

Politisk kontekst

Sundhed dækker fysisk, mentalt og socialt velvære samt fravær af sygdom og invaliditet. Sundhed bestemmes også af den sociale, politiske og økonomiske situation i menneskers tilværelse, men samtidig af biologiske forudsætninger (Verdenssundhedsorganisationen). Sundhed er en væsentlig årsag til ulighed mellem kvinder og mænd som en følge af deres forskellige og ulige adgang til og brug af grundlæggende sundhedsressourcer. Samtidig er kvinder udsat for bestemte sundhedsrisici, der er forbundet med seksualitet og forplantning. Kvinder er også udsat for en risiko for negative sundhedsmæssige konsekvenser som følge af fattigdom og økonomisk afhængighed, eksponering for vold samt diskrimination.

Rådets konklusioner om ligestilling og sundhed i alle politikker (juni 2010), hvor Rådet:

- udtrykte bekymring over forskelle i sundhedsstatus EU-medlemsstaterne imellem og bestemte grupper af personers sårbarhed over for dårligt helbred
- anerkendte, at sundhedstjenester alene ikke er tilstrækkelige til at maksimere sundhedspotentialet og rette op på uligheder
- opfordrede medlemsstaterne til at udarbejde politikker og foranstaltninger, der begrænser uligheder, optimerer indsamlingen af data og viden og styrker den offentlige kapacitet på sundhedsområdet.

Europa-Parlamentets beslutning om begrænsning af uligheder på sundhedsområdet i EU, som blev vedtaget i marts 2011

- Fremhævede fælles værdier og principper såsom adgang til pleje af høj kvalitet, lighed og solidaritet og gentog, at sundhed påvirkes af køn.
- Kvinder er underrepræsenteret i kliniske forsøg og har helbredsmæssige problemer som følge af vold.
- Opfordrede Kommissionen og medlemsstaterne til at forbedre adgangen til sygdomsforebyggelse, sundhedsfremme og sundhedspleje samt til at mindske ulighederne mellem sociale grupper og aldersgrupper.

I februar 2013 offentliggjorde Europa-Kommissionen »The Communication Social Investment Package«, hvori sundhedssystemets rolle med hensyn til at virkeliggøre de inklusive vækst mål i Europa 2020-strategien anerkendes.

De strategiske mål for Beijinghandlingsplanen og EU-indikatorerne

- C.1.** Øge kvinders adgang gennem hele livet til hensigtsmæssig sundhedspleje af god kvalitet og til en rimelig pris samt øge adgangen til information og tilhørende tjenester.
- C.2.** Styrke forebyggelsesprogrammer, der fremmer kvinders sundhed.
- C.3.** Gennemføre kønsmålrættede initiativer vedrørende seksuelt overførte sygdomme, hiv/aids samt spørgsmål vedrørende seksuel og reproduktiv sundhed.
- C.4.** Fremme forskning og formidle information om kvinders sundhed.
- C.5.** Øge ressourcerne og overvåge opfølgningen af kvinders sundhed.

Tre indikatorer til monitorering af implementeringen af dette vigtige område, »Kvinder og sundhed«, blev indarbejdet under det østrigske formandskab for EU-Rådet i 2006. Indikatorerne fokuserer på det første strategiske mål, adgangen til og kvaliteten af sundhedspleje for kvinder. Indikator 1 ser på antallet af sunde leveår, indikator 2 ser på adgangen til sundhedspleje, og indikator 3 ser på hjerte-kar-sygdomme. Centrale emner, som relaterer sig til flere af målsætningerne inden for det første strategiske mål, eksempelvis forebyggelsesprogrammers indvirkning på kvinders sundhed, kræver mere forskning.



Konklusioner på EU-dækkende data

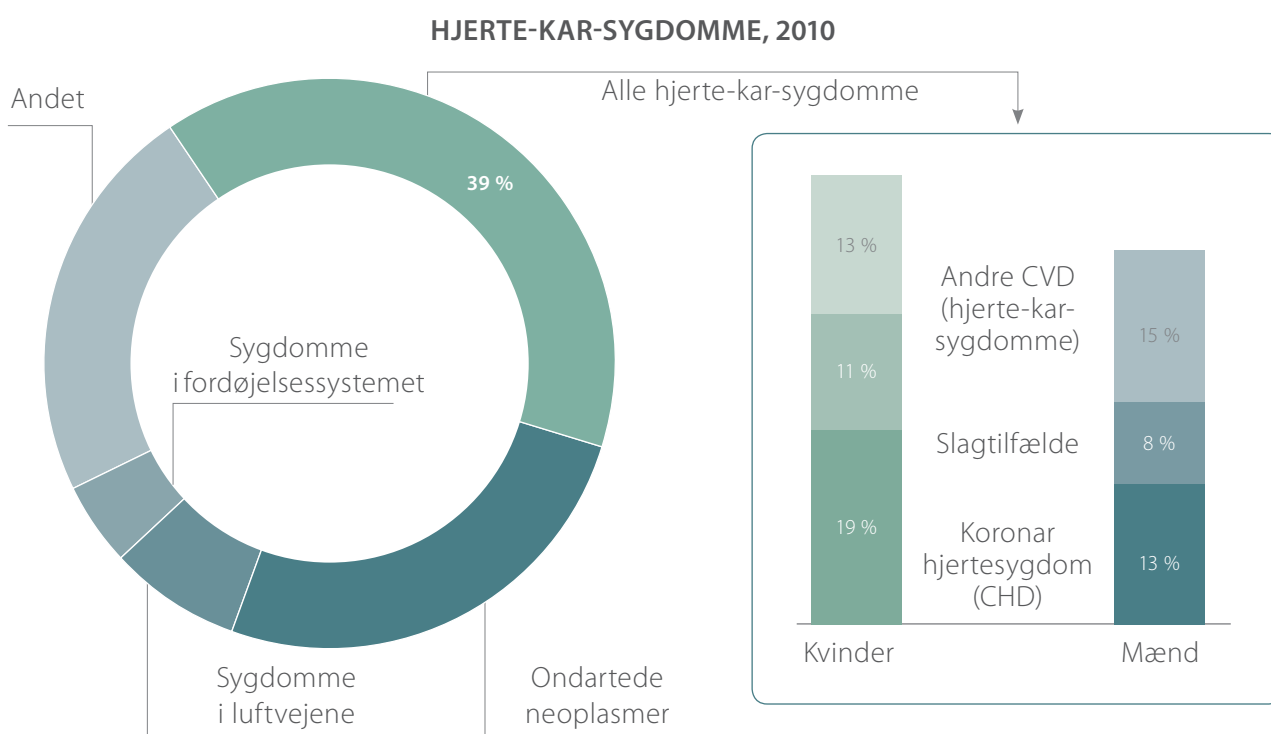
Hjerte-kar-sygdomme har været faldende som dødsårsag hos kvinder

Hjerte-kar-sygdomme er stadig den største årsag til dårligt helbred og død blandt Europas kvinder. Omkring halvdelen af dødsfaldene i EU forårsages af hjerte-kar-sygdomme.

Koronar hjertesygdom (CHD) er den almindeligste dødsårsag blandt hjerte-kar-sygdomme i EU og tegner sig for 13 % af dødsfaldene hos kvinder og 15 % hos

mænd. Slagtilfælde, en cerebralvaskulær sygdom, er den næstmest almindelige dødsårsag blandt hjerte-kar-sygdomme i Europa; 11 % af kvinderne og 8 % af mændene døde af et slagtilfælde i EU i 2010. I alle EU-medlemsstater er procentdelen af dødsfald hos kvinder som følge af slagtilfælde højere end for mænd. Generelt er procentdelen af dødsfald hos kvinder i forbindelse med slagtilfælde som en procentdel af alle dødsårsager faldet i de fleste medlemsstater siden 2007.

Mellem 2007 og 2010 er procentdelen af dødsfald hos kvinder som følge af hjerte-kar-sygdomme som en procentdel af alle dødsårsager faldet en smule i de fleste medlemsstater.



Kilde: Eurostat, dødsårsager

Stigning i kvinders usunde adfærd er en trussel mod deres forventede levetid

Kvindens forventede levetid har været stigende i EU og er nu længere end for mænd. Samtidig er der i de senere år sket en reduktion af forskelle mellem kønnene. Stigning i antallet af rygere og lungekræfttilfælde blandt kvinder kombineret med en lav deltagelse i idræt kan have bidraget til at reducere ulighederne i forventet levetid mellem kønnene. Dødeligheden som følge af kræft i åndedrætssystemet er f.eks. steget med næsten 70 % for kvinder siden 1970.

Kvinder har fortsat større helbredsproblemer til trods for en længere forventet levetid

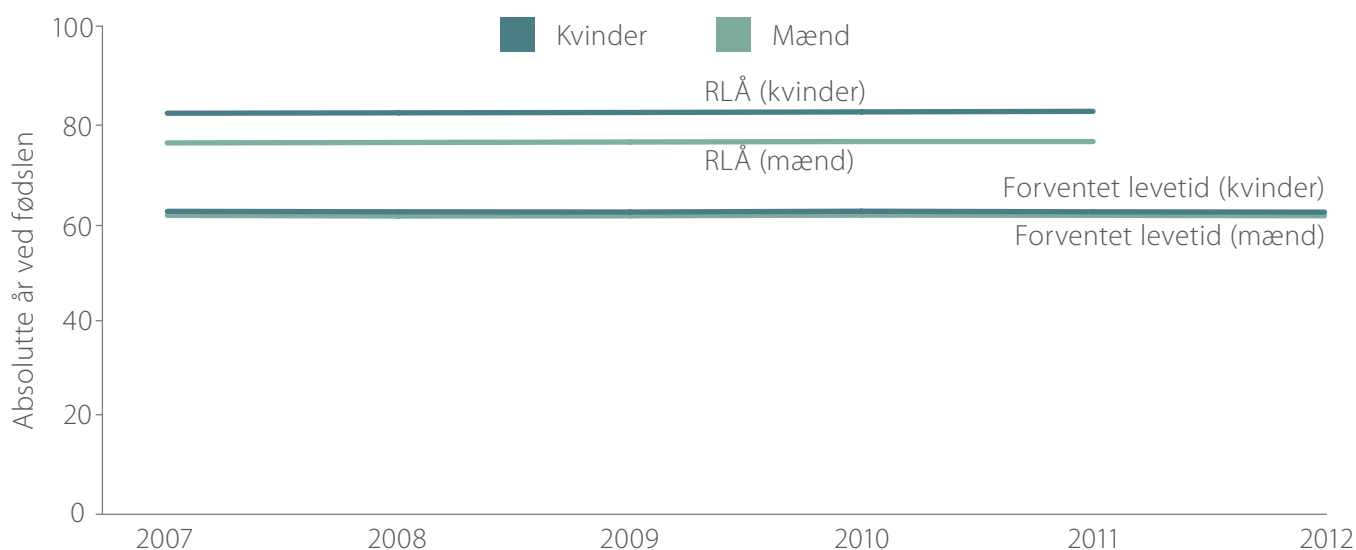
Mellem 2007 og 2010 lå det gennemsnitlige antal raske leveår stabilt på 63 og 62 år ved fødslen for både kvinder

og mænd i EU-27. Fra 2010 til 2012 skete der et lille fald i det gennemsnitlige antal raske leveår for kvinder (fra 63 til 62) og for mænd (fra 62 til 61).

I den samme periode (2007-2010) faldt antallet af raske leveår ved fødslen som en procentdel af den samlede forventede levetid for både kvinder og mænd med 1 procentpoint på EU-niveau. I gennemsnit tilbringer kvinder 76 % af deres levetid uden invaliditet, mens denne periode for mænd er på 80 %. Eftersom den forventede levetid i EU er steget støt for både kvinder og mænd siden 1980 — hvor kvinderne har en forventet levetid på 80 år eller derover i størstedelen (19) af medlemsstaterne — peger dette på en bekymrende tendens, eftersom kvinderne står over for et stadigt længere tidsrum med invaliditet og sygdom.



FORVENTET LEVETID OG RASKE LEVEÅR (RLÅ) FOR KVINDER OG MÆND I EU, 2007-2012



Kilde: Eurostat, sundhedsstatistik

Kvinder opfatter i højere grad udgifter som en hindring for adgangen til sundhedspleje

I 2012 var der ingen betydelige forskelle mellem kvinder og mænd i form af ikkeopfyldte behov for lægeundersøgelser (7 % for kvinder; 6 % for mænd) og tandlægebesøg (7 % for kvinder; 7 % for mænd) på EU-niveau. Disse forskelle bliver tydeligere på medlemsstatsniveau, hvor andelen af kvinder, der fortæller om ikkeopfyldte behov for lægeundersøgelser, lå mindst 2 procentpoint højere

end for mænd, dvs. mellem 2 og 4, i fem medlemsstater. Sammenlignet med 2007 er der sket en lille stigning i antallet af ikkeopfyldte behov for lægeundersøgelser for både kvinder og mænd på EU-niveau i 2012.

Med hensyn til årsagerne til ikkeopfyldte behov for lægeundersøgelser adskiller udgifter (»for dyrt«) kvinder og mænd, idet 3 % af kvinderne og 2 % af mændene gav dette svar i 2012. Forskellen er dog lille. Disse tal er stort set sammenlignelige med tallene fra 2007.

Nyttige initiativer:

Forebyggelse og tidlig diagnosticering mindskede kvinders dødelighed som følge af bestemte kræftformer: Der blev indført gratis screening for bryst- og livmoderhalskræft i adskillige medlemsstater (BE, CY, DE, DK, EE, FR, HR, HU, IE, LT, LV, SI), og desuden indførte adskillige medlemsstater en gratis human papillomavirus (HPV)-vaccine for unge piger (mellem 12 og 14) til forebyggelse af livmoderhalskræft (BE, CY, DK, FR, HU, IE, MT, PT, RO). Medlemsstaternes indberetninger til UNECE viser et fald i nye tilfælde af hiv-/aidssmittede og et fald i seksuelt overførte sygdomme for både kvinder og mænd i adskillige EU-medlemsstater og peger på, at forebyggelsesprogrammerne har været en succes. Nogle lande har udviklet kampagner, websteder eller informationsmateriale (f.eks. brochurer, foldere, pjecer og hæfter) for at gøre offentligheden opmærksom på hiv/aids (BG, CY, DE, DK, EE, FR, HR, LT, PT, RO). Sideløbende har man indført gratis test og rådgivning, og man har udviklet og gennemført seksualvejledningsprogrammer (BE, CY, DK, EL, HR, PT, SK).

I de seneste par år har mange medlemsstater udviklet nye programmer og planer for **sundhed blandt mødre**. Et af eksemplerne er rådgivning og pleje forud for fødslen, som tilbydes til alle gravide, i de fleste tilfælde gratis (BE, CY, DE, EE, HR, PL, RO, SI). Blandt de øvrige foranstaltninger kan nævnes anbefaling af amning, ammehjælp til kvinder og oprettelse af spædbørnsvenlige hospitaler (CY, HU, RO). I Polen førte udviklingen af tidlig detektering til et fald i den prænatale dødelighed fra 7,2 % i 2009 til 6,5 % i 2012. Et andet godt eksempel er et stigende antal konsultationer om familieplanlægning og forbedret adgang til præventionsmidler, navnlig for unge kvinder, for at nedbringe antallet af lovlige aborter (AT, BG, CY, DE, DK, IT, LT, NL, PL, PT, RO, SI, SK). I andre medlemsstater som Frankrig har antallet af aborter ligget stabilt siden 2006. Der er i Frankrig en udbredt brug af prævention.

Adskillige medlemsstater har udviklet **foranstaltninger til at forbedre adgangen til sundhedsplejetjenester** og -information til marginaliserede grupper af kvinder, f.eks. kvinder med handicap, kvinder i landdistrikter eller kvinder fra forskellige etniske grupper (BE, CZ, DE, DK, EL, LT, PT, RO). Bestræbelser på at sikre lige adgang til sundhedssystemet for hele befolkningen blev fremhævet i BG, CY, DE, DK, EE, FI, IE, LT, MT, PL, PT, SI igennem de sundhedsydelse, der administreres af en offentlig sundhedsforsikring.



FREMSKRIDT OG FORHINDRINGER PÅ OMRÅDE C: KVINDER OG SUNDHED

FREMSKRIDT

- Den forventede levetid i EU er stigende blandt kvinder og mænd.
- Antallet af sunde leveår er steget i 15 medlemsstater.
- Generelt giver kvinder og mænd udtryk for, at de har god adgang til sundhedspleje og ikke har uopfyldte behov.
- Generelt er andelen af dødsfald som følge af hjerte-kar-sygdomme faldet.

FORHINDRINGER

- De kønsbestemte uligheder i den forventede levetid er langsomt ved at blive mindre.
- Kvinders forventede levetid stiger langsommere på grund af usunde livsstilsændringer.
- Antallet af raske leveår faldt en smule på EU-niveau og er lavere for kvinder.
- Udgifterne til sundhedspleje er en større hindring for kvinders adgang til sundhedspleje end mænds.
- Kvinder har en større risiko for at dø af hjerte-kar-sygdomme end mænd.
- Ligestillingsvurdering af sundhed er fortsat en udfordring.

Vejen frem for EU

- Sundhed skal ligestillingsvurderes for at sikre, at man opnår en bedre forståelse af de underliggende årsager til forskelle i helbred og forekomst af sygdomme.
- Det er afgørende for kvindernes situation, at man finder løsninger på kvinders adgang og ret til reproduktiv sundhed og løser udfordringen med manglende konsensus i medlemsstaterne for så vidt angår prævention og abort.
- Man skal sikre, at behandlingen af ældre og handicappede kvinder ligeledes afhjælpes i lyset af det faldende antal raske leveår og den stigende forventede levetid, eftersom de står over for en øget risiko for fysiske overgreb og/eller forsømmelse.
- De afgørende faktorer for sundhed skal vurderes ud fra et ligestillingsperspektiv (ligestillingsvurderinger) for at tage højde for de ændrede mønstre i sundhed og den stigende andel af kvinder med dårligt helbred.
- Dataindsamling på dette område skal prioriteres for at give mulighed for at foretage en vurdering.
- Generelle og specifikke hindringer, som kvinder står over for i forbindelse med adgangen til sundhedspleje (f.eks. udgifter), skal afhjælpes.
- Der skal sikres lige adgang til sundhedspleje for alle (f.eks. kvinder fra indvandrergupper).

Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE)

Das Europäische Institut für Gleichstellungsfragen (EIGE) ist das EU-Kompetenzzentrum für Gleichstellungsfragen. Das EIGE unterstützt politische Entscheidungsträger und alle relevanten Einrichtungen in ihren Bemühungen zur Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern in Europa und darüber hinaus, indem es spezifisches Fachwissen sowie verlässliche und vergleichbare Daten zur Gleichstellung in Europa bereitstellt.

Weitere Informationen: <http://eige.europa.eu>

Das Ressourcen- und Dokumentationszentrum (RDC) des Europäischen Instituts für Gleichstellungsfragen (EIGE) ist ein innovatives und praktisches Instrument, das dabei hilft, wichtige Ressourcen zur Geschlechtergleichstellung zu identifizieren und unter den an der Gleichstellungspolitik und -praxis interessierten Personen erleichtert und einen Online-Bereich für Diskussionen und Debatten bietet.

Weitere Informationen: <http://eige.europa.eu/content/rdc>



Kontakt:

Europäisches Institut für Gleichstellungsfragen
Gedimino pr. 16, LT-01103 Vilnius, LITAUEN
Tel. +370 521574-44/00

facebook.com/eige.europa.eu



twitter.com/eurogender



youtube.com/eurogender



<https://eurogender.eige.europa.eu>



ISBN 978-92-9218-563-3

doi:10.2839/1885

MH-04-15-022-DE-N