

Taustaa

Terveyden määritelmä käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin sekä sen, ettei ole sairas, ja terveyteen vaikuttavat ratkaisevasti biologisten tekijöiden lisäksi myös sosiaaliset, poliittiset ja taloudelliset tekijät (Maailman terveysjärjestö, WHO). Terveys on tärkeä naisten ja miesten eriarvoisuuden alue, koska heillä on erilaiset ja epätasa-arvoiset mahdollisuudet saada perusterveydenhoitoa. Samanaikaisesti naiset ovat alttiita tietyille seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen liittyville terveysriskeille. Naisiin kohdistuu myös sellaisten kielteisten terveysvaikutusten riski, jotka liittyvät köyhyyteen ja taloudelliseen riippuvuuteen, koettuun väkivaltaan ja syrjintään.

Päätelmissään "Oikeudenmukaisuus ja terveys kaikissa politiikoissa: solidaarinen terveydenhuolto" (kesäkuu 2010) neuvosto:

- ilmaisi huolensa siitä, että EU:n jäsenvaltioiden välillä on eroja terveydentilassa, ja tietyt ryhmät ovat haavoittuvassa asemassa terveytensä suhteen
- totesi, että terveydenhuoltopalvelut eivät yksinään koskaan riitä maksimoimaan Euroopan kansalaisten terveyspotentiaalia ja puuttumaan epätasa-arvoon
- kehotti jäsenvaltioita kehittämään edelleen terveyserojen vähentämiseen tähtäväää politiikkaa ja toimia tasa-arvottomuuden vähentämiseksi, tiedon ja tietämyksen kokoamisen optimoimiseksi ja kansanterveyden valmiuksien parantamiseksi.

Euroopan parlamentin maaliskuussa 2011 hyväksytyssä päätöslauselmassa terveyteen liittyvän epätasa-arvon vähentämisestä EU:ssa

- korostettiin yhteisiä arvoja ja periaatteita, kuten korkealaatuiseen hoitoon pääsyä, tasa-arvoa ja yhteisvastuullisuutta, ja toistettiin, että sukupuoli vaikuttaa terveyteen
- todettiin, että naiset ovat aliedustettuina kliinisissä tutkimuksissa ja kärsivät väkivallan kokemiseen liittyvistä terveysvaikutuksista
- kehoitettiin komissiota ja jäsenvaltioita parantamaan mahdollisuuksia saada sairauksien ennaltaehkäisyyn, terveyden edistämiseen sekä perus- ja erikoisterveydenhoitoon liittyviä palveluja ja vähentämään epätasa-arvoa eri sosiaali- ja ikäryhmien välillä.

Helmikuussa 2013 Euroopan komissio julkaisi tiedonannon sosiaalisia investointeja koskevasta paketista, ja siinä tunnustetaan terveydenhuoltojärjestelmän rooli Eurooppa 2020 -strategiassa asetettujen osallistavaa kasvua koskevien tavoitteiden saavuttamisessa.

Pekingin toimintaohjelman strategiset tavoitteet ja EU:n indikaattorit

- C.1.** Parantaa naisten mahdollisuuksia saada asianmukaista, kohtuuhintaista ja laadukasta terveydenhoitoa, informaatiota ja muita tarvittavia palveluja kaikissa elämänsä vaiheissa.
- C.2.** Vahvistaa naisten terveyttä edistäviä ennalta ehkäiseviä ohjelmia.
- C.3.** Toteuttaa sukupuolitietoisia hankkeita, joissa käsitellään seksitauteja, hiviä/aidsia, sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavia terveyskysymyksiä.
- C.4.** Edistää naisten terveyden tutkimusta ja levittää sitä koskevaa tietoa.
- C.5.** Lisätä voimavaroja ja valvoa naisten terveyden seuranta.

Tämän erittäin tärkeän ongelma-alueen osalta toteutettavien toimien täytäntöönpanon seuranta varten hyväksyttiin kolme indikaattoria Itävallan toimiessa Euroopan unionin neuvoston puheenjohtajavaltiona vuonna 2006. Ne keskittyvät ensimmäiseen strategiseen tavoitteeseen, eli naisten terveydenhoidon saatavuuteen ja laatuun, sekä tarkastelevat toimintakykyisen elinajan odotetta (indikaattori 1), terveydenhoidon saatavuutta (indikaattori 2) ja sydän- ja verisuonisairauksia (indikaattori 3). Useisiin toimintaohjelman tavoitteisiin liittyvät aiheet, kuten naisten terveyttä edistävien ennalta ehkäisevien ohjelmien vaikutukset, edellyttävät siten lisätutkimuksia.

Euroopan tasa-arvoinstituutin perustama tietokanta "Women and men in the EU – facts and figures" sisältää uusinta tietoa näistä indikaattoreista. Se on saatavana osoitteessa: <http://eige.europa.eu/content/women-and-men-in-the-eu-facts-and-figures>



Havainnot EU:n laajuisista tiedoista

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet naisten kuolinsyynä

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat edelleen yleisin syy naisten kuolemaan, vammautumiseen ja sairastumiseen Euroopassa. Ne aiheuttavat noin puolet kuolemista EU:ssa.

Sydän- ja verisuonisairauksista yleisin kuolinsyy EU:ssa on sepelvaltimotauti (CHD), jonka osuus kuolinsyistä on 13 prosenttia naisilla ja 15 prosenttia miehillä. Aivohalvaus, joka on aivoverisuonisairaus, on toiseksi yleisin kuolinsyy sydän- ja verisuonisairauksista Euroopassa. Se oli kuolinsyynä 11 prosentilla vuonna 2010 kuolleista naisista ja 8 prosentilla miehistä. Kaikissa EU:n jäsenvaltioissa aivohalvaukseen kuolleiden naisten prosenttiosuus on suurempi kuin vastaava miesten prosenttiosuus. Yleisesti ottaen aivohalvaukseen liittyvien naisten kuolemien prosenttiosuus kaikista kuolinsyistä on pienentynyt useimmissa jäsenvaltioissa vuodesta 2007.

Vuosina 2007–2010 sydän- ja verisuonisairauksista aiheutuneiden naisten kuolemien prosenttiosuus kaikista kuolinsyistä on pienentynyt hieman useimmissa jäsenvaltioissa.

Naisten epäterveellisten elintapojen lisääntyminen on uhka pitemmälle elinajanodotteelle

Naisten elinajanodote on noussut EU:ssa ja on pitempi kuin miehillä. Samanaikaisesti sukupuolten välinen ero

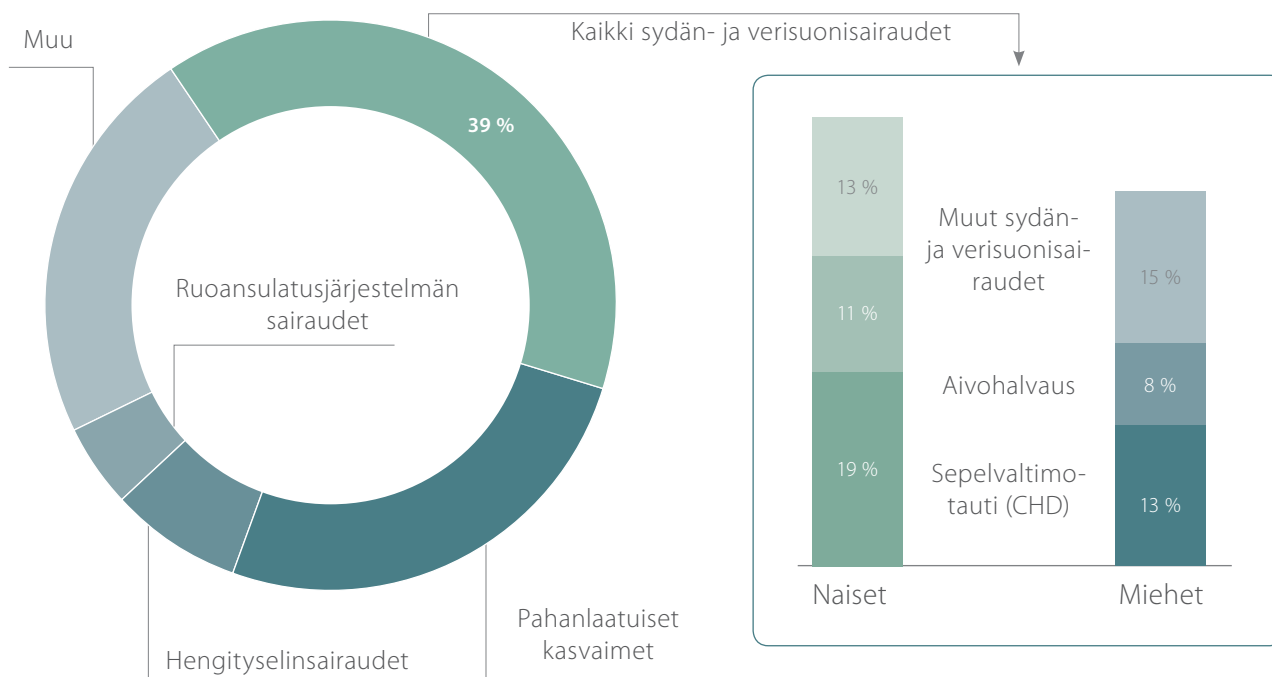
on huomattavasti kaventunut viime vuosina, useimmiten miesten eduksi. Naisten lisääntynyt tupakointi ja keuhkosityöpä yhdistettynä vähäiseen liikuntaan on saattanut edistää elinajanodotetta koskevan sukupuolten välisen eron kaventumista. Esimerkiksi hengityselinten syövästä johtuva naisten kuolleisuus on lisääntynyt lähes 70 prosenttia vuodesta 1970.

Pitemmästä elinajanodotteesta huolimatta naiset elävät suuremman osan elämästään vammautuneina ja kärsivät heikosta terveydentilasta

Vuosina 2007–2010 keskimääräinen toimintakykyisen elinajan odote pysyi vakaana ja oli 63 vuotta naisilla ja 62 vuotta miehillä EU-27:ssä. Vuodesta 2010 vuoteen 2012 keskimääräinen toimintakykyisen elinajan odote aleni hieman naisilla (63 vuodesta 62 vuoteen), kuten myös miehillä (62 vuodesta 61 vuoteen).

Samana ajanjaksona (2007–2010) toimintakykyisen elinajan odote prosenttiosuutena koko elinajanodotteesta aleni sekä naisilla että miehillä yhden prosenttiyksikön EU:n tasolla. Naiset elävät keskimäärin 76 prosenttia elämästään vammautumatta, kun taas miehillä tämä osuus ylittää 80 prosenttia. Elinajanodote EU:ssa on ollut vakaassa nousussa sekä naisten että miesten kohdalla 1980-luvulta lähtien – naisten elinajanodote on vähintään 80 vuotta useimmissa jäsenvaltioissa (19:ssä) –, joten suuntaus on huolestuttava, sillä naiset kärsivät suuremman osan elämästään vammasta tai terveysongelmista.

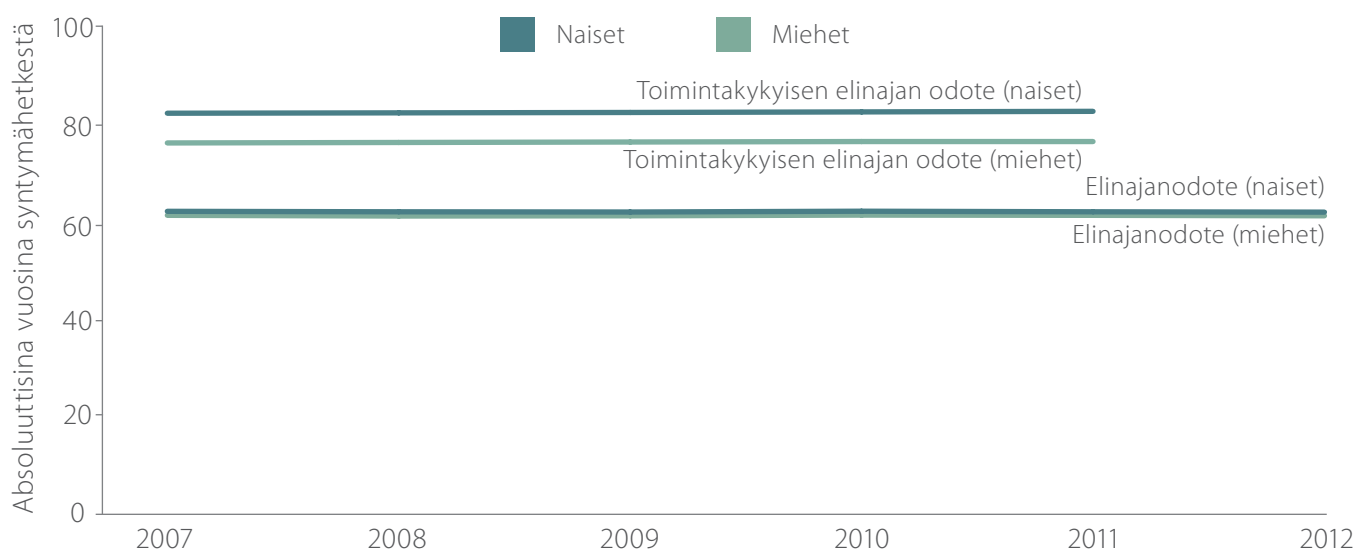
SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUDET, 2010



Lähde: Eurostat, kuolinsyyt.



NAISTEN JA MIESTEN ELINAJANODOTE JA TOIMINTAKYKYISEN ELINAJAN ODOTTE EU:SSA, 2007–2012



Lähde: Eurostat, Health statistics.

Naiset kokevat hieman miehiä todennäköisemmin kustannukset esteenä terveydenhoidon saannille

Vuonna 2012 naisten ja miesten välillä ei ollut merkittäviä eroja siinä, miten suuri osa heistä koki, ettei ollut päässyt tarvittaessa lääkäriin hoitoon (7 % naisista ja 6 % miehistä) ja hammashoitoon (7 % naisista ja 7 % miehistä) EU:n tasolla. Nämä erot muuttuvat selvemmin havaittaviksi jäsenvaltioiden tasolla, sillä naisia, jotka ilmoittivat jääneensä vaille lääkäriin hoitoa, oli ainakin 2 prosenttiyksikköä enemmän kuin miehiä. Tämä määrä vaihteli 2

prosentista 4 prosenttiin viidessä jäsenvaltiossa. Vuoteen 2007 verrattuna vaille lääkärin hoitoa jääneiden osuus lisääntyi hieman sekä naisten että miesten kohdalla EU:n tasolla vuonna 2012.

Kun tarkastellaan syitä vaille lääkärin hoitoa jäämiseen, naiset eroavat miehistä kustannusten osalta ("liian kallista"), sillä 3 prosenttia naisista ja 2 prosenttia miehistä antoi tämän vastauksen vuonna 2012, vaikka ero onkin varsin pieni. Nämä luvut ovat pääosin verrattavissa vuoden 2007 tilanteeseen.

Hyödyllisiä aloitteita:

Ennaltaehkäisy ja varhainen diagnoosi vähensivät naisten tietyntyyppisistä syövästä johtuvaa kuolleisuutta: ilmaista rintasyövän ja kohdunkaulan syövän seulontaa tehtiin useissa jäsenvaltioissa (BE, DK, DE, EE, IE, FR, HR, CY, LV, LT, HU, SI), ja useat jäsenvaltiot ottivat lisäksi käyttöön ilmaisen ihmisen papilloomavirus -rokotteen nuorille tytöille (12–14-vuotiaille) kohdunkaulan syövän ehkäisemiseksi (BE, DK, IE, FR, CY, HU, MT, PT, RO). Jäsenvaltioiden raportit UN/ECE:lle osoittavat, että uudet hiv/aids-tartunnat ja sukupuolitaudit ovat vähentyneet sekä naisilla että miehillä useissa EU:n jäsenvaltioissa, mikä viittaa ennalta ehkäisevien ohjelmien onnistumiseen. Jotkin jäsenvaltiot ovat kehittäneet kampanjoita, verkkosivustoja tai tiedotusmateriaalia (kuten esitteitä, lehtisiä ja kirjasia) lisätäkseen kansalaisten tietoisuutta hivistä/aidsista (BG, DK, DE, EE, FR, HR, CY, LT, PT, RO). Samanaikaisesti on järjestetty ilmaista testausta ja neuvontaa sekä kehitetty ja toteutettu seksuaalikasvatusohjelmia (BE, DK, EL, HR, CY, PT, SK).

Muutamina viime vuosina monet jäsenvaltiot ovat kehittäneet uusia **odottavien äitien terveyttä** koskevia ohjelmia ja suunnitelmia. Esimerkkinä tästä on raskaudenaikainen neuvonta ja hoito, jota tarjotaan kaikille raskaana oleville naisille useimmissa tapauksissa ilmaiseksi (BE, DE, EE, HR, CY, PL, RO, SI). Muita toimia olivat imetyksen edistäminen, naisten tukeminen imetyksessä ja vauvaystävällisten sairaaloiden kehittäminen (CY, HU, RO). Puolassa varhaisen havaitsemisen kehittäminen vähensi perinataalikuolleisuutta (kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden lasten osuus kaikista syntyneistä) 7,2 prosentista vuonna 2009 6,5 prosenttiin vuonna 2012. Toinen hyvä esimerkki on perhesuunnittelua koskevien konsultaatioiden lisääminen ja ehkäisymenetelmien saatavuuden parantaminen erityisesti nuorten naisten kohdalla laillisten aborttien vähentämiseksi (BG, DK, DE, IT, CY, LT, NL, AT, PL, PT, RO, SI, SK). Muissa jäsenvaltioissa, kuten Ranskassa, aborttien määrä on pysynyt vakaana vuodesta 2006, ja ehkäisymenetelmien käyttö on hyvin yleistä.

Useat jäsenvaltiot ovat kehittäneet **toimia parantaakseen terveydenhoitopalvelujen saatavuutta** ja tiedotusta tietyille syrjäytyneille naisryhmille, kuten vammaisille naisille, maaseudun naisille tai eri etnisten yhteisöjen naisille (BE, CZ, DK, DE, EL, LT, PT, RO). Julkisessa sairausvakuutusjärjestelmässä hallinnoitavien terveydenhoitoetuuksien kautta korostettiin sitoumusta varmistaa koko väestölle yhdenvertaiset mahdollisuudet käyttää terveydenhoitojärjestelmän palveluja seuraavissa jäsenvaltioissa: BG, DK, DE, EE, IE, CY, LT, MT, PL, PT, SI, FI.



EDISTYSASKELIA JA NIIDEN ESTEITÄ ONGELMA-ALUEELLA C: NAISET JA TERVEYS

EDISTYSASKELIA

- Naisten ja miesten elinajanodote on nousussa EU:ssa.
- Toimintakykyisen elinajan odote on noussut 15 jäsenvaltiossa.
- Yleisesti ottaen naiset ja miehet ilmoittavat, että heillä on hyvät mahdollisuudet käyttää terveydenhoitopalveluja eivätkä he jää vailla hoitoa.
- Kokonaisuutena ottaen sydän- ja verisuonisairauksien osuus kuolemista on laskenut.

ESTEITÄ

- Sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa on hitaasti umpeutumassa.
- Naisten elinajanodote nousee hitaammin, mikä johtuu epäterveellisistä elintapojen muutoksista.
- Toimintakykyisen elinajan odote aleni hieman EU:n tasolla ja on alhaisempi naisilla kuin miehillä.
- Terveydenhoidon kustannukset estävät naisia käyttämästä näitä palveluja miehiä useammin.
- Naiset kuolevat sydän- ja verisuonisairauksiin miehiä todennäköisemmin.
- Terveyden tarkasteleminen sukupuolinäkökulmasta on jatkossakin keskeinen haaste.

EU:n tulevan toiminnan suuntaviivoja

- Terveyttä tulee käsitellä sukupuolinäkökulmasta (huomioiden sekä biologisen että sosiaalisen sukupuolen vaikutukset naisten ja miesten terveyteen) sen varmistamiseksi, että terveystilanteiden ja sairauksien esiintymisen erojen taustalla olevat syyt ymmärretään paremmin.
- Tarkastellaan naisten mahdollisuuksia käyttää lisääntymisterveyden palveluja ja oikeutta lisääntymisterveyteen keskeisenä tekijänä naisten elämässä ja pyritään ratkaisemaan haaste, jonka jäsenvaltioiden eriävät näkemykset ehkäisystä ja abortista aiheuttavat.
- Varmistetaan, että iäkkäiden ja vammaisten naisten hoitoa tarkastellaan yhtä lailla toimintakykyisen elinajan odotteen alenemisen ja elinajanodotteen nousemisen yhteydessä, koska heidän kohdallaan väärinkäytön ja/tai laiminlyönnin riski on muita suurempi.
- Arvioidaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä sukupuolinäkökulmasta, jotta voidaan tarkastella muutoksia naisten terveydentilassa ja naisten lisääntyviä terveysongelmia.
- Asetetaan etusijalle tiedonkeruu tällä alalla, jotta edellä mainittuja tekijöitä voidaan arvioida.
- Torjutaan yleisiä ja erityisiä esteitä, joita naiset kohtaavat terveydenhuollon saatavuudessa (esim. kustannukset).
- Varmistetaan yhdenvertaiset mahdollisuudet terveydenhuoltoon kaikille (esim. siirtolaisnaisille).

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 Naiset und Miehett 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 978-92-9493-271-6

doi:10.2839/19511

MH-04-15-022-FI-N