

# Abortsituasjonen i verden

*Michael 2023; 20: 478–489*

*Knappt noe tema er så politisk betent rundt om i verden som svangerskapsavbrudd. Samtidig vokser kunnskapen om at abort mange steder er farlig, at det er stor grad av urettferdighet i hvem som må ty til farlige aborter, hvem som skades og dør av dem, og hvem som straffes for å ta abort. Menneskerettigheter, inklusive retten til liv, brukes i økende grad i arbeidet for liberalisering av abortlovgivning. Kombinasjonen av tilgang til abortmedikamenter og en generell liberalisering av abortlovgivning er trolig viktige grunner til at dødelighet og sykkelighet fra abort etter all sannsynlighet er synkende.*

Det vakte stor oppmerksomhet da Høyesterett i USA i juni 2022 avsa en dom som kan føre til en betydelig innstramning av abortrettighetene for amerikanske kvinner. Det som fikk mindre oppmerksomhet, var at USA ved dette ble ett av bare fire land i verden som i årene 1998–2022 har innskrenket retten til abort. Kun El Salvador, Nicaragua og Polen har gjort det samme, mens mer enn 60 land har utvidet gravides rettigheter til å avbryte en graviditet (1).

Liberalisering av lovene har, sammen med økt bruk av medikamentell abort, trolig bidratt til at sykkelighet og dødelighet er redusert (2). Men fortsatt er det store problemer. Noen titusener dør årlig og flere millioner behandles for skader av utrygge aborter, mange av dem blir skadet for livet. Motstanden mot liberalisering av lover støttes av mektige politiske, religiøse og økonomiske krefter (ramme 1) (3, 4).

Farlige aborter er i all hovedsak et problem i fattige land. De aller farligste, dvs. der det brukes særlig risikable metoder og med lite kyndig hjelp, skjer i deler av Afrika. Her er gjerne helsetjenesten spesielt svak, med dårlige muligheter for adekvat behandling av komplikasjoner. Dødeligheten fra abort er derfor høyest i Afrika.

### Ramme 1. Fakta om abort (3, 4)

- Antall kvinner som ønsker å bruke prevensjon, men ikke får det: 257 millioner
- Antall uintenderte, påbegynte graviditeter i verden årlig: 121 millioner
- Andel av påbegynte graviditeter som er uintenderte: Nesten halvparten
- Antall svangerskapsavbrudd i verden årlig: ca. 73 millioner
- Prosentdel uintenderte graviditeter som avbrytes: 61
- Prosentdel aborter i verden som vurderes som usikre: 45
- Prosentdel usikre aborter i fattige land: 97
- Prosentdel aborter som er de aller farligste: 15
- Prosentdel av aborter i Øst-Afrika, Vest-Afrika og sentrale deler av Afrika som er aller farligst: 45–70
- Antall dødsfall årlig: mellom 13 865 og 38 940
- Antall som for behandling for komplikasjoner etter farlige aborter årlig: 7 millioner

### Enorme sosiale ulikheter

I min ungdomstid, før lovlig abort ble lett tilgjengelig i offentlige sykehus i Norge, var det en godt kjent hemmelighet at man ved en bestemt klinikk i Oslo kunne få utført abort mot betaling. På tilsvarende vis er det fortsatt i restriktive land et privat marked for trygg, ulovlig abort for dem som kan betale. De som har midler og mulighet kan også reise utenlands. Økende bruk av medikamentell abort er et stort gode, men det krever at en har tilgang til informasjon og mulighet til å kjøpe legemidler av god kvalitet på et apotek eller å kunne motta medikamenter per post.

De som likevel må ty til farlige aborter er de mest sårbare, slik som de fattigste, de med minst utdanning, uten internettilgang, unge, urfolk, personer på flukt og andre marginaliserte. Der kvinner straffes for å ha tatt abort eller å ha forsøkt det, er det også de mest sårbare det går ut over. De blir ofte angitt av noen som ikke vil dem vel, og er uten sosial støtte. Ofte har de ikke råd til skikkelige forsvarere i retts sakene. Rettsskandalene fra El

Salvador er mest kjent, der også kvinner som har spontanabortert eller hatt dødfødsler har fått lange fengselsstraffer (5).

### Abortlovgivning i verden

Det er ikke helt enkelt å sammenlikne situasjonene i ulike land. I tillegg til lover som spesifikt regulerer abort, fins det annen lovgivning som er viktig, slik som generell helselovgivning og nødrettslover. Rettssaker kan vise at domstoler tolker lover annerledes enn de generelt oppfattes, og derfor setter normer. Ulike kilder gir derfor noe forskjellige opplysninger av hva som er tillatt. Men det er klart at abortlovgivningen i verden er ekstremt sprikende.

På den ene ytterlighet er land der abort er totalforbudt, altså der det ikke engang er lovlig for å redde den gravides liv. I slike tilfeller vil naturligvis også fosteret dø. Per august 2023 regnes El Salvador, Nicaragua, Den dominikanske republikk og Laos, noen land i Afrika pluss Malta og lilleputtstaten Andorra i Europa blant disse. I en del land tillates kun abort når det er nødvendig for å redde den gravides liv. Videre på skalaen er de som tillater inngrepet for å redde den gravides helse, deretter når det tillates på sosio-økonomiske kår, og så ved selvbestemmelse. Rett til abort ved skadet foster og ved graviditet etter voldtekt og incest har ulike utforminger i ulike land.

Canada er et interessant eksempel. Der anses abort lovmessig som ethvert annet medisinsk inngrep, etter at Høyesterett i 1988 i en rettsak mot gynekologen Henry Morgentaler (1923–2013) avgjorde at det var imot *Canadian Charter of Rights and Freedoms* å kunne straffes for å ta abort (6).

*Center for Reproductive Rights* har en god pedagogisk framstilling av det uklare bildet av verdens abortlover, samt en modell som viser at det over tid har vært dramatiske endringer med en sterk tendens til liberalisering, og det jobbes aktivt i mange land for ytterligere liberalisering (1).

### Hvor kommer restriktive abortlover fra?

Restriktive abortlover finnes særlig i land som tidligere har vært kolonier, som etterlatenskapere etter tidligere kolonimakter. Noen tidligere britiske kolonier, som Bangladesh og Tanzania, har fortsatt den britiske loven fra 1861, *Offences against the Person Act*, mens flere tidligere franske kolonier har beholdt paragraf 317 i den napoleonske straffeloven fra 1810 (7).

Jeg har deltatt i mange globale diskusjoner om abort i FN-regi. Representanter for land med restriktive lover argumenterer ofte med at å anbefale liberalisering er en form for nykolonialisme. Da er det ironisk at lovene de forsvarer, ble innført av deres egne kolonimakter. Det fins ikke mye informasjon om situasjonen i førkolonial tid, men det antas at det var sjeldent med streng abortlovgivning i Afrika, Asia og Latin-Amerika (8).

## Hvor vanlig er abort?

På verdensbasis er den årlige abortraten 39 per 1000 kvinner i fruktbar alder, 15–44 år (9), mens den i Norge er på knapt 10 (10). Globalt tilsvarer det gjennomsnittlig en gang gjennom livet, og i Norge at gjennomsnittlig hver tredje kvinne har denne erfaringen.

Når ulike land sammenliknes, og vi ser på utvikling over tid når abortlovgivning endres, er det påfallende at det ikke er noen direkte årsakssammenheng mellom abortlov og forekomst. Land med streng abortlov presterer gjennomgående dårlig på det som får abortforekomsten ned: tilgang til prevensjon, seksualitetsundervisning og likestilling, inklusive å kunne leve et respektabelt liv som enslig mor (2).

## Tilgang til tjenestene og kostnader

Liberal abortlovgivning er ikke tilstrekkelig for lik tilgang til tjenestene. Et eksempel fra USA er illustrerende. Da Høyesterett i 1973 avgjorde at kvinner skulle få ta abortbestemmelsen selv, satte motkreftene inn. I 1980 trådte *Helms amendment* i kraft. Den bestemte at føderale midler ikke kunne brukes til å betale for aborter, med mindre det var for å hindre at den gravide døde (11). Bestemmelsen rammer særlig fattige. Dessuten ble det i mange delstater lagt urimelig høye krav til utstyr og personell ved abortklinikker, uten at det var medisinsk begrunnet, med den følge at mange klinikker måtte stenge.

Siden det er de fattigste som tar de farlige abortene, er det viktig at de har råd til behandlingen. Der det er vanlig å måtte betale under bordet, er pasienter med abortkomplikasjoner i en særlig sårbar situasjon. Noen steder må fattige kvinner betale mer enn rike kvinner, og kvinner som har komplikasjoner etter provosert abort, må betale mer enn kvinner som har spontanabortert (12). Kostnadene kan føre allerede fattige familier ut i enda dypere fattigdom, med katastrofale konsekvenser.

## Hvor farlige er de utrygge abortene?

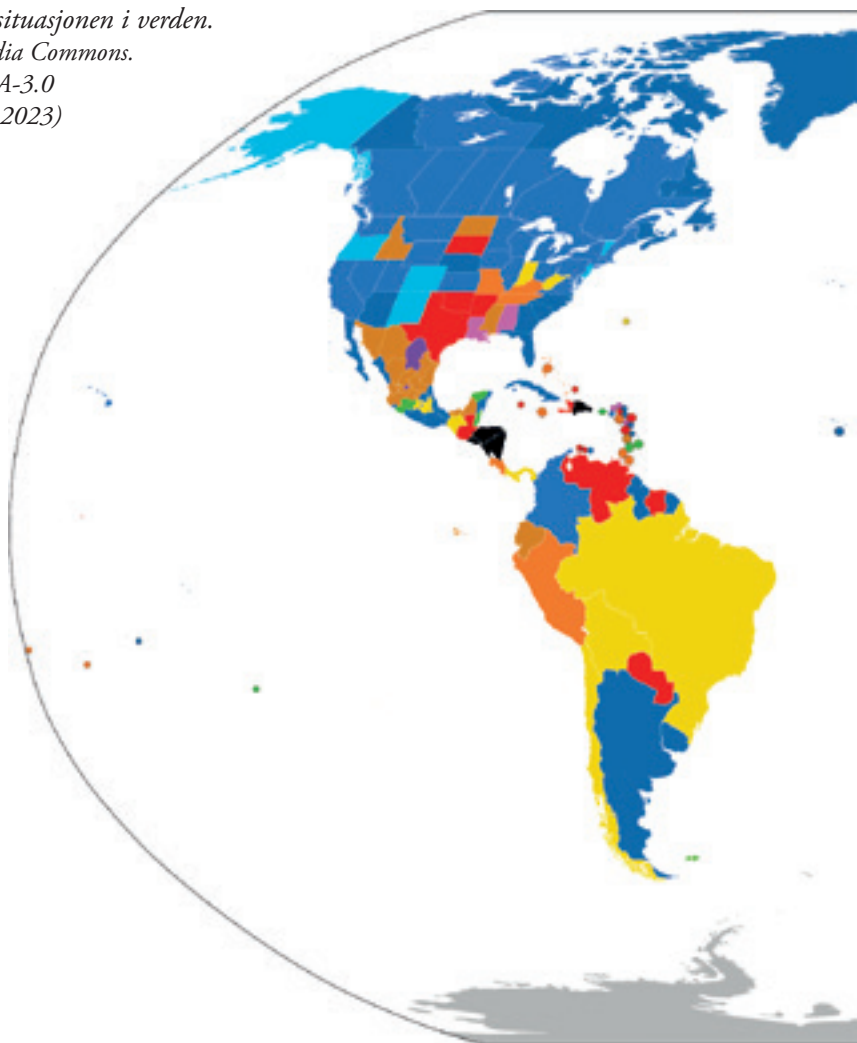
Det er vanskelig å få gode data på omfanget av skader og dødsfall etter farlige aborter. Oftest er det snakk om ulovlige handlinger som folk ikke vil fortelle om i utvalgsundersøkelser. Sykehusjournaler forteller sjelden hele historien. Antropologer har sett på hvordan jordmødre i Vest-Afrika håndterer situasjoner med kvinner som søker hjelp for abortkomplikasjoner. Selv om de kan presse kvinnene til å innrømme at komplikasjonene ikke er etter spontanaborter, og kan gi ganske brutal behandling for å avskrekke kvinnene fra å gjenta handlingen i framtiden, journalfører de gjerne tilstandene som spontanaborter (13, 14).

*Figur 1. Abortsituasjonen i verden.*

*(Figur: Wikimedia Commons.*

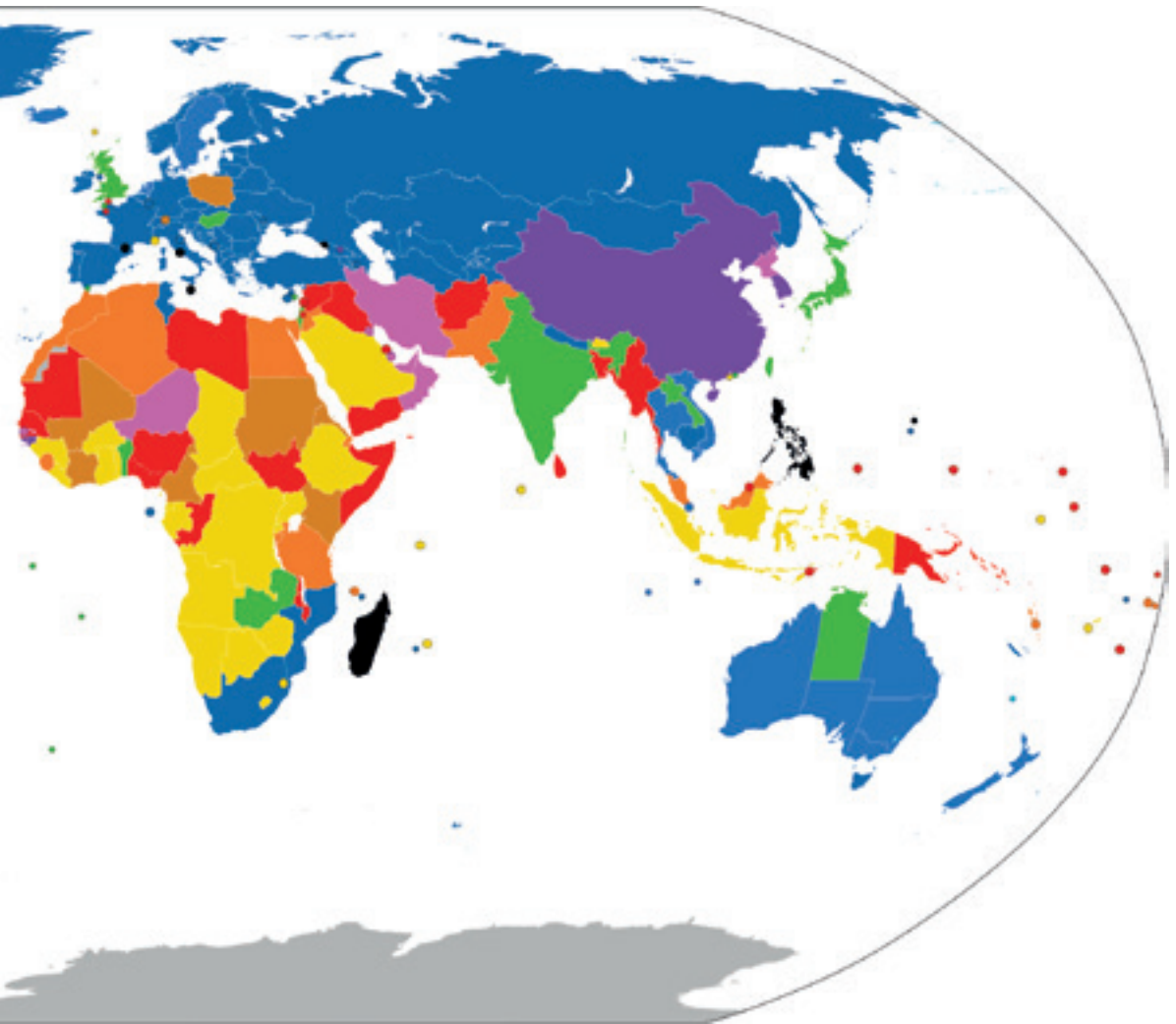
*Lisens CC-BY-SA-3.0*

*Oppdatert 31.8.2023)*



Map of the legality of abortion by country or territory.

- Allowed on request, with no gestational limit.
- Allowed on request, with a gestational limit after the first 17 weeks.
- Allowed on request, with a gestational limit in the first 17 weeks.
- Allowed on request, with an unclear gestational limit.
- Allowed for maternal life, maternal health\*, rape\*, fetal defects\*, failure of contraception\* and socioeconomic factors.



- Prohibited with exceptions for maternal life, maternal health\*, rape, and fetal defects.
- Prohibited with exceptions for maternal life, maternal health\*, and fetal defects.
- Prohibited with exceptions for maternal life\*, maternal health\*, and rape.
- Prohibited with exceptions for maternal life and maternal health.
- Prohibited with exceptions for maternal life.
- Prohibited in any circumstances.
- No information.

\* Does not apply to some countries in that category.

WHO har sammen med Guttmacher Institute utarbeidet metoder for å anslå dødelighet av abort i verden. De bruker en sammenstilling av data fra mange kilder, men det er ikke til å unngå at det er store konfidensintervaller.

Noen funn er entydige. Jo strengere abortlovgivning, desto flere kvinner skades og dør (2). Forekomst av skader avhenger både av mulighet til trygg abort og tilgang til behandling for abortkomplikasjoner. Vanlige dødsårsaker er infeksjon, blødning, mekanisk eller kjemisk organskade. De vanligste langtidsskadene er kroniske smerter og infertilitet.

### **Mitt engasjement med abortrettigheter**

Mitt engasjement startet da jeg i 1993 ble oppnevnt som medlem av WHO's *Global Commission on Women's Health*. Gruppen besto av omtrent 20 personer fra hele verden, og vi skulle konsentrere arbeidet om tre temaer og ett av disse var *mødrehelse*. Det er en nokså misvisende betegnelse, som fortsatt brukes. Det dreier seg ikke om mødres helse, derimot om graviditet, fødsel og abort. Til min store overraskelse var det mange i gruppen som ikke kunne snakke om abort, slik at jeg ble bedt om å lede arbeidsgruppen.

Kommisjonens arbeid sammenfalt med tiden som ledet fram mot *The International Conference on Population and Development*, som ble holdt i Kairo i september 1994. Selve konferansen var avslutning på en lang prosess med globale konsultasjoner med forskningsmiljøer, frivillige organisasjoner og forberedende møter med forhandlinger blant FNs medlemsland, representert ved landenes myndigheter. Jeg deltok i forberedelsene i to-tre år, og jobbet så knapt et år i Utenriksdepartementet utelukkende med det norske bidraget. Konferansen vedtok etter intense forhandlinger et handlingsprogram, og for første gang i FNs historie ble det vedtatt en paragraf om å arbeide for trygg abort (15). Denne enigheten brukes fortsatt når en i vedtak i FN omtaler abort. Det sier noe om hvor banebrytende denne konsensusen var, men også om hvor skjør den var, ettersom en ikke har kommet særlig videre for å få bukt med lidelsen som utrygge aborter i verden fortsatt medfører.

Siden slike FN-vedtak gjøres av representanter for medlemslandenes myndigheter, har det ikke vært mulig å komme til enighet om de mange ulovlige abortene, som ofte er de som fører til skade og død. Alle medlemslandene, også Norge, er bundet av nasjonal lovgivning for hva de kan gå med på i konsensusbygging. Men det ble enighet om at abortkomplikasjoner alltid skal kunne behandles, også når abort har skjedd ulovlig, og om at slik behandling skal holde god medisinsk og faglig kvalitet (15).

Også senere har jeg fått mulighet å delta i globalt arbeid for abortrettigheter. I perioden 2004–2010 satt jeg i styret for Ipas, en amerikansk

organisasjon som i 1973 ble dannet for å inneha patentet på *manual vacuum aspirator* (MAV), et lite apparat til å behandle abortkomplikasjoner eller utføre abort. Før Ipas ble opprettet, var det den amerikanske staten som hadde patentet, men under Richard Nixons presidenttid (1969–1974) ble det politisk umulig, og Ipas ble opprettet. Senere har Ipas' oppgaver blitt utvidet til forskning, undervisning og politisk påvirkning globalt, og også med en del funksjoner i USA. Videre ledet jeg i årene 2007–2015 styret til *Reproductive Health Matters* (RHM) (nå *Sexual and Reproductive Health Matters*, SRHM). Det er et vitenskapelig, feministisk tidsskrift om seksuell og reproduktiv helse, som publiserer mye stoff om abort. I disse funksjonene har jeg hatt en fin utkikkspost til det globale arbeidet for å redusere sykkelighet og dødelighet fra abort.

I 2003 publiserte WHO sin første veileder med kliniske og samfunnsmedisinske råd om hvordan abort bør håndteres, og jeg fikk være med på arbeidet. I de senere årene har jeg særlig jobbet med frivillige organisasjoner som fremmer abortrettigheter i Afrika.

### Menneskerettigheter og abort

Under Kairo-konferansen i 1994 ble det enighet om å bruke uttrykket *reproduktive rettigheter* som en samlebetegnelse på allerede vedtatte menneskerettigheter for å beskytte reproduktiv helse.

I tiden etter konferansen har bruken av menneskerettigheter for å begrense skadene fra abort skutt i været. En rekke av menneskerettighetene er relevante i arbeidet med abort. I tillegg til retten til liv og helse, er blant annet retten til et privatliv, retten til å danne familie, retten til å nyte godt av vitenskapelige fremskritt og rett til å slippe å utsettes for tortur.

Ingen menneskerettighetskonvensjoner nevner abort spesifikt, men fordi vi kjenner virkningene av strenge lover og mangel på tilgang til aborttjenester, kan rettighetene utledes av ulike artikler i konvensjonene. Men ett menneskerettighetsinstrument er spesifikt for abort, og det er *Maputo-protokollen*. Denne protokollen er et tilleggsdokument til det som i praksis er den afrikanske regionale menneskerettighetskonvensjonen, og handler om likestilling mellom kjønnene. Den er også helt spesifikk når det gjelder abortrettigheter, og sier at abort skal være lovlig for å bevare den gravides liv og helse, etter voldtekt og incest og ved livstruende fosterskader (16). Av de 55 landene i Afrika har 42 ratifisert protokollen, noe som betyr at de har forpliktet seg til å oppfylle den, og ytterligere sju har signert, som viser intensjonen om å følge den. Likevel har mange afrikanske land abortlover som er mye mer restriktive en Maputo-protokollen foreskriver, men stadig flere afrikanske land liberaliserer lovene. Det presset som legges på et land



når det påpekes internt og eksternt at menneskerettighetene brytes, har virkning.

Helsepersonells reservasjonsrett er et sårt tema mange steder, også menneskerettslig. Her kan ulike rettigheter stå mot hverandre. På den ene siden har helsepersonell, som andre, religionsfrihet og samvittighetsfrihet. På den andre siden har gravide som vil avbryte graviditet, en rett til nødvendige helsetjenester. Samvittighets- og religionsfrihet innebærer rett til å tilbe en guddom slik en vil, og å gi uttrykk for sin tro og sine meninger. Men det er grenser for å kunne handle i tråd med sin overbevisning, når det kommer i konflikt med andre personers rett til liv og helse (17). WHO anerkjenner samvittighets- og religionsfrihet, og påpeker myndigheters ansvar for å organisere tjenester slik at reservasjonsrett ikke hindrer nødvendig behandling (2). Likevel skaper reservasjonsretten store problemer mange steder. Portugal og Italia er to europeiske land der en stor andel av helsepersonellet reserverer seg (18). Da Sør-Afrika fikk selvbestemt abort i 1995, gikk dødeligheten ned med 91 % (19), men har siden steget fordi det er så mange som reserverer seg at tilgangen på tjenester rammes (20).

### **Frivillige organisasjoner og opposisjon mot abortrettigheter**

*Women on Waves* og *Women on Web* er eksempel på organisasjoner som tar uortodokse metoder i bruk for å bringe trygge aborttjenester til dem som trenger det. Siden misoprostol er et medikament som er lett tilgjengelig mange steder, er det viktig å få ut informasjon om hvordan medikamentet kan brukes trygt, og mange organisasjoner jobber med det. Det er også organisasjoner som sender medikamenter i posten, også der det er ulovlig. Misoprostol er mest effektivt når det brukes sammen med mifepriston, men dette midlet er vanskeligere tilgjengelig og mye dyrere.

Samtidig med aktivitetene til frivillige organisasjoner og økt bruk av menneskerettigheter for å bedre tilgangen til aborttjenester, har opposisjonen vokst. Noen av organisasjonene bruker fortsatt betegnelsen *pro life*, til tross for at vi nå vet at streng abortlovgivning ikke fører til færre aborter, men til at flere gravide dør. Andre har endret retorikken. En stor amerikansk organisasjon som blant annet arbeider mot abortrettigheter kaller seg *Family Watch International*. Også i Europa er det framvekst av organisasjoner som vil reversere liberalisering av politikk knyttet til kjønn og seksualitet (21), i tillegg til at politiske partier på ytre høyre styrker seg mange steder.

### **WHO's nye abortveileder**

I mars 2022 publiserte WHO en revisjon av sin abortveileder, der også helt ny forskning er lagt til grunn. Deres anbefalinger er ganske revolusjonerende,

og også norsk abortlov er langt unna det som anbefales (22): Ingen nemnder, abortene kan utføres på et lavt nivå i helsetjenesten, det trengs ikke ultralyd rutinemessig, og ofte kan den gravide håndtere hele prosessen på egen hånd. Mest oppsiktsvekkende er kanskje påpekingen av at grenser for svangerskapslengde ikke bør høre hjemme i lovverket (2). Veilederen åpner interessante perspektiver på hva som tilhører privatsfæren og bør løses som etisk dilemma av individer, og hva samfunnet skal befatte seg med. Dessuten løftes spørsmålet om hvilke problemer som best kan løses med hjelp av helsepersonells etiske rammeverk, og ikke i loven.

### Optimisme, men skjær i sjøen

Jeg startet kronikken optimistisk. Mange flere land liberaliserer abortlovene enn de som strammer inn. Det innebærer færre skader og større overlevelse. Men det er mange skjær i sjøen. Opposisjonen mot abortrettigheter er sterk og godt finansiert, og endringene i USA får ikke bare dramatiske virkninger der i landet, men også globalt.

Koronapandemien gjorde at det ble enda vanskeligere å få trygge aborttjenester mange steder, særlig der slike tjenester allerede var marginaliserte (23). Men kunnskapsmengden om hva slags abortpolitikk som bevarer liv og helse best, er økende, og menneskerettigheter er det ikke så lett å kimse av. Abortstigma har også blitt et forskningstema, både globalt (24) og i Norge (25). Arbeid med å motarbeide stigma pluss å påvise den enorme sosiale urettferdigheten ved at farlige aborter er et stort sosialt problem, tror jeg er veien å gå for å få slutt på all lidelsen som de farlige abortene fører med seg.

### Litteratur

1. *The world's abortion laws*. Center for Reproductive Rights. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/> (21.9.2023).
2. *Abortion care guideline*. World Health Organization 8.3.2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (21.9.2023).
3. *Nearly half of all pregnancies are unintended – a global crisis says new UNFPA report*. United Nations Fund for Population Activities 30.3.2022. <https://www.unfpa.org/press/nearly-half-all-pregnancies-are-unintended-global-crisis-says-new-unfpa-report> (21.9.2023).
4. *Abortion. Key facts. Fact sheet*. World Health Organization 25.11.2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (21.9.2023).
5. *El Salvador's abortion ban: I was sent to prison for suffering a miscarriage*. BBC 28.6.2022. <https://www.bbc.com/news/world-61798330> (21.9.2023).
6. *R. v. Morgentaler, 1988 CanLII 90 (SCC), [1988] 1 SCR 30*. <https://canlii.ca/t/1ftjt> (21.9.2023).

7. *Penal Code of 1810. Book the third of crimes and delicts, and of their punishment.* [https://www.napoleon-series.org/research/government/france/penalcode/c\\_penalcode3b.html](https://www.napoleon-series.org/research/government/france/penalcode/c_penalcode3b.html) (21.9.2023).
8. Acevedo Z. Abortion in early America. *Women Health* 1979; 4: 159–167. [https://doi.org/10.1300/J013v04n02\\_05](https://doi.org/10.1300/J013v04n02_05)
9. *The global abortion rate is 39 per 1,000 women aged 15–49.* Guttmacher Institute Infographic 25.5.2022. <https://www.guttmacher.org/infographic/2022/global-abortion-rate-39-1000-women-age-15-49> (21.9.2023).
10. Løkeland-Stai M. *Aborttall for Norge.* Abortregisteret 8.3.2023. <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/> (21.9.2023).
11. Moss K, Kates J. *The Helms Amendment and Abortion Laws in Countries Receiving U.S. Global Health Assistance.* *Global Health Policy* 18.1.2022. <https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-helms-amendment-and-abortion-laws-in-countries-receiving-u-s-global-health-assistance/> (21.9.2023).
12. Ilboubou PGC, Greco G, Sundby J et al. Costs and consequences of abortions to women and their households: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Health Policy and Planning* 2015; 30: 500–507. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu025>
13. Drabo S. *Access to Post Abortion Care (PAC) in Burkina Faso: an ethnographic study.* Masteroppgave. Oslo: Seksjon for internasjonal helse, Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2013. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-37439>
14. Suh S. *Dying to count: post-abortion care and global reproductive health politics in Senegal.* New Brunswick: Rutgers University Press, 2021.
15. *Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.* New York: United Nations, 1995.
16. *Fact Sheet: Applying the Maputo Protocol Can Reduce Unsafe Abortions.* Population Reference Bureau 5.9.2019. <https://www.prb.org/resources/applying-the-maputo-protocol-can-reduce-unsafe-abortions/> (21.9.2023).
17. Dickens B. *The right to conscience.* I: Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Abortion law in transnational perspective: cases and controversies. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2014: 210–238.
18. Chavkin W, Leitman L, Polin K for Global Doctors for Choice. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2013; 123 Suppl 3: S41–56. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(13\)60002-8](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(13)60002-8)
19. Benson J, Andersen K, Samandari G. Reductions in abortion-related mortality following policy reform: evidence from Romania, South Africa and Bangladesh. *Reproductive Health* 2011; 8: 39. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-8-39>
20. Lema VM. Conscientious objection and reproductive health service delivery in sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health* 2012; 16: 16–21.
21. «Restoring the Natural Order»: *The religious extremists' vision to mobilize European societies against human rights on sexuality and reproduction.* European Forum on Population and Development 19.4.2018. <https://www.epfweb.org/node/175> (21.9.2023).
22. Løkeland-Stai M. Norsk abortlov til hinder for nye retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2023; 143. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0112>

23. Bjartnes KS. *Kvinnehelse i krisetid: pandemiens konsekvenser i Norge og verden*. Oslo: Universitetsforlaget, 2023. <https://www.nb.no/items/9772aa75d8e271f23896e7e5561ed69f?page=0> (21.9.2023).
24. Millar E. Abortion stigma as a social process. *Women's Studies International Forum* 2020; 78: 102328. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.102328>
25. Haaland MES, Mumba Zulu J, Moland KM et al. When abortion becomes public – Everyday politics of reproduction in rural Zambia. *Social Science and Medicine* 2020; 265: 113502. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113502>

*Berit Austveg*  
*berit@austveg.com*  
*Skogstuveien 16b*  
*1363 Høvik*

*Berit Austveg er pensjonert lege. Etter å ha jobbet som kliniker for innvandrere i Oslo, har hun arbeidet i samfunnsmedisin på nasjonalt nivå i Helse- direktoratet og Statens helsetilsyn, og på globalt nivå særlig med seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Som pensjonist er hun fortsatt aktiv som konsulent i globale helsespørsmål, og i undervisning av studenter.*