødvendigheten av å sikre tilgang til trygge aborttjenester, det internasjonale fokuset på abortrettigheter, viktige organer innen det afrikanske menneskerettighetssystemet, og utviklingen av Maputoprotokollen.

Formålet med kapittel 4 er å undersøke hvilken standard artikkel 14(2)c oppstiller, samt hvilke tilhørende implementeringsforpliktelser og -krav som etableres for statene. I kapitlet foretas det en fortolkning av artikkel 14(2)c med sikte på å besvare disse spørsmålene.

I kapittel 5 behandles spørsmålet om hvilket potensial artikkel 14(2)c har for å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester. I kapitlet identifiseres og analyseres tre sentrale aspekter ved artikkel 14(2)c, nemlig hvordan bestemmelsen kan lede til rettslig liberalisering i afrikanske land, hvordan den kan medføre realisering av tjenestetilgang, og hvordan bestemmelsen bringer spørsmålet om tilgang til trygge aborttjenester opp på et menneskerettslig nivå og inn i et system av kontrollmekanismer som gir stater et særlig sterkt insentiv til å overholde sine menneskerettslige forpliktelser.

I kapittel 6 drøftes spørsmålet om det finnes forhold som kompliserer eller reduserer det potensialet artikkel 14(2)c besitter for å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester. Drøftelsen er også her tredelt og knytter seg til hvordan artikkel 14(2)c ikke i tilstrekkelig grad imøtekommer kvinners faktiske behov med hensyn til hvorfor abort er konkret ønskelig, hvordan kontrovers og rettslig

pluralisme kompliserer den nasjonale implementeringsprosessen, og hvordan det afrikanske menneskerettighetssystemets gjennomføringsmekanismer er svake.

Kapittel 7 gir en kort oppsummering av oppgaven og konkluderer med at selv om artikkel 14(2)c har et betydelig rettslig potensial for å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester, så kompliseres realiseringen av dette gjennom eksistensen av rettslige og strukturelle utfordringer. Kapitlet avslutter med å gi enkelte anbefalinger til hvordan artikkel 14(2)c sitt potensial i størst mulig grad kan utnyttes og hvordan de aktuelle utfordringene kan avhjelpes.

### **3 Sosial og menneskerettslig kontekst**

#### **3.1 Innledning**

For å etablere et fundament for den videre analysen, er det nødvendig å fremheve den sosiale og menneskerettslige konteksten artikkel 14(2)c inngår i. Fire tema behandles derfor i det følgende. Først beskrives bakgrunnen for hvorfor det er behov for å sikre tilgang til trygge aborttjenester generelt, og i Afrika spesielt. Videre berøres spørsmålet om i hvilken grad det internasjonale menneskerettighetssamfunnet har anerkjent dette behovet. I punkt 3.4 gis det en oversikt over oppbygningen av og funksjonene til sentrale organer innen det afrikanske menneskerettighetssystemet. Til slutt gis det en fremstilling av prosessen bak vedtakelsen av Maputoprotokollen.

#### **3.2 Hvorfor sikre tilgang til trygge aborttjenester?**

I følge WHO er en "usikker abort" et inngrep ment for å terminere en uønsket graviditet, utført av individer uten den nødvendige kompetanse, med farlige metoder eller i et miljø som ikke tilfredsstillende medisinske minimumsstandarder.<sup>11</sup> Usikre aborter forekommer eksempelvis der kvinnen selv forsøker å abortere ved hjelp av

---

<sup>11</sup> Maternal Health and Safe Motherhood Programme, *The Prevention and Management of Unsafe Abortion, Report of a Technical Working Group in Geneva 12-15 april 1992*, WHO/MSM/92.5, World Health Organisation 1993, kapittel 2.1.

strikkepinner, knust glass eller andre skarpe gjenstander som føres inn i livmorhalsen.<sup>12</sup>

Andelen kvinner som tar abort under utrygge forhold er betydelig, og forekomsten av slike inngrep øker. Selv om det totale antallet aborter har stabilisert seg på verdensbasis, øker forekomsten av de utrygge; mens 43 prosent av abortene i 1995 var utrygge, økte dette til 47 prosent i 2008.<sup>13</sup> Nesten halvparten av alle aborter som tas på verdensbasis klassifiseres dermed som usikre.

Flest usikre aborter forekommer i utviklingsland. I 2008 fant 98 prosent av verdens 21,6 millioner usikre aborter sted i utviklingsland.<sup>14</sup> I Afrika ble det samme år utført nesten 6,2 millioner utrygge aborter; mer enn en fjerdedel av verdenstotalen.<sup>15</sup> Av alle abortene som gjennomføres i Afrika skjer mer enn 97 prosent under utilfredsstillende medisinske og hygieniske forhold.<sup>16</sup>

Høy forekomst av usikre aborter fører til høy mødredødelighet og –sykelighet, og er dermed et betydelig helseproblem. Tall fra WHO viser at nesten 50 000 kvinner dør årlig som følge av utrygge aborter.<sup>17</sup> Hele 61,7 prosent av disse dødsfallene finner sted i Afrika<sup>18</sup> der hyppigheten av abortrelaterte dødsfall i enkelte regioner er mer enn dobbelt så høyt som i andre utviklingsland (680 dødsfall per 100 000 abort, sammenlignet med 330 dødsfall per 100 000 per abort).<sup>19</sup> Tall fra 2005 indikerer at 8,5 millioner kvinner i utviklingsland årlig overlever usikre abortinngrep, men opplever komplikasjoner (blødninger, blodforgiftning, og lignende) som nødvendiggjør medisinsk behandling.<sup>20</sup>

Usikre aborter er ikke bare et omfattende helseproblem, men har også sosiale og samfunnsøkonomiske konsekvenser.<sup>21</sup> Forskning viser at barn med bare en forelder

---

<sup>12</sup>For flere eksempler, se Susheela Singh/Deirdre Wulf/Rubina Hussain/Akinrinola Bankole/Gilda Sedgh, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, Guttmacher Institute, 2009, s. 26.

<sup>13</sup> Ibid. appendix 2.

<sup>14</sup> WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6. utg., 2011, table 5.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Guttmacher Institute, *In Brief: Facts on Induced Abortion Worldwide*, Fact Sheet, januar 2012.

<sup>17</sup> Se *Global and Regional Estimates (...)* (se note 14), s. 27 og table 6.

<sup>18</sup> Ibid. table 6.

<sup>19</sup> Charles G. Ngwenya, *Protocol to the African Charter on the Rights of Women: Implications for Access to Abortion at the Regional Level*, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol.110, 2010, s.163-166, s. 164.

<sup>20</sup> Se *Global and Regional Estimates (...)* (se note 14), s. 14.

<sup>21</sup> Se nærmere Charlotte Hord/Merrill Wolf, *Breaking the Cycle of Unsafe Abortion in Africa*, *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 8, No. 1, april 2004, s. 29-36, s. 31.

mottar langt mindre helse- og sosialomsorg enn barn med to foreldre<sup>22</sup>, samt at færre enn 10 prosent av alle spedbarn som mister sine mødre lever lenger enn sitt første leveår.<sup>23</sup> Når det er anslått at omlag 266 000 barn i Afrika alene hvert år mister sine mødre av abortrelaterte årsaker<sup>24</sup>, er det klart at de sosiale konsekvensene av usikre aborter er betydelige. I enkelte land går dessuten hele 50 prosent av sykehusbudsjettene for obstetikk<sup>25</sup> og gynekologi til behandling av komplikasjoner for utrygge aborter<sup>26</sup>, noe som medfører betydelige økonomiske byrder for samfunnet. Indirekte fører usikre aborter også til tapt inntekt og produktivitet både for samfunnet og den enkelte familie.

Å sikre tilgang til trygge aborttjenester er en nødvendig strategi for å hindre forekomsten av og konsekvensene av utrygge aborter. Utvidet tilgang til prevensjonsmidler for å hindre uønskede graviditeter, samt gode behandlingsmuligheter i etterkant av en abort i tilfelle komplikasjoner er i denne sammenheng også viktig. Ingen prevensjonsmidler er imidlertid helt sikre, og trygge aborttjenester reduserer dessuten risikoen for komplikasjoner og dermed behovet for etterbehandling. Tilgang til trygge aborttjenester er følgelig en meget sentral strategi for å redusere forekomsten og konsekvensene av usikre aborter, og for å bedre kvinners helse.

### 3.3 Hvordan har tilgang til trygge aborttjenester vært et tema internasjonalt?

Tilgang til trygge aborttjenester er et tema som i svært begrenset grad har vært et tema i det internasjonale menneskerettighetsmiljøet. Indirekte ble tema først berørt på FNs menneskerettighetskonferanse i Teheran i 1968 der foreldres rett til familieplanlegging for første gang ble menneskerettslig anerkjent.<sup>27</sup> Retten til

---

<sup>22</sup> David A Grimes/Janie Benson/Susheela Singh/Mariana Romero/Bela Ganatra/Friday E Okonofua/Iqbal H Shah, *Unsafe abortion: the preventable pandemic*, WHO Journal Paper, s. 7, tilgjengelig på [http://www.live.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_4.pdf](http://www.live.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_4.pdf)

<sup>23</sup> *Breaking the Cycle of Unsafe Abortions in Africa* (se note 21), s. 31.

<sup>24</sup> Vlassoff M./Singh S./Darroch J./Carbone E./Bernstein S., *Assessing Costs and Benefits of Sexual and Reproductive Health Interventions*, Occasional report No. 11, the Alan Guttmacher Institute New York, 2004, table 3.19.

<sup>25</sup> Læren om den fysiologi som omfatter graviditet, fødesles- og barselstid, samt sykdommer som følge av disse situasjonene. Uttrykket dekker også læren om fødselshjelp. Se Nettdoktoren sine nettsider, [http://www.nettdoktor.no/medisinsk\\_ordbok/o.php](http://www.nettdoktor.no/medisinsk_ordbok/o.php), 04.05.2012.

<sup>26</sup> Deirdre Wulf, *Sharing Responsibilities: Women, Society and Abortion Worldwide*, Guttmacher Institute, 1999, s. 39.

<sup>27</sup> *Final Act of the International Conference on Human Rights, Teheran, 22.04-13.05.1968*, U.N. Doc. A/CONF. 32/41, s. 14-15.

familieplanlegging - til å avgjøre om, når og hvor mange barn som er ønsket – ble noen år senere utvidet fra bare å gjelde foreldre, til å gjelde ”...[all] persons...”<sup>28</sup>. I 1979 ble retten til familieplanlegging tatt med som en del av kvinners særlige helsemessige rettigheter da FNs Kvinnediskrimineringskonvensjon<sup>29</sup> ble vedtatt.<sup>30</sup>

På FNs Befolknings- og Utviklingskonferanse i Kairo i 1994 ble usikre aborter fremhevet som et særlig tema. På konferansen ble det oppnådd enighet om at abort skulle være trygt hvor det var lovlig, og at kvinner som opplever komplikasjoner har en rett til behandling for dette.<sup>31</sup> I tillegg ble retten til reproduktiv helse formulert som ”...a state of complete physical, mental and social well-being in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes...”<sup>32</sup> Året etter, på FNs Kvinnekonferanse i Beijing, ble målene fra Kairokonferansen presisert og utvidet, og usikre aborter ble identifisert som ”...a major public health concern...”<sup>33</sup>

Rundt tusenårsskiftet ble problematikken rundt usikre aborter og behovet for tilgang til trygge aborttjenester knyttet til ukontroversielle tema som ikke-diskriminering og utvikling. I 1999 understreket FNs Kvinnekomite at å nekte kvinner tilgang til helsetjenester, herunder reproduktive helsetjenester, som bare kvinner behøver, innebærer diskriminering.<sup>34</sup> På FNs Millenniumstoppmøte i New York året etter ble forbedring av den globale mødrehelsen gjennom blant annet reduksjon av mødredødeligheten formulert som ett av åtte tusenårs mål i arbeidet for å sikre utvikling og fred.<sup>35</sup>

I de senere år har også ideelle organisasjoner i økende grad anerkjent behovet for å sikre kvinner tilgang til trygge aborttjenester. Særlig Amnesty International mottok mye oppmerksomhet da organisasjonen i 2007 endret sin lenge nøytrale

---

<sup>28</sup> *World Population Plan of Action*, vedtatt på FNs Befolkningskonferanse i Bucharest, Romania, 19.08-30.08.1974. para 29a), tilgjengelig på <http://www.un.org/popin/icpd/conference/bkg/wppa.html>, (min kursivering).

<sup>29</sup> CEDAW (se note 6).

<sup>30</sup> Ibid. artikkel 12.

<sup>31</sup> *Report of the International Conference on Population and Development in Cairo 05.09-13.09.1994*, UN Doc. A/CONF.171/13/rev.1, para 8.25.

<sup>32</sup> Ibid. para 7.2.

<sup>33</sup> *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 04.09-15.09.1995*, UN Doc. A/CONF.177/20/Rev.1, para 106(j).

<sup>34</sup> CEDAW *General Recommendation No.24* (se note 8), para 11.

<sup>35</sup> *United Nations Millennium Declaration*, vedtatt 2000, UN Doc. A/RES/55/2, para 19.

holdning til abortspørsmålet, og vedtok en policy hvor det ble uttrykt støtte til aborttilgang i tilfeller av voldtekt og incest, og hvor mors liv eller helse kan stå i fare.<sup>36</sup>

Direkte er det i dag ingen av FNs syv kjernekonvensjoner<sup>37</sup> og "Bill of Rights"-instrumenter<sup>38</sup> som adresserer abortspørsmålet. Menneskerettighetskomiteen, ØSK-komiteen, Kvinnekomiteen og Barnekomiteen har likevel ved flere anledninger tolket abortrettigheter inn i andre, eksisterende rettigheter slik som retten til liv, retten til helse, og retten til frihet fra tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling.<sup>39</sup>

### 3.4 Det afrikanske menneskerettighetssystemet

#### 3.4.1 Den Afrikanske Union (AU)

Den Afrikanske Union er en mellomstatlig organisasjon som i dag består av 54 afrikanske stater.<sup>40</sup> Organisasjonen ble etablert i 2001<sup>41</sup>, og er etterfølgeren til Organisasjonen for Afrikansk Enhet (OAU), en organisasjon hvis primære formål var å eliminere kolonistyre.<sup>42</sup> Formålet med AU er å bidra til å sikre afrikansk demokrati, menneskerettigheter og en bærekraftig økonomi.<sup>43</sup>

---

<sup>36</sup>Amnesty International, *Amnesty International Defends Access to Abortion for Women at Risk*, Amnesty International press release, 14.06.2007, tilgjengelig på <http://www.amnesty.org/en/library/asset/pol30/012/2007/en/c917eede-d386-11dd-a329-2f46302a8cc6/pol300122007en.pdf>.

<sup>37</sup> Les: Konvensjonen om Avskaffelse av Alle Former for Diskriminering av Kvinner (kvinnediskrimineringskonvensjonen) av 18.12.1979 (se note 6), Konvensjonen om Barns Rettigheter (barnekonvensjonen) av 20.11.1989, Konvensjonen om Avskaffelse av Alle Former for Rasediskriminering (rasediskrimineringskonvensjonen) av 21.12.1965, og Konvensjon mot Tortur og Annen Grusom, Umenneskelig eller Nedverdiggende Behandling eller Straff (torturkonvensjonen) av 26.06.1987, og Konvensjonen for Beskyttelse av Migrasjonsarbeidere og Medlemmer av Deres Familier (migrasjonsarbeiderkonvensjonen) av 18.12.1990.

<sup>38</sup> Les: FNs Menneskerettighetserklæring av 10.12.1948, FNs Konvensjon for Sivile og Politiske Rettigheter (SP-konvensjonen) av 16.12.1966 og FNs Konvensjon for Økonomiske, Sosiale og Kulturelle Rettigheter (ØSK-konvensjonen) av 16.12.1966.

<sup>39</sup> Se særlig Menneskerettighetskomiteens Kl. V. Peru hvor abortrettigheter eksplisitt ble behandlet. Se *Kl v. Peru (1153/2003)*, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003.

<sup>40</sup> For en oversikt over alle medlemsstater, se Den Afrikanske Unions nettsider, [http://www.au.int/en/member\\_states/countryprofiles](http://www.au.int/en/member_states/countryprofiles), 19.03.2012.

<sup>41</sup> *The Constitutive Act of the African Union*, vedtatt av AUs Generalforsamling i Lomé, Togo 11.07.2000, trådte i kraft 26.05.01.

<sup>42</sup> *OAU Charter*, vedtatt i Addis Ababa, Etiopia, 25.05.1963. Se særlig fortalen og artikkel 2.

<sup>43</sup> *The Constitutive Act of the African Union* (se note 41), artikkel 3.

### 3.4.2 Det Afrikanske Menneskerettighetscharteret (Banjulcharteret)

Banjulcharteret er et menneskerettighetsdokument vedtatt av OAU for å fremme og beskytte menneskerettigheter i Afrika.<sup>44</sup> Vedtakelsen av charteret bygget på anerkjennelsen av behovet for et afrosentrisk og regionalt menneskerettighetsdokument.<sup>45</sup> Banjulcharteret trådte i kraft 21. oktober 1986, og inkluderer sivile og politiske rettigheter, kulturelle, økonomiske og sosiale rettigheter samt såkalte grupperettigheter. Charteret er unikt i at det også vektlegger individets plikter overfor stat, samfunn og familie.<sup>46</sup>

### 3.4.3 Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen og den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen

Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen (The African Commission on Human and Peoples' Rights) er et kvasi-juridisk organ etablert gjennom Banjulcharterets artikkel 30. Kommisjonen, som er ansvarlig for å overvåke medlemsstaters overholdelse av charteret, ble virksom i 1987. Etter Banjulcharterets artikkel 45 har kommisjonen tre sentrale ansvarsområder; å fremme (første ledd), beskytte (andre ledd) og tolke (tredje ledd) Banjulcharteret og dets tilleggsprotokoller. Kommisjonen rapporterer til AUs Generalforsamling.<sup>47</sup>

Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen (African Court of Human and Peoples' Rights) ble etablert gjennom en tilleggsprotokoll til Banjulcharteret fra 1998.<sup>48</sup> Domstolen har som mandat å supplere kommisjonens arbeid gjennom å avgjøre tvister relatert til Banjulcharteret.<sup>49</sup> I juli 2004 ble det bestemt at den aldri-etablerte Afrikanske Rettferdsdomstolen<sup>50</sup> og den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen skulle slås sammen til en Afrikansk Domstol for Rettferd og Menneskerettigheter

---

<sup>44</sup> Se Banjulcharterets (se note 4) fortale.

<sup>45</sup> Ibid.

<sup>46</sup> Ibid. artikkel 27-29.

<sup>47</sup> Ibid. artikkel 52.

<sup>48</sup> *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights* [heretter *Protocol on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights*], vedtatt av OAUs Generalforsamling i Ouagadougou, Burkina Faso, 08.06-10.06.1998, trådte i kraft 25.01.2004.

<sup>49</sup> Ibid. artikkel 2-3.

<sup>50</sup> The African Court of Justice ble i 2003 vedtatt etablert i samsvar med artikkel 18 i *The Constitutive Act of the African Union* (se note 41), se *Protocol of the Court of Justice of the African Union*, vedtatt av AUs Generalforsamling i Maputo, Mosambik 11.07.2003. Før domstolen ble virksom ble den imidlertid i 2008 slått sammen med Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen (se note 51).

(ACJHR).<sup>51</sup> ACJHR er ennå ikke virksom, men vil når den er etablert langt på vei ha det samme mandatet som den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen.<sup>52</sup>

### 3.5 Utviklingen av Maputoprotokollen<sup>53</sup>

Prosesen med å utvikle Maputoprotokollen startet i mars 1995 da den ikke-statlige organisasjonen Women in Law and Development in Africa (WiLDAF) organiserte et møte med temaet "The African Charter on Human and People's Rights and the Human Rights of Women in Africa" i Lomé, Togo. På møtet ble det fremhevet at selv om majoriteten av afrikanske stater hadde ratifisert både Banjulcharteret og andre internasjonale, rettslig forpliktende menneskerettighetsinstrumenter, var afrikanske kvinner fremdeles offer for omfattende diskriminering og overgrep.<sup>54</sup> Det var derfor enighet om at det var et klart behov for å utarbeide en kvinnespesifikk tilleggsprotokoll til Banjulcharteret i samsvar med charterets artikkel 66, samt for å utnevne en Spesialrapportør for Kvinners Rettigheter i Afrika. OAU's Generalforsamling gav i juni samme år den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen mandat til å utarbeide en egen kvinneprotokoll.

Protokollens førsteutkast ble forberedt på et ekspertmøte organisert av Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen og Den Internasjonale Juristkommisjon (ICJ) i Nouakchott, Mauretania i april 1997.<sup>55</sup> Eksperteser bestående av medlemmer av kommisjonen, representanter fra afrikanske ikke-statlige organisasjoner og internasjonale observatører forberedte utkastet som i oktober samme år ble oversendt kommisjonen for vurdering og kommentering. Ikke-statlige organisasjoner fikk på dette tidspunkt også mulighet til å kommentere utkastet.

---

<sup>51</sup> Se *Protocol on the Statute of the African Court of Justice and Human Rights*, vedtatt av AU's Generalforsamling i Sharm El Sheikh, Egypt, 01.07.2008.

<sup>52</sup> Ibid. Annex artikkel 28.

<sup>53</sup> Se nærmere og med videre henvisninger, Mary Wandia, *Rights of Women in Africa: Launch of a Petition to the African Union*, Pambazuka News No.162, 24. Juni 2004, republisert av Firoze Manji (edt.)/Patrick Burnett (edt.), *Editorials from Pambazuka News 2004*, Tanzania, 2004, s. 96-97.

<sup>54</sup> Se formuleringen i Maputoprotokollens forord: "despite the ratification of the African Charter on Human and Peoples' Rights and other international legal instruments by the majority of States parties, and their solemn commitment to eliminate all forms of discrimination and harmful practices, women in Africa continue to be victims of discrimination and harmful practices".

<sup>55</sup> Se nærmere *Rights of Women in Africa: Launch of a Petition to the African Union* (se note 53), s. 96.



I april 1998 godkjente den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen utnevnelsen av den første Spesialrapportøren for Kvinners Rettigheter i Afrika, og utstyrte denne med et mandat som inkluderte å arbeide for adopsjonen av kvinneprotokollen.<sup>56</sup> I 1999 videresendte kommisjonen protokollutkastet til OAU Sekretariatet, og i 2000 ble utkastet slått sammen med et utkast til en "OAU Convention on the Elimination of All Forms of Harmful Practices Affecting the Fundamental Human Rights of Women and Girls" (OAU-utkastet).<sup>57</sup>

Grunnet manglende enighet ble OAUs vedtakelse av protokollutkastet utsatt gjentatte ganger. Heller ikke på AUs innviende møte i Durban, Sør Afrika i 2002 ble utkastet presentert for vedtakelse, og det syntes å være liten politisk vilje blant afrikanske stater til å føre prosessen fremover.<sup>58</sup>

I januar 2003 kom imidlertid afrikanske kvinnerettighetsorganisasjoner fra hele kontinentet sammen i Etiopia på et møte arrangert av Equality Now, FEMNET, og Foreningen for Kvinnelige Etiopiske Advokater (EWLA).<sup>59</sup> Resultatet av møtet var at det ble igangsatt omfattende lobbyvirksomhet mot AU og individuelle stater for å sikre vedtakelse og adopsjon av kvinneprotokollen. Påvirkningsarbeidet var effektivt, og på et møte i Maputo, Mosambik 11. juli samme år vedtok AU endelig "the Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa" (Maputoprotokollen).<sup>60</sup>

Maputoprotokollen trådte i kraft 25. november 2005, etter å ha blitt ratifisert av de nødvendige 15 stater.<sup>61</sup> I dag har 49 av 54 AU-stater signert protokollen, og 32 av disse har også ratifisert den.<sup>62</sup> Amnesty International har lovprist protokollen som "...a significant step in the efforts to promote and ensure respect for the rights of African women...".<sup>63</sup>

---

<sup>56</sup> Ibid. s. 97.

<sup>57</sup> Ibid.

<sup>58</sup> Ibid.

<sup>59</sup> Ibid.

<sup>60</sup> Se note 1.

<sup>61</sup> Jf. Maputoprotokollen (se note 1) artikkel 29(1).

<sup>62</sup> SOAWR sine nettsider, [http://www.soawr.org/en/auprotocol/article/protocol\\_watch/](http://www.soawr.org/en/auprotocol/article/protocol_watch/), 30.03.2012.

<sup>63</sup> Amnesty International, *African Union: Adoption of the Protocol on the Rights of Women – Positive Steps Toward Combating Discrimination and Violence Against Women*, Amnesty International Press Release, 21.07.2003, tilgjengelig på <http://www.amnesty.ca/stoptheviolence/news/view.php?load=arcview&article=995&c=Women%20News>

## 4 Statenes forpliktelser

### 4.1 Innledning

Maputoprotokollen artikkel 14<sup>64</sup> omhandler kvinners rett til helse, herunder deres seksuelle og reproduktive rettigheter. Retten til helse er en del av de sosiale menneskerettighetene og inngår derfor i den såkalte andre generasjons menneskerettigheter hvor sentrale stikkord er velferd og likebehandling.<sup>65</sup>

Sosiale menneskerettigheter kjennetegnes ofte ved at de krever aktiv tilretteleggelse av statene. Dette er også tilfelle med artikkel 14 som i sin helhet er formulert som en pliktbestemmelse. I bestemmelsen uttrykkes disse forpliktelsene gjennom formuleringene "States Parties shall ensure the right to health..." (første ledd) og "States Parties shall take all appropriate measures to..." (andre ledd).

Fordi artikkel 14 i sin helhet er utformet som en pliktbestemmelse, vil vurderingen av artikkel 14(2)c sitt potensial for å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester nødvendigvis måtte knytte seg til bestemmelsens forpliktende karakter. Hva som er statenes forpliktelser etter artikkel 14(2)c er derfor tema i det følgende. Først vil imidlertid bestemmelsens forhold til artikkel 14(1), samt de bakenforliggende hensyn kort behandles.

### 4.2 Forholdet til artikkel 14 første ledd

For å kunne analysere hvilke forpliktelser artikkel 14(2)c oppstiller, er det nødvendig å klarlegge bestemmelsens rolle og funksjon. Dette gjøres best ved å se den i sammenheng med artikkel 14 for øvrig, og da særlig artikkel 14(1).

I artikkel 14(1) heter det at statene "...shall ensure that the right to health of women, including sexual and reproductive health is respected and promoted...". Statene har altså en plikt til å sikre ("ensure") kvinners rett til helse, herunder deres seksuelle og reproduktive rettigheter, en forpliktelse som etter internasjonal og

---

<sup>64</sup> Se Appendix A.

<sup>65</sup> Ideen om å klassifiserer menneskerettigheter i tre generasjoner av rettigheter ble først foreslått av den Tjekkisk-Franske juristen Karel Vasak. Se Karel Vasak, *A 30 Year Struggle. The Sustained Efforts to Give Force of Law to the Universal Declaration of Human Rights*, UNESCO Courier, Vol. 30., November 1977, s.29-32, s. 29.

afrikansk praksis innebærer et krav om å respektere, beskytte og oppfylle ("respect, protect and fulfill") den enkelte rettighet.<sup>66</sup>

Også artikkel 14(2) angir plikter for statene. Ordlyden her er imidlertid langt mer konkret og spesifikk enn i første ledd. Andre ledd bokstav a krever at stater skal "...provide adequate, affordable and accessible health services...", bokstav b forplikter stater til å "...establish and strengthen existing pre-natal, delivery and post-natal health and nutritional services...", og bokstav c stiller krav om at stater skal "...protect the reproductive rights of women by authorizing medical abortion...".

Fordi både første ledd og andre ledd av artikkel 14 oppstiller plikter, og fordi andre ledd er langt mer spesifikk enn første ledd, må andre ledd forstås som en utdyping eller spesifisering av første ledd. Mens første ledd oppstiller det generelle kravet om å sikre retten til helse, angir andre ledd konkrete strategier for hvordan denne sikrepikten skal gjennomføres.

#### 4.3 Bakenforliggende hensyn og forholdet til artikkel 2

For å kunne drøfte hvilke forpliktelser som kan utledes av artikkel 14(2)c er det nødvendig å vite hvilke hensyn som underbygger og begrunner bestemmelsen.

I Maputoprotokollens fortale heter det at medlemsstatene skal "...ensure that the rights of women are promoted, realised and protected in order to enable them to enjoy fully all their human rights", samt at statene "[reaffirm] the principle of promoting gender equality...". Protokollens overordnede formål må etter dette sies å være å sikre kvinners rettigheter samt likestilling mellom kjønnene gjennom å bygge på prinsippet om ikke-diskriminering.

Prinsippet om ikke-diskriminering fremgår mer konkret av protokollens artikkel 2. Her heter det at "States Parties shall combat all forms of discrimination against women through appropriate legislative, institutional and other measures", jf. første ledd. Ettersom ikke-diskriminering er et grunnhensyn for menneskerettigheter generelt, og her for Maputoprotokollens spesielt, må artikkel 2 anses å være protokollens fanebestemmelse som alle øvrige bestemmelser må tolkes i lys av.

---

<sup>66</sup> Se nærmere *CESCR General Comment No. 14* (se note 9), para 33; *CEDAW General Recommendation No. 24* (se note 8) para 13; African Commission on Human and People's Rights, Communication No.155/96: The Social & Economic Rights Action Centre (SERAC) v. Nigeria, para 44.

Når det gjelder de hensyn som begrunner artikkel 14(2)c, fremhever bestemmelsen tydelig at autorisering av abort skal skje "[to]...protect the reproductive rights of women...". Etter bestemmelsens første ledd inkluderer kvinners reproduktive rettigheter retten til å kontrollere egen fertilitet (bokstav a) og retten til å bestemme om, når og hvor mange barn man ønsker (bokstav b). I lys av bestemmelsens første ledd er det altså hensynet til kvinnens selvbestemmelsesrett som er det sentrale hensyn bak artikkel 14(2)c.

#### 4.4 Statenes forpliktelser etter artikkel 14(2)c

##### 4.4.1 Innledning

Maputoprotokollen artikkel 14(2)c krever at stater skal "...take all appropriate measures..." for å "...[authorize] medical abortion..." i tilfeller av "...sexual assault, rape, incest, and where the continued pregnancy endangers the mental and physical health of the mother or the life of the mother or the foetus." Ordlyden aktualiserer to sentrale tolknings spørsmål. For det første; hvilken standard oppstiller artikkel 14(2)c? For det andre; hvordan er statene forpliktet til å implementere denne standarden nasjonalt?

##### 4.4.2 Hvilken standard oppstiller artikkel 14(2)c?

###### 4.4.2.1 Autorisasjon

Artikkel 14(2)c krever at statene skal sikre kvinners reproduktive rettigheter "...by authorizing..." abort. Spørsmålet blir dermed hva slik statlig autorisasjon av abort innebærer.

En naturlig språklig forståelse av autorisasjonsbegrepet tilsier at det er tale om en form for godkjenning eller validering. Effektivitetshensyn tilsier imidlertid at det ikke kan være tale om godkjenning av abort i enkelttilfeller. Statlig godkjenning av abort må dermed komme til uttrykk på en mer generell måte, i form av en generell *tillatelse* til å ta abort på de vilkår artikkel 14(2)c oppstiller.

Hva innebærer det så at statene skal tillate abort? ØSK-komiteen har i denne sammenheng uttalt at retten til helse, herunder retten til helsetjenester, inkluderer de

grunnleggende elementene "availability", "accessibility" og "acceptability".<sup>67</sup> På samme måte kan vi si at kravet om at abort etter artikkel 14(2)c skal tillates, innebærer et krav om at aborttjenester skal gjøres *tilgjengelige* for kvinner.<sup>68</sup>

At aborttjenester skal gjøres tilgjengelige på de vilkår artikkel 14(2)c oppstiller, innebærer at stater er forpliktet til å fjerne ulike former for barrierer som hindrer slik tilgang.<sup>69</sup>

For det første må stater fjerne økonomiske barrierer for kvinners tilgang til trygg abort. Dette innebærer at kostnadsnivået for aborttjenester ikke må være uforholdsmessig høyt<sup>70</sup> på en slik måte at også fattige kvinner, som er den gruppen som i størst grad berøres av usikre aborter, har tilgang til disse tjenestene.

Stater må for det andre eliminere rettslige hindre. Dette omfatter blant annet byrdefulle sertifiseringsprosedyrer, krav om tredjepartssamtykke fra partner, foreldre eller helsepersonell, samt obligatoriske venteperioder.<sup>71</sup> I tilfeller der helsepersonell av samvittighetsgrunner ønsker å reservere seg mot å måtte utføre abort, har FNs Kvinnekomite uttalt at tiltak må iverksettes for å sikre at kvinner som ønsker abort blir henvist til alternative tjenestetilbydere.<sup>72</sup>

Stater må for det tredje redusere sosiale, kulturelle og religiøse barrierer for å sikre kvinner tilgang til trygge aborttjenester. Kvinner som tar abort opplever ofte stigmatisering<sup>73</sup> og mange velger derfor å ta abort i hemmelighet, ofte under utrygge forhold. For å sikre at trygge aborttjenester er sosialt, kulturelt og religiøst tilgjengelige må stater derfor arbeide for å endre sosiale og kulturelle mønstre gjennom utdanning, informasjon, kommunikasjonsstrategier og lignende, slik at fordommer forbundet med abort minimeres.<sup>74</sup>

---

<sup>67</sup> *CESCR General Comment No. 14* (se note 9), para 12.

<sup>68</sup> For ytterligere støtte for en slik tolkning, se *CEDAW General Recommendation No. 24* (se note 8), para 22: "state parties should also report on measures taken to ensure access to quality health-care services...".

<sup>69</sup> *CEDAW General Recommendation No. 24* (se note 8), para 21 flg.

<sup>70</sup> *Ibid.*

<sup>71</sup> Barbara B. Crane/Charlotte E. Hold Smith, *Access to Safe Abortion: An Essential Strategy for Achieving the Millennium Development Goals to Improve Maternal Health, Promote Gender Equality, and Reduce Poverty*, Background paperto the report "Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals", februar 2006, s. 17-18.

<sup>72</sup> *CEDAW General Recommendation No. 24* (se note 8), para 11.

<sup>73</sup> *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* (se note 12), s. 29.

<sup>74</sup> Jf. Maputoprotokollen (se note 1) artikkel 2(2).

Til sist må stater også jobbe for å fjerne geografiske og andre fysiske hindre for kvinners tilgang til trygge aborttjenester. Dette er hindre som i særlig grad berører rurale kvinner som bor langt unna helsefasiliteter og har langt færre transportmuligheter. I Maputoprotokollens artikkel 14(2)a uttales det eksplisitt at statene har en særlig plikt til å sikre kvinner fra landsbygden tilgang til helsetjenester.

Ved siden av kravet om å fjerne ulike former for barrierer, er informasjonstilgjengelighet en annen sentral del av tilgjengelighetskravet. Informasjonstilgjengelighet innebærer at stater har en plikt til å sørge for at kvinner er informert om hvilke aborttjenester som er tilgjengelige for dem, både gjennom å sikre klare og transparente regelverk, og gjennom å informere om faktiske tjenestetilbud. Tilgang til informasjon er grunnleggende nødvendig dersom reell tilgang til trygg abort skal kunne sikres, og i en region som Afrika (særlig Afrika sør for Sahara) hvor utdanningsnivået er lavt og analfabetisme er utbredt, er statenes innsats på dette området av stor betydning.

#### 4.4.2.2 Medisinsk abort

Når det gjelder hva som menes med "medical abortion" i artikkel 14(2)c er dette et spørsmål som foreløpig er uavklart i afrikansk menneskerettighetspraksis. Afrikansk menneskerettighetsteori har likevel fremhevet at "medical"-tillegget isolert sett kan forstås enten som at abort bare er akseptert der medikamentelle metoder (i motsetning til kirurgiske metoder) anvendes eller som at abort bare skal tillates der det finnes medisinske indikatorer som tilsier at det aktuelle abortgrunnlag foreligger.<sup>75</sup>

Flere forhold tilsier imidlertid at ingen av disse tolkningsalternativene kan legges til grunn.<sup>76</sup> En naturlig ordlydsforståelse av "medical"-uttrykket tilsier først at både kirurgiske og medikamentelle metoder kan anvendes. I lys av den språklige konteksten kan dessuten heller ikke det andre tolkningsalternativet legges til grunn ettersom flere av bestemmelsens abortgrunnlag ikke kan identifiseres på grunnlag av medisinske indikatorer alene (seksuelt overgrep, voldtekt og incest).

---

<sup>75</sup> Charles G. Ngwena, *Inscribing Abortion as a Human Right: Significance of the Protocol on the Rights of Women in Africa*, *Human Rights Quarterly*, Vol.32, 2010, s.783-864, s. 847.

<sup>76</sup> *Ibid.*

Et tolkningsalternativ som ikke har vært fremhevet i teorien er at "medical"-tillegget peker på et krav om medisinsk forsvarlighet ved at den enkelte abort skal gjennomføres av kvalifisert helsepersonell under medisinsk tilfredsstillende forhold. Dette er en forståelse som ligger vel innenfor ordlyden, og som også samsvarer godt med den språklige konteksten for øvrig. At "medical"-tillegget i artikkel 14(2)c peker på et krav om medisinsk forsvarlighet er etter dette det tolkningsalternativet som ut fra ordlyd og reelle hensyn synes å ha de beste grunner for seg.

#### 4.4.2.3 Typetilfeller

##### 4.4.2.3.1 Innledning

Det fremgår av tolkningen i de to foregående punktene at artikkel 14(2)c forplikter stater til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester. Bestemmelsen oppstiller imidlertid en rekke typetilfeller for når slik tilgang skal sikres. Mer konkret krever bestemmelsen at tilgang til trygge aborttjenester skal sikres i tilfeller av "...sexual assault, rape, incest, and where the continued pregnancy endangers the mental and physical health of the mother or the life of the mother or the foetus."

Fordi ingen av grunnlagene foreløpig har vært prøvd i afrikansk menneskerettighetspraksis er det vanskelig å klarlegge grunnlagenes faktiske innhold. I det følgende gis det derfor en karakteristikk av det enkelte abortgrunnlag, og det vil særlig belyses hva som er grunnlagenes kjerne, hvilke hensyn de bygger på, samt hvilke tolknings spørsmål de aktualiserer. Spørsmålet om hvorvidt oppregningen er uttømmende vil også behandles.

##### 4.4.2.3.2 Seksuelt overgrep, voldtekt og incest

Selv om typetilfellene "...sexual assault, rape [og] incest..." i artikkel 14(2)c er tre alternative grunnlag for abort, har abortgrunnlagene likevel flere karakteristiske fellestrekk.

For det første knytter alle tre grunnlag seg til en form for motvillig eller ulovlig seksuell kontakt, en kontakt som i lys av at artikkel 14(2)c omhandler abort, nødvendigvis må ha innebåret et samleie. En kan derfor si at kjernen i alle de tre grunnlagene er at det har funnet sted et integritetskrenkende samleie.

I forlengelsen av dette bygger for det annet alle de tre grunnlagene på at hensynet til kvinnens selvbestemmelsesrett (det bærende hensynet bak artikkel 14(2)c, jf. kapittel 4.3) i særlig grad gjør seg gjeldende der det uønskede svangerskapet også er et resultat av et uønsket samleie.

Endelig oppstår det i forhold til alle de tre grunnlagene et spørsmål om samtykke og beviskrav. Ved spørsmål om straff vil uskyldspresumpsjonen<sup>77</sup> medføre et krav om bevis for manglende samtykke til den aktuelle form for ulovlig samleie før den påståtte gjerningsmannen kan idømmes straff.<sup>78</sup> Fordi det i denne sammenheng er spørsmål om abort og ikke om straff, gjør imidlertid ikke uskyldspresumpsjonen seg gjeldende her. Det kan derfor stilles spørsmål ved hvorvidt et tilsvarende beviskrav som det strafferettslige bør oppstilles, og om det ikke bør være tilstrekkelig for abort i disse tilfellene at den aktuelle formen for ufrivillig eller ulovlig samleie anføres som begrunnelse for inngrepet. Det sentrale hensyn bak artikkel 14(2)c, hensynet til kvinnens selvbestemmelsesrett, jf. kapittel 4.3, trekker klart i retning av at det er kvinnens eget valg som bør være det avgjørende og at et strengt beviskrav ikke bør oppstilles. Et strengt beviskrav ville dessuten medføre uforholdsmessig mye bruk av tid og ressurser på etterforskning. Tidsbruken ved etterforskningen ville også kunne føre til at abort etter en tid ble umulig grunnet fosterets utvikling. Selv om spørsmålet foreløpig er uprøvd i afrikansk menneskerettighetspraksis tilsier en rekke viktige hensyn etter dette at det ikke kan oppstilles et strengt beviskrav, men at det må være tilstrekkelig at den aktuelle formen for ulovlig eller uønsket samleie anføres som grunnlag for abort.

Blant de tre grunnlagene står abortgrunnlaget "sexual assault" i en særstilling. Ordlyden er her meget vidt formulert og dekker som utgangspunkt tilfeller av både voldtekt og incest. Fordi artikkel 14(2)c lister opp både voldtekt og incest som egne abortgrunnlag faller imidlertid disse utenfor formuleringen, og ordlyden må derfor omfatte noe mer. Som nevnt over er kjernen i "sexual assault"-formuleringen at det har funnet sted et integritetskrenkende samleie. Utover dette finnes det imidlertid ikke klare kriterier for hva som dekkes, og abortgrunnlagets innholdet må derfor

---

<sup>77</sup> Se blant annet *The International Covenant on Civil and Political Rights*, vedtatt av FNs Generalforsamling 16.12.1966, artikkel 14(2), og *The Universal Declaration of Human Rights*, vedtatt av FNs Generalforsamling 19.12.1948, artikkel 11(1).

<sup>78</sup> Med unntak av incest mot mindreårige.



fastlegges gjennom praksis. Et eksempel på et forhold som vil kunne falle innunder "sexual assault"-formuleringen er tilfeller av ekteskadelig voldtekt som i mange jurisdiksjoner ikke anses for å være dekket av den alminnelige voldtektsdefinisjon av den grunn at partene er gift med hverandre.<sup>79</sup>

#### 4.4.2.3.3 Fare for mors mentale og fysiske helse

Etter artikkel 14(2)c skal tilgang til trygge aborttjenester sikres i tilfeller "...[where the continued pregnancy endangers] the mental and physical health of the mother...".

Etter en naturlig språklig forståelse av ordlyden må kjernen i dette abortgrunnlaget antas å være at aborttilgangen skal sikres der det er en risiko for at kvinnens helsetilstand kan bli redusert som følge av svangerskapet.

At tilgang til trygge aborttjenester skal sikres der det er en risiko for redusert helsetilstand som følge av svangerskapet, er en naturlig følge av at abort skal tillates for å sikre kvinners rett til helse, jf. artikkel 14(2)c, jf. artikkel 14(1). Retten til helse nyter et omfattende vern både i internasjonale og regionale menneskerettighetsinstrumenter, og det helserelevante abortgrunnlaget i artikkel 14(2)c bygger derfor på en tanke om at kvinnens rett til helse overgår fosterets rett til liv.

Det helserelevante abortgrunnlaget aktualiserer flere vanskelige og foreløpig uavklarte tolkningsproblemer. En viktig problemstilling er hvorvidt "mental" og "physical" må forstås som kumulative eller alternative vilkår. Ordlyden synes å tale for en kumulativ forståelse av grunnlagene, jf. "and", mens praksis fra en rekke afrikanske stater tilsier at grunnlagene er alternative.<sup>80</sup> Et annet spørsmål er hvilken grad av risiko for forverret psykisk og fysisk helse bestemmelsen krever. Ordlyden understreker at helsetilstanden må være "endangered", en formulering som klart nok

---

<sup>79</sup> Ekteskadelig voldtekt er overhodet ikke kriminalisert i Tanzania, Botswana, Zambia, og Malawi. I Zimbabwe er ekteskadelig voldtekt forbudt, men straffeforfølgning kan ikke igangsettes uten samtykke fra riksadvokaten. Se nærmere Fareda Banda, *Project on a Mechanism to Address Laws That Discriminate Against Women*, på anmodning fra Office of the High Commissioner for Human Rights, 06.03.2008, s.85, tilgjengelig på [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/laws\\_that\\_discriminate\\_against\\_women.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/laws_that_discriminate_against_women.pdf). Se også Karen Stefiszyn, *A Brief Overview of Recent Developments in Sexual Offences Legislation in Southern Africa*, UN Doc. EGM/GPLVAW/2008/EP.04, s. 4.

<sup>80</sup> Center for Reproductive Rights, *Fact sheet: The World's Abortion Laws*, September 2009, tilgjengelig på [http://reproductiverights.org/sites/crr.civactions.net/files/documents/pub\\_fac\\_abortionlaws2009\\_WEB.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civactions.net/files/documents/pub_fac_abortionlaws2009_WEB.pdf); *Inscribing Abortion as a Human Right* (se note 75), s. 848.

viser at en ren risiko for forverret helse er tilstrekkelig, men som likevel ikke spesifiserer hvilken risikograd som kreves. Et tredje tolknings spørsmål som oppstår er hvem som skal vurdere om risikoen for forverret helse er tilstrekkelig; kreves det en medisinsk diagnose eller er det nok med en psykososial vurdering foretatt av kvinnen selv? Heller ikke her gir ordlyden noen veiledning.

#### 4.4.2.3.3.1 Helsebegrepet

Et særlig tolknings spørsmål som oppstår i relasjon til de helserelevante abortgrunnlagene er hva som ligger i artikkel 14(2)c sitt helsebegrep.

Ordlyden i artikkel 14(2)c taler i denne sammenheng om "mental and physical health", en formulering som tilsier at bestemmelsens helsebegrep dekker både fysisk og psykisk velvære. En slik forståelse støttes også av formuleringene i både Banjulcharterets artikkel 16(1) og ØSK-konvensjonens artikkel 12(1) som begge taler om retten til den høyest oppnåelige helsestandard i både fysisk og psykisk henseende.

WHO har imidlertid definert helse som "...a state of complete *physical, mental and social well-being* and not merely the absence of disease or infirmity."<sup>81</sup> På denne bakgrunn oppstår spørsmålet om helsebegrepet i artikkel 14(2)c må anses å omfatte noe mer enn bare fysisk og psykisk helse.

ØSK-komiteen har i denne sammenheng uttalt at WHOs vide helsedefinisjon bevisst ikke ble lagt til grunn ved utarbeidelsen og vedtakelsen av ØSK-konvensjonens artikkel 12 om helse.<sup>82</sup> Når ordlyden i artikkel 14(2)c tilsvarer den i ØSK artikkel 12, jf. over, kan dette trekke i retning av at helsebegrepet i artikkel 14(2)c ikke kan forstås som å omfatte noe mer enn fysisk og psykisk helse.

SADC-protokollen legger på den annen side til grunn at helse må forstås som "...a complete state of *physical, mental, spiritual and social well-being* of an individual and not merely the absence of disease or infirmity".<sup>83</sup> Dette er en formulering som kan tilsi at en tilsvarende vid forståelse må legges til grunn også i relasjon til artikkel 14(2)c.

---

<sup>81</sup> *The Constitution of the World Health Organization*, vedtatt på den Internasjonale Helsekonferansen i New York 19.06-22.07.1946, trådte i kraft 07.04.1948.

<sup>82</sup> *CESCR General Comment No. 14* (se note 9), para 4.

<sup>83</sup> *SADC Protocol* (se note 5), artikkel 1(2)(min kursivering).

Kildene gir etter dette anvisning på svært varierende forståelser av helsebegrepet. Av Wienkonvensjonens artikkel 31<sup>84</sup> fremgår det imidlertid at ordlyden er den viktigste rettskilden ved tolkning av traktater. Å legge avgjørende vekt på ordlyden er også rimelig i lys av at det er denne kontraherende stater har forpliktet seg til. Dette tilsier at helsebegrepet i artikkel 14(2)c må forstås snevert til kun å omfatte fysisk og psykisk helse. Spørsmålet er imidlertid foreløpig uavklart i afrikansk menneskerettighetspraksis.

#### 4.4.2.3.4 Fare for mors liv

Etter artikkel 14(2)c skal tilgang til trygge aborttjenester sikres "...[where the continued pregnancy endangers] the life of the mother...". En naturlig språklig forståelse av denne formuleringen tilsier at kjernen i dette abortgrunnlaget er at aborttilgangen skal sikres der det er en risiko for at mors liv kan gå tapt som følge av svangerskapet.

At aborttilgangen skal sikres der det er fare for mors liv bygger på tanken om livets grunnleggende verdi. Retten til liv nyter et omfattende vern i internasjonale og regionale menneskerettighetsinstrumenter, og er den mest grunnleggende av alle rettigheter. Kravet om sikring av aborttilgangen der mors liv står i fare som følge av svangerskapet bygger altså på en vekting av mors liv mot fosterets liv, der førstnevntes liv veier tyngst.

Også dette abortgrunnlaget aktualiserer flere tolkningsspørsmål. Igjen oppstår spørsmålene om hvilken risikograd som kreves, samt hvem som skal vurdere denne. Heller ikke her finnes det rettskilder med overbevisende argumenter.

#### 4.4.2.3.5 Fare for fosterets liv

Til sist skal aborttilgangen etter artikkel 14(2)c sikres "...[where the continued pregnancy endangers] the life of the foetus...". En naturlig forståelse av ordlyden tilsier at kjernen her er at tilgang til trygge aborttjenester skal sikres i tilfeller der det er en viss risiko for at fosteret ikke vil overleve svangerskapet.

Også dette abortgrunnlaget bygger på hensynet til kvinnen. I motsetning til abortgrunnlagene som knytter seg til fare for mors liv og helse, må imidlertid dette grunnlaget antas å bygge på en tanke om at en ikke skal tvinge kvinner til å

---

<sup>84</sup> Se note 2.

gjennomføre et svangerskap der det er usikkert om fosteret vil overleve. Grunnlaget synes på denne måten å ta hensyn til påkjeningen det ville være for kvinnen å måtte gjennomføre et slikt svangerskap.

Igjen oppstår det flere vanskelige tolknings spørsmål. Spørsmålet om risikograd og hvem som skal vurdere denne gjør seg gjeldende også her, og heller ikke her finnes det overbevisende rettskilder og argumenter. Det oppstår også et spørsmål om det at ordlyden knytter seg til fare for fosterets *liv* medfører at fare for fosterets *helse* (misdannelser, utviklingshemming, osv.) faller utenfor det som etter bestemmelsen legitimt skal kunne begrunne abort. I afrikansk menneskerettighetsteori hevdes det at formuleringen implisitt ekskluderer fare for fosterets helse som et grunnlag for abort<sup>85</sup>, en forståelse som er langt mer restriktiv enn den lagt til grunn i flere afrikanske stater.<sup>86</sup>

#### 4.4.2.3.6 Uttømmende eller eksemplifiserende oppregning?

I forlengelsen av behandlingen av de ulike typetilfellene i artikkel 14(2)c, oppstår spørsmålet om oppregningen i bestemmelsen er uttømmende eller om den må anses som en eksemplifisering av tilfeller der tilgang til trygge aborttjenester skal sikres.

Svaret på dette spørsmålet finnes i Maputoprotokollens artikkel 31 hvor det heter at "None of the provisions of the present Protocol shall affect more favourable provisions for the realisation of the rights of women...". Artikkel 14(2)c er etter dette ikke til hinder for at abort tillates på videre grunnlag og i flere tilfeller enn i dem som fremgår av bestemmelsen. Typetilfellene i artikkel 14(2)c er dermed bare eksemplifiserende *minimumskrav* for når tilgang til trygge aborttjenester skal sikres. At land som Kapp Verde, Sør Afrika og Tunisia tillater abort helt uten restriksjoner, men med tidsmessige grenser<sup>87</sup> er dermed ikke i strid med artikkel 14(2)c.

---

<sup>85</sup> *Inscribing Abortion as a Human Right* (se note 75), s. 851.

<sup>86</sup> Abort der det er fare for fosterets helse er tillatt i en rekke afrikanske land, herunder Benin, Burkina Faso, Etiopia, Guinea, Niger, Togo, Zimbabwe, Botswana, Ghana, Liberia, Namibia, Seychellene, Swaziland og Zambia. Se Guttmacher Institute, *In Brief: Facts on Abortion in Africa*, Fact Sheet, januar 2012.

<sup>87</sup> *Ibid.*

#### 4.4.3 Hvordan er statene forpliktet til å implementere artikkel 14(2)c nasjonalt?

##### 4.4.3.1 Innledning

Avsnittene over viser hvordan artikkel 14(2)c etablerer en standard om tilgang til trygge aborttjenester i en rekke ulike minimumstilfeller. I relasjon til spørsmålet om hvordan statene er forpliktet til å implementere denne standarden heter det innledningsvis i artikkel 14(2) at stater skal ta "...all appropriate measures...". Spørsmålene som nå oppstår er hvilke "measures" statene er forpliktet til å bruke for å sikre tilgangen til aborttjenester etter artikkel 14(2)c, samt i hvilken utstrekning statene er forpliktet til å anvende disse.

##### 4.4.3.2 Hvilke midler er statene forpliktet til å anvende?

Når det gjelder spørsmålet om hvilke midler statene er forpliktet til å anvende i implementeringen av artikkel 14(2)c, fremgår det ikke mer av artikkel 14(2) enn at statene skal anvende "...all appropriate measures...". Spørsmålet om hvilke midler som konkret skal anvendes vil derfor bero på en tolkning av andre relevante rettskilder.

I Maputoprotokollens artikkel 2(1)b heter det at stater er forpliktet til å "...enact and effectively implement appropriate legislative or regulatory measures..." for å sikre kvinners rettigheter etter protokollen. Stater er altså generelt forpliktet til å anvende lovgivning som virkemiddel for å implementere protokollens standarder. At lovgivning står sentralt støttes også av at dette er det klart viktigste virkemiddelet stater har for å sikre sine menneskerettslige forpliktelser. Det er gjennom lovgivning stater tydeligst kan formidle sin holdning til ulike samfunnsspørsmål, og det er lovgivningen som skaper rammene for borgernes liv.

Av Limburgprinsippene fremgår det i relasjon til statenes plikt til å sikre rettighetene i ØSK-konvensjonen videre at "...legislative measures alone are not sufficient...".<sup>88</sup> Det er klart at stater også har andre virkemidler enn lovgivning til sin disposisjon i implementeringsprosessen, og spørsmålet blir derfor hvilke andre midler enn lovgivning statene er forpliktet til å anvende for å implementere artikkel 14(2)c nasjonalt.

---

<sup>88</sup> Se også Limburgprinsippene (se note 10), para 18.

I Maputoprotokollens artikkel 26(2) heter det at stater skal "...adopt all necessary measures and in particular shall provide budgetary resources..." for å realisere protokollens rettigheter. Av artikkel 14(2)c fremgår det at formålet med å sikre tilgang til trygge aborttjenester er å sikre kvinners reproduktive rettigheter, jf. bestemmelsens første ledd. På denne bakgrunn må artikkel 26(2) forstås slik at statene særlig må anvende økonomiske midler i implementeringen av artikkel 14(2)c. Ordlyden indikerer at også ytterligere midler må anvendes.

Artikkel 2 er som nevnt Maputoprotokollens fanebestemmelse. Ved siden av å kreve at stater skal bekjempe alle former for diskriminering mot kvinner gjennom passende "legislative" tiltak, krever bestemmelsen også at statene skal anvende "...institutional and other measures...", jf. artikkel 2(1). Ordlyden fremhever altså statenes plikt til å iverksette institusjonelle tiltak for å sikre protokollens rettigheter, men presiserer også relevansen og behovet for bruk av andre midler enn dette.

SADC-protokollen kaster ytterligere lys over innholdet av statenes forpliktelser etter artikkel 14(2)c. I protokollens artikkel 26 heter det at medlemsstatene skal redusere svangerskapsdødeligheten (bokstav a) ved å "...adopt and implement legislative frameworks, policies, programmes and services..." for å forbedre helsetjenestene. Ordlyden viser tydelig hvordan statene er forpliktet til å anvende lovgivning for å redusere mødredødeligheten, men at også andre midler må anvendes.

Limburgprinsippene fremhever videre at for å sikre rettighetene i ØSK-konvensjonen må statene anvende "...all appropriate measures, including legislative, administrative, judicial, economic, social and educational measures..."<sup>89</sup>. Formuleringen viser at en rekke ulike midler, herunder sosiale og pedagogiske, må anvendes for å sikre rettighetene. Ordlyden er dessuten ikke uttømmende, jf. ordet "including" som indikerer en eksemplifiserende oppramsing, slik at også andre midler kan måtte anvendes.

Endelig er det både i internasjonal og regional menneskerettighetspraksis en etablert oppfatning at statenes plikt til å sikre menneskerettighetene innebærer et krav om å respektere ("respect"), beskytte ("protect"), oppfylle ("fulfill") og fremme

---

<sup>89</sup> Ibid. para 17.

(“promote”) den enkelte rettighet, herunder retten til helse og reproduktive rettigheter.<sup>90</sup> Disse forpliktelsene pålegger stater et vidt spekter av positive plikter, herunder vedtakelse av “...appropriate legislative, administrative, budgetary, judicial, promotional and other measures...”.<sup>91</sup>

En rekke ulike tolkningsfaktorer tilsier etter dette at ordlyden “all appropriate measures” i artikkel 14(2) må forstås som å forplikte statene til å anvende også andre virkemidler enn lovgivning for å sikre tilgang til abort i de tilfeller bokstav c oppstiller. Slike midler inkluderer, men er ikke begrenset til økonomiske, institusjonelle, programmatisk, sosiale og pedagogiske midler.

#### 4.4.3.3 I hvilken utstrekning er statene forpliktet til å anvende disse midlene?

I forlengelsen av at statene etter artikkel 14(2)c skal anvende “...all appropriate measures...” for å implementere bestemmelsens standard, blir spørsmålet her i hvilken utstrekning ordlyden “appropriate” begrenser statenes implementeringsforpliktelse. I hvilken utstrekning er statene forpliktet til å anvende de midler som over ble behandlet for å implementere den standarden artikkel 14(2)c oppstiller?

En naturlig forståelse av ordlyden “appropriate” tilsier at det er tale om et skjønnsmessig vilkår. Hva som utgjør slike passende midler for å sikre tilgangen til trygge aborttjenester vil bero på de konkrete omstendighetene og vil kunne variere fra kontekst til kontekst. En slik forståelse er også lagt til grunn av ØSK-komiteen i deres tolkningsuttalelse om retten til helse der de understreker at hva som anses som passende midler for å implementere retten til helse “...will vary significantly from one State to another...”.<sup>92</sup>

ØSK-komiteen har også tilkjent statene en “... margin of discretion...”, eller skjønnsmargin, i vurderingen av hvilke midler som skal anvendes for å implementere retten til helse nasjonalt.<sup>93</sup> En tilsvarende skjønnsmargin har også implisitt vært lagt til grunn av Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen som har fremhevet Afrikas “...problem of poverty which renders [it] incapable to provide the necessary

---

<sup>90</sup> Se note 66.

<sup>91</sup> *CESCR General Comment No. 14* (se note 9), para 33.

<sup>92</sup> *Ibid.* para 53.

<sup>93</sup> *Ibid.*

amneties, infrastructure and resources...” når det gjelder sikring av retten til helse<sup>94</sup>, og dermed har understreket behovet for en konkret vurdering av hva som vil være passende implementeringstiltak. Statene må derfor også i relasjon til artikkel 14(2)c ha en skjønnsmargin i vurderingen av hva som konkret utgjør ”appropriate measures”.

Selv om statene er tilkjent en skjønnsmargin ved implementeringen av artikkel 14(2)c står de likevel ikke helt fritt. Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen har i relasjon til Banjulcharterets artikkel 16 (retten til helse) uttalt at statene har en plikt til å ta ”...concrete and targeted steps, while taking full advantage of its available resources, to ensure that the right to health is fully realised in all its aspects without discrimination of any kind”.<sup>95</sup> Statene er altså forpliktet til å gjøre så godt de kan utfra sine tilgjengelige ressurser, for å sikre retten til helse. Ettersom Maputoprotokollens artikkel 14(2)c er tett knyttet til Banjulcharterets artikkel 16, må en tilsvarende forpliktelse anses å eksistere også i relasjon til denne bestemmelsen, jf. også ordlyden i artikkel 14(2) ”...shall take...”.

Statenes forpliktelse etter artikkel 14(2)c til å ta ”all appropriate measures” må etter dette forstås som en innsatsforpliktelse heller enn en resultatforpliktelse. Statene har en skjønnsmargin for å avgjøre hvilke midler som konkret er passende og mest formålstjenlige, men de er likefult forpliktet til umiddelbart å gjøre så godt de kan, utfra sine tilgjengelige ressurser, for å sikre tilgangen til trygg abort på de vilkår artikkel 14(2)c oppstiller.

## **5 Hvordan og hvorfor har artikkel 14(2)c potensial til å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester?**

### **5.1 Innledning**

I forrige kapittel så vi hvordan artikkel 14(2)c oppstiller en standard om tilgang til trygge aborttjenester i en rekke ulike minimumstilfeller, og at statene har en plikt til å anvende alle passende midler i den utstrekning tilgjengelige ressurser tillater det for å

---

<sup>94</sup> The African Commission on Human and Peoples’ Rights, Communication 241/2001: Purohit and Moore v. The Gambia, para 84.

<sup>95</sup> Ibid.



implementere denne standarden nasjonalt. Spørsmålet er nå hvordan og hvorfor disse implementeringsforpliktelsene medfører at artikkel 14(2)c har potensial til å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester.

Drøftelsen vil knyttes opp mot tre sentrale aspekter ved artikkel 14(2)c som etter min mening i særlig grad medfører at bestemmelsen har et betydelig potensial for å bidra til å sikre tilgangen til trygge aborttjenester. Stikkordsmessig er dette aspekter som knytter seg til temaene rettslig liberalisering, realisering av tjenestetilgang og ansvarliggjøring som etterlevelsensinsentiv.

## 5.2 Rettslig liberalisering

### 5.2.1 Restriktiv lovgivning

Dersom statene overholder sine menneskerettslige forpliktelser etter artikkel 14(2)c om å sikre tilgang til trygge aborttjenester gjennom bruk av blant annet lovgivning som virkemiddel, jf. kapittel 4.2, vil dette kunne føre til rettslig liberalisering i en rekke afrikanske land.

Begrepet rettslig liberalisering betegner generelt den situasjon at eksisterende lovgivning lempes eller gjøres mindre restriktiv enn den tidligere har vært slik at lovens rammer for hva som er tillatt utvides. I relasjon til artikkel 14(2)c medfører statenes plikt til bruk av lovgivning som virkemiddel i implementeringsprosessen at den nasjonale lovgivningen må endres til å samsvare med bestemmelsens minimumskrav. Dette kan typisk skje gjennom å avkriminalisere, legalisere og regulere tilgangen til abort i de tilfeller artikkel 14(2)c oppstiller. For stater hvis abortlovgivning fremstår som mer restriktiv enn kravene i artikkel 14(2)c vil denne prosessen føre til rettslig liberalisering.

Rettslig liberalisering vil kunne finne sted i en rekke afrikanske land fordi det store flertallet av afrikanske stater i dag har abortlovgivning som er langt mer restriktiv enn de krav som oppstilles i artikkel 14(2)c. Hele 14 av Afrikas 54 stater forbyr i dag abort helt uten unntak.<sup>96</sup> I 8 land er abort lovlig bare dersom det skjer for å redde

---

<sup>96</sup> *In Brief: Facts on Abortion in Africa* (se note 86).

kvinnens liv,<sup>97</sup> og 18 land anerkjenner fare for kvinnens fysiske helse som et abortgrunnlag (i tillegg til fare for kvinnens liv).<sup>98</sup> I 2008 levde hele 92% av kontinentets kvinner i reproduktiv alder i land hvor abortlovgivningen ble karakterisert som restriktiv.<sup>99</sup> Rettslig liberalisering kan altså finne sted i et betydelig antall afrikanske stater.

### 5.2.2 Forholdet mellom rettslig liberalisering og forekomsten av abort

Det presenteres jevnlig argumenter for at liberalisering av abortlovgivning fører til at flere velger å abortere, noe som av ulike grunner kan være problematisk. Forskning viser imidlertid at kvinner som ønsker å terminere et svangerskap ofte vil ta abort uavhengig av inngrepets rettslige status.<sup>100</sup> Liberalisering av restriktiv abortlovgivning har dermed liten betydning for selve forekomsten av abort. Poenget kan eksemplifiseres av at det i Afrika, hvor abortlovgivningen gjennomgående er restriktiv, foretas 29 aborter per 1 000 kvinne i alderen 15-44 år, mens det tilsvarende tallet i Europa, hvor abort generelt er tillatt på bredt grunnlag, er 28.<sup>101</sup> De laveste abortratene er i Vest- og Nord-Europa hvor abort er tillatt, tilgjengelig, og har få restriksjoner.<sup>102</sup>

### 5.2.3 Erfaringer fra Romania og Sør Afrika

At statenes plikter etter artikkel 14(2)c kan føre til rettslig liberalisering i et stort antall afrikanske stater medfører at bestemmelsen også har et betydelig potensial for å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester.

Dersom statene sikrer tilgangen til aborttjenester etter artikkel 14(2)c gjennom lov, innebærer dette at kvinner *formelt* får tilgang til slike tjenester. Slik formell tilgang til aborttjenester er en grunnforutsetning for også å ha reell tilgang til denne typen tjenester.<sup>103</sup> Betydningen av rettslig liberalisering og formalisering av

---

<sup>97</sup> Ibid.

<sup>98</sup> Ibid.

<sup>99</sup> Ibid. Restriktiv abortlovgivning betegner her land hvor abort er forbudt helt uten unntak og hvor det kun er gjort unntak for å redde kvinnens liv.

<sup>100</sup> Se bl.a. Sneha Barot, *Unsafe Abortion: The Missing Link in Global Efforts to Improve Maternal Health*, Guttmacher Policy Review, Vol. 14, No. 2, 2011, s. 25.

<sup>101</sup> *In Brief: Facts on Induced Abortion Worldwide* (se note 16).

<sup>102</sup> Ibid.

<sup>103</sup> *Se Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* (se note 12), kapittel 5, og *In Brief: Facts on Abortion in Africa* (se note 86).

tjenestetilgangen kan illustreres ved å se på statistikker fra Romania i perioden fra 1966 til 1991.<sup>104</sup>

I 1966, året etter at landets diktator Nicolae Ceausescu kom til makten, ble Romanias tidligere nokså liberale abortlovgivning betydelig innskrenket. Bare kvinner som oppfylte meget snevre vilkår kunne lovlig ta abort, og kvinner og helsepersonell som fikk utført eller utførte abort illegalt ble bøtelagt og fengslet. Også tilgangen til prevensjonsmidler ble innsnevret.

Konsekvensene av den nye lovgivningen var brutale; fra 1966 til 1989 steg den årlige mødredødeligheten fra under 20 til nesten 150 dødsfall per 100 000 fødsel, og av det totale antall svangerskapsrelaterte dødsfall steg andelen abortrelaterte dødsfall fra 20 til 90 prosent i perioden.

Umiddelbart etter Ceausescus fall i 1989 ble abort igjen legalisert. Resultatet var en betydelig forbedring av landets kvinnehelse. Bare i løpet av det første året sank mødredødeligheten med nesten 50 prosent, og andelen abortrelaterte dødsfall ble redusert med nær 20 prosent.

Tilsvarende tendenser fant også sted i Sør Afrika som liberaliserte sin abortlovgivning i 1996; her sank det årlige antall abortrelaterte dødsfall med 91 prosent i perioden 1994-2001.<sup>105</sup>

### 5.3 Realisering av tjenestetilgang

#### 5.3.1 Formell tilgang har liten verdi uten også reell tilgang

Formell tilgang til trygge aborttjenester er lite verdt om det ikke også eksisterer en reell tilgang til disse tjenestene. Abortlovgivningen i Zambia kan her tjene som eksempel.<sup>106</sup>

Zambia tillater i dag abort på bredt sosioøkonomisk grunnlag, og har derfor en av Afrikas mest liberale abortlover.<sup>107</sup> Til tross for dette oppstiller likevel abortlovgivningen en rekke tilleggsvilkår. Det kreves blant annet at aborten må

---

<sup>104</sup>Charlotte Hord/Henry P. David/France Donnay/Merrill Wolf, *Reproductive Health in Romania: Reversing the Ceausescu Legacy*, *Studies in Family Planning*, Vol. 22 No. 4 (1991), 231-240, s. 231-234.

<sup>105</sup>*In Brief: Facts on Abortion in Africa* (se note 86).

<sup>106</sup>Se *Protocol to the African Charter on the Rights of Women: Implications for access to abortion at the regional level* (se note 19), s. 165-166.

<sup>107</sup>Termination of Pregnancy Act of 1972, Cap 304, 17 Laws of Rep. of Zambia (1996) §3(1).

godkjennes av tre leger hvorav en av disse må være spesialist i den medisinske gren som er relevant for kvinnens tilstand og abortgrunnlag, og inngrepet kan dessuten kun utføres av spesialiserte leger.<sup>108</sup>

Mangelen på kvalifisert helsepersonell i afrikanske land medfører at tilleggsvilkårene i den zambiske abortlovgivningen er nærmest umulig å oppfylle for abortsøkende kvinner. Av denne grunn medfører vilkårene at den reelle tilgangen til aborttjenester begrenses. Dr Christine Kaseba ved University Teaching Hospital i Lusaka, Zambia har i denne sammenheng uttalt at : "What is the use of having a liberal law when it restricts access to safe abortions?".<sup>109</sup> Konsekvensen av tilleggsvilkårene er at antall abortrelaterte dødsfall og sykdomstilfeller i Zambia er nesten tilsvarende som i jurisdiksjoner med formelt restriktiv abortlovgivning.<sup>110</sup>

### 5.3.2 Artikkel 14(2)c krever realisering av tjenestetilgang

Eksempelet over viser at rettslig regulering av tilgangen til trygge aborttjenester ikke er tilstrekkelig dersom det eksisterer forhold, rettslige eller faktiske, som begrenser den reelle tilgangen til slike helsetjenester. I denne sammenheng er statenes forpliktelse etter artikkel 14(2)c til å anvende ikke bare lovgivning, men også andre midler for å sikre tilgangen til trygge aborttjenester etter artikkel 14(2)c av stor betydning.

Dersom afrikanske stater overholder sin plikt til å anvende også andre midler enn lovgivning i implementeringen av artikkel 14(2)c, kan dette føre til at tilgangen til trygge aborttjenester for afrikanske kvinner realiseres. Forpliktelsen innebærer at statene må nærme seg implementeringsprosessen på en mer helhetlig måte slik at aborttjenester gjøres til en integrert del av landets helsetilbud. Statene må dessuten utvide perspektivet sitt fra snevert å fokusere på de enkelte grunnlag for abort, til også å ta konkrete skritt for å tilrettelegge for faktisk tilgang til trygge aborttjenester. Dersom statene overholder sin forpliktelse til å implementere artikkel 14(2)c også med andre midler enn lovgivning, kan tilgangen til trygge aborttjenester på denne måten realiseres. Ved å stille krav om å anvende også andre virkemidler enn lovgivning har

---

<sup>108</sup> Ibid.

<sup>109</sup> Merrill Wolf for Marie Stopes International (MSI) and Ipas, *For Women's Lives and Health: Report of the Global Safe Abortion Conference: Whose right? Whose choice? Who cares? 23-24 October 2007*, (2009) s. 14.

<sup>110</sup> Se *Inscribing Abortion as a Human Right* (se note 75), s. 825.

artikkel 14(2)c på denne måten et stort potensial til å bidra til å sikre tilgangen til trygge aborttjenester.

#### 5.4 Ansvarliggjøring som et insentiv til etterlevelse<sup>111</sup>

##### 5.4.1 Omdømme og offentlighet

Afrikanske stater, som stater ellers, er på mange måter avhengige av å ha et godt omdømme. Dette gjelder både i forholdet til egne borgere ved at statens makt i et økende antall demokratier er avhengig av folkets støtte, og i relasjon til andre stater fordi et godt omdømme er nødvendig for å fremstå som en attraktiv samarbeids- og handelspartner. For mange afrikanske land er det ofte også nødvendig å ha et godt omdømme for å sikre seg bistandsmidler og støtte fra internasjonale hjelpeorganisasjoner.

Et forhold som er særlig egnet til å svekke en stats omdømme er brudd på menneskerettslige forpliktelser. Pliktbrudd er generelt egnet til å skape et dårlig rykte fordi bruddet signaliserer manglende respekt og forståelse for grunnleggende avtalerettslige prinsipper. Brudd på menneskerettslige forpliktelser er i særlig grad egnet til å svekke omdømmet fordi den aktuelle forpliktelsen knytter seg til grunnleggende verdier det er bred enighet om og som gjennom den aktuelle konvensjonen er juridisk bindende. I hvilken grad pliktbruddet er egnet til å svekke statens omdømme beror selvsagt på bruddets alvorsgrad og omfang.<sup>112</sup>

Forutsetningen for at et menneskerettighetsbrudd skal kunne svekke statens omdømme er offentlighet. Afrikanske staters omdømme er som nevnt avhengig av egne borgeres, andre lands og internasjonale hjelpeorganisasjoners oppfatning av staten og dens handlinger. For at disse aktørene skal kunne danne seg en slik oppfatning er det nødvendig med kunnskap, og slik kunnskap er igjen avhengig av

---

<sup>111</sup> I dette avsnittet er det kun hvordan artikkel 14(2)c bringer spørsmålet om tilgang til trygge aborttjenester opp på et menneskerettslig nivå og inn i et system av ansvarliggjøringsmekanismer som behandles. At det finnes forhold som reduserer kontrollmekanismenes effektivitet og dermed artikkel 14(2)c sitt potensial for å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester er et tema som behandles i kapittel 6.4.

<sup>112</sup> Jf. f.eks. Leirvåg et al v. Norway, vedtatt 03.10.2004, CCPR/C/82/D1155/2003 hvor Norge ble klaget inn for FNs menneskerettighetskomite, og hvor komiteen fant at undervisningen i det såkalte KRL-faget var i strid med foreldrenes rett til å bestemme over barnas religiøse og moralske opplæring i tråd med sin egen overbevisning, jf. SP-konvensjonen artikkel 18. Saken fikk ikke store konsekvenser for Norges omdømme, verken internt eller eksternt.

tilgang til informasjon. Fordi offentlighet rundt pliktbrudd er en måte å sikre slik tilgang til informasjon om statens kritikkverdige forhold, er offentlighet en grunnleggende nødvendighet for at et menneskerettighetsbrudd skal kunne svekke en stats omdømme.

#### 5.4.2 AUs kontrollmekanismer

For å sikre offentlighet og ansvarliggjøring på det menneskerettslige nivået etableres det gjerne såkalte kontrollmekanismer som skal overvåke statenes etterlevelse av menneskerettslige forpliktelser. I det afrikanske menneskerettighetssystemet er det særlig Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen, Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen, og Den Afrikanske Domstolen for Rettferd og Menneskerettigheter som er sentrale kontrollorganer.

Kommisjonen har generelt et beskyttelsesmandat i relasjon til Banjulcharteret og dets tilleggsprotokoller.<sup>113</sup> Innenfor dette mandatet er det særlig to ansvarliggjøringsmekanismer som er aktuelle. Den første av disse innebærer at stater, institusjoner, organisasjoner, individer og andre kan sende inn en klage – en ”communication” – dersom det finnes gode grunner til å tro at en medlemsstat har brutt sine menneskerettslige forpliktelser.<sup>114</sup> På grunnlag av klagerens innsendte opplysninger utarbeider kommisjonen en rapport hvor den kan komme med nødvendige anbefalinger til den innklagede stat.<sup>115</sup> Rapporten oversendes også AUs generalforsamling,<sup>116</sup> som avgjør hva som skal skje videre.<sup>117</sup>

Den andre sentrale mekanismen innenfor kommisjonens mandat er statenes forpliktelse til annethvert år å rapportere om rettslige og andre tiltak som er utarbeidet og iverksatt for å implementere rettighetene under Banjulcharteret og dets tilleggsprotokoller.<sup>118</sup> På grunnlag av statenes rapporter gir kommisjonen avsluttende bemerkninger med konkrete anbefalinger til forbedring i det enkelte land.<sup>119</sup>

---

<sup>113</sup> Banjulcharteret (se note 4), artikkel 30 og 45.

<sup>114</sup> Ibid. artikkel 47, 55, 48 og 49.

<sup>115</sup> Ibid. artikkel 52.

<sup>116</sup> Ibid. artikkel 54.

<sup>117</sup> *The Constitutive Act of the African Union* (se note 41), artikkel 9b).

<sup>118</sup> Se Banjulcharteret (se note 4), artikkel 62, samt Maputo-protokollens (se note 1) artikkel 26.

<sup>119</sup> *The African Commission on Human and Peoples' Rights, Rules of Procedure of the African Commission on Human and Peoples' Rights*, vedtatt 02.02-13.02.1988, revidert 02.10-11.10.1995, godkjent 12.05-26.05.2010, regel 77-78.

Menneskerettighetsdomstolens mandat er å avgjøre alle tvister brakt inn for den vedrørende tolkningen og anvendelsen av Banjulcharteret og andre relevante menneskerettighetsdokumenter, herunder Maputoprotokollen.<sup>120</sup> Domstolen kan også komme med rene tolkningsuttalelser.<sup>121</sup> I sin behandling av tvister avsier domstolen endelig dom<sup>122</sup> som partene er forpliktet til å etterleve innen et nærmere angitt tidsrom.<sup>123</sup>

Når Den Afrikanske Domstolen for Rettferd og Menneskerettigheter blir virksom vil denne være den AUs primære rettslige organ.<sup>124</sup> Domstolen vil overta jurisdiksjonen over alle sakstyper og rettslige tvister brakt inn for den som gjelder ethvert rettslig instrument ratifisert av sakens parter, inkludert Banjulcharteret og Maputoprotokollen.<sup>125</sup> Domstolens avgjørelser vil være endelige<sup>126</sup> og rettslig bindende.<sup>127</sup> Statene vil være forpliktet til å etterleve dommen innen den tidsfrist domstolen fastsetter.<sup>128</sup> Skjer ikke dette kan domstolen bringe saken inn for AUs generalforsamling som kan ilegge statene ulike former for sanksjoner.<sup>129</sup>

5.4.3 Artikkel 14(2)c bringer spørsmålet om tilgang til trygge aborttjenester inn i systemet av kontrollmekanismer.

I relasjon til artikkel 14(2)c og dens potensial for å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester, er det av stor betydning at artikkel 14(2)c bringer spørsmålet om aborttjenestetilgang opp på et menneskerettslig nivå, og inn i det systemet av kontrollmekanismer som over er beskrevet.

Ved å bringe spørsmålet om tilgang til trygge aborttjenester inn i systemet av kontrollmekanismer bidrar artikkel 14(2)c til at statene kan holdes ansvarlige for sine

---

<sup>120</sup> Jf. *Protocol on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights* (se note 48), artikkel 3; African Court on Human and Peoples' Rights, *Rules of Court*, 04.2010, tilgjengelig på [http://www.african-court.org/en/images/documents/Court/Interim%20Rules%20of%20Court/Final\\_Rules\\_of\\_Court\\_for\\_Publication\\_after\\_Harmonization\\_-\\_Final\\_English\\_7\\_sept\\_1\\_.pdf](http://www.african-court.org/en/images/documents/Court/Interim%20Rules%20of%20Court/Final_Rules_of_Court_for_Publication_after_Harmonization_-_Final_English_7_sept_1_.pdf), regel 26.

<sup>121</sup> Jf. *Protocol on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights* (se note 48), artikkel 4.

<sup>122</sup> Ibid. artikkel 28(3); *Rules of Court* (se note 120) regel 61(4) og (5).

<sup>123</sup> Jf. *Protocol on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights* (se note 48), artikkel 30.

<sup>124</sup> Jf. *Protocol of the Court of Justice of the African Union* (se note 50), artikkel 2(2).

<sup>125</sup> Ibid. artikkel 19-20.

<sup>126</sup> Ibid. artikkel 35(4).

<sup>127</sup> Ibid. artikkel 37.

<sup>128</sup> Ibid. artikkel 51.

<sup>129</sup> Ibid. artikkel 52.

forpliktelser, og til at det sikres offentlighet rundt eventuelle pliktbrudd. Risikoen for offentlighet rundt eventuelle pliktbrudd medfører at statene får et meget sterkt insentiv til å overholde sine menneskerettslige forpliktelser, og til å sikre tilgang til trygge aborttjenester på de vilkår artikkel 14(2)c oppstiller. På denne måten økes muligheten for at kvinner faktisk får tilgang til trygge aborttjenester. Gjennom å bringe spørsmålet om aborttilgang inn i systemet av kontrollmekanismer, har artikkel 14(2)c etter dette et betydelig potensial til å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester.

## **6 Hvilke forhold kompliserer og reduserer artikkel 14(2)c sitt potensial for å bidra til å sikre tilgang til trygge aborttjenester?**

### 6.1 Innledning

En analyse av et potensial er ufullstendig uten en vurdering av aktuelle kompliserende forhold. Analysen av artikkel 14(2)c sitt potensial for bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester aktualiserer derfor spørsmålet om det finnes forhold rundt bestemmelsen som kompliserer realiseringen av dette potensialet. I det følgende identifiseres og fremheves tre slike kompliserende forhold; at artikkel 14(2)c bare delvis imøtekommer kvinners faktiske behov, at kontrovers og rettslig pluralisme vanskeliggjør effektiv implementering av bestemmelsens standarder, og at kontrollmekanismene knyttet til bestemmelsen generelt er svake.

### 6.2 Artikkel 14(2)c imøtekommer bare delvis kvinners faktiske behov

#### 6.2.1 Kvinners begrunnelse for abort

Den umiddelbare begrunnelse kvinner ofte gir for at de ønsker å abortere er at graviditeten ikke var planlagt eller at den er uønsket.<sup>130</sup> Dette er også tilfellet i afrikanske land der mellom 25 og 55 prosent av alle gifte kvinner i alderen 15-49 år

---

<sup>130</sup> Akinrinola Bankole/Susheela Singh/Taylor Haas, *Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries*, International Family Planning Perspectives, Vol. 24 No. 3, September 1998, s. 117-127 og 152, s.119.



oppgir at de ønsker å utsette det å få barn, og opptil 53 prosent angir at de ikke ønsker flere barn overhodet.<sup>131</sup>

Forskning viser imidlertid at det også finnes underliggende, mer spesifikke begrunnelser for hvorfor abort velges. Slike spesielle grunner inkluderer, men er ikke begrenset til, dårlig råd, manglende støtte fra familie eller partner, alder, at svangerskapet utgjør en helseisiko, og at svangerskapet er et resultat av et seksuelt overgrep.<sup>132</sup>

Selv om det finnes mange underliggende begrunnelser for hvorfor en kvinne ønsker å abortere, er det likevel enkelte grunner som gjør seg gjeldende oftere enn andre. Undersøkelser gjort i 27 land viser at den generelt klart vanligste begrunnelsen for abort er å utsette det å få barn, eller at man helt ønsker å stanse familieførøkelsen.<sup>133</sup> Tall fra Zambia viser at hele 49,6 prosent av alle kvinner som i perioden 1985-1986 tok abort begrunnet dette med et ønske om å utsette det å få barn.<sup>134</sup> I 1993 begrunnet hele 26,9 prosent av alle Benins aborterende kvinner inngrepet med at de ikke ønsket flere barn overhodet.<sup>135</sup>

Også såkalte sosioøkonomiske faktorer er blant de vanligste begrunnelser for abort. I 1996 opplyste 31,4 prosent av alle aborterende kvinner i Nigeria at de avsluttet svangerskapet fordi det ville forstyrre progresjonen i utdannelse eller karriere, og 20 prosent at problemer i forholdet til partneren eller partnerens manglende støtte var den utslagsgivende faktoren. Samtidig oppga 17,1 prosent ung alder eller foreldres eller andres motstand mot svangerskapet som begrunnelse for abortinngrepet.<sup>136</sup>

### 6.2.2 Problemet med artikkel 14(2)c

Artikkel 14(2)c krever at stater skal sikre tilgangen til trygge aborttjenester for kvinner som begrunner sitt ønske om å avslutte svangerskapet med at graviditeten er et resultat av seksuelt overgrep, voldtekt eller incest, eller at svangerskapet medfører fare for eget liv eller helse, eller for fosterets liv. Selv om dette er viktige begrunnelser, og helt klart tilfeller hvor tilgang til trygge aborttjenester bør være en realitet, nevner

---

<sup>131</sup> Ibid. s. 120, table 1.

<sup>132</sup> Se *Sharing Responsibilities (...)* (se note 26), s. 17.

<sup>133</sup> *Reasons Why Women Have Induced Abortions* (se note 130), s. 121, table 2.

<sup>134</sup> Ibid.

<sup>135</sup> Ibid.

<sup>136</sup> Ibid.

likevel ikke oppregningen det som over ble fremhevet som de statistisk vanligste begrunnelsene for abort. Verken ønsket om å utsette det å få barn, ønsket om helt å stanse familieførøkelsen eller sosioøkonomiske grunner er nevnt. Selv om det trolig var nødvendig å begrense rekkevidden av artikkel 14(2)c for å sikre tilstrekkelig politisk oppslutning, medfører den aktuelle begrensningen at bestemmelsen ikke i tilstrekkelig grad imøtekommer kvinners faktiske behov.

For at en rettsregel effektivt skal kunne løse eller bidra til å løse et aktuelt samfunnsspørsmål er det en grunnleggende forutsetning at den (rettsregelen) gjenspeiler den virkelighet den skal virke i. At artikkel 14(2)c bare delvis imøtekommer kvinners faktiske behov medfører derfor at bestemmelsens effektivitet med hensyn til å sikre tilgang til trygge aborttjenester reduseres tilsvarende. Selv om typetilfellene listet i bestemmelsen bare er minimumstilfeller<sup>137</sup> for statenes forpliktelser, er det lite sannsynlig at afrikanske stater vil gå lenger enn bestemmelsens krav da afrikansk abortlovgivning allerede er langt mer restriktiv enn de standarder artikkel 14(2)c oppstiller.<sup>138</sup> At artikkel 14(2)c bare delvis reflekterer kvinners begrunnelser for å ta abort innebærer dermed en betydelig begrensning i dens potensial for å sikre kvinner tilgang til trygge aborttjenester.

## 6.3 Manglende og mangelfull implementering

### 6.3.1 Innledning

Til tross for at majoriteten av afrikanske stater har ratifisert Maputoprotokollen<sup>139</sup> er usikre aborter fremdeles et omfattende helseproblem i Afrika i dag. Det eksisterer altså et betydelig skille mellom ratifikasjon og implementering, mellom teori og praksis.

Det har vært identifisert mange grunner til at implementeringen av internasjonale menneskerettighetsdokumenter, herunder Maputoprotokollen, er manglende eller mangelfull. Typiske faktorer inkluderer ressursmangel og politisk vilje. Selv om dette er faktorer som også gjør seg gjeldende i relasjon til implementeringen av artikkel 14(2)c, er det likevel to andre forhold som i særlig grad kompliserer den

---

<sup>137</sup> Jf. Maputoprotokollens (se note 1) artikkel 31.

<sup>138</sup> Se kap. 5.2.

<sup>139</sup> SOAWR sine nettsider, [http://www.soawr.org/en/auprotocol/article/protocol\\_watch/](http://www.soawr.org/en/auprotocol/article/protocol_watch/), 30.03.2012.

nasjonale gjennomføringen av bestemmelsen. Dette er forhold som for det første knytter seg til bestemmelsens kontrovers, og for det annet til eksistensen av omfattende rettspluralisme i afrikanske nasjonalstater.

### 6.3.2 Kontrovers og motstand

Spørsmål om abort og abortrettigheter har lenge vært et omdiskutert tema både internasjonalt, regionalt og nasjonalt. I Afrika har diskusjonen i hovedsak knyttet seg til henholdsvis religion og tradisjon.

Fordi det i dag er Islam og Kristendommen som er Afrikas mest utbredte religioner, er det også innenfor disse trosretningene at den sterkeste religiøse motstanden mot abort og abortrettigheter har funnet sted. Avgjørende for synet på abort har i begge religioner vært spørsmålet om livets begynnelse. I Islam anses fosteret for å få en sjel etter fjerde svangerskapsmåned, noe som umuliggjør abort etter dette tidspunkt.<sup>140</sup> I Kristendommen er det enkelte menneske skapt av Gud like fra konsepsjonen av, slik at abort generelt er ansett å være mot Guds vilje.

Når det gjelder tradisjonsbaserte argumenter, har ikke disse vært knyttet til legitimiteten av selve abortinngrepet, ettersom abort ikke har vært en fremmed praksis i flere tradisjonelle afrikanske stammesamfunn.<sup>141</sup> Det er i stedet tradisjonelle kjønnsrollemønstre og patriarkalske tankesett<sup>142</sup> som har vært hovedfokus, og hvordan økt aborttilgang i strid med slike "tradisjonelle" verdier fører til økt selvstendighet og frihet for afrikanske kvinner.

Ettersom abortspørsmålet i seg selv har vært et omdiskutert tema også i Afrika, er det ikke overraskende at artikkel 14(2)c har blitt opplevet som svært kontroversiell. Mange av de samme argumenter som har vært fremhevet i abortdebatten generelt har dermed vært anført også i relasjon til bestemmelsen spesielt. I en nyttårstale

---

<sup>140</sup> Synet bygger på skriften Hadith 4:54:430. For en offisiell uttalelse om Islams abortsyn, se The Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life sine nettsider, <http://www.pewforum.org/Abortion/Religious-Groups-Official-Positions-on-Abortion.aspx>, 30.04.2012.

<sup>141</sup> Med videre referanser, se Rebecca J. Cook/Bernard M. Dickens, *Abortion Laws in African Commonwealth Countries*, Journal of African Law Vol. 25, 1981 s. 60-79, s. 67.

<sup>142</sup> For et kritisk blikk på afrikansk kultur og tradisjons betydning for afrikanske kvinners rettigheter, se Manisuli Ssenyonjo, *Culture and the Human Rights of Women in Africa: Between Light and Shadow*, Journal of African Law, Vol. 51 No.1 (2007) s.39-67, særlig s. 50-55.

uttalte lederen for den katolske kirke, Pave Benedict XVI, at artikkel 14(2)c er "...an attempt to trivialize abortion surreptitiously..."<sup>143</sup>

Fordi artikkel 14(2)c er så kontroversiell, finnes det også mye motvilje mot den nasjonale implementeringen av bestemmelsens standarder. Dette er motstand som tross ratifikasjon og løfte om nasjonal gjennomføring kan gjøre seg gjeldende på alle samfunnsmessige nivå. På det politiske nivå kan motstanden føre til manglende politisk vilje, noe som igjen kan resultere i treg lovreform, manglende ressursprioritering og tiltaksplanlegging og dårlig folkeopplysning. På et tjenestetilbydernivå kan motstanden føre til at helsepersonell reserverer seg mot å utføre abort eller nekter å utføre inngrepet av samvittighetsgrunner. Sosialt kan motstanden lede til stigma, fordømmelse og eksklusjon, noe som igjen kan få økonomiske og helsemessige konsekvenser for den enkelte kvinne.

Kontroversen rundt og motstanden mot den nasjonale implementeringen av artikkel 14(2)c bidrar etter dette i stor grad til å komplisere implementeringen av bestemmelsens standarder. Denne vanskeliggjøringen av implementeringsprosessen er i betydelig grad egnet til å redusere betydningen av artikkel 14(2)c for å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester.

### 6.3.3 Rettslig pluralisme<sup>144</sup>

En sentral og generell karakteristikk ved afrikanske rettssystemer er at de er svært varierte, og at samtlige bygger på en eller annen kombinasjon av lovfestet rett, sedvanerett basert på stammetradisjon eller religion, og den såkalte "levende retten" som av sør-afrikanske akademikere defineres som "...law and custom as it is actually understood and applied in contemporary communities..."<sup>145</sup> I mange land er det også vanlig med et såkalt dualistisk eller pluralistisk rettssystem med et sett av sedvanerettslige og religiøse regler, og et parallelt regelsett med generelle og lovfestede regler.

---

<sup>143</sup> Presseuttalelse i forbindelse med nyttårsfeiringen 2007, Vatikanets nettsider, [http://www.vatican.va/holy\\_father/benedict\\_xvi/speeches/2007/january/documents/hf\\_ben-xvi\\_spe\\_20070108\\_diplomatic-corps\\_en.html](http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2007/january/documents/hf_ben-xvi_spe_20070108_diplomatic-corps_en.html), 30.03.2012.

<sup>144</sup> For en nærmere diskusjon av den afrikanske sedvaneretten og kvinners rettigheter i Afrika, se Muna Ndulo, *African Customary Law, Customs and Women's Rights*, Indiana Journal of Global Legal Studies, Vol. 18 No.1 (2011), s.87-120. Se også Fareda Banda, *Women, Law and Human Rights in Southern Africa*, Journal of Southern African Studies, Vol. 32, No. 1, Mars 2006, s.13.27, s.13-16.

<sup>145</sup> Jill Zimmermann, *The Reconstitution of Customary Law in South Africa: Method and Discourse*, Harvard Black Letter Law Journal Vol.17, 197, 212 (2001), s. 213.

Forholdet mellom disse ulike regelsettene er ikke alltid klart. Mens den lovfestede retten i Afrika er nært knyttet til kontinentets koloniale fortid og fokuserer på rettigheter og plikter skapt gjennom lovgivningen, representerer sedvaneretten tradisjoner, normer, og kultur som har utviklet seg i samfunnet over tid. Lovfestet rett har mange steder blitt synonymt med vestlig ideologi og en ovenfra-ned, diktatorisk styringsmåte, mens sedvaneretten oppfattes som mer fellesskapsfokuset.<sup>146</sup> Disse grunnleggende ulikhetene i rettssystemenes regelsett fører til at sedvaneretten og den lovfestede retten ofte er ansett å være i konflikt med hverandre.<sup>147</sup>

I relasjon til implementeringen av artikkel 14(2)c er ikke problemet den afrikanske rettspluralismen som sådan, men at Maputoprotokollen ikke gir tilstrekkelig klare retningslinjer for hvordan implementering skal skje i disse rettssystemene. I protokollens artikkel 26(1) heter det at stater skal sikre implementering gjennom "...legislative and other measures...". Formuleringen gir rett nok klare indikasjoner på at implementering skal skje gjennom den formulerte lovfestede retten (i motsetning til den utviklede sedvaneretten), men utover dette gir Maputoprotokollen ingen veiledning med hensyn til den lovfestede rettens rolle. Protokollen sier for eksempel ingenting om forholdet mellom de ulike regelsettene slik at spørsmålet om den lovfestede retten er lex superior sedvaneretten (og den levende retten) i tilfeller av regelkonflikt, er uavklart. Nettopp fordi Maputoprotokollens uklarheter med hensyn til den afrikanske rettspluralismen fører til uklarheter i forholdet mellom de ulike regelsettene, er rettspluralismen et forhold som i betydelig grad er egnet til å komplisere implementeringsprosessen.

---

<sup>146</sup> Kristin Davis, *The Emperor Is Still Naked: Why the Protocol on the Rights of Women in Africa Leaves Women Exposed to More Discrimination*, *Vanderbilt Journal of Transnational Law* Vol.42, 2009 s.949-992, s. 971.

<sup>147</sup> *Ibid.* s. 970.

## 6.4 Svake kontrollmekanismer<sup>148</sup>

### 6.4.1 Svakheterne

Muligheten for å kunne holde stater ansvarlige for sine menneskerettslige forpliktelser er grunnleggende nødvendig dersom respekten for menneskerettighetene skal sikres. I kapittel 5.4 ble det beskrevet hvordan det afrikanske menneskerettighetssystemet har flere ulike mekanismer for slik ansvarliggjøring. Det som imidlertid er problemet med disse kontrollmekanismene er at de er underutviklede, ineffektive og svake.

En viktig grunn til at det afrikanske systemets kontrollmekanismer må karakteriseres som svake er at antallet saker som behandles av Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen og Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen er svært lavt. I løpet av kommisjonens nesten 25 år lange virketid har den kun behandlet 227 saker, hvorav bare 74 har omhandlet materielle spørsmål.<sup>149</sup> Tilsvarende har domstolen siden 2006 behandlet kun 10 saker der så mye som 8 av dem ble avvist på grunnlag av manglende jurisdiksjon.<sup>150</sup> Til sammenligning har Den Europeiske Menneskerettighetsdomstolen siden 1959 behandlet over 10 000 saker.<sup>151</sup> Ingen av kommisjonens eller domstolens saker har omhandlet retten til helse eller artikkel 14(2)c.

En annen grunn til at det afrikanske systemet er svakt er at avsluttende anbefalinger fra både domstolen og kommisjonen har en tendens til å være vage og lite konkrete. I en sak mellom kommisjonen og Libya vedrørende sistnevntes alvorlige og massive menneskerettighetskrenkelser, konkluderte domstolen enkelt og greit med at Libya "...must immediately refrain from any action that would result in the loss of life or violation of physical integrity of persons..." og "...must report to the Court...on the measures taken to implement this order".<sup>152</sup> Der kommisjonen konstaterer

---

<sup>148</sup> Mer om hvilke grunnkomponenter som må være til stede for at et menneskerettighetssystem skal kunne fungere optimalt i Jack Donnelly, *Universal Human Rights in Theory and Practice*, 2.edt. 2003, s. 151-154.

<sup>149</sup> IHRDA sin nettside, <http://caselaw.ihrda.org/>, 09.05.2012.

<sup>150</sup> For en oversikt over dommene, se Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolens nettside, <http://www.african-court.org/en/index.php/2012-03-04-06-06-00/judgments>, 11.04.2012.

<sup>151</sup> Den Europeiske Menneskerettighetsdomstolens nettsider, <http://www.echr.coe.int/ECHR/EN/Header/The+Court/Introduction/Information+documents/>, 30.04.2012.

<sup>152</sup> The African Court on Human and Peoples' Rights, *Application No. 004/2011: The African Commission on Human and Peoples' Rights v. Great Socialist People's Libyan Arab Jamahiriya*.

menneskerettighetsbrudd og velger å gi avsluttende anbefalinger, oppfordres den aktuelle stat ofte bare til å innrette seg i samsvar med sine menneskerettslige forpliktelser.<sup>153</sup>

En tredje grunn til systemets svakhet knytter seg til statenes rapporteringer til kommisjonen. Systemet lider for det første av betydelig underrapportering; i mars 2012 hadde 10 av Banjulcharterets (som etablerer rapporteringsmekanismen) 53 medlemsstater aldri levert en eneste rapport.<sup>154</sup> Rapportene blir for det andre ikke konsekvent publisert på kommisjonens nettsider<sup>155</sup> slik at den "naming and shaming"-effekten som rapporteringsmekanismen er ment å ha, jf. kapittel 5.4, undergraves. Den inkonsekvente publiseringen av rapportene medfører til sist at uavhengige organisasjoner ikke får tilstrekkelig tilgang til dem, og at slike organisasjoners supplerende "skyggerapportering" vanskeliggjøres.

En siste grunn til at det afrikanske systemet generelt må karakteriseres som svakt er den uklarheten som eksisterer i forholdet mellom domstolen og kommisjonen. Selv om domstolen har jurisdiksjon i saker og tvister som gjelder tolkningen og anvendelsen av Banjulcharteret, Maputoprotokollen og "...any other relevant human rights instrument ratified by the States concerned"<sup>156</sup>, har domstolen også muligheten til å overføre saker til kommisjonen.<sup>157</sup> Videre skal domstolens "Rules of Procedure" angi regler for domstolens saksbehandling "...bearing in mind the complementarity between the Commission and the Court."<sup>158</sup> De to mekanismene synes etter dette å konkurrere med hverandre i et system uten klare hierarkiske skillelinjer. For et individ eller en institusjon som ønsker å sende inn en klage mot en stat er det dermed uklart

---

<sup>153</sup> Se for eksempel Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonens *Communication No. 27/89, 46/91, 49/91, 99/93: Organisation Mondiale Contre La Torture and Association Internationale des Juristes Democrates, Commission Internationale des Juristes (C.I.J), Union Interafricaine des Droits de l'Homme v. Rwanda*, eller *Communication No. 227/99: Democratic Republic of Congo v. Burundi, Rwanda and Uganda*. I sistnevnte ble det også konkludert med brudd på Banjulcharterets artikkel 16 om retten til helse. Begge sakene er tilgjengelige på kommisjonens nettsider, <http://www.achpr.org/communications/>, 29.05.2012.

<sup>154</sup> For en liste over og tilgang til statsrapporter og kommisjonens kommentarer, se Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonens nettsider, <http://www.achpr.org/states/reports-and-concluding-observations/>, 29.05.2012.

<sup>155</sup> Ibid.

<sup>156</sup> *Protocol on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights* (se note 48), artikkel 3.

<sup>157</sup> Ibid. artikkel 6(3).

<sup>158</sup> Ibid. artikkel 8.

hvilken av mekanismene som skal og bør velges fordi sannsynligheten for overlapping, dobbeltbehandling og motstridende avgjørelser er stor.

#### 6.4.2 Svakheterens betydning

Konsekvensen av at det afrikanske menneskerettssystemets kontrollmekanismer er svake, er at også statenes insentiv til å overholde sine menneskerettslige forpliktelser svekkes. Mens betydelig underrapportering og manglende publisering gjør at kritikkverdige forhold ikke kommer frem i offentligheten, fører vage konklusjoner og anbefalinger til at den aktuelle stat har få håndfaste retningslinjer å forholde seg til når nye tiltak skal utarbeides og iverksettes. Alt dette er forhold som fører til at ansvarliggjøringen av statene, og dermed deres insentiv til å overholde sine forpliktelser i betydelig grad reduseres.

I relasjon til artikkel 14(2)c medfører dette at statene i mindre grad får en oppfordring til å sikre tilgangen til trygge aborttjenester på de vilkår som bestemmelsen oppstiller. Den delen av artikkel 14(2)c sitt potensial som ble beskrevet i kapittel 5.4 og som knytter seg til hvordan bestemmelsen bringer abortspørsmålet inn i et system av kontrollmekanismer, reduseres dermed tilsvarende. At systemets svake kontrollmekanismer fører til en reduksjon av statenes insentiv for å implementere standardene i artikkel 14(2)c, utgjør etter dette et forhold som i betydelig grad kompliserer realiseringen av potensialet i artikkel 14(2)c.

## 7 AVSLUTNING

Å sikre kvinner tilgang til trygge aborttjenester er avgjørende for å redusere forekomsten og konsekvensene av usikre aborter og for å bedre kvinners helse. Da Den Afrikanske Union vedtok Maputoprotokollen og dens artikkel 14(2)c i 2003, markerte dette første gang tilgang til trygge aborttjenester eksplisitt ble adressert i et rettslig forpliktende menneskerettighetsinstrument. Artikkel 14(2)c ble derfor hyllet av kvinnerettighetsforkjempere og andre som et betydelig skritt på veien mot å sikre kvinners rettigheter.



Artikkel 14(2)c har et betydelig potensial til å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester. Dersom bestemmelsen overholdes og implementeres effektivt av afrikanske stater, kan bestemmelsen lede til rettslig liberalisering i en rekke land, og den kan føre til realisering av tjenestetilgang. Bestemmelsen har også potensial ved at den løfter spørsmålet om tilgang til trygge aborttjenester opp på et menneskerettslig nivå, og inn i et system av kontroll- og ansvarliggjøringsmekanismer som skaper et særlig sterkt insentiv for stater til å overholde sine menneskerettslige forpliktelser, og til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester.

Selv om artikkel 14(2)c har potensial for å bidra til å sikre tilgang til trygge aborttjenester, eksisterer det også særlige utfordringer som kompliserer realiseringen av dette potensialet. Slike utfordringer inkluderer blant annet at bestemmelsen bare delvis imøtekommer kvinners faktiske behov, at kontrovers og rettspluralisme vanskeliggjør den nasjonale implementeringsprosessen, og det forhold at det afrikanske menneskerettighetssystemets kontrollmekanismer er svake og ineffektive.

For å overkomme disse utfordringene, og for å utnytte artikkel 14(2)c sitt potensial i størst mulig grad, er det nødvendig med aktiv innsats fra flere ulike aktører. Statene må først og fremst ta sine menneskerettslige forpliktelser alvorlig, og ta aktive skritt for å implementere artikkel 14(2)c på en mest mulig formålstjenlig måte. Videre må Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen og Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen gi klarere tilbakemeldinger og anbefalinger til statene vedrørende deres etterlevelse av sine forpliktelser, samt gi konkrete tolkningsuttalelser i tilknytning til relevante rettslige instrumenter, særlig Banjulcharteret og Maputoprotokollen. Også AUs Generalforsamling kan øke sin aktivitet ved å legge press på stater gjennom økt sanksjonsbruk.

Ved siden av AUs organer og statene selv, kan ikke-statlige organisasjoner spille en særlig viktig rolle for å overkomme og avhjelpe utfordringene knyttet til artikkel 14(2)c. Da Maputoprotokollen ble vedtatt i 2003 var jo dette et resultat av omfattende aktivitet fra ikke-statlige organisasjoner. I motsetning til AU og statene er slike organisasjoner spesialiserte på ulike fagområder, og kan derfor bidra med verdifull spesialkompetanse til statenes implementeringsprosess. Ikke-statlige organisasjoner har dessuten evnen til å mobilisere borgere fra et grasrotnivå, og kan derfor bidra til at

endring ikke bare skjer "ovenfra og ned" (som er tilfelle ved implementering fra AU og statene selv), men også "nedenfra og opp".

Det er vanskelig å besvare spørsmålet om i hvilken grad artikkel 14(2)c har potensial til å bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester. På den ene siden har bestemmelsen stort rettslig potensial, men på den andre siden kompliseres realiseringen av dette gjennom eksistensen av rettslige og strukturelle utfordringer. Avgjørende for at artikkel 14(2)c skal kunne bidra til å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester er at bestemmelsen utnyttes av ulike aktører. Særlig ikke-statlige organisasjoner kan her spille en viktig rolle. Uavhengig av dette er likevel artikkel 14(2)c i dag den eneste internasjonale, rettslig forpliktende menneskerettighetsbestemmelsen som eksplisitt forplikter stater til å sikre tilgang til trygg aborttjenester. Bestemmelsen etablerer på denne måten et viktig fundament som senere instrumenter og praksis kan bygge videre på, og artikkel 14(2)c må av denne grunn sies å være et betydelig skritt på veien mot å sikre afrikanske kvinner tilgang til trygge aborttjenester, og mot å fri afrikanske land fra den helsemessige byrden som usikre aborter i dag utgjør.

## 8 Litteraturliste

### 8.1 Juridiske instrumenter ("hard law")

*The African Charter on Human and Peoples' Rights*, vedtatt av Organisasjonen for Afrikansk Enhet (OAU) 27.06.1981, trådte i kraft 21.10.1986.

*The Constitutive Act of the African Union*, vedtatt av AUs Generalforsamling i Lomé, Togo 11.07.2000, trådte i kraft 26.05.2001.

*The Constitution of the World Health Organization*, vedtatt på den Internasjonale Helsekonferansen avholdt i New York fra 19.06-22.07.1946, trådte i kraft 07.04.1948, tilgjengelig på <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.

*The International Convention on Economic, Social and Cultural Rights*, vedtatt av FNs Generalforsamling 16.12.1966, trådte i kraft 03.01.1976.

*The International Covenant on Civil and Political Rights*, vedtatt av FNs Generalforsamling 16.12.1966, trådte i kraft 23.03.1976.

*The International Covenant on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, vedtatt av FNs Generalforsamling 18.12.1979, trådte i kraft 03.09.1981.

*The Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* [heretter Limburgprinsippene], UN Doc. E/CN.4/1987/17.

*The OAU Charter*, vedtatt i Addis Ababa, Etiopia, 25.05.1963.

*The Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Establishment of an African Court on Human and Peoples' Rights*, vedtatt av OAUs Generalforsamling i Ouagadougou, Burkina Faso, 08.06-10.06.1998, trådte i kraft 25.01.2004.

*The Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women of Africa*, vedtatt av den Afrikanske Unions Generalforsamling på dens andre ordinære samling i Maputo, Mosambik, 11.07.2003, trådte i kraft 25.11.2005.

*The Protocol of the Court of Justice of the African Union*, vedtatt av AUs Generalforsamling i Maputo, Mosambik 11.07.2003.

*The Protocol on the Statute of the African Court of Justice and Human Rights*, vedtatt av AUs Generalforsamling i Sharm El Sheikh, Egypt, 01.07.2008.

*The Rules of Court*, vedtatt av African Court on Human and Peoples' Rights 04.2010, tilgjengelige på [http://www.african-court.org/en/images/documents/Court/Interim%20Rules%20of%20Court/Final\\_Rules\\_of\\_Court\\_for\\_Publication\\_after\\_Harmonization\\_-\\_Final\\_English\\_7\\_sept\\_1\\_.pdf](http://www.african-court.org/en/images/documents/Court/Interim%20Rules%20of%20Court/Final_Rules_of_Court_for_Publication_after_Harmonization_-_Final_English_7_sept_1_.pdf).

*The Rules of Procedure of the African Commission on Human and Peoples' Rights*, vedtatt av The African Commission on Human and Peoples' Rights 02.02-13.02.1988, revidert 02.10-11.10.1995, godkjent 12.05-26.05.2010.

*The Southern African Development Community Protocol on Gender and Development*, vedtatt av SADCs Generalforsamling i Johannesburg, Sør Afrika 17.08.2008, trådte i kraft 08.2008.

*The Statute of the International Court of Justice*, vedtatt av FNs Generalforsamling 18.04.1946.

The Termination of Pregnancy Act of 1972, Cap 304, 17 Laws of the Republic of Zambia (1996) §3(1).

*The Vienna Convention on the Law of Treaties*, vedtatt av i FNs Generalforsamling i Wien, Østerrike 23.05.1969, trådte i kraft 27.01.1980.

## 8.2 Erklæringer og tolkningsuttalelser ("soft law")

The Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, *General Recommendation No. 24 – Women and Health (Article 12)*, vedtatt 1999, UN Doc. A/54/38/Rev.1, chapter 1.

The Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14 – The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, vedtatt 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4.

*The Final Act of the International Conference on Human Rights*, Teheran, 22.04-13.05.1968, U.N. Doc. A/CONF. 32/41.

*The Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 04.09-15.09.1995*, UN Doc. A/CONF.177/20/Rev.1.

*The Report of the International Conference on Population and Development in Cairo 05.09-13.09.1994*, UN Doc. A/CONF.171/13/rev.1.

*The Universal Declaration of Human Rights*, vedtatt av FNs Generalforsamling 19.12.1948

*The United Nations Millennium Declaration*, vedtatt 2000, UN Doc. A/RES/55/2.

*The World Population Plan of Action*, vedtatt på FNs Befolkningskonferanse i Bucharest, Romania, 19.08-30.08.1974, tilgjengelig på <http://www.un.org/popin/icpd/conference/bkg/wppa.html>.

### 8.3 Praksis

#### 8.3.1 Fra FN-organer

Menneskerettighetskomiteens Kl v. Peru (1153/2003), UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003.

Menneskerettighetskomiteens Leirvåg et al v. Norway, UN Doc. CCPR/C/82/D1155/2003

#### 8.3.2 Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonen

Communication No. 27/89, 46/91, 49/91, 99/93: Organisation Mondiale Contre La Torture and Association Internationale des Juristes Democrates, Commission Internationale des Juristes (C.I.J), Union Interafricaine des Droits de l'Homme v. Rwanda,

Communication No. 227/99: Democratic Republic of Congo v. Burundi, Rwanda and Uganda.

Communication No. 241/2001: Purohit and Moore v. The Gambia, para 84.

Communication No. 155/96: The Social & Economic Rights Action Centre (SERAC) v. Nigeria.

#### 8.3.3 Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolen

Application No. 004/2011: The African Commission on Human and Peoples' Rights v. Great Socialist People's Libyan Arab Jamahiriya.

### 8.4 Rettslig teori

Charles G. Ngwena, *Inscribing Abortion as a Human Right: Significance of the Protocol on the Rights of Women in Africa*, Human Rights Quarterly, Vol.32 (2010), s.783-864.

Charles G. Ngwena, *Protocol to the African Charter on the Rights of Women: Implications for Access to Abortion at the Regional Level*, International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol.110, (2010), s.163-166.

Charlotte Hord/Merrill Wolf, *Breaking the Cycle of Unsafe Abortion in Africa*, African Journal of Reproductive Health, Vol. 8, No. 1 (Apr., 2004), s.29-36.

David A Grimes/Janie Benson/Susheela Singh/Mariana Romero/Bela Ganatra/Friday E Okonofua/Iqbal H Shah, *Unsafe abortion: the preventable pandemic*, WHO Journal Paper, tilgjengelig på [http://www.live.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_4.pdf](http://www.live.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_4.pdf)

Fareda Banda, *Project on a Mechanism to Address Laws That Discriminate Against Women*, på anmodning fra Office of the High Commissioner for Human Rights – Women's Rights and Gender Unit, 06.03.2008, tilgjengelig på [http://www.ohchr.org/Documents/Publications/laws\\_that\\_discriminate\\_against\\_women.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/laws_that_discriminate_against_women.pdf).

Fareda Banda, *Women, Law and Human Rights in Southern Africa*, Journal of Southern African Studies, Vol. 32, No. 1, Mars 2006, s.13-27.

Jack Donnely, *Universal Human Rights in Theory and Practice*, 2. Edt. 2003.

Jill Zimmermann, *The Reconstitution of Customary Law in South Africa: Method and Discourse*, Harvard Black Letter Law Journal Vol.17, 197, s.212flg (2001).

Karel Vasak, *A 30 Year Struggle. The Sustained Efforts to Give Force of Law to the Universal Declaration of Human Rights*, UNESCO Courier, Vol. 30., November 1977.

Kristin Davis, *The Emperor Is Still Naked: Why the Protocol on the Rights of Women in Africa Leaves Women Exposed to More Discrimination*, Vanderbilt Journal of Transnational Law Vol.42, 2009 s.949-992.

Manisuli Ssenyonjo, *Culture and the Human Rights of Women in Africa: Between Light and Shadow*, Journal of African Law, Vol. 51 No.1 (2007) s.39-67.

Muna Ndulo, *African Customary Law, Customs and Women's Rights*, Indiana Journal of Global Legal Studies, Vol. 18 No.1 (2011), s.87-120.

Rebecca J. Cook/Bernard M. Dickens, *Abortion Laws in African Commonwealth Countries*, Journal of African Law Vol. 25, 1981 s.60-79.

#### 8.5 Rapporter og forskningsmateriale

Akinrinola Bankole/Susheela Singh/Taylor Haas, *Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries*, International Family Planning Perspectives, Vol. 24 No. 3, September 1998, s.117-127 & 152.

Barbara B. Crane/Charlotte E. Hold Smith, *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 report "Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals", februar 2006.

Centre for Reproductive Rights, *Fact sheet: The World's Abortion Laws*, September 2009, tilgjengelig på [http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub\\_fac\\_abortionlaws2009\\_WEB.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_fac_abortionlaws2009_WEB.pdf).

Charlotte Hord/Henry P. David/France Donnay/Merrill Wolf, *Reproductive Health in Romania: Reversing the Ceausescu Legacy*, Studies in Family Planning, Vol. 22 No. 4 (1991), s.231-240.

Deirdre Wulf, *Sharing Responsibilities: Women, Society and Abortion Worldwide*, Guttmacher Institute, New York, 1999.



Guttmacher Institute, *Facts on Abortion in Africa*, Fact Sheet, januar 2012.

Guttmacher Institute, *In Brief: Facts on Induced Abortion Worldwide*, januar 2012.

Karen Stefiszyn, *A Brief Overview of Recent Developments in Sexual Offences Legislation in Southern Africa*, UN Doc. EGM/GPLVAW/2008/EP.04.

Mary Wandia, *Rights of Women in Africa: Launch of a Petition to the African Union*, Pambazuka News No.162, 24.06.2004, republiseret av Firoze Manji (edt.)/Patrick Burnett (edt.), *Editorials from Pambazuka News 2004*, Tanzania, 2004.

Maternal Health and Safe Motherhood Programme, *The Prevention and Management of Unsafe Abortion, Report of a Technical Working Group in Geneva 12-15 april 1992*, WHO/MSM/92.5, World Health Organisation 1993.

Merrill Wolf for Marie Stopes International (MSI) and Ipas, *For Women's Lives and Health: Report of the Global Safe Abortion Conference Whose right? Whose choice? Who cares? 23-24 October, 2007*, 2009.

Sneha Barot, *Unsafe Abortion: The Missing Link in Global Efforts to Improve Maternal Health*, Guttmacher Policy Review, Vol. 14, No. 2, 2011.

Susheela Singh/Deirdre Wulf/Rubina Hussain/Akinrinola Bankole/Gilda Sedgh, *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, Guttmacher Institute, 2009.

Vlassoff M./Singh S./Darroch J./Carbone E./Bernstein S., *Assessing Costs and Benefits of Sexual and Reproductive Health Interventions*, Occasional report No. 11, the Alan Guttmacher Institute New York, 2004.

WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6. utgave, 2011.

## 8.6 Internettsider

Den Afrikanske Menneskerettighetsdomstolens nettside, <http://www.african-court.org/en/index.php/2012-03-04-06-06-00/judgments>, 11.04.2012.

Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonens nettsider, <http://www.achpr.org/states/reports-and-concluding-observations/>, 29.05.2012.

Den Afrikanske Menneskerettighetskommisjonens nettsider, <http://www.achpr.org/communications/>, 29.05.2012.

Den Afrikanske Unions nettsider, [http://www.au.int/en/member\\_states/countryprofiles](http://www.au.int/en/member_states/countryprofiles), 19.03.2012.

Den Europeiske Menneskerettighetsdomstolens nettsider, <http://www.echr.coe.int/ECHR/EN/Header/The+Court/Introduction/Information+documents/>, 30.04.2012.

IHRDA sin nettside, <http://caselaw.ihrda.org/>, 09.05.2012.

Nettdoktoren sine nettsider, [http://www.nettdoktor.no/medisinsk\\_ordbok/o.php](http://www.nettdoktor.no/medisinsk_ordbok/o.php), 04.05.2012.

The Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life sine nettsider, <http://www.pewforum.org/Abortion/Religious-Groups-Official-Positions-on-Abortion.aspx>, 30.04.2012.

SOAWR sine nettsider, [http://www.soawr.org/en/auprotocol/article/protocol\\_watch/](http://www.soawr.org/en/auprotocol/article/protocol_watch/), 30.03.2012.

## 8.7 Presseuttalelser

Amnesty International, *Amnesty International Defends Access to Abortion for Women at Risk*, Amnesty International press release, 14.06.2007, tilgjengelig på <http://www.amnesty.org/en/library/asset/pol30/012/2007/en/c917eede-d386-11dd-a329-2f46302a8cc6/pol300122007en.pdf>

Amnesty International, *African Union: Adoption of the Protocol on the Rights of Women – Positive Steps Toward Combating Discrimination and Violence Against Women*, Amnesty International Press Release, 21.07.2003, tilgjengelig på <http://www.amnesty.ca/stoptheviolence/news/view.php?load=arcview&article=995&c=Women%20News>

Presseuttalelse i forbindelse med nyttårsfeiringen 2007, Vatikanets nettsider, [http://www.vatican.va/holy\\_father/benedict\\_xvi/speeches/2007/january/documents/hf\\_ben-xvi\\_spe\\_20070108\\_diplomatic-corps\\_en.html](http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2007/january/documents/hf_ben-xvi_spe_20070108_diplomatic-corps_en.html), 30.03.2012.

## 9 Tilleggs litteraturliste

Alice Armstrong, *Traditionalism and access to health care: Law relevant to women's health in Swaziland*, i *Women and Law in Southern Africa*, 1987, s. 221-237.

Anthony Kuria Njoroge for No Peace Without Justice, *The Protocol on the Rights of Women in Africa to the African Charter on Human and People's Rights (The Maputo Protocol)*, presentert på den andre tematiske samlingen på den sub-regionale konferansen om kjønnslemlestelse, "Towards a political and religious consensus against FGM", holdt i Djibouti 02.02-03.02.2005, tilgjengelig på <http://www.npwj.org/FGM/Other-Papers-presented-Conference.html>

Boniface A. Oye-Adeniran/Auguste V. Umoh/Steve N. N. Nnatu, *Complications of Unsafe Abortion: A Case Study of the Need for Abortion Law Reform in Nigeria*, *Reproductive Health Matters*, Vol. 10, No. 19 Abortion: Women Decide, mai 2002, s. 18-21.

Brigit Toebes, *Towards an Improved Understanding of the International Human Rights to Health*, *Human Rights Quarterly* Vol. 21, No. 3, 1999, s.661-679.

Center for Reproductive Rights, *Abortion Worldwide: Seventeen Years of Reform*, Briefing Paper, oktober 2011, tilgjengelig på [http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub\\_bp\\_17\\_years.pdf](http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bp_17_years.pdf)

Center For Reproductive Rights, *The Protocol on the Rights on Women in Africa: An Instrument in Advancing Reproductive and Sexual Rights*, Briefing Paper, 2006,

tilgjengelig på <http://reproductiverights.org/en/document/the-protocol-on-the-rights-of-women-in-africa-an-instrument-for-advancing-reproductive-and->.

Christina Zampas/Jamie M. Gher, *Abortion as a Human Right – International and Regional Standards*, *Human Rights Law Review*, Vol. 8, No. 2, 2008, s. 249-294.

Eunice Brookman-Amissah/Josephine Banda Moyo, *Abortion Law Reform in Sub-Saharan Africa: No Turning Back*, *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, No. 24 Supplement: Abortion Law, Policy and Practice in Transition, november 2004, s.227-234.

Fareda Banda, *Blazing the Trail: The African Protocol on Women's Rights Comes Into Force*, *Journal of African Law*, Vol. 50, No. 1, 2006, s. 72-84.

Fred Sai, *International Commitments and Guidance on Unsafe Abortion*, *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 8, No. 1, april 2004, s. 15-28.

Gunnar Kvåle/Henriette Sindig Aasen, *Svangerskapsomsorg – en menneskerett også for fattige kvinner*, *Nordisk Tidsskrift for Menneskerettigheter*, Vol. 24, No. 4, 2006, s. 291-300.

Ian Chikanza/Webster Chinamora, *Abortion in Zimbabwe: A medio-legal problem*, i *Women and Law in Southern Africa*, 1987, s. 237-255.

Jørgen Aall, *Rettsstat og Menneskerettigheter – en innføring i vernet om individets sivile og politiske rettigheter etter den norske forfatning og etter den europeiske menneskerettighetskonvensjon*, 2.opplag 2008, kapittel 2-4, og 9.

Kaniye S. A. Ebeku, *A New Hope for African Women: Overviwe of Africa's Protocol on Women's Rights*, *Nordic Journal of African Studies*, Vol. 13, No. 3, 2004, s. 264-274.

Leila Hessini, *Global Progress in Abortion Advocacy and Policy: An Assessment of the Decade since ICPD*, *Reproductive Health Matters*, Vol. 13, No. 25 Implementing ICPD: What's Happening in Countries: Maternal Health and Family Planning, mai 2005, s. 88-100.

Liesl Gertholtz/Andrew Gibs/Samantha Willan, *The African Women's Protocol: Bringing Attention to Reproductive Rights and MDGs*, Public Library of Science (PLoS) Medicine Policy Forum, Vol. 8, No. 4, april 2004, tilgjengelig på <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000429>.

Manisuli Ssenyonjo, *Culture and the Human Rights of Women in Africa: Between Light and Shadow*, *Journal of African Law*, Vol. 51, No. 1, 2007, s. 39-67.

Margie Berer, *National Laws and Unsafe Abortion: The Parameters of Change*, *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, No. 24 Supplement: Abortion Law, Policy and Practice in Transition, november 2004, s. 1-8.

Martin Semalulu Nsibirwa, *A Brief Analysis of the Draft Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women*, *African Human Rights Law Journal*, Vol. 1 2001 s.40-63.

Massan d'Almeida, *African Women Push for the Ratification and Implementation of the Maputo Protocol*, artikkel tilgjengelig på The Association for Women's Rights in Development (AWID) sine nettsider, <http://awid.org/News-Analysis/Friday-Files/African-Women-s-Organizing-for-the-Ratification-and-Implementation-of-the-Maputo-Protocol>.

Meaza Ashenafi, *Advocacy for Legal Reform for Safe Abortion*, *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 8, No. 1, april 2004, s. 79-84.

Morten Ruud/Geil Ulfstein, *Innføring i Folkerett*, 3.utgave 2006, kapittel 4, 6, 12, og 13.

Norad sine nettsider, <http://www.norad.no/no/tema/helse/srhr/trygg-abort>, 07.05.2012.

Norad sine nettsider, <http://www.norad.no/no/tema/helse/srhr/>, 07.05.2012.

Rebecca J. Cook/Bernard M. Dickens, *Human Rights Dynamics of Abortion Law Reform*, *Human Rights Quarterly*, Vol. 25, No. 1, februar 2003, s. 1-59.

Rebecca J. Cook/Charles G. Ngwena, *Women's Access to Health Care: The Legal Framework*, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 94, 2006, s. 216-225.

Reed Boland/Laura Katzive, *Developments in Laws on Induced Abortion: 1998-2007*, *International Family Planning Perspectives*, Vol. 34, No. 3, september 2008, s.110-120

Rose Gawayia/Rosemary Semafumu Mukasa, *The African Women's Protocol: A New Dimension for Women's Rights in Africa*, *Gender and Development*, Vol. 13, No.3 Advocacy, november 2005, s.42-50.

Rosemary Semafumu Mukasa, *Monitoring the Implementation of Women's Human Rights Instruments – The Case of Africa Gender Monitor*, Oxfam Programme Insights, 1. Februar 2008, tilgjengelig på <http://policy->

*practice.oxfam.org.uk/publications/monitoring-the-implementation-of-womens-human-rights-instruments-the-case-of-th-120553.*

Rosemary Semafumu Mukasa, *Policy Research on the Africa Women's Protocol*, Oxfam Programme Insights, 1. Februar 2008, tilgjengelig på <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/policy-research-on-the-africa-womens-protocol-120555>.

Solidarity for African Womens' Rights/African Union Women, Directorate of Women, Gender and Development, *Breathing Life Into the Africa Union Protocol on Women's Rights in Africa*, 2006, tilgjengelig på <http://www.oozebap.org/dones/biblio/fahamu-soawr.pdf>.

Susan A. Cohen, *Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide*, Guttmacher Policy Review, Vol. 12, No. 4, høsten 2009.

Tamara Braam/Leila Hessini, *The Power Dynamics Perpetuating Unsafe Abortion in Africa: A Feminist Perspective*, African Journal of Reproductive Health, Vol. 8, No. 1, april 2004, s. 43-51.

## **10 Appendix A: Maputoprotokollens artikkel 14**

"States Parties shall ensure that the right to health of women, including sexual and reproductive health is respected and promoted. This includes:

a) the right to control their fertility;



- b) the right to decide whether to have children, the number of children and the spacing of children;
- c) the right to choose any method of contraception;
- d) the right to self-protection and to be protected against sexually transmitted infections, including HIV/AIDS;
- e) the right to be informed on one's health status and on the health status of one's partner, particularly if affected with sexually transmitted infections, including HIV/AIDS, in accordance with internationally recognised standards and best practices;
- g) the right to have family planning education.

States Parties shall take all appropriate measures to:

- a) provide adequate, affordable and accessible health services, including information, education and communication programmes to women especially those in rural areas;
- b) establish and strengthen existing pre-natal, delivery and post-natal health and nutritional services for women during pregnancy and while they are breast-feeding;
- c) protect the reproductive rights of women by authorizing medical abortion in cases of sexual assault, rape, incest, and where the continued pregnancy endangers the mental and physical health of the mother or the life of the mother or the foetus.”