

Sammanhang

Hälsa omfattar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande samt avsaknad av sjukdom och svaghet. Den avgörs av människors sociala, politiska och ekonomiska kontext, och av biologi (Världshälsoorganisationen). Hälsa är ett viktigt område när det gäller bristande jämställdhet på grund av olika och ojämlik tillgång till och användning av grundläggande hälso- och sjukvårdsresurser. Samtidigt utsätts kvinnor för vissa hälsorisker som är förknippade med sexualitet och fortplantning. Kvinnor löper också risk att drabbas av negativa hälsokonsekvenser förknippade med fattigdom och ekonomiskt beroende, utsatthet för våld och diskriminering.

Rådets slutsatser om rättvisa och hälsa inom alla politikområden (juni 2010)

- Rådet uttryckte oro över skillnaderna i hälsostatus mellan EU:s medlemsstater och över det faktum att vissa utsatta grupper har särskilt låg hälsa.
- Rådet påpekade att det inte räcker att enbart tillhandahålla hälso- och sjukvård för att optimera hälsopotentialen och komma tillrätta med ojämlikheter.
- Rådet uppmanade medlemsstaterna att utveckla politik och åtgärder för att minska ojämlikheter, optimera insamlingen av uppgifter och kunskap samt stärka kapaciteten på folkhälsoområdet.

Europaparlamentets resolution om att minska ojämlikhet i hälsa i EU som antogs i mars 2011

- Europaparlamentet betonade gemensamma värderingar och principer såsom tillgång till vård av hög kvalitet, rättvisa och solidaritet och konstaterade åter att kön har inverkan på hälsa.
- Kvinnor är underrepresenterade i kliniska tester och våld mot kvinnor är ett utbrett problem som har konsekvenser för deras hälsa.
- Europaparlamentet uppmanade kommissionen och medlemsstaterna att förbättra tillgången till sjukdomsförebyggande tjänster, hälsofrämjande tjänster samt primärvårds- och specialistvårdstjänster och att minska ojämlikheter mellan olika sociala grupper och åldersgrupper.

I februari 2013 utfärdade kommissionen ett meddelande om paketet för sociala investeringar där man uppmärksammade

hälso- och sjukvårdssystemets roll för att möjliggöra målen om tillväxt för alla i strategin Europa 2020.

De strategiska målen i Pekingplattformen och EU:s indikatorer

- C.1** Öka kvinnors tillgång till hälso- och sjukvård, information och liknande tjänster av hög kvalitet, till rimlig kostnad under hela livet.
- C.2** Stärka förebyggande program som främjar kvinnors hälsa.
- C.3** Genomföra initiativ där jämställdhetsperspektivet beaktas på områdena sexuellt överförbara sjukdomar, hiv/aids och frågor kopplade till sexuell och reproduktiv hälsa.
- C.4** Främja forskning och sprida information om kvinnors hälsa.
- C.5** Öka resurserna för och övervaka uppföljningen av kvinnors hälsa.

De tre indikatorerna för att övervaka genomförandet på detta avgörande område antogs under det österrikiska ordförandeskapet för Europeiska unionens råd år 2006. De är inriktade mot det första strategiska målet, dvs. tillgänglighet till och kvalitet på hälso- och sjukvård för kvinnor, och omfattar antalet friska år (indikator 1), tillgång till hälso- och sjukvård (indikator 2) och hjärt- och kärlsjukdomar (indikator 3). Därför krävs mer forskning i viktiga frågor som är kopplade till andra mål, såsom effekterna av förebyggande arbete på kvinnors hälsa.

Databasen Kvinnor och män i EU – fakta och siffror, som upprättats av Europeiska jämställdhetsinstitutet, innehåller de senaste uppgifterna och den senaste informationen på området. Databasen finns på <http://eige.europa.eu/content/women-and-men-in-the-eu-facts-and-figures>

Kunskaper från EU-övergripande uppgifter

Hjärt- och kärlsjukdomar som dödsorsak minskar hos kvinnor

Hjärt- och kärlsjukdomar är fortfarande den vanligaste dödsorsaken samt den vanligaste orsaken till



funktionsnedsättningar och sjukdom hos kvinnor i Europa. Omkring hälften av dödsfallen inom EU orsakas av hjärt- och kärlsjukdomar.

Kranskärslsjukdom är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt- och kärlsjukdomar i EU. 13 procent av dödsfallen bland kvinnor och 15 procent av de bland män orsakas av detta. Stroke, eller slaganfall, är den näst vanligaste dödsorsaken bland hjärt- och kärlsjukdomar i Europa. 11 procent av dödsfallen bland kvinnor och 8 procent av de bland män orsakas av detta. I alla EU-medlemsstater är andelen kvinnor som dör på grund av stroke högre än andelen män. Generellt har andelen kvinnor som dör på grund av stroke, som procent av alla dödsorsaker, minskat i de flesta medlemsstater sedan 2007.

Mellan 2007 och 2010 har andelen kvinnor som dör på grund av hjärt- och kärlsjukdomar, som procent av alla dödsorsaker, minskat något i de flesta medlemsstater.

Ökningar av ohälsosamma beteenden hos kvinnor är ett hot mot ökad förväntad livslängd

Kvinnors förväntade livslängd har ökat inom EU och är högre än mäns förväntade livslängd. Samtidigt har skillnaderna mellan könen minskat påtagligt, främst till männens fördel. Ökningen av antalet kvinnor som röker och kvinnor med lungcancer, i kombination med lågt deltagande i idrott, kan ha bidragit till att skillnaderna i förväntad livslängd mellan könen har minskat. Dödligheten i cancer i andningsorganen har exempelvis ökat med nästan 70 procent sedan 1970.

Trots ökad förväntad livslängd drabbas kvinnor i högre grad av funktionsnedsättningar och ohälsa under livet

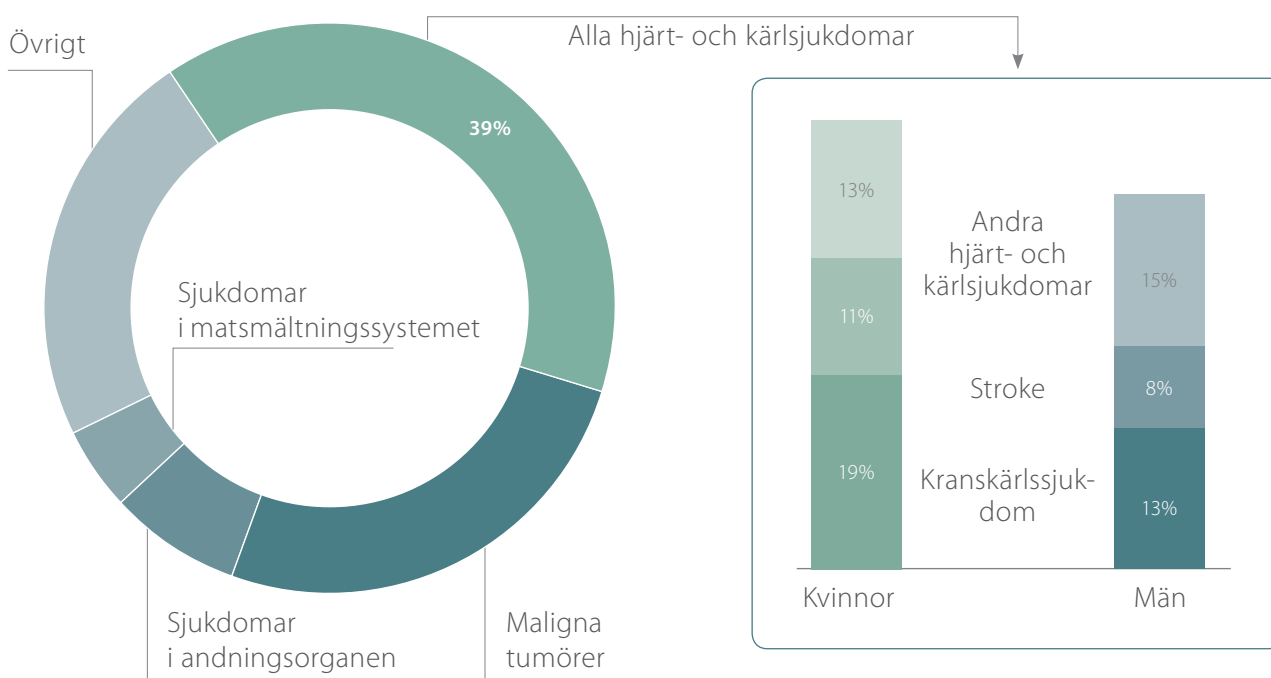
Mellan 2007 och 2010 uppgick det genomsnittliga antalet friska år fortsatt till 63 respektive 62 år från födseln för både kvinnor och män i EU-27. Från 2010 till 2012 skedde en liten minskning av det genomsnittliga antalet friska år för såväl kvinnor (från 63 till 62) som män (från 62 till 61).

Under samma period minskade antalet friska år från födseln som procent av hela förväntade livslängden för både kvinnor och män med 1 procentenhet på EU-nivå. I genomsnitt består 76 procent av kvinnors liv av friska år utan funktionsnedsättning. För män är denna siffra 80 procent. Samtidigt som den förväntade livslängden i EU stadigt har ökat för både kvinnor och män sedan 1980 – kvinnors förväntade livslängd är som lägst 80 år i de flesta medlemsstater (19) – är det oroväckande att tiden med funktionsnedsättning eller ohälsa ökar hos kvinnor.

Kostnaden är ett något större hinder för tillgången till hälso- och sjukvård för kvinnor än för män

År 2012 förekom inga större skillnader mellan kvinnor och män i fråga om ej tillgodosedda behov av läkarundersökning (7 procent av kvinnorna, 6 procent av männen) och behov av tandvård (7 procent av kvinnorna, 7 procent av männen) på EU-nivå. Dessa skillnader blir mer uppenbara på medlemsstatsnivå där andelen kvinnor med ej tillgodosedda medicinska behov var minst 2 procentenheter högre än andelen män, med

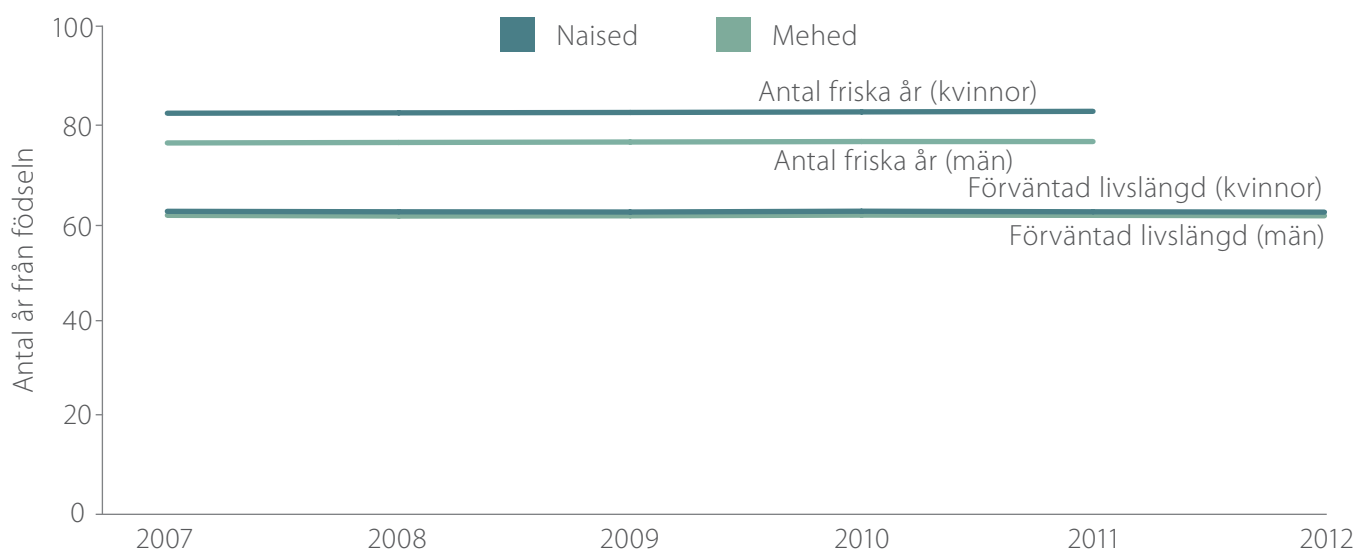
HJÄRT- OCH KÄRLSJUKDOMAR, 2010



Källa: Eurostat, dödsorsaker.



FÖRVÄNTAD LIVSLÄNGD OCH ANTAL FRISKA ÅR FÖR KVINNOR OCH MÄN INOM EU, 2007–2012



Källa: Eurostat, hälsostatistik.

siffror på mellan 2 och 4 procentenheter i fem medlemsstater. I jämförelse med 2007 ökade de ej tillgodosedda medicinska behoven för både kvinnor och män på EU-nivå under 2012.

När det gäller orsakerna till de ej tillgodosedda medicinska behoven innebär kostnaden ("för dyrt") en skillnad mellan kvinnor och män eftersom 3 procent av kvinnorna och 2 procent av männen gav detta svar under 2012. Skillnaden är dock liten. Dessa siffror är till stor del jämförbara med situationen 2007.

Användbara initiativ:

Förebyggande och tidig diagnos ledde till en minskning av kvinnors dödlighet i särskilda typer av cancer: kostnadsfri mammografi och cellprovtagning infördes i flera medlemsstater (BE, DK, DE, EE, IE, FR, HR, CY, LV, LT, HU, SI). Dessutom införde flera medlemsstater kostnadsfri vaccination mot HPV/livmoderhalscancer för flickor (mellan 12 och 14) för att motverka livmoderhalscancer (BE, DK, IE, FR, CY, HU, MT, PT, RO). Medlemsstaternas rapporter till Unesco visar att det skett en minskning av nya hiv-/aidsinfektioner och sexuellt överförbara sjukdomar hos både kvinnor och män i flera medlemsstater genom framgångsrika preventionsprogram. I vissa länder har man tagit fram kampanjer, webbplatser eller informationsmaterial (exempelvis broschyrer, flygblad och häften) för att informera allmänheten om hiv/aids (BG, DK, DE, EE, FR, HR, CY, LT, PT, RO). Parallellt med detta har kostnadsfri provtagning och rådgivning anordnats och sexualundervisningsprogram utvecklats och genomförts (BE, DK, EL, HR, CY, PT, SK).

De senaste åren har många medlemsstater tagit fram nya program och planer för **mödrahälsovård**. Ett exempel är rådgivning och vård innan förlossningen som alla gravida kvinnor erbjuds, i de flesta fall kostnadsfritt (BE, DE, EE, HR, CY, PL, RO, SI). Andra åtgärder som vidtagits är att främja amning, erbjuda kvinnor amningsstöd och skapa barnvänliga sjukhus (CY, HU, RO). I Polen ledde utvecklingen av tidig fosterdiagnostik till att den perinatale mortaliteten minskade från 7,2 procent år 2009 till 6,5 procent år 2012. Ett annat positivt exempel är att ökningen av rådgivning om familjeplanering och den förbättrade tillgången till preventivmedel, framför allt för unga kvinnor, har lett till en minskning av antalet legala aborter (BG, DK, DE, IT, CY, LT, NL, AT, PL, PT, RO, SI, SK). I andra medlemsstater, exempelvis Frankrike, har antalet aborter varit oförändrat sedan 2006 och användningen av preventivmedel är hög.

Flera medlemsstater har utvecklat åtgärder för att förbättra tillgången till hälso- och sjukvård och information för vissa marginaliserade grupper av kvinnor, exempelvis kvinnor med funktionsnedsättning, kvinnor på landsbygden eller kvinnor med olika etniska tillhörigheter (BE, CZ, DK, DE, EL, LT, PT, RO). Engagemanget för att säkerställa lika tillgång till hälso- och sjukvårdssystemet för hela befolkningen betonades i BG, DK, DE, EE, IE, CY, LT, MT, PL, PT, SI, FI genom hälso- och sjukvårdsförmåner som administreras av ett allmänt sjukförsäkringssystem.



FRAMSTEG OCH HINDER PÅ OMRÅDE C: KVINNOR OCH HÄLSA

FRAMSTEG

- Den förväntade livslängden ökar för kvinnor och män i EU.
- Antalet friska år har ökat i 15 medlemsstater.
- I allmänhet säger kvinnor och män att de har bra tillgång till hälso- och sjukvård och inte har några ej tillgodosedda medicinska behov.
- Totalt sett har andelen dödsfall i hjärt- och kärlsjukdomar minskat.

HINDER

- Klyftan mellan könen när det gäller förväntad livslängd har långsamt minskat.
- Kvinnors förväntade livslängd ökar långsammare på grund av ohälsosamma förändringar av livsstilen.
- Antalet friska år minskade något på EU-nivå och är lägre för kvinnor än för män.
- Kostnader är ett större hinder för kvinnors än för mäns tillgång till hälso- och sjukvård.
- Sannolikheten för att kvinnor ska dö i hjärt- och kärlsjukdomar är större än för män.
- Att hantera hälsa utifrån ett jämställdhetsperspektiv fortsätter att vara en stor utmaning.

Vägen framåt för EU

- Hälsa måste ses utifrån både köns- och jämställdhetsperspektiv för att säkerställa att kunskaperna om orsakerna till skillnader i hälsa och förekomst av sjukdomar blir bättre.
- Hantera kvinnors tillgång och rätt till reproduktiv hälsa som en central fråga för kvinnors liv och ta itu med den utmaning som bristen på samsyn i medlemsstaterna när det gäller preventivmedel och abort utgör.
- Säkerställa att behandlingen av äldre och funktionsnedsatta kvinnor hanteras i relation till minskningen av antal friska år och ökad förväntad livslängd eftersom de löper högre risk att drabbas av övergrepp och/eller vanvård.
- Bedöma de avgörande faktorerna bakom hälsa ur ett jämställdhetsperspektiv för att ta itu med ändrade mönster i fråga om hälsostatus och ökad ohälsa bland kvinnor.
- Prioritera uppgiftsinsamling på detta område för att möjliggöra bedömningar.
- Ta itu med allmänna och specifika hinder som kvinnor ställs inför när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård (exempelvis kostnader).
- Säkerställa lika tillgång till hälso- och sjukvård för alla (exempelvis utlandsfödda kvinnor).

MISSING TRANSLATIONS

European Institute for Gender Equality (EIGE)

The European Institute for Gender Equality (EIGE) is the EU knowledge centre on gender equality. EIGE supports policy-makers and all relevant institutions in their efforts to make equality between women and men a reality for all Europeans and beyond by providing them with specific expertise and comparable and reliable data on gender equality in Europe.

More information: <http://eige.europa.eu>

The Resource and Documentation Centre (RDC) of the European Institute for Gender Equality is an innovative and practical tool developed to assist in locating key resources on gender equality, to facilitate the exchange of knowledge among those with an interest in gender equality policies and practices and to offer an online space for discussion and debate.

More information: <http://eige.europa.eu/content/rdc>



Contact information:

European Institute for Gender Equality
Gedimino pr. 16, LT-01103 Vilnius, LITHUANIA
Tel. +370 5 215 7444, Tel. +370 5 215 7400

facebook.com/eige.europa.eu



twitter.com/eurogender



youtube.com/eurogender



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



ISBN 978-92-9493-274-7
doi:10.2839/77657
MH-04-15-022-SV-N