



Heilsufar kvenna

Álit og tillögur nefndar
um heilsufar kvenna



HEILBRIGÐIS- OG
TRYGGINGAMÁLARÁÐUNEYTIÐ

Apríl – 2000



Útgefandi: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið
Hönnun og umbrot: Ríta
Prentun og bókbund: Svansprent
ISBN 9979-872-20-9

Ávarp heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra

Nefnd um heilsufar kvenna sem skipuð var vorið 1995 til að kanna breytingar á heilsufari kvenna og skila tillögum um úrbætur, væri talin þörf á því, hefur skilað álit sínu. nefndin kemst meðal annars að þeirri niðurstöðu í álit sínu, að vísbendingar séu um að konur búi að nokkru leyti við lakara heilsufar en karlar. Það efni sem hér hefur verið tekið saman er afar upplýsandi, ekki síst umfjöllun um þróun þjóðfélagsins á þessari öld, þar sem fram kemur sú gríðarlega breyting sem orðið er á stöðu kvenna á sviði menntunar, atvinnuþátttöku og starfsvettvangs. Í álit nefndarinnar kemur jafnframt fram að konur nota heilbrigðisþjónustu meira en karlar, þær eru sendar í fleiri rannsóknir, þær eru oftast sjúkdómsgreindar, eru oftast í meðferð og fá meira af lyfjum en karlar.

Athyglisvert er að nefndin telur að margt bendi til þess að úrlausnir sem konur fái séu ekki sambærilegar við þær úrlausnir sem karlar fá og fyrir liggur að konur leita í ríkara mæli en karlar eftir óhefðbundnum lækningaaðferðum. Nefndin leggur mikla áherslu á hlutverk heilsugæslunnar og leggur til að unnið verði að því að veita þar fjölbreyttari þjónustu m.a. með því að ráða starfsmenn úr fleiri heilbrigðisstéttum og að aukin áhersla verði lögð á teymisvinnu. Þess utan er lagt til að nám heilbrigðisstétta verði endurskoðað með tilliti til kynjamunar. Bent er sérstaklega á heimilisofbeldi og stöðu nýbúakvenna, reykingar, atvinnusjúkdóma, geðræn vandamál og áfengis meðferð þar sem taka þurfi í auknu mæli til til þarfa kvenna. Leggja ber áherslu á að þau atriði sem getið hefur verið hér að framan eru ekki séríslensk fyrirbæri og umræða um heilsufar kvenna og mismunandi stöðu einstakra þjóðfélagshópa hefur hlotið aukið vægi á alþjóðavettvangi á undanförunum árum, m.a. hjá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni.

Tillögur þær sem settar eru fram í álit nefndarinnar eru að mínu mati skynsamlegar og byggja á því að markvisst verði unnið að því að kanna ofan í kjölinn ástæður þeirra staðreynda sem dregnar eru fram í álitinu, þannig að aðgerðir í heilbrigðisþjónustunni geti í framtíðinni byggt á traustum rannsóknarniðurstöðum.

Fjöldmörg atriði í tillögunum byggjast á breyttu hugarfari okkar allra og heilbrigðisstétta, nýrri nálgun, aukinni samvinnu, breyttri forgangsriðun og aukinni áherslu á forvarnir. Nauðsynlegt er að kraftmikill hópur fái það verkefni að skoða möguleika á því að hrinda tillögunum í framkvæmd með markvissum hætti á næstu fimm árum og að því loknu verði metinn árangur af starfinu og tekin ákvörðun um það hvort ástæða sé til þess að halda verkefninu áfram eða jafnvel róa á önnur mið sem þarfnast sérstakrar skoðunar.

Það er von mín að það starf sem hér um ræðir skili okkur fram á veginn þannig að komandi kynslóðir njóti þess. Heilbrigði er grundvöllur svo ótal margs. Við megum aldrei sofna á verðinum þegar það er annars vegar.

*Ingibjörg Pálmadóttir,
heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra*

Efnisyfirlit

1.	Inngangur	5
2.	Heilsufar kvenna í alþjóðlegu samhengi	7
3.	Samantekt um konur og heilbrigði	11
	3.1 Nokkrar lýðræðislegar staðreyndir	11
	3.2 Menntun, starfsvettvangur og laun kvenna	11
	3.3 Konur og heilsa	14
	3.3.1 Hjarta- og æðasjúkdómar	15
	3.3.2 Krabbamein	15
	3.3.3 Gigtarsjúkdómar	15
	3.3.4 Geðsjúkdómar	16
	3.3.5 Atvinnusjúkdómar og örorka	17
	3.3.6 Slys og heimilisofbeldi	17
	3.3.7 Líffræðilegt hlutskipti kvenna	18
	3.3.8 Áhættuþættir og lífsstíll	20
	3.3.9 Samantekt	21
	3.4 Konur og heilbrigðisþjónustan	22
	3.4.1 Notkun heilbrigðisþjónustu	22
	3.4.2 Notkun jaðarlækninga	23
	3.4.3 Úrlausnir í heilsugæslu	23
	3.4.4 Kynfræðsla og barneignir	24
	3.4.5 Fjölskylduáætlun	24
	3.4.6 Þjónusta fyrir fæðandi konur fyrir og eftir barnsburð	26
	3.4.7 Skipulögð sjúkdómaleit	27
	3.4.8 Skipulag heilsugæslu	27
	3.4.9 Heilsuverndarstöð Reykjavíkur	29
	3.4.10 Samantekt	30
4.	Tillögur	31
	Ábyrgð og framkvæmd tillagna	33
	Fylgiskjal 1: Gestir á fundum nefndar um heilsufar kvenna	34

1. Inngangur

Hinn 19. maí 1995 skipaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra nefnd sem falið var að kanna heilsufar íslenskra kvenna og gera tillögur um með hvaða hætti snúa megi þróun, reynist vísbendingar réttar um að konur búi almennt við verri heilsu en karlar.

Í nefndinni voru:

Frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti:

Dögg Pálsdóttir þá skrifstofustjóri, formaður
Ragnheiður Haraldsdóttir þá deildarstjóri
Ragnhildur Arnljótsdóttir þá deildarstjóri
Unnur Stefánsdóttir varaþingmaður

Frá embætti landlæknis:

Sigríður Haraldsdóttir landfræðingur¹

Frá Hjartavernd:

Lilja Sigrún Jónsdóttir læknir

Frá Krabbameinsfélagi Íslands:

Valgerður Sigurðardóttir yfirlæknir

Frá Kvenréttindafélagi Íslands:

Ólafía B. Rafnsdóttir þjónustustjóri²

Sérfræðingar án tilnefningar:

Hólmfríður Gunnarsdóttir sérfræðingur í heilbrigðisvísindum
Hrafn Tulinius prófessor
Laufey Tryggvadóttir faraldsfræðingur
Sigríður Vilhjálmsdóttir þjóðfélagsfræðingur

Ragnhildur Arnljótsdóttir, skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, var ritari nefndarinnar. Emma Marinósdóttir, deildarstjóri í sama ráðuneyti, annaðist þó rit-arastörf fyrir nefndina frá október 1996 til október 1997 vegna leyfis Ragnhildar.

Nefndin hóf störf í lok júní 1995 og hefur síðan haldið 45 fundi.

¹ Ólafur Ólafsson landlæknir var skipaður í nefndina. Hann sat nokkra fundi í upphafi nefndarstarfsins og tilnefndi síðan Sigríði í sinn stað.

² Valgerður K. Jónsdóttir ritstjóri var upphaflega tilnefnd af KRFÍ en hún hvarf úr nefndinni eftir u.þ.b. eins árs setu í henni. KRFÍ tilnefndi þá Ólafíu í hennar stað.

Eins og fram kemur í skipunarbréfi nefndarinnar var henni ætlað að kanna heilsufar íslenskra kvenna. Nefndin ákvað í upphafi að byggja á rúmri skilgreiningu hugtaksins heilsufar og taka í starfi sínu tillit til áhrifa félagslegs umhverfis og leitast með því við að varpa ljósi á tengsl félagslegra þátta og heilsufars og sérstaka áhættuþætti meðal kvenna.

Í ljósi þess verkefnis sem nefndinni var falið að sinna var í upphafi ákveðið að byrja starfið á því að meta heilsufar kvenna hér á landi. Í því skyni fékk nefndin á sinn fund liðlega 20 sérfræðinga (fylgiskjal 1) á ýmsum sviðum heilsufars kvenna.

Þegar liða tók á upplýsingaöflun var ákveðið að halda málþing á vegum nefndarinnar um heilsufar íslenskra kvenna og efna þar til viðtækrar umræðu um valin efni á þessu sviði. Jafnframt var ákveðið að taka saman á vegum nefndarinnar sérstakt upplýsingarit til að varpa ljósi á lífshætti og heilsufar kvenna á Íslandi. Stefnt var að því að útgáfa ritsins og málþingið héldust í hendur og að í kjölfarið myndi nefndin skila álitu sínu.

Fjögurra manna ritnefnd var falin umsjón með undirbúningi og útgáfu ritsins. Í ritnefndina voru valdir nefndarmennirnir: Lilja Sigrún Jónsdóttir formaður, Laufey Tryggvadóttir, Sigríður Haraldsdóttir og Sigríður Vilhjálmstöddur.

Í ársbyrjun 1998 kom út ritið Heilsufar kvenna³. Í ritinu birtast þrettán greinar um ýmsa þætti heilsufars kvenna sem ritaðar eru af ritnefndarmönnum og völdum sérfræðingum.

Málþing um heilsufar kvenna var haldið hinn 29. janúar 1998 og var ritinu dreift á þinginu. Dagskrá málþingsins var skipt í fjóra þætti. Fjallað var um sjálfsmynd kvenna, konur og reykingar, sérstök vandamál kvenna og konur og heilbrigðisþjónustuna. Í kjölfarið ákvað heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra að halda hliðstæð málþing, en þó minni í sniðum, á nokkrum stöðum utan höfuðborgarinnar. Þegar hafa slík þing verið haldin á Akureyri og Egilsstöðum.

Með álitu þessu gerir nefndin grein fyrir störfum sínum og þeim upplýsingum sem hún hefur aflað um stöðu heilsufars íslenskra kvenna. Nefndin er sammála um að starf hennar og upplýsingaöflun veiti vísbendingar um að íslenskar konur búi að nokkru leyti við lakara heilsufar en karlar og samkvæmt erindisbréfi sínu setur hún því fram í álitu þessu nokkrar tillögur til úrbóta.

Áður en nánari grein er gerð fyrir tillögum nefndarinnar verður fyrst fjallað stuttlega um heilsufar kvenna í alþjóðlegu samhengi og síðan gerð grein fyrir stöðu heilsufars kvenna hér á landi.



³ Heilsufar kvenna, ritstjóri Lilja S. Jónsdóttir. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1998.

2. Heilsufar kvenna í alþjóðlegu samhengi

Heilsufar kvenna hefur um nokkurt skeið verið í brennidepli á alþjóðavettvangi. M.a. hefur verið á það bent í alþjóðlegu samhengi að innan læknisfræðinnar hafi viðgengist að framkvæma rannsóknir á körlum og yfirfæra niðurstöður þeirra á konur án þess að tekið hafi verið tillit til líffræðilegs mismunar kynjanna. Hvatt er til þess að sérstökum aðgerðum verði beitt til að leiðrétta þessi vinnubrögð og veita meira fé til rannsókna á konum. Bandaríska heilbrigðismálastofnunin er ein fjölmargra stofnana sem brugðist hafa við þessum tilmælum og þurfa vísindamenn, sem sækja um styrk til stofnunarinnar, að rökstyðja sérstaklega ef konur eru ekki meðal þátttakenda í rannsóknum. Mikilvægt er að fylgjast náið með þessari þróun og nýta hana íslenskum konum til hagsbóta.

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin samþykkti ályktun um heilsufar kvenna á 45. ársfundi sínum vorið 1992 og hélt málþing um efnið. Stofnunin álitur að konur leiki lykilhlutverk í stefnumótun um *heilbrigði fyrir alla* og í því að hrinda í framkvæmd heilbrigðisþjónustu sem byggi á heilsugæslu. Því muni viðunandi árangur í átt að markmiðinu *heilbrigði fyrir alla* ekki nást fyrr en brugðist verður við lakari stöðu kvenna en karla í heilsufarslegu tilliti og að konur verði virkari þátttakendur í þróun heilbrigðismála en þær hafa verið.⁴ Þá hefur stofnunin vakið athygli á skorti á kynbundnum heilsufarsupplýsingum og á fullnægjandi upplýsingum um afleiðingar sjúkdóma meðal kvenna.

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin lítur á heilbrigði sem grundvallarmannréttindi sem mörgum konum víða í heiminum sé enn fyrirmanað að njóta. Ástæðan sé íðulega sú að slök þjóðfélagsleg og efnahagsleg staða kvenna veiki kynbundna líffræðilega stöðu þeirra. Enn tíðkast það í ýmsum heimshlutum að stúlkubörn fái minni mat, minni menntun og minni heilbrigðisþjónustu en sveinbörn með þeim afleiðingum að stúlkur standa höllum fæti bæði í barnæsku og síðar á fullorðinsárum.

Samkvæmt markmiðum áætlunar Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar um *heilbrigði fyrir alla* sem samþykkt var árið 1991 skulu aðildarríki markvisst vinna að því að draga úr heilsufarsvandamálum sem eru einkennandi fyrir konur og tengja má félagslegri stöðu þeirra og tvöföldu hlutverki innan og utan heimilis. Þá skal markvisst unnið að því að koma í veg fyrir kynferðislega misnotkun, heimilisofbeldi og nauðganir. Þetta skal gert með því að fylgjast sérstaklega með heilsufari kvenna, veita konum aukinn stuðning meðan á meðgöngu stendur og stuðla að breytingum á félagslegu umhverfi og lífsmynstri.

Markmið 8 í *heilbrigði fyrir alla* frá árinu 1991 fjallar sérstaklega um heilsufar kvenna. Markmiðið er svohljóðandi:

*Árið 2000 ætti að vera orðin
stöðug og vaxandi framför í
heilbrigðismálum allra kvenna*

⁴ Women, health and development. Report by the Director-General. EB 95/59, 9. janúar 1995.

Markmiðið er:

- að minnka dánartíðni mæðra niður í 15 af hverjum 100.000 lifandi fæddum börnum.
- að draga verulega úr sértækum heilsufarsvandamálum kvenna.
- að draga verulega úr heilsufarsvandamálum kvenna sem tengjast þjóðfélagsstöðu þeirra og álagi vegna margþættra hlutverka.
- að draga verulega úr tíðni kynferðislegrar áreitni, heimilisofbeldis og nauðgana og slæmum áhrifum slíks á heilsu kvenna.
- að styðja stöðugt starf þeirra kvenna sem sjá um óformlega heilsugæslu.
- að minnka a.m.k. um fjórðung muninn á dánartíðni sængurkvenna milli landsvæða og þjóðfélagsstétta.

Ofangreindum árangri má ná með gerð áætlana sem:

- taka á heilbrigðismálum kvenna.
- stuðla að auknum stuðningi og umönnun á meðgöngu, þ.m.t. hæfilegri beitingu burðar-málstækni, þ.e. umönnun fósturs frá 28. viku meðgöngu þangað til hvítvoðungur er orðinn 7 daga gamall.
- stuðla að verulegum breytingum á félagslegu umhverfi og lífsháttum kvenna.



Í áðurnefndri ályktun Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar frá árinu 1992 var framkvæmdastjóra hennar falið að veita aðgerðum sem lúta að heilsufari kvenna forgang í starfi stofnunarinnar. Jafnframt hefur stofnunin hvatt aðildarþjóðirnar til að sinna heilsufari kvenna. Segja má að með skipun nefndar um heilsufar kvenna hafi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra sinnt þessum tilmælum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar um umfjöllun í aðildarlöndunum til að varpa ljósi á sérstöðu kvenna þegar heilsufar er annars vegar.

Áætlun um heilbrigði fyrir alla var fyrst samþykkt árið 1984. Áætlunin hefur tvívegis verið endurskoðuð, fyrst árið 1991 og síðan árið 1998. Greina má mun á áherslum hvað varðar heilsufar kvenna þegar þessar þrjár útgáfur áætlunarinnar um heilbrigði fyrir alla eru bornar saman.

Árið 1984 var lögð áhersla á meðgöngu og fæðingu og hét markmiðið Maternal mortality en var síðan breytt í Health of women við endurskoðunina árið 1991. Árið 1998 er ekki byggt á sérstöku markmiði er nefnist Health of women en lögð er áhersla á þau áhrif sem jafnræði og félagsleg staða hafa á heilsufar kvenna.

Áætlunin nefnist heilbrigði fyrir alla á 21. öldinni. Í markmiðum sem samþykkt hafa verið fyrir Evrópu er enn vakin athygli á tvöföldu vinnuálagi meðal kvenna og bent er á að þeim sé hættara við að þjást af kvíða og þunglyndi en öðrum þjóðfélagsþópum. Fjallað er um að tilvik nauðgana og ofbeldis gegn konum séu stórlega vanskráð og að í iðnvæddum ríkjum sé heimilisofbeldi algengari orsök áverka en umferðarslys, nauðganir og líkamsárásir (ránsárásir) samanlagt. Bent er á að konur sem eiga ung börn standi lakar að vígi á vinnumarkaði og vakin er athygli á ýmsum félagslegum þáttum sem hafa neikvæð áhrif á heilsufar kvenna. Sérstaklega er fjallað um

- fjárhagslegt ósjálfstæði,
- ofbeldi,
- neikvæð viðhorf og hvers konar mismunun,
- vanmátt gagnvart kynferðislegu og líffræðilegu hlutskipti og
- lítil áhrif á ákvarðanatöku.

Tekið er fram að heilbrigðisstefna og einstök verkefni á þeim vettvangi taki ekki fyllilega tillit til þess að konur kunni að skorta sjálfsforræði þegar heilsa þeirra er annars vegar. Bent er á að tvöfalt álag á konum hafi jafnframt áhrif á umönnun barna og aldradra. Konur hafi í gegnum tíðina gegnt slíku umönnunarhlutverki og haldi því víða áfram þrátt fyrir aukna atvinnuþátttöku utan heimilis.

Fjallað er um að bæta megi heilbrigðisþjónustu við konur með því að auka og auðvelda aðgengi að þjónustu heilsugæslustöðva og með því að bæta þjónustu s.s. varðandi kynfræðslu og fjölskylduráðgjöf. Endurskoða þurfi upplýsingaþjónustu og starfsþjálfun heilbrigðisstarfsmanna með tilliti til jafnræðissjónarmiða þannig að þjónustan sé í auknum mæli miðuð við þarfir einstakra hópa og taka þurfi tillit til þess að rétturinn til einkalífs og trúnaðar sé virtur þegar heilbrigðisþjónusta við konur er annars vegar. Lögð er áhersla á að öll stefnumótun skuli miðast við að auka jafnrétti m.a. meðal karla og kvenna. Sérstök áhersla skuli lögð á það að styðja bæði karla og konur til þess að takast á við mismunandi stöðu og ábyrgð, sem einstaklinga, foreldra, fólk á vinnumarkaði og umönnunaraðila þannig að ryðja megi úr vegi hindrunum sem byggjast á misrétti þegar heilsa og þroski er annars vegar.

Loks er lögð áhersla á að aðildarríki styðji og starfi samkvæmt skuldbindingum alþjóðasamninga og að ríkisstjórnir vinni í samstarfi við innlendar stofnanir, samtök vinnuveitenda og launþegasamtaka og alþjóðlegar stofnanir að því að hlúa að og bæta heilsufar kvenna.

Í áætluninni *heilbrigði fyrir alla* á 21. öldinni er lögð áhersla á það að viðurkenna þarfir kvenna og karla og sett er fram svohljóðandi markmið sem nefnist Frá sjónarhóli kynjanna:

Frá sjónarhóli kynjanna Að viðurkenna þarfir kvenna og karla

Í stefnumótun í heilbrigðismálum er nauðsynlegt að taka tillit til kynjanna vegna þess að þar með:

- *er viðurkennd nauðsyn fullrar þátttöku kynjanna við ákvarðanir.*
- *er þekking, gildismat og reynsla kvenna og karla lögð að jöfnu.*
- *er tryggt að bæði konur og karlar geri sér grein fyrir þörfum sínum og forgangsmálum og viðurkenni að tiltekin heilsufarsvandamál tengjast aðeins körlum eða konum eða hafa alvarlegri áhrif annaðhvort á karla eða konur.*
- *eykst skilningur á orsökum slæmrar heilsu.*
- *er unnt að grípa með áhrifaríkari hætti til aðgerða til þess að bæta heilsu fólks.*
- *er stuðlað að aukinni sanngirni í heilbrigðismálum og heilsugæslu.*

Í íslensku heilbrigðisáætluninni, sem samþykkt var árið 1991 og byggð var á áætlun Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar um *heilbrigði fyrir alla* er ekki vikið sérstaklega að heilsufari kvenna. Unnið er að endurskoðun áætlunarinnar og er þar byggt á markmiðum áætlunarinnar *heilbrigði fyrir alla* á 21. öldinni.



3. Samantekt um konur og heilbrigði

3.1 Nokkrar lýðfræðilegar staðreyndir

Konur eignast nú færri börn en áður var og síðar á ævinni. Fyrir tæpum 40 árum áttu konur að jafnaði 4 börn en nú eiga þær 2 börn (2,0). Á sama tíma og fæðingum á hverja konu hefur fækkað hefur meðalaldur mæðra hækkað og er nú 29 ár. Aldur frumbyrja er nú 25 ár og hefur hækkað um 3 ár á 20 árum. Á síðustu 20 árum hefur dregið mest úr fæðingum meðal yngstu kvennanna en mun minna hjá aldurshópnum 25-39 ára og þeim jafnvel fjölgað hjá konum 30-34 ára. Þrátt fyrir þessa þróun eru fæðingar meðal stúlkna undir tvítugu ennþá meira en helmingi algengari hér á landi en á hinum Norðurlöndunum. Mæður 254 barna sem fæddust 1997 voru undir tvítugu, þar af 36 undir 18 ára aldri. Þá gengust um 200 stúlkur yngri en tvítugar undir fóstureyðingu árið 1996. Af rúmlega 4.100 börnum sem fæddust árið 1997 voru foreldrar 600 barna hvorki í sambúð né hjónabandi.

Hjónavígslum og þar með hjónaböndum með börnum fækkar en óvígða sambúðarforminu vex fiskur um hrygg. Fólk giftir sig seint eða ekki og meðalaldur brúðhjóna fer ört hækkanði. Tíðni lögskilnaða hefur verið mjög svipuð síðustu 15 árin. Við lögskilnað og sambúðarslit er langalgengast að móðir fái forsjá barna. Sameiginleg forsjá hefur færst í vöxt frá árinu 1992 er úrræðið var lögfest. Konur eru yngri en karlar þegar þær hefja sambúð eða gifta sig og er hlutfall giftra herra meðal kvenna en karla hjá yngri aldurshópnum. Hins vegar verða konur fyrr og oftast fyrir því að missa maka sína. Þannig eru 10% kvenna á aldrinum 55-64 ára ekkjur eða um 1000 konur og 40% 65 ára og eldri sem svarar til tæplega 7000 kvenna á þeim aldri. Sambærilegar tölur fyrir karla eru 3% og 15%.

3.2 Menntun, starfsvettvangur og laun kvenna

Staða kvenna á sviði menntunar hefur breyst mjög á síðustu áratugum og hafa konur fjölmennt í framhaldsnám af ýmsu tagi. Mun herra hlutfall tvítugra stúlkna en pilta lýkur stúdentsprófi eða 59% en 39% pilta. Konur eru nú 59% útskrifaðra frá Háskóla Íslands.

Konur hafa í auknum mæli haslað sér völl í hefðbundnum karlagreinum (læknisfræði, lögfræði, viðskiptafræði) en námsval kynjanna er þó enn hefðbundið bæði á framhaldsskóla- og háskólastigi. Konur sækja tiltölulega lítið í iðn- og tæknimenntun og raungreinar. Þær eru sem fyrr ráðandi innan uppeldis- og heilbrigðismenntunar. Aukin sókn kvenna á sviði menntunar kemur glöggt fram ef athugað er menntunarstig kvenna á aldrinum 30-64 ára. Því yngri sem konurnar eru þeim mun meira verður vægi sérskóla- eða háskólamenntunar, sem reyndar er í lágmarki hjá þeim elstu.

Á síðustu 40 til 50 árum hafa orðið verulegar breytingar á fjölskyldugerð og fjölskyldustærð á Íslandi. Konur eiga nú færri börn og eru eldri við fæðingu fyrsta barns. Enn eru þó þunganir hjá ungum stúlkum mun algengari hér en á hinum Norðurlöndunum. Fóstureyðingar hjá ungum stúlkum eru einnig algengari. Einstæðum foreldrum hefur fjölgað á þessum áratugum og eru einstæðar mæður í miklum meirihluta. Jafnframt verða konur oftast og yngri fyrir makamissi.

Árið 1997 voru 76% kvenna á aldrinum 16-74 ára á vinnumarkaðnum, samanborið við um 35% á tímabilinu 1920-1960. Þetta er gífurleg breyting og hún er enn meiri hjá giftum konum, en atvinnuþátttaka þeirra hefur farið úr 6% árið 1920 í allt að 82% 1995. Ef aldursmörk eru þrengd í 25-64 ár sem er aðalstarfs skeiðið þá eru 84% kvenna á vinnumarkaði, rúmlega 81% starfandi og rúmlega 3% atvinnulausar. Hópurinn sem er utan vinnumarkaðar telur 15%, þar af eru 7% heimavinnandi, 3% námsmenn og 5% fást við annað.

Atvinnuleysi undanfarinna ára hefur komið þyngra niður á konum en körlum. Árið 1997 voru 3100 konur atvinnulausar eða 4,5%, samanborið við 3,3% karla á aldrinum 16-74 ára. Hjá báðum kynjum er atvinnuþátttakan meiri eftir því sem menntun er meiri og atvinnuleysi meira eftir því sem menntunin er minni og atvinnuleysi er meira hjá hinum yngri en þeim eldri.

Rúmlega helmingur starfandi kvenna er í fullu starfi á móti 89% karla. Konur vinna að meðaltali í 36 stundir á viku en karlar í 51. Ef um fullt starf er að ræða þá vinna konur 45 stundir en karlar 54. Vinnustundum kvenna fækkar eftir því sem börn á heimili eru yngri en slíkt hefur engin áhrif á vinnutíma karla. Vinnutími einstæðra mæðra utan heimilis er lengri en vinnutími giftra eða sambúðarkvenna með börn.

Hér er eingöngu miðað við launaða vinnu. Upplýsingar skortir um umfang ólaunaðrar vinnu sem er að stórum hluta á hendi kvenna. Má þar nefna heimilisstörf og umönnun barna, aldraðra og sjúkra í fjölskyldunni sem oftast verður hlutskipti kvenna án þess þó að þessi störf teljist þeim til tekna með einhverjum hætti, fyrir þær sjálfar eða í þjóðhagsreikningum, þrátt fyrir tilmæli Sameinuðu þjóðanna þar að lútandi. Þvert á móti virðast konur álitnar ótryggari starfskraftur á vinnumarkaði vegna ábyrgðar þeirra á heimili og börnum. Ef ólaunuð vinna kvenna yrði metin sem hluti af þjóðarframleiðslu mætti ætla að það hefði verulega jákvæð áhrif á sjálfsmynd kvenna.

Verkaskipting á vinnumarkaði endurspeglar námsval kynja og er enn mjög hefðbundin bæði með tilliti til atvinnugreina og starfsstétta. Fjórðungur starfandi kvenna er í þjónustu- og verslunarstörfum, 18% eru sérmenntað starfsfólk, 14% eru sérfræðingar, 16% skrifstofufólk en 4% kjörnir fulltrúar eða stjórnendur (samanborið við 11% karla). Sé litið á skiptingu kynja innan starfsstétta skipa konur 83% skrifstofustarfa, 63% þjónustu- og verslunarstarfa, 57% starfa ósérhæfðra og 56% sérmenntaðra. Þær eru helmingur sérfræðinga en fjórðungur stjórnenda og embættismanna. Og þær eru enn færri í hópi bænda, fiskimanna og iðnaðarmanna.

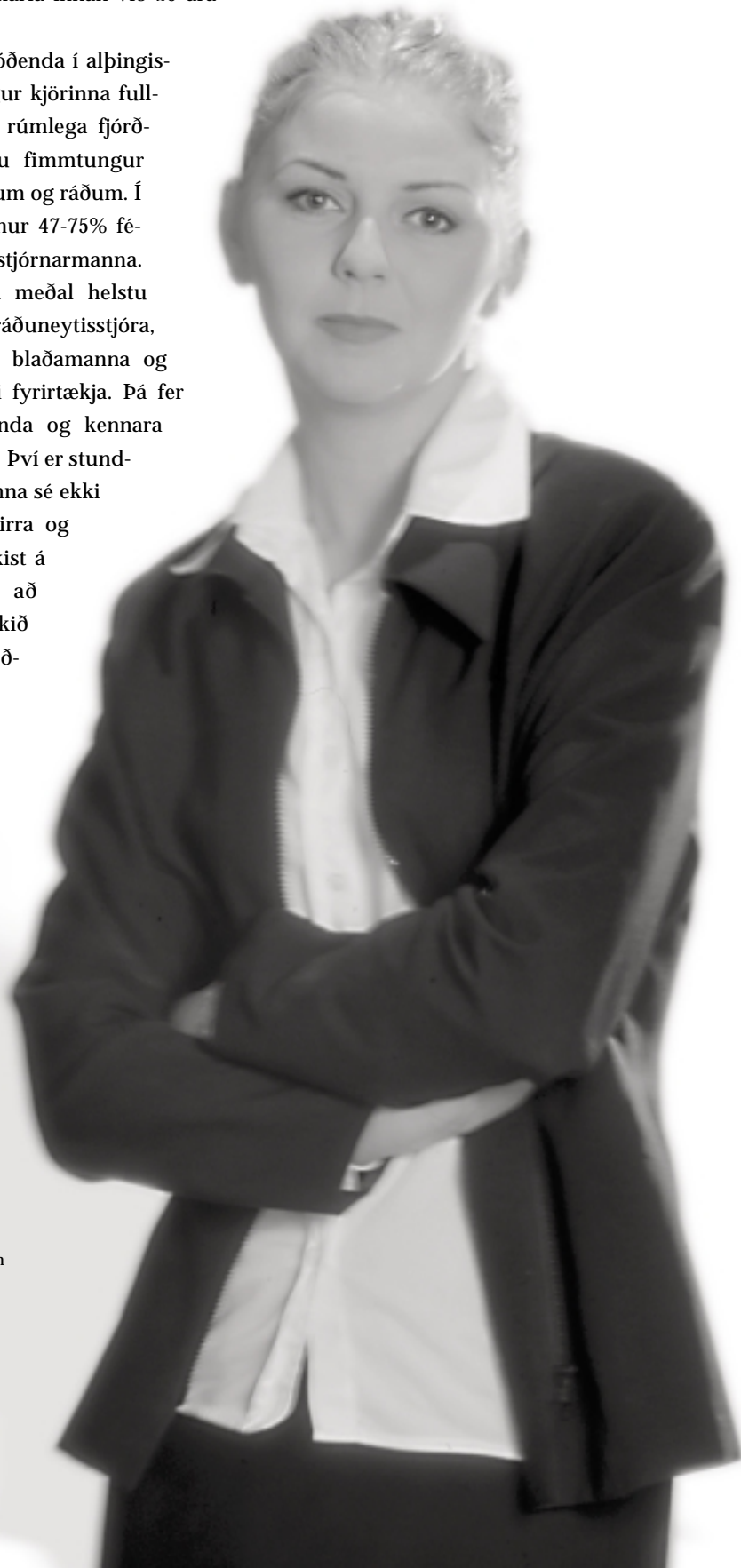
Launakannanir sýna að það hallar jafnan á konurnar. Stundum er hægt að skýra muninn að hluta með mismunandi vinnuframlagi, menntun o.s.frv. en oft skýrist hann ekki að fullu. Niðurstöður könnunar á vegum Jafnréttisráðs árið 1995 á launamyndun og kynbundnum launamun hjá átta stofnunum, bæði einkafyrirtækjum og opinberum, gáfu til kynna að menntun leiddi vissulega til launahækkunar en hins vegar jókst launamunur kynja, konum í óhag, eftir því sem menntunin var meiri. Ekki er hægt að alhæfa út frá þessari könnun en hún kemur heim og saman við niðurstöður úr könnun sem gerð var nýlega á vegum Evrópusambandsins í Svíþjóð, Frakklandi, á Spáni og í Bretlandi.

Atvinnutekjur kvenna nema 52% af tekjum karla og hefur þetta hlutfall ekki hækkað mikið undanfarin ár. Í þessari tölu er ekki tekið tillit til vinnuframlags. Er dreifing

atvinnutekna mjög ólík hjá kynjunum. Flestar konur hafa laun í lægstu tekjubilunum en tekjur karla dreifast mun jafnar og yfir fleiri tekjubíl.

Konur ná hæstum meðalatvinnutekjum milli fertugs og fimmtugs en þær samsvara þá tekjum karla innan við 25 ára aldur.

Konur eru nú helmingur frambjóðenda í alþingiskosningum en ekki nema fjórðungur kjörinna fulltrúa. Í sveitarstjórnnum eru konur rúmlega fjórðungur kjörinna fulltrúa. Þær eru fimmtungur þeirra sem sitja í opinberum nefndum og ráðum. Í helstu launþegasamtökum eru konur 47-75% félagsmanna en 30-50% (29-52%) stjórnarmanna. Konur eru í miklum minnihluta meðal helstu áhrifastétta, svo sem ráðherra, ráðuneytisstjóra, dómara, lögreglumanna, ritstjóra, blaðamanna og presta og meðal stjórnenda stærri fyrirtækja. Þá fer hlutfall kvenna sem skólastjórnenda og kennara lækkandi með hækkandi skólastigi. Því er stundum haldið fram að starfsframi kvenna sé ekki í samræmi við menntunarstig þeirra og reynslu og talað er um að þær rekist á svokallað glerþak þegar kemur að stöðuveitingum. Enn vantar því mikið á að konur gegni áhrifastöðum í þjóðfélaginu til jafns við karla.



Heimildir:

1. Sáttmáli Sameinuðu þjóðanna um afnám alls misréttis gegn konum.
2. Samþykkt frá kvennaráðstefnu Sameinuðu þjóðanna í Nairobi 1985.
3. Erindi Sigríðar Vilhjálmsdóttur, þjóðfélagsfræðings sem flutt var á ráðstefnu um heilsufar kvenna 29. janúar 1998.
4. Konur og karlar 1997. Hagstofa Íslands 1997.
5. Vinnumarkaður 1997. Hagstofa Íslands 1998.

3.3 Konur og heilsa

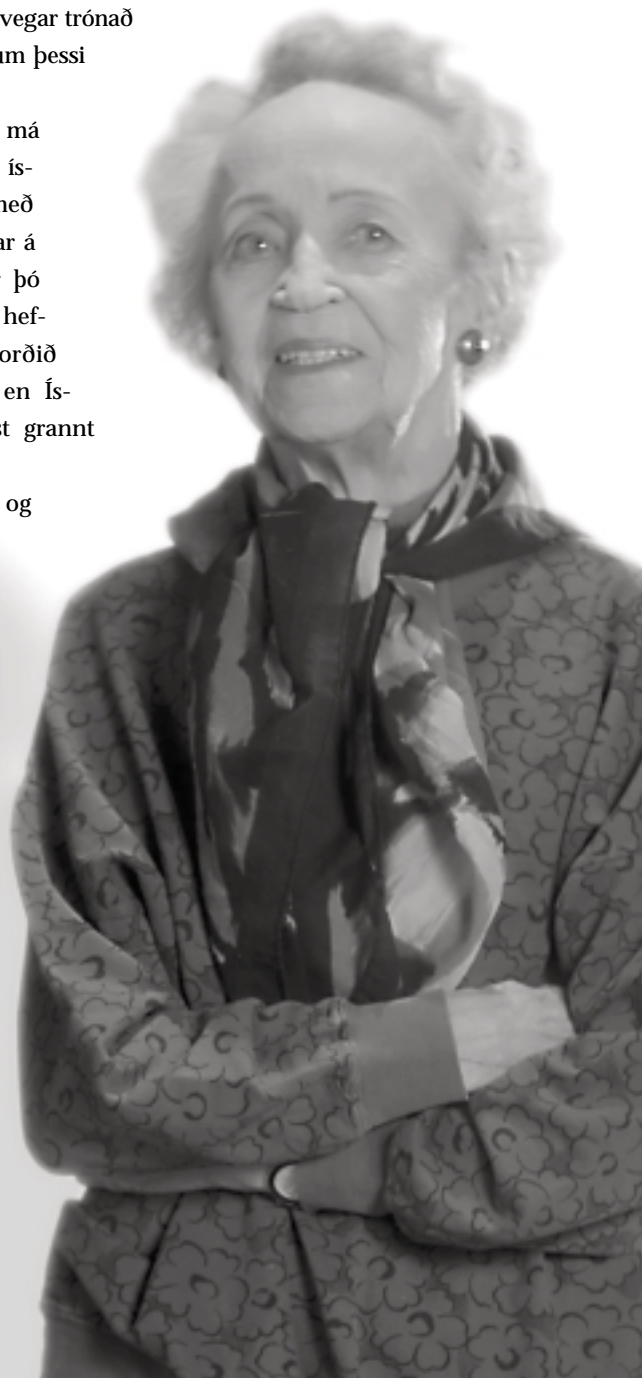
Lengi vel var gengið út frá því innan læknisfræðinnar að karlar og konur væru eins hvað varðar ókynbundna sjúkdóma og sjúkdómseinkenni. Aukin þekking hefur leitt í ljós að það ríkir verulegur kynjarmunur varðandi sjúkdómamynstur, einkenni við einn og sama sjúkdóm og mismunandi næmi fyrir ýmsum meðferðarleiðum, t.d. lyfjum. Þekking á eðlilegum mun kynjanna þarf að skila sér enn betur inn í daglegt starf heilbrigðisstarfsfólks og læknisfræðilegar rannsóknir og í nálgun við sjúklinginn, í greiningarferli og meðferðarvali.

Einn helsti mælikvarði á heilbrigði þjóðar er meðalævilengd. Á þessari öld hafa orðið umskipti á heilsufari Íslendinga en meðalævi kvenna hefur lengst úr 53 árum í um 81 ár og karla úr 48 árum í rúm 76 ár. Þetta má einkum þakka minni ungbarnadauða sem nú er á Íslandi með því lægsta sem þekktist í heiminum og útrýmingu skæðra smitsjúkdóma. Framan af öldinni lengdist meðalævi kvenna jafnt og þétt og meira en karla. Á síðastliðnum 10 árum hefur hins vegar dregið úr þessari lengingu hjá konum á meðan meðalævilengd karla heldur áfram að aukast með sama hraða og áður. Nú lengist meðalævi kvenna því hlutfallslega minna en karla.

Árið 1985 var meðalævi íslenskra kvenna næsthæst meðal þjóða OECD sem eru um 30 talsins. Tíu árum síðar eða árið 1995 eru þær íslensku komnar niður í 10. sæti. Meðalævi þeirra lengdist um aðeins 0,4 ár á tímabilinu eða næstmínst OECD-þjóða. Bæði árin voru japanskar konur með hæsta meðalævi sem er nú um 83 ár. Íslenskir karlar hafa hins vegar trónað á toppnum ásamt japönskum körlum þessi sömu ár.

Þrátt fyrir þessar staðreyndir má ekki líta fram hjá því að meðalævi íslenskra kvenna er eftir sem áður með því hæsta sem gerist og litlu munar á mörgum efstu þjóðunum. Það er þó ástæða til að staldra við, því þarna hefur ýmsum þjóðum greinilega orðið meira ágengt í heilsufarsmálum en Íslendingum og sjálfsagt að fylgjast grannt með þróun mála.

Athugun á þróun dánartíðni og dánarorsaka síðustu 20 árin gefur til kynna að dánartíðni hefur almennt lækkað hjá öllum aldurshópum nema konum 45-49 ára þar sem hún hefur nánast staðið í stað. Þá hefur dauðsföllum vegna illkynja æxla fjölgað hlutfallslega hjá konum, einkum á aldrinum 45-64 ára og vega brjóstakrabbamein og lungnakrabbamein þar þýngst.



3.3.1 Hjarta- og æðasjúkdómar

Nýgengi kransæðasjúkdóma er þrefalt hærra hjá körlum en konum, sérstaklega í yngri aldurshópunum. Tíðnin eykst hins vegar hjá konum eftir miðjan aldur og upp úr sjötugu er lítill munur milli kynja. Þó að nýgengi og dánartíðni vegna kransæðasjúkdóma hafi almennt lækkað verulega á síðustu 10 til 15 árum hefur algengi kransæðastíflu þrefaldast hjá konum síðan 1970. Helstu áhættuþættir fyrir utan kynferði og ættarsögu eru sykursýki, hækkun á blóðfitu og blóðþrýstingi og langsterkasti áhættuþátturinn er reykingar. Þar sem hátt hlutfall íslenskra kvenna reykir, er vægi reykinga mikið.

Konur hafa oft annað einkennamynstur kransæðasjúkdóms en karlar, vægari og óljósari einkenni sem oft tengjast ekki áreynslu. Erlendar kannanir hafa sýnt að konur skila sér verr út á vinnumarkaðinn eftir kransæðastíflu en karlar og þátttaka þeirra og árangur af endurhæfingu er lakari.

Fáar alþjóðlegar rannsóknir um orsakir og eðli kransæðasjúkdóma hafa verið gerðar með þátttöku kvenna. Hækkaður blóðþrýstingur er mun algengari hjá konum en körlum, sérstaklega í eldri aldurshópunum, en vegna almennrar og góðrar meðferðar hefur alvarlegum fylgikvillum eins og heilablóðfalli fækkað mjög.

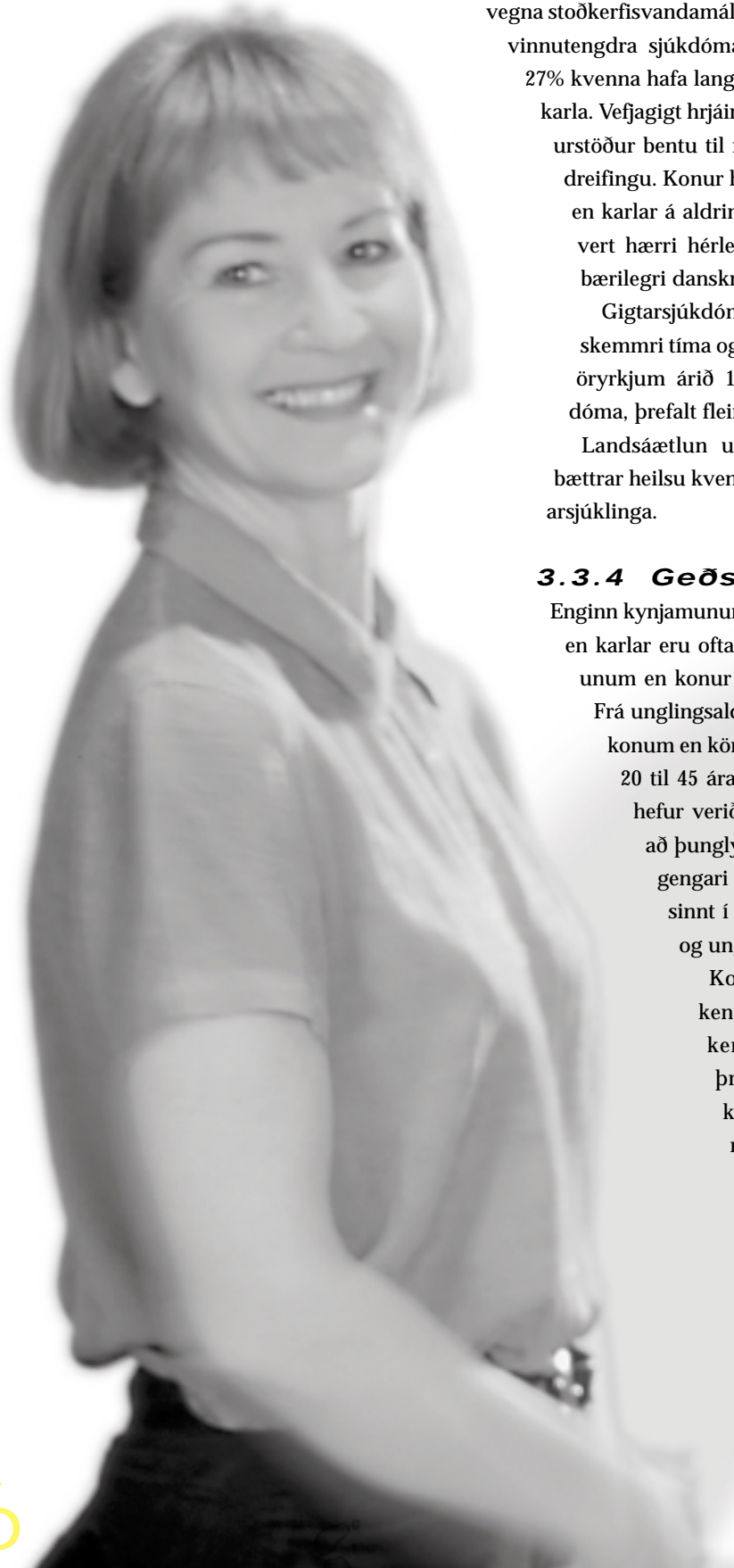
3.3.2 Krabbamein

Fyrir tíðahvörf eru krabbamein tvöfalt algengari hjá konum en körlum. Í elstu aldurshópunum eru krabbamein hins vegar miklu algengari hjá körlum. Þriðjungur karla sem greinast með krabbamein er yngri en 70 ára en um helmingur kvenna. Brjóst- og lungnakrabbamein eru algengustu sjúkdómarnir hjá konum og þá ekki síst í yngri aldurshópunum og eru þau jafnframt mannskæðustu krabbamein kvenna. Frá árinu 1981 hefur dánartíðni karla af völdum lungnakrabbameins staðið í stað en aukist um 20% hjá konum á sama tímabili. Reykingar valda 80% lungnakrabbameina en konur reykja nú jafnmikið og karlar. Reykingar eru ekki einungis sterkur áhættuþáttur fyrir myndun lungnakrabbameins og hjarta- og æðasjúkdóma. Þær eru taldar stuðla að myndun fjölda annarra krabbameina og langvinnra lungnasjúkdóma, svo eitthvað sé nefnt. Einnig virðast reykingar hafa skaðlegri áhrif á konur en karla.

Leitað er skipulega að leghálskrabbameini hjá konum frá 20 ára aldri og hefur sú leit borið góðan árangur, lækkað bæði nýgengi og dánartíðni sjúkdómsins verulega. Frá árinu 1987 hefur einnig verið leitað skipulega að brjóstakrabbameini hjá konum 40 ára og eldri. Árangur þeirrar leitar hér á landi hefur enn ekki verið staðfestur. Eins og í öðrum vestrænum löndum eykst nýgengi sjúkdómsins en dánartíðni hefur lítið breyst.

3.3.3 Gigtarsjúkdómar

Gigtarsjúkdómar eru fjölmargar tegundir sjúkdóma, s.s. iktsýki, rauðir úlfar, slitgigt, þvagsýrugigt, vefjagigt, hrygggigt, beinþynning og barnaliðagigt. Flestir þessara sjúkdóma eru mun algengari hjá konum. Konur kvarta oftast undan verkjum en karlar og oftast frá líffærakerfum sem erfitt er að heimfæra upp á ákveðna sjúkdóma. Slik einkenni krefjast oft sérhæfðrar nálgunar. Marga gigtarsjúkdóma er hægt að koma í veg fyrir og lækna ef hafist er handa í tíma. Forvarnir, s.s. liðvernd, almenn hreyfing, vinnuvernd, og leiðir til þess að bæta og flýta greiningu gegna því mikilvægu hlutverki í almennu heilsufari kvenna.



Kostnaður samfélagsins af sjúkraþjálfun er að langmestu leyti vegna stoðkerfisvandamála sem rekja má til gigtarsjúkdóma og atvinnutengdra sjúkdóma. Nýleg rannsókn hérlendis sýnir að 27% kvenna hafa langvinna útbreidda stoðkerfisverki en 13% karla. Vefjagigt hrjáir tíundu hverja konu en 1-2% karla. Niðurstöður bentu til mismunar milli landshluta og í aldursdreifingu. Konur hafa mest einkenni á aldrinum 31-40 ára en karlar á aldrinum 51-60 ára. Tíðni gigtar virðist töluvert hærrí hérlendis en í Danmörku samkvæmt samþæilegri danskri rannsókn.

Gigtarsjúkdómar leiða oft til vinnutaps um lengri eða skemmri tíma og ekki ósjaldan til varanlegrar örorku. Af öryrkjum árið 1990 höfðu t.d. 20% þeirra gigtarsjúkdóma, þrefalt fleiri konur en karlar.

Landsáætlun um gigtarvarnir er öflugt framlag til bættar heilsu kvenna, þar sem konur eru í meirihluta gigtarsjúklinga.

3.3.4 Geðsjúkdómar

Enginn kynjamunur er á heildartíðni geðsjúkdóma á Íslandi en karlar eru oftar haldnir áfengissýki og hegðunartruflunum en konur aftur á móti oftar þunglyndi og kvíða.

Frá unglingsaldri er þunglyndi helmingi algengara hjá konum en körlum. Konur veikjast einkum á aldrinum 20 til 45 ára en ekki kringum tíðahvörf eins og oft hefur verið haldið fram. Íslenskar athuganir sýna að þunglyndiseinkenni eftir fæðingu eru mun algengari en áður var talið og alls ekki nægilega sinnt í hinu viðtæka og annars öflugra mæðra- og ungbarnaæftirliti.

Konur hafa oftar vægari og óljósari einkenni en karlar og auk þunglyndiseinkenna eru meltingartruflanir, verkir, þreyta og höfuðverkur áberandi einkenni. Þær hafa því oft gengið lengur með sjúkdóminn án greiningar. Þunglyndi er alvarlegur sjúkdómur, oft vangreindur og dregur meira úr starfsorku, veldur oftar vinnutapi og leiðir oftar til örorku en t.d. hjartasjúkdómar. Sjálfsmorðstílaunir eru fleiri hjá konum en aftur á móti verða fleiri sjálfsmorð hjá körlum. Bein dánartíðni þunglyndissjúklinga vegna sjálfsvíga er 15%.

Óbirt íslensk rannsókn þar sem athugaðar voru aðstæður kvenna sem sækja áfengis-meðferð sýnir að fleiri konur sækja meðferð en opinberar tölur um áfengissýki gefa til kynna og ef ályktanir eru dregnar af erlendum rannsóknum (Ása Guðmundsdóttir sálfræðingur). Aðstæður þeirra kvenna sem leita meðferðar eru einnig nokkuð frábrugðnar aðstæðum karla. Þær eru oftast frásældar, með börn á framfæri en afar fáar eru einstæðingar, ólíkt körlum. Konurnar eru einnig oftast atvinnulausar eða á örorkubótum og flestar hafa ekki lokið framhaldsskóla. Afar fáar kvennanna eiga maka sem traustan bakhjarl og hjá miklum meirihluta er fyrrverandi eða núverandi maki áfengissjúklingur. Helmingur kvennanna hafði orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku. Andleg vanlíðan er aðalástæða þess að þær leita sér aðstoðar en ekki félagslegir þættir eins og er vanalegra hjá körlum.

Áfengis meðferð á Íslandi virðist miðuð við karla og gefur hún lélegri árangur hjá konum nema tekið sé sérstaklega á hinum sálræna þætti vandans. Nauðsynlegt er að sniða áfengis meðferð að þörfum íslenskra kvenna enda virðist viðhorf til áfengis meðferðar hérlendis jákvæðara en í nágrannalöndum okkar (sjá tillögu 4, 8. lið verkáætlunar vegna framkvæmdar tillögu).

3.3.5 Atvinnusjúkdómar og örorka

Rannsóknir á tengslum vinnu og heilsu hafa beinst að því að koma auga á áhættuþætti í vinnuumhverfinu, en markmiðið er að fólk bíði ekki heilsutjón af vinnunni. Flestar rannsóknir á þessu sviði hafa hingað til beinst að karlahópum.

Á síðari tímum hefur mikill áhugi vaknað erlendis á að rannsaka áhrif vinnu og vinnuumhverfis á heilsu kvenna. Hérlendis hafa þegar verið gerðar nokkrar rannsóknir á þessu sviði. Meðal annars má nefna rannsóknir á dánartíðni og krabbameinstíðni verkakvenna og hjúkrunarfræðinga, álagseinkennum fiskvinnslukvenna og kvenna sem vinna í stórmörkuðum. Rannsóknirnar leiddu í ljós mismunandi dánartíðni og krabbameinsmynstur mismunandi starfshópa kvenna, að herra hlutfall kvenna en karla vinnur einhæf störf í fiskiðnaði og álagseinkenni voru þar tíðari meðal kvenna en karla.

Samkvæmt upplýsingum frá Tryggingastofnun ríkisins árið 1996 voru 7315 einstaklingar metnir með 75% örorku hér á landi, mun fleiri konur en karlar eða 4286 á móti 3029 körlum. Geðræn vandamál teljast orsök örorku hjá þriðjungu kvennanna og vöðva- og beinasjúkdómar hjá 20-24%. Konur voru hlutfallslega fleiri í öllum greiningarflokkum en kynjamunur byggist þó að mestu á fjölda umfram væntigildi í eftirfarandi flokkum: Stoðkerfisvandamál meðal kvenna, slys og eitranir auk „annarra sjúkdómsgreininga“ sem konur fá frekar en karlar.

3.3.6 Slys og heimilisofbeldi

Sé litið á heildartíðni slysa eru þau algengari meðal karla en kvenna og dánartíðni af völdum slysa einnig. Skýrist það meðal annars af meiri tíðni vinnuslysa hjá körlum. Þó er kynjamunur í aldursdreifingu slysa og er tíðni orðin jöfn um sextugt en eftir það verður hún hærri hjá konum. Fleiri beinbrot með hækkandi aldri hjá konum skýra aukninguna að hluta og er beinþynning talin eiga nokkurn þátt í því.

Bæði kynin verða fyrir áverkum vegna ofbeldis. Fleiri karlar en konur verða fyrir ofbeldi. Samkvæmt könnun frá árinu 1996 var áætlað að 2200 konur og 7700 karlar hefðu orðið fyrir ofbeldi á undangengnum 12 mánuðum. Um helmingur kvenna (u.þ.b. 1000

konur) varð fyrir ofbeldi af hálfu einhvers sem þær þekktu, s.s. maka, núverandi eða fyrrverandi, en karlar urðu í níu af hverjum tíu tilvikum fyrir ofbeldi af hálfu annarra aðila. Um 14% kvenna sem urðu fyrir líkamlegu ofbeldi leituðu eftir stuðningi Kvennaathvarfsins. Þetta kemur fram í skýrslu dóms- og kirkjumálaráðuneytis um orsakir, umfang og afleiðingar heimilisofbeldis og annars ofbeldis gegn konum frá árinu 1997. Þetta eru nokkru hærrí tölur en í Danmörku og eiga einungis við um líkamlegt ofbeldi. Í hópi þeirra kvenna sem leituðu aðstoðar í Kvennaathvarfinu árið 1996 höfðu 38% orðið fyrir líkamlegu ofbeldi en 62% leituðu þangað vegna andlegs ofbeldis.

Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að konur sem búa við ofbeldi leita marktækt meira til heilbrigðisþjónustunnar en aðrar konur. Einkenni þeirra eru bæði líkamleg og andleg og sérstaklega er notkun þeirra á geðdeyfðar-, svefn- og róandi lyfjum mun meiri en annarra.

Neyðarmóttaka vegna nauðgunar var opnuð 8. mars árið 1993 á bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur, Fossvogi. Þangað geta einstaklingar leitað sem hafa orðið fyrir nauðgun eða tilraun til nauðgunar. Þjónustan er ókeypis, fer fram undir nafnleynd og er án allra skilyrða. Þeim sem þangað leita stendur til boða að nýta sér andlegan, lækni-, réttarlækni- og lögfræðilegan stuðning. Rekstur starfseminnar hefur gefist vel og bætt úr mjög brýnni þörf. Árlega koma til Neyðarmóttökunnar um 77 einstaklingar, þar af 68 konur og 65% yngri en 25 ára. Neyðarmóttaka er einnig starfrækt við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri. Stórir landshlutar eru því án slíkrar þjónustu. Það er á valdi viðkomandi sveitarfélags hvort greitt er fyrir konu sem vill leita til Neyðarmóttökunnar eða Kvennaathvarfsins. Leita þarf leiða til að efla rétt landsbyggðarinnar.

Opna þarf umræðu um heimilisofbeldi og afleiðingar þess. Hlutverk heilsugæslunnar á þessu sviði þarf ítarlega umfjöllun og leita verður nýrra meðferðarmöguleika (sjá tillögu 3, 2. lið verkáætlunar vegna framkvæmdar tillögu).

3.3.7 Líffræðilegt hlutskipti kvenna

Konur hafa líffræðilegu hlutverki að gegna á frjósemis skeiði og hefur það breyst mikið með breyttum lífsháttum. Konur byrja nú yngri á blæðingum en áður (meðalaldur við upphaf blæðinga kvenna sem fæddar eru 1952-67 er 13.5 ár) og eiga færri börn.

Hérlendis fæðast árlega um 4000 börn. Hlutfall yngri og eldri mæðra (15-19 ára og 35-39 ára) er hærra hér en á hinum Norðurlöndunum og þykir það benda til ómarkvissari notkunar getnaðarvarna en tíðkast í nágrennalöndunum. Árlega eru framkvæmdar u.þ.b. 850 fóstureyðingar og hefur fjöldi fóstureyðinga sem hlutfall af fjölda kvenna á barneignaraldri verið nokkuð stöðugur en virðist nú fara heldur hækkandi.

Árið 1975 voru sett lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir sem m.a. áttu að stuðla að aukinni fræðslu um þessi efni. Útgáfa fræðsluefnis var aukin og kennsla tengd líffræðikennslu í grunnskólum. Á árunum 1970 til 1980 var opin sérstök fræðsludeild um fjölskylduáætlun í Heilsuverndarstöðinni. Formlegt starf af því tagi lagðist svo af þar til áhugafólk um fræðslu á þessu sviði stofnaði Fræðslusamtök um kynlíf og barn eignir. Hafa samtökin staðið fyrir fræðslu og starfrækt móttöku fyrir unglinga í Reykjavík. Þau hafa einnig beitt sér fyrir kynningu á notkun neyðargetnaðarvarna hérlendis.

Notkun getnaðarvarna hérlendis er í meginráttum sem hér segir: um 20% kvenna nota pilluna en notkun lækkar mjög hratt með hækkandi aldri; 22% nota lykkju, aðallega eldri konur; smokkar eru mest notaðir af yngri kynslóðinni; aðrar getnaðarvarnir

eins og hettan, hitamælingar og sæðisdrepani krem eru lítið notaðar, sérstaklega af yngri konum. Ennfremur eru gerðar 600-700 ófrjósemisaðgerðir árlega og er áberandi hve hátt hlutfall þeirra aðgerða er gert á konum. Lengst af var hlutur karla í þessum aðgerðum undir 10% en fer nú vaxandi. Þetta er ójafnari kyndreifing en tíðkast yfirleitt á Norðurlöndunum.

Árið 1997 var sett á fót getnaðarvarnaráðgjöf á kvennadeild Landspítalans. Miðað við nágrannalöndin er hér minni fræðsla um getnaðarvarnir í skólum, aðgangur að getnaðarvörnum verri og þær eru dýrari.

Brjóstgjöf eftir fæðingu hefur orðið æ algengari og hefur hlutfall kvenna sem mjólka börnum sínum 3 mánuði eða lengur aukist úr 20% árið 1974-75 í 76% árið 1992-93. Samhliða þessari þróun varð til áhugafélag um brjóstgjöf (Barnamál) sem skipuleggur starf hjálparmæðra, miðlar þekkingu og reynslu um brjóstgjöf og aðstoðar við útveg-un hjálparkækja.

Fylgifyiskar líffræðilegs hlutverks kvenna geta verið einkennalítlir kvillar svo sem járnskortur og blóðleysi eða vel falin vandamál eins og þvagleki. Þunglyndiseinkenni eftir fæðingu eru mun algengari en áður hefur verið talið. Einnig hafa orðið æ meira áberandi vandamál tengd meðgöngu á borð við grindargliðnun þar sem er nauðsynlegt að meta hvort tíðni hafi breyst og hvort meðferðarúræði nýtist vel (sjá tillögu 4, 6.

lið verkáætlunar vegna framkvæmdar tillögu).

Einkenni blóðleysis eru óljós og því er það oft vangreint. Í rannsókn frá 1991 greindist fjórða hver kona á barneignaraldri með járnskort og 3% kvenna með járnskortsblóðleysi.

Rannsókn frá Norðurlandi sýndi hátt hlutfall kvenna sem á við þvaglekavanda að stríða og höfðu 30 af hundraði kvenna eldri en 21 árs átt við nokkurt vandamál að stríða vegna þvagleka. Tíðnin eykst með aldri en einungis þriðjungur kvennanna



hafði rætt vandann við lækni. Margt bendir því til að konur skorti fræðslu um meðferð-armöguleika og þeir séu illa nýttir.

Meðferð kvenna með kvenhormónum eftir tíðahvörf er óvenjuleg að því leyti að ábendingar um meðferð eru fjölbreytilegar og bæði um einkenameðferð og meðferð í forvarnarskyni. Því er mikilvægt að kynnt sé rækilega opinber stefna í meðferð þessara lyfja og að verkaskipting innan heilbrigðiskerfisins í meðferð og eftirliti sé skýrt skilgreind (sjá tillögu 4, 6. lið verkáætlunar vegna framkvæmdar tillögu).

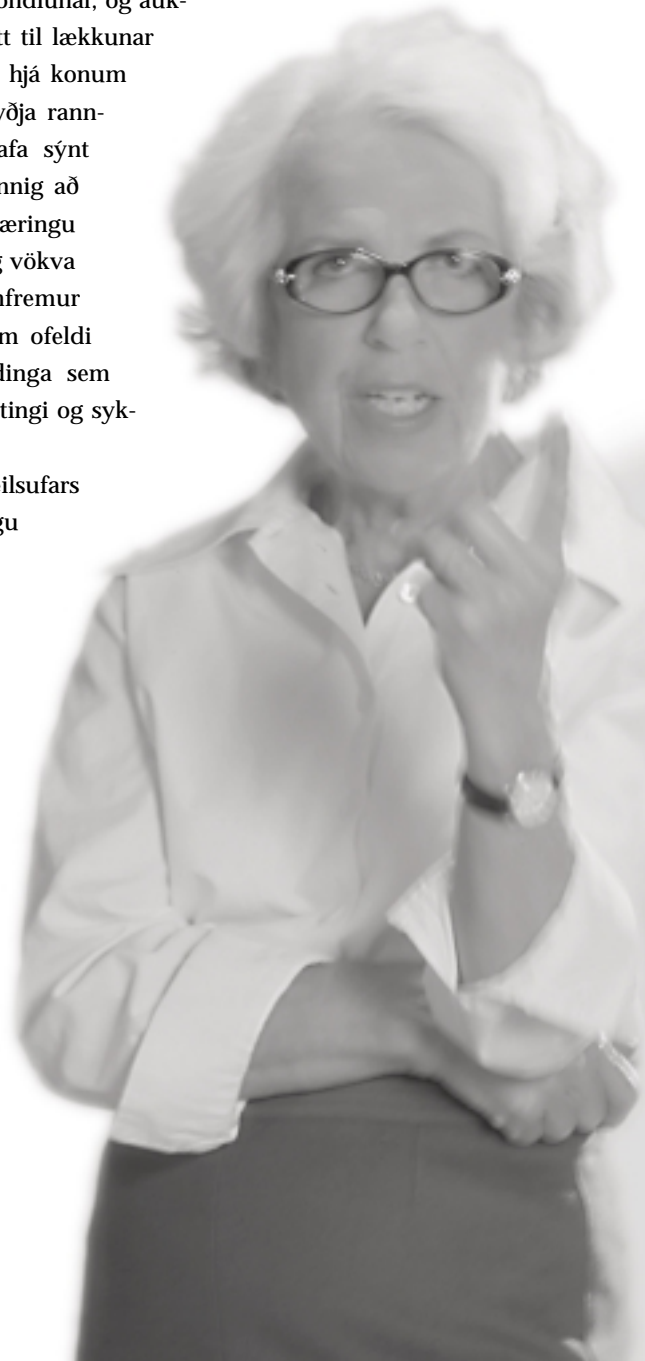
3.3.8 Áhættuþættir og lífsstíll

Aukin þekking á tengslum lifnaðarháttá og heilsufars hvetur heilbrigðisyfirvöld til að fylgjast með ytri lífsvenjum í þjóðfélaginu í því skyni að spá um þróun langvinnra sjúkdóma.

Með endurteknum rannsóknum hefur mátt sjá þróun til lækkunar blóðþrýstings meðal þjóðarinnar, að hluta vegna bættrar greiningar og meðhöndlunar, og aukin fjölbreytni í mataræði hefur leitt til lækkunar blóðfitu hjá báðum kynjum, meiri hjá konum en körlum. Þessar niðurstöður styðja rannsóknir Manneldisráðs sem þó hafa sýnt mismunandi þróun eftir aldri, þannig að konur yfir sjötugt fái hvað lakasta næringu og lægra hlutfall bætiefna, trefja og vökva en í öðrum aldursflokkum. Ennfremur hafa komið í ljós ytri einkenni um ofeldi með aukinni líkamsþyngd Íslendinga sem eykur líkur á hækkuðum blóðþrýstingi og sykursýki.

Vegna samspils næringar og heilsufars er mikilvægt að halda uppi öflugum fræðslustarfi til almennings um æskilega samsetningu fæðu og hvatningu til matvælaframleiðenda að bæta næringarsamsetningu unninnar matvöru sérstaklega hvað varðar fitu- og saltinnihald (sjá tillögu 4, 5. og 6. lið verkáætlunar vegna framkvæmdar tillögu).

Tóbaksneysla hefur minnkað hjá báðum kynjum og er kynjamunur nú ekki teljandi. Í alþjóðlegum samanburði skera íslenskar konur sig nokkuð úr vegna tíðni reykinga og



eru í 7.-10. sæti í samanburði Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar á tíðni reykinga meðal kvenna. Þetta er áhyggjuefni þar sem nýlegar rannsóknir benda til að reykingar séu konum skaðlegri en körlum og sterkur áhættuþáttur fyrir marga sjúkdóma, s.s. beinþynningu, kransæðasjúkdóma og ýmis krabbamein (þ.m.t. lungnakrabbamein). Karlar neyta oftar áfengis og í meira magni en konur. Meiri aukning hefur þó orðið hjá konum en körlum.

Hreyfing er orðin fastur liður í lífsstíl æ fleiri Íslendinga. Árið 1996 stunduðu 84% karla íþróttir 1-2svar í viku en 72% kvenna, hærra hlutfall hjá yngra fólki en hinu eldra. Íslensk skólaborn stóðust vel samanburð í líkamshreysti við börn frá öðrum Evrópulöndum í könnun 1985. Þó má greina lækkun á þoli stúlkna með aldrinum á sama tíma og þol drengja eykst. Brottfall stúlkna úr íþróttum á unglingsárum á líklega hlut að máli og kallar það á aukinn stuðning við íþróttir kvenna.

Konur eru að tileinka sér nýja áhættuþætti með breyttum lífsháttum en bæta aðra og skiptir upplifun þeirra af eigin heilsu miklu máli. Samkvæmt könnun Heilsuefingar árið 1996 segjast 65% kvenna vera við góða líkamlega heilsu og 75% við góða andlega heilsu samanborið við 69% og 79% karla. Hærra hlutfall karla en kvenna fann oft fyrir streitu.

3.3.9 Samantekt

Í nefndaráliti þessu er ekki unnt að fjalla um hvern einstakan sjúkdómaflokk m.t.t. sérstöðu kvenna. Hins vegar er þeim dæmum sem tekin eru ætlað að draga upp mynd af heilsufari kvenna og varpa ljósi á umfang vandans og hvar úrbóta sé þörf. Miðað við alþjóðlegar upplýsingar er mynstrið á Íslandi svipað og búast má við. Samanburður á heilsu kvenna og karla bendir ekki til séríslenskra vandamála.

Mikilvægt er að fylgjast með þróun erlendis og hvetja íslenska vísindamenn til þess að taka þátt í rannsóknum á þessu sviði.

Heimildir

1. Heilsufar kvenna, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, Rit 1 1998.
2. Landsáætlun um gígtarvarnir. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Rit 3, 1995.
3. Vefjagigt og langvinnir útbreiddir stoðkerfisverkir á Íslandi. Helgi Birgisson, Helgi Jónsson, Árni Jón Geirsson. Læknablaðið 1998;84:636-42.
4. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson. Læknablaðið 1998;84:629-635.
5. Aðstæður kvenna sem sækja áfengis meðferð, óbirt íslensk rannsókn. Ása Guðmundsdóttir sálfræðingur, persónulegar upplýsingar.
6. Konur og karlar 1994. Hagstofa Íslands.
7. Konur og karlar 1997. Hagstofa Íslands.
8. Orsakir, umfang og afleiðingar heimilisofbeldis og annars ofbeldis gegn konum. Dóms- og kirkjumálaráðuneyti 1997.
9. Réttindi og staða kvenna á Íslandi. Skýrsla íslenskra stjórnvalda vegna fjórðu ráðstefnu Sameinuðu þjóðanna um málefni kvenna í Peking 1995. Utanríkisráðuneytið 1995.
10. Lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisáðgerðir. Nr. 25, 1975.
11. Heilsusögubanki Leitarstöðvar Krabbameinsfélags Íslands 1997.
12. SMOKING AND WOMEN. The Next Wave of the Tobacco Epidemic. World Health Organization Fact Sheet N. 176. August 1997.

3.4 Konur og heilbrigðisþjónustan

Íslenskar athuganir sýna að konur nota heilbrigðisþjónustu meira en karlar og er munurinn svipaður og sést í nágrannalöndum okkar. Konur leita meira til heilsugæslunnar bæði sin vegna, barna sinna og vegna aldraðra foreldra. Hins vegar er lítil munur á sjúkrahúslegu kynjanna þegar tillit hefur verið tekið til innlagna vegna barneignaskeiðs kvenna og fóstureyðinga. Heilbrigðisþjónustan hefur frumkvæðið að samskiptum við konur í sambandi við forvarnarstarf og mæðra- og ungbarna-eftirlit. Frumkvæði að samskiptum við karla er hins vegar mun minna og þá einkum á sviði ungbarnaverndar. Kannanir innan heilsugæslunnar sýna að konur eru sendar í fleiri rannsóknir, fá fleiri sjúkdómsgreiningar, oftast meðferð og er ávísað meira af lyfjum en körlum. Við heilsugæsluna hér á landi vinna fáar starfsstéttir þrátt fyrir afar viðtækt starfssvið.

Við umfjöllun um heilbrigðisþjónustu hér á landi ber að leggja áherslu á að alþjóðlegur samanburður sýnir að Íslendingar búa almennt við gott heilsufar og að heilbrigðisþjónusta hér á landi er öflug. Jafnframt má benda á dæmi um að heilbrigðisyfirvöld hafi brugðist við sérstökum heilsufarsvanda, svo sem með mótun landsáætlunar um gigtarvarnir og starfi gigtarráðs, en konur eru í meirihluta meðal gigtarsjúklinga.

Tílefni samskipta milli einstaklinga og heilbrigðisþjónustunnar eru í megindrættum af tvennum toga. Annars vegar meta einstaklingarnir sjálfir hvenær rétt sé að leita sér aðstoðar og hins vegar hefur starfsfólk heilbrigðisþjónustunnar frumkvæði að samskiptum þegar um skipulagt forvarnarstarf er að ræða. Frumkvæði heilbrigðisþjónustunnar er einkum á sviði sóttvarna, ónæmisáðgerða, ungbarna- og mæðraverndar auk skipulegrar leitar að legháls- og brjóstakrabbameini. Heilbrigðisþjónustan hefur því samskipti við konur á öðrum forsendum en karla. Áhrif þess á hugmyndir kvenna um verksvið heilbrigðisþjónustunnar hafa ekki verið metin.

3.4.1 Notkun heilbrigðisþjónustu

Nefndin aflaði sér í starfi sínu ýmiss konar upplýsinga sem varpa ljósi á kynjabundna notkun heilbrigðisþjónustu. Athuganir sýna að konur nota heilbrigðisþjónustu meira en karlar bæði hér á landi og í löndunum í kringum okkur og nota þær hana bæði meira vegna sjálfra sín og vegna barna og aldraðra foreldra. Það er hins vegar ekki sama hvort átt er við innlagnir á sjúkrahús eða komur á heilsugæslustöðvar. Innlagnir kvenna eru eingöngu fleiri á ákveðnum aldri eða nokkurn veginn á barneignaskeiði. Ef innlagnir sem tengjast barneignum og fóstureyðingum eru dregnar frá verður munur á milli kynja lítill. Samkvæmt gögnum landlæknisembættisins og heilbrigðisráðuneytisins fundust engar vísbendingar um kynjamun í meðferð innlagðra sjúklinga, en engar beinar rannsóknir hafa verið gerðar til þess að leita svara við þessari spurningu. Mismunandi tíðni sjúkdóma hjá innlögðum sjúklingum eftir kynjum endurspeglar einungis þekktan kynjamun sjúkdóma. Engar kyngreindar upplýsingar liggja fyrir um komur til sérfræðinga. Innan heilsugæslunnar hafa hins vegar verið gerðar nokkrar rannsóknir sem sýna að konur leita þangað talsvert meira en karlar. Mörg erindi eru tengd frjósemis-skeiðinu enda skapast á því aldursskeiði mörg tílefni til að leita læknis, t.d. mæðravernd og getnaðarvarnir. Ef þessi erindi eru dregin frá þá minnkar munurinn milli kynjanna, en hann hverfur ekki.

Konur lifa lengur en karlar og virðast búa við verri heilsu á fullorðinsárum þó að ekki sé marktækur munur milli kynja hvað varðar heildartíðni sjúkdóma. Erlendar og innlendar rannsóknir sýna að konur hafa almennt neikvæðari ímynd af heilsu sinni en karlar.

3.4.2 Notkun jaðarlækninga

Það er ekki eingöngu heilsugæslan sem konur nota meira en karlar. Konur nota einnig meira óhefðbundnar lækningar eða jaðarlækningar. Lítið er vitað um notkun á jaðarlækningum. Landlæknisembættið hefur þó gert þrjár úrtakskannanir á 5 ára fresti þar sem m.a. er spurt um notkun á jaðarlækningum. Þær sýna að konur leita meira en karlar til þeirra sem stunda óhefðbundnar lækningar og að eftirspurn eftir óhefðbundnum lækningum hefur aukist síðustu árin. Niðurstöðurnar vekja spurningar um hvað konur séu t.d. að sækja þegar þær leita jaðarlækninga. Leita þær þangað vegna skilgreinds heilsufarsvanda? Leita þær þangað vegna heilsufarsvanda sem þær hafa áður leitað með til löggiltra lækna?

3.4.3 Úrlausnir í heilsugæslu

Í gögnum um heilsugæslu kemur fram að konur fá annars konar en fyrst og fremst marktækt fleiri úrlausnir en karlar. Þær fá fleiri sjúkdómsgreiningar, eru rannsakaðar meira og er ávísað meira af lyfjum. Mismunur á lyfjaávisunum hverfur ekki þó lyf tengd frjósemisскеiði og tíðahvörfum séu dregin frá. Konum er ávísað marktækt meira af lyfjum tengdum miðtauga-kerfi eins og róandi, kvíðastillandi, svefn-, geð- og verkjalyfjum.

Nefndin telur rétt í þessu sambandi að varpa fram nokkrum hugsanlegum skýringum á því hvers vegna konur leita meira til heilsugæslu en karlar:

- *Konur eiga almennt auðveldara með að tjá sig um líðan sína og eru betur upplýstar um heilsufarsleg vandamál. Þær eru jafnframt vanari að leita til heilbrigðisþjónustunnar vegna forvarna, ýmissa kvilla og heilsufarslegs vanda. Hin vel þróaða mæðra- og ungbarnavernd á Íslandi hjálpar konur beinlínis í því að leita til heilsugæslunnar með vandamál sín. Ætla má að konum sé því eðlilegra en körlum að nýta þjónustu heilsugæslustöðva.*
- *Konur hafa oftari verki en karlar og oft verki sem erfiðara er að flokka undir hefðbundna sjúkdómaflokka. Þær hafa oft og tíðum annars konar einkennamynstur og stundum óljósara en karlar sem leiðir til fleiri rannsókna af hálfu læknisins og skipulegra endurkoma þar sem læknirinn þarf lengri tíma til þess að átta sig á einkennum kvennanna. En einnig er vitað að konur koma aftur og aftur þar sem þær fá ekki lausn sinna mála.*
- *Enn ein skýring sem stundum er nefnd, en alls óljóst hvaða þýðingu hefur, er skráningarhefðin innan heilsugæslunnar. Það má leiða að því líkur að launakerfi lækna hafi fram til ársins 1997 stuðlað að aukinni skráningu á fjölda heimsókna kvenna á heilsugæslustöðvar. Þar sem konur koma oftari til heilsugæslunnar vegna barna, maka eða foreldra, bera þær oftari upp önnur erindi í leiðinni varðandi sig sjálfar. Þessi erindi voru skráð eins og um sérstaka heimsókn kvennanna væri að ræða en konurnar hefðu e.t.v. ekki leitað læknis þeirra vegna.*



3.4.4 Kynfræðsla og barneignir

Kynfræðsla fer fram innan skólakerfisins á grunnskólastigi eins og gert er ráð fyrir í lögum um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir frá árinu 1975. Þátttaka heilbrigðisstarfsmanna, þ.e.a.s. skólahjúkrunarfræðinga, í kennslunni hefur aukist á flestum stöðum. Einnig hefur umræða um kynsjúkdóma og barneignir verið miklu opnari hin síðari ár. Í venjubundnu starfi lækna og hjúkrunarfræðinga fer líka fram einstaklingsbundin fræðsla fyrir konur á öllum aldri. Jafnframt hefur landlæknisembættið lagt sig eftir útgáfu fræðsluefnis á þessu sviði. Augljóslega þarf að gera enn betur því eins og áður hefur komið fram er notkun getnaðarvarna ekki eins almenn hér á landi og í nágrannalöndum okkar og hlutfallslega fleiri ungar konur undir tvítugu verða þungadar og eiga barn en á hinum Norðurlöndunum. Einnig eru fóstureyðingar algengari hérlandis meðal þessa aldurshóps. Ástæður þessa eru tíundaðar í kaflanum um líffræðilegt hlutskipti kvenna. Aukin kynfræðsla og fræðsla um getnaðarvarnir ásamt betra aðgengi er veigamikill þáttur í átaki að bættu heilsufari kvenna (sjá tillögu 4, 6. lið verkáætlunar vegna framkvæmdar tillögu). Breytt fyrirkomulag varðandi aðgengi getnaðarvarna hefur verið til umræðu hjá landlæknisembættinu að undanfögnu.

Áherslur heilbrigðisyfirvalda hafa aðallega verið á notkun getnaðarvarna til að koma í veg fyrir kynsjúkdóma og ótímabæra þungun en minna verið fjallað um kynlíf og sjálft, eða kynlífsheilbrigði. Fræðslusamtök um kynlíf og barneignir hafa itrekað bent á að hér á landi vanti tilfinnanlega kynlífsráðgjöf.

Margir sjálfshjálparhópar og áhugamannafélög sinna útgáfu fræðsluefnis og öðrum verkefnum sem lúta að kynfræðslu og barneignum. Innan landlæknisembættisins hefur verið lögð áhersla á að opinberir aðilar styðji áhugamannahópa með því að miðla til þeirra þekkingu, styrkjum og hvetja þá til athafna. Þannig hefur verið reynt að styrkja starf hópa sem tekið hafa þátt í baráttunni gegn kynsjúkdómum og virkja aðra hópa sem mögulega vilja og geta tekið þátt í þessu starfi. Á þennan hátt hefur verið reynt að gera fræðsluna markvissari fyrir þá hópa sem verið er að höfða til í hvert skipti. En útgáfa fræðsluefnis heyrir einnig undir verksvið hefðbundinnar heilbrigðisþjónustu og mætti hún sinna henni af meira kappi að mati nefndarinnar. Áhugamannahópum er ekki ætlað að vera leiðandi í þjónustu við almennung heldur eiga þeir að vera viðbót og stuðningur við opinbera heilbrigðisþjónustu.

3.4.5 Fjölskylduáætlun

Lítill áhersla hefur verið lögð á opinbera stefnumótun um fjölskylduáætlun af hálfu heilbrigðisyfirvalda fyrr en nú á allra síðustu árum. Nefndin hefur í þessu sambandi kynnt sér þingsályktun um mótun opinberrar fjölskyldustefnu og aðgerðir til þess að styrkja stöðu fjölskyldunnar sem samþykkt var á Alþingi 13. maí 1997. Þar er fjallað um stöðu fjölskyldunnar hér á landi og í greinargerð með tillögunni kemur m.a. fram að íslensk heimili skeri sig að mörgu leyti úr í alþjóðlegum samanburði og séu m.a. óvenju barnmörg. Þá segir að farsæl fjölskyldustefna feli í sér aðgerðir til að jafna stöðu kynjanna bæði á vinnumarkaði og innan veggja heimilanna og að hugtakið jöfnuður sé grundvöllur markvissrar fjölskyldustefnu. Jafnframt segir að sameiginleg ábyrgð foreldra á uppeldi og í heimilishaldi sé nauðsynleg og mikilvægt sé að feðrum verði gert kleift að taka virkan þátt í fjölskyldulífinu. Lagt er til að komið verði á skipulagðri fræðslu til ungs fólks um stofnun heimilis. Á grundvelli þingsályktunarinnar hefur

verið skipað fjölskylduráð sem ætlað er að hafa yfirsýn yfir aðstæður fjölskyldna í landinu og frumkvæði að opinberri umræðu um fjölskyldumál. Ráðinu er ætlað að vekja athygli á því sem betur má fara, móta tillögur til úrbóta og vinna að stefnumarkandi áætlun í samráði við einstök ráðuneyti, sambærilega við jafnréttisáætlun sem unnin er til fjögurra ára í senn.

Nefndin telur mikilvægt að unnið verði með markvissum hætti að mótun opinberrar fjölskyldustefnu eins og þingsályktunin frá 1997 gerir ráð fyrir. Hún telur einnig mikilvægt að finna í þessari vinnu mögulegan samstarfsvettvang við heilsugæsluna, fjölskyldum landsins til hagsbóta. Nefndin leggur því í tillögum sínum þunga áherslu á að stjórnámamenn vinni að úrbótum varðandi aðstæður kvenna og fjölskyldna þannig að stuðla megi að betra heilsufari meðal kvenna og karla (sjá tillögu 2 og meðfylgjandi verkáætlun við tillöguna).



3.4.6 Þjónusta fyrir fæðandi konur fyrir og eftir barnsburð

Heilbrigðisþjónustan er afar mikilvæg heilsu kvenna á frjósemisskeiði. Á Íslandi hefur verið byggð upp öflug mæðra- og ungbarnavernd. Hins vegar hefur þjónusta sem beinist að konum eftir barnsburð ekki þróast að sama skapi og hefur alvarlegum heilsufarslegum vandamálum kvenna eins og þunglyndiseinkennum eftir fæðingu og grindargliðnun ekki verið sinnt sem skyldi. Þá hefur stuðningi við brjóstgjöf af hálfu heilbrigðisyfirvalda verið ábótavant.

Það hefur að miklu leyti komið í hlut áhugamanna- og sjálfshjálparhópa að sinna þessum verkefnum, bæði með ráðgjöf og útgáfu fræðsluefnis, án teljandi stuðnings opinberra aðila. Má þar nefna starfsemi hjálparmæðra, Barnamál (félag um brjóstgjöf) og Félag áhugafólks um grindarlos.



3.4.7 Skipulögð sjúkdómaleit

Íslenskar konur hafa notið góðs af skipulögðum forvörnum með leit að tveimur illkynja sjúkdómum kvenna. Frá árinu 1964 hefur Krabbameinsfélag Íslands, fyrst á eigin vegum og síðan fyrir tilstilli heilbrigðisyfirvalda, leitað að leghálskrabbameini sem leitt hefur til lækkunar á nýgengi og dánartíðni sjúkdómsins. Leitarstarfið hefur hlotið verðskuldaða athygli bæði innanlands og utan vegna góðs árangurs. Leit með brjóstamyndatöku að brjóstakrabbameini, algengasta illkynja sjúkdómi kvenna, hefur staðið yfir frá árinu 1987. Vegna eðlis sjúkdómsins er ekki að vænta lækkunar á nýgengi en dánartíðni af völdum sjúkdómsins hefur hins vegar nokkurn veginn staðið í stað þrátt fyrir verulega fjölgun nýrra tilfella. Ekki eru enn þekktar leiðir til að koma í veg fyrir brjóstakrabbamein en skipuleg og reglubundin leit með brjóstamyndatöku er viðurkennd aðferð til þess að lækka dánartíðni vegna sjúkdómsins. Aðsóknin hérlendis hefur hins vegar ekki verið eins góð og þar sem bestur árangur hefur náðst. Á vegum Krabbameinsfélagsins er lögð áhersla á að leita leiða til að bæta aðsóknina.

Jafnhliða brjóstakrabbameinsleitinni hefur greining og meðferð brjóstasjúkdóma verið samræmd að stórum hluta með náinni samvinnu sérfræðinga Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins og skurð- og krabbameinslækna. Samstarfið bæði flýtir fyrir og eykur öryggið í greiningu og meðferð um leið og það bætir þjónustuna við konurnar og stuðlar að samræmdri meðferð á landsvísu.

3.4.8 Skipulag heilsugæslu

Til þess að heilsugæslan geti sinnt hinu víðtæka hlutverki sínu þarf að skapa henni aðstæður til þess af hálfu opinberra aðila. Breytinga er þörf í ytra og innra skipulagi heilsugæslunnar til þess að starfsfólk hennar geti lagað þjónustu sína betur að þörfum kvenna jafnt sem karla. Starfsfólk heilsugæslunnar er best til slíkrar þróunarvinnu fallið eins og fram kemur í tillögum nefndarinnar. Nefndin vill þó nefna nokkur atriði sem vöktu athygli hennar og hún telur að hafi þýðingu fyrir framvindu mála.

Í grunnskipulagi heilbrigðisþjónustunnar í landinu er gert ráð fyrir að frumheilsugæslu sé sinnt á heilsugæslustöðvum og því hefur áhersla verið lögð á uppbyggingu heilsugæslustöðva um allt land. Nú er svo komið að það er einna helst í Reykjavík sem er að finna íbúðarsvæði með takmarkaðan aðgang að heilsugæslustöðvum. Upplýsingar sem nefndin hefur aflað sér benda til þess að heilsugæslan í dreifbýli nái að einhverju leyti betur að sinna þessu frumhlutverki sínu en heilsugæslan í þéttbýli. Þar kemur margt til, s.s. meiri nálægð milli heilbrigðisstarfsmanna og íbúa í dreifbýli, en einnig koma sérfræðingar í dreifbýlið einungis í tengslum við starfsemi heilsugæslustöðva sem tryggir betra upplýsingastreymi milli aðila og markvissari notkun sérfræðiþjónustu. Hins vegar hafa heilsugæslustöðvar í dreifbýli minni möguleika á samstarfi við aðrar heilbrigðisstarfsstéttir, eins og t.d. sjúkrapjálfa, iðjuþjálfara eða sálfræðinga, og lengra er í alla sérfræðiþjónustu. Þörf virðist því vera á aukinni samræmingu á aðstöðu hinna ýmsu heilsugæslustöðva.

Starfssvið heilsugæslustöðva er vítt en sérhæfðar starfsstéttir þar enn fáar og hefðbundnar: Læknar, hjúkrunarfræðingar, ljósmæður og sjúkraliðar, oft án skipulagðs stuðnings annarra starfsstétta utan stöðvanna. Teymisvinna tíðkast nú mjög víða á heilsugæslustöðvum og telur nefndin mikilvægt að hún sé markvisst stunduð alls staðar og með þátttöku fleiri heilbrigðisstétta. Heilsugæslustöðvarnar sjálfar hafa haft

frumkvæði að ýmsum verkefnum starfsfólki stöðvanna til leiðbeiningar. Þar má nefna könnun heilsugæslustöðvarinnar á Seltjarnarnesi á þjónustu við íbúa svæðisins, kannanir heilsugæslustöðvarinnar í Hafnarfirði og á Egilsstöðum varðandi slys og tilrauna-verkefnið „Nýja barnið – aukin fjölskylduvernd“ á Akureyri svo eitthvað sé nefnt. Síðastnefnda verkefnið hlaut nýlega alþjóðlega viðurkenningu. Starfshópur á vegum Heilsugæslunnar í Reykjavík skipaður til þess að meta þörf á sjúkraþjálfun skilaði álitni haustið 1997 þess efnis að sjúkraþjálfarar ættu að starfa við allar heilsugæslustöðvar í ákveðnu (litlu) starfshlutfalli. Starfshópi með hliðstætt hlutverk var falið að vinna að tillögum og mati á þörf á iðjuþjálfun í heilsugæslunni. Hópurinn mun skila álitni í árslok 1998 en í áfangaskýrslu í mars 1998 kemur fram að tímabært sé orðið að fylgja þeirri þróun sem orðið hefur víða erlendis, að flytja þjónustu iðjuþjálfara út fyrir stofnanaveggi inn í umhverfi þeirra einstaklinga sem á henni þurfa að halda.

Landlæknir er faglegur yfirmaður allrar heilsugæslu í landinu en héraðslæknar yfirmenn hennar í hverju héraði. Þeir eru ábyrgir fyrir skráningu heilbrigðisgagna samkvæmt lögum og samræma þjónustu heilsugæslunnar á sviði ungbarna- og mæðra-verndar ásamt yfirumsjón með ónæmis- og sóttvörnum. Í lögum um heilbrigðisþjónustu frá 1990 er kveðið á um hvaða þjónustu skuli veita á heilsugæslustöðvum eða í tengslum við þær. Tilmæli um áherslupætti í heilsugæslu koma frá landlækni, eins og áður hefur verið getið, s.s. tilmæli um mæðra- og ungbarnavernd, um skólaheilsugæslu, ónæmisáðgerðir o.s.frv. Þrátt fyrir þessi lagaákvæði telur nefndin nauðsynlegt að hvetja til enn frekara átaks til þess að styrkja faglega yfirstjórn heilsugæslunnar, t.d. með stofnun yfirlæknisembættis. Ætla má að styrkari yfirstjórn væri betur til þess fallin að auka og samræma þjónustu heilsugæslustöðva, tryggja nýjungar og framhald þróunarverkefna, gæðaeftirlits og útgáfu fræðsluefnis. Innan Félags íslenskra heimilislækna er starfandi áhugamannahópur sem vinnur að þróun gæðaeftirlits í heilsugæslu.

Snemma árs 1998 kom heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið á fót samstarfsráði um gæðamál heilbrigðiskerfisins. Samstarfsráðinu er ætlað að vera ráðuneytinu til aðstoðar við framkvæmd tillagna um bætt skipulag gæðamála og gerð áætlunar um skipulag gæðapróunar innan heilbrigðiskerfisins. Það má því ætla að meiri áhersla verði lögð á gæðamál í framtíðinni, og er það í samræmi við niðurstöður nefndarinnar um heilsufar kvenna.

Skólaheilsugæslan er eðlilegt framhald af ungbarnavernd. Þar ætti áhersla að vera lögð á að fylgjast með líkamlegu og andlegu atgervi barna og áherslur miðaðar við aldur þeirra og þroska. Þar gefst líka tækifæri til þess að hafa mótandi áhrif á lífshætti þeirra og beina þeim í þann besta farveg sem þekking okkar leyfir á hverjum tíma. Með auknum tengslum heilsugæslu og skólaheilsugæslu ætti heilsugæslan einnig að geta brugðist við ef eitthvað fer úrskeiðis.

Skólaheilsugæsla nær nú samkvæmt lögum bæði til grunn- og framhaldsskóla eftir að breytingar voru gerðar á framhaldsskólalögunum árið 1996. Þar segir m.a. að í öllum framhaldsskólum skuli rækja heilsuvernd og sé heilsugæslustöð starfandi í nágrenni skólans skuli fela henni að annast heilsuverndina. Aukin skólaheilsugæsla í framhaldsskólum er æskileg að mati nefndarinnar, sérstaklega m.t.t. lífsstíls, m.a. fræðslu og aðgengi að getnaðarvörnum, reykinga, vímuefna og svefnis (sjá tillögu 4, 1. lið verkáætlunar vegna framkvæmdar tillögu).

Embætti skólayfirlæknis var lagt niður sem sérstakt embætti árið 1995 og verkefni hans fluttust til landlæknisembættisins. Aðstoðarlandlæknir hefur sinnt verkefnum skólayfirlæknis frá þeim tíma. Innihald og áherslur í skólaheilsugæslu hafa gjörbreyst á undanförunum árum. Vaxandi áhersla er á sálfélagsleg vandamál eftir að breytingar voru gerðar á reglugerð um heilsugæslu í skólum fyrir tilstuðlan landlæknisembættisins 1992. Enn er þó skortur á faglegri samhæfingu skólaheilsugæslunnar og hafa stjórnvöld lagt til að skólahjúkrunarfræðingar taki að sér þetta samræmingarhlutverk. Skólahjúkrunarfræðingar sinna nú þegar fjölbreyttu starfi innan skólaheilsugæslunnar en starf skólalækna virðist einvörðungu ná til hefðbundinna skólaskoðana. Að mati nefndarinnar er nauðsynlegt að auka samhæfingu og samstarf þessara stétta til þess að skólaheilsugæslan verði skilvirkari. Störf og viðvera skólahjúkrunarfræðinga hefur ekki aukist þrátt fyrir lengingu skóladags og lengri viðveru nemenda í skólum. Hér skortir greinilega aðlögun að breyttum aðstæðum.

Æskilegt er að skólaheilsugæslan taki að sér forystuhlutverk og stjórn t.d. skipulegu átaki um mótun heilsusamlegrí lífsstíls m.a. með fræðslu um holla og næringarríka fæðu, komi á heitum máltíðum fyrir börn í heilsdagsskóla, og stuðli að reykinga- og vímuevörnum, jafnframt því að standa að fræðslu um kynlíf og getnaðarvarnir.

Einnig þarf að skilgreina betur hvar valdsvið skólaheilsugæslu og skólastjórnenda skarast. Má í því sambandi nefna að rannsóknir tengdar heilbrigði í lífsvenjum barna og unglinga þurfa ekki að hljóta samþykki viðkomandi skólaheilsugæslu áður en þær eru settar í gang í skólunum, en slíkt samþykki þarf alltaf frá yfirlækni sjúkrastofnunar eða deildar í sambærilegum tilgangi. Mikilvægt er að leita samráðs heilsugæslu vegna slíkra rannsókna.

3.4.9 Heilsuverndarstöð Reykjavíkur

Í júní 1996 skipaði heilbrigðisráðherra nefnd til að gera tillögur um framtíðarhlutverk Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur. Nefndin skilaði tillögum í apríl 1997 sem birtast í ritinu Heilsuverndarstöð á nýrri öld. Í 3. kafla: Heilsuverndarstöð á landsvísu, segir:

- *Mikilvægt er að efla heilsuverndarþáttinn í lífi og starfi landsmanna. Almennur og heilbrigðisstarfsmenn þurfa að hafa greiðan aðgang að upplýsingum, fræðslu og ráðgjöf í þessum efnum. Nefndin leggur því til að í Heilsuverndarstöðinni verði safnað og þaðan miðlað bestu þekkingu á heilsuvernd og í krafti hennar reynt að styðja viðleitni allra aðila til heilsugæslu í víðtækustu merkingu þess orðs.*
- *Nefndin leggur til að á grundvelli 19. gr. laga um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 verði myndað fagråd til að styðja starfsemi heilsugæslunnar og samhæfa aðgerðir á sviði forvarna, þannig að heilsuvernd og meðferð vegna sjúkdóma haldist í hendur. Nefndir og ráð á sviði tóbaksvarna, manneldis, tannverndar, áfengis- og vímuefnavarna, slysavarna og sóttvarna, sem þegar hefur verið stofnað til á grundvelli annarra laga, munu gegna hlutverki fagráða hvert á sínu sviði.*

Þessar tillögur um framtíðarhlutverk Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur falla mjög vel að hugmyndum nefndar um heilsufar kvenna varðandi heilsugæsluna og hvetur nefndin heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið til þess að halda áfram á þessari braut.



3.4.10 Samantekt

Ýmis ytri einkenni benda til þess að viðbrögðum heilbrigðisþjónustu við umkvörtunum kvenna sé ábótavant, s.s. endurteknar komur á heilsugæslustöðvar og aukin ásókn í jaðarlækningar. Alvarlegasti vandinn innan heilbrigðiskerfisins, eins og hann kemur nefndinni fyrir sjónir, er að það skortir áherslur á kynjamun í úrlausnum við sértækum sjúkdómseinkennum kvenna. Einnig skortir á að dulin vandamál kvenna séu metin, eins og t.d. heimilisofbeldi, þunglyndi, blóðleysi, þvagleki og tvöfalt vinnuálag. Auk þess fá starfsmenn litla þjálfun í samtalsækni og þverfaglegri teymisvinnu.

Uppbygging heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi miðar að því að einstaklingar leiti fyrst til heilsugæslunnar þar sem frumúrvinnsla fer fram og leiðir annaðhvort til úrlausnar eða tilvísunar til sérfróðra aðila. Verksvið heilsugæslunnar er afar vítt en á flestum heilsugæslustöðvum vinna fáar heilbrigðisstarfstéttir sem ætlað er að sinna öllum verkefnum. Til þess að heilsugæslan geti sinnt ætlunarverki sínu þarf að minnsta kosti að koma til aukin teymisvinna fagstétta og þátttaka fleiri heilbrigðisstarfshópa í tengslum við heilsugæsluna, aukin samhæfing á starfsemi heilsugæslunnar, áframhaldandi innra gæðamat og áhersla á kynjamun við forvarnir og greiningu sjúkdóma og í meðferð og endurhæfingu sjúklinga.

Tíðar komur kvenna á heilsugæslustöðvar með eigin erindi og annarra gefa gott tækifæri til fræðslu og forvarna sem ekki virðast nýtt sem skyldi. Nauðsynlegt er að skapa vettvang fyrir opinskáa umræðu meðal starfsmanna í heilbrigðisþjónustu um það hvernig vinna megir að bættri þjónustu við konur og hugsanlega nýta samskipti við þær til þess að varpa skýrara ljósi á heilsufar fjölskyldunnar allrar. Æskilegt er að heilbrigðisþjónustan líti í auknum mæli á félagslega stöðu skjólstaðinga sinna og sé fær um að styðja einstaklinga á ólíkum aldursskeiðum til þess að takast á við áföll. Við komur sjúklinga og aðstandenda til heilbrigðisstofnana og heilbrigðisstarfsmanna verði tækifærin nýtt til hins ýrasta til fræðslu og forvarna og frumkvæði heilbrigðisþjónustunnar aukið að þessu leyti.

Heimildir

1. Heilsufar kvenna, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti, Rit 1 1998.
2. Sjúklingabókhalda sjúkrahúsa. Úrvinnsla Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og Landlæknisembættisins.
3. Helgi Birgisson, Helgi Jónsson, Árni Jón Geirsson. Vefjagigt og langvinnir útbreiddir stoðkerfisverkir á Íslandi. Læknablaðið 1998;84:636-642.
4. Félag áhugafólks um kynlíf og barneignir.
5. Þingsályktun um mótun opinberrar fjölskyldustefnu 1997.
6. Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990, 13. gr. og 19. gr.
7. Lög um framhaldsskóla nr. 80/1996.
8. Reglugerð um breytingu á reglugerð fyrir heilsugæslustöðvar nr. 160/1982 með síðari breytingum.
9. Ársskýrsla Krabbameinsfélagsins 1998. Krabbameinsfélag Íslands, Reykjavík 1998.
10. Ársskýrsla Heilsugæslustöðvar Seltjarnarness 1996.
11. Heilsugæslustöðin á Akureyri, 1994. Nýja barnið, aukin fjölskylduvernd og bætt samskipti. Próunarskýrsla. Áfangaverkefni.
12. Heilsuverndarstöð á nýrri öld. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1997.
13. Sweeting, H.: Reversals of Fortune? Sex Differences in Health in Childhood and Adolescence. *Social Science in Medicine*, 40, 77, 1994.
14. Rodin, J. og Jeannette R. Ickovics: Women's Health. Review and Research Agenda as We Approach the 21st Century. *American Psychologist*, 45, 9, 1990.

4. Tillögur

Hér á eftir gerir nefnd um heilsufar kvenna grein fyrir fjórum meginatriðum sem hún hefur ákveðið að setja fram ásamt tillögum sem hún telur að hrinda þurfi í framkvæmd til að þau náist. Meginatriðin og tillögurnar eru byggð á þeim upplýsingum sem nefndin aflaði sér. Meginatriðin og tillögurnar draga fram áherslur í áframhaldandi starfi að bættri heilsu kvenna.

Í störfum nefndarinnar kom fram að til er mikið af gögnum og upplýsingum um heilsufar íslensku þjóðarinnar. Lítið hefur verið unnið úr þessum gögnum út frá kyn- og/eða aldursskiptingu. Ýmsar upplýsingar sýna að þörf er á rannsóknum á afmörkuðum vandamálum kvenna, s.s. átröskun, þunglyndi, heimilisofbeldi, grindargliðnun á meðgöngu, beinþynningu, atvinnusjúkdómum og álagstengdum vandamálum, slysum á rosknum konum og því hvernig heilbrigðisþjónustan nýtist konum. Nefndin telur því nauðsynlegt að aukin áhersla verði lögð á rannsóknir sem tengjast konum og sérgreindum vandamálum þeirra.

Nefndin telur að forsenda þess að vinna megi markvisst að úrbótum varðandi heilsufar kvenna sé að auknum fjármunum verði varið til rannsókna þannig að unnt verði að vinna úr þeim gögnum sem þegar liggja fyrir og/eða afla nýrra upplýsinga með það að markmiði að stefnumarkandi aðgerðir í heilbrigðisþjónustu byggist í framtíðinni á traustum kynbundnum rannsóknarniðurstöðum.

Nefndin leggur til að heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra samþykki þau meginatriði sem hér eru sett fram og skipi verkefnisstjórn til að hrinda í framkvæmd tillögum nefndarinnar. Meðal verkefna verkefnisstjórnarinnar yrði að semja rannsóknaráætlanir og stuðla að því að efla grundvöll rannsókna með því að vinna að þeim atriðum sem lögð er áhersla á í álitinu þessu.

Margar tillagna nefndarinnar snerta þjónustu heilsugæslunnar. Þar kemur tvennt til aðallega. Annars vegar eru konur stærsti hópurinn sem sækir þjónustu á heilsugæslustöðvar. Þar gefst því kjörið tækifæri til að sinna ýmsum sértækum heilsufarsvandamálum kvenna og sýna frumkvæði í því sambandi. Hins vegar bendir margt til að úrlausnir sem konur fái séu ekki sambærilegar við þær úrlausnir sem karlarnir fá. Því er mælt með tilnefningu þverfaglegs vinnuhóps, með þátttöku fulltrúa úr verkefnisstjórn til að vinna skipulega að úrlausn tillagna er snúa að heilsugæslunni. Fagleg samræming milli heilsugæslustöðva er þar lykilatriði.



1.

Fylgt verði eftir í verki þeim samþykktum á vettvangi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar sem Íslendingar hafa staðið að varðandi aukna umfjöllun um heilsufar kvenna með því að tryggja kynbundið mat á forvörnum, sjúkdómsgreiningu, meðferð og endurhæfingu sjúklinga.

Tillögur um framkvæmd:

1. Gera átak í rannsóknum á heilbrigðisviði í a.m.k. fimm ár og efla með markvissum hætti úrvinnslu úr rannsóknargögnum sem þegar eru til.
2. Gæta þess framvegis að allar heilsufarsupplýsingar, bæði frá opinberum aðilum og einkaaðilum, verði kyngreindar.
3. Safnað verði markvisst saman, t.d. af embætti landlæknis, upplýsingum um notkun heilbrigðisþjónustu sem ekki er greidd af almannafé til að heildaryfirsýn yfir kynjabundna notkun þjónustu sé möguleg.
4. Kanna orsakir mismunandi notkunar kynjanna á heilbrigðisþjónustu, úrlausnir sem konur fá og leita orsaka fyrir því að konur leita í ríkari mæli en karlar eftir óhefðbundnum lækningaaðferðum.

2.

Samfélagið njóti starfskrafta kvenna. Til að svo verði þarf samfélagið að taka þátt í að axla ábyrgð á störfum þeirra innan fjölskyldunnar og viðurkenna líffræðilegt hlutskipti þeirra.

Tillögur um framkvæmd:

1. Grípa til markvissra aðgerða til að stuðla að jöfnum áhrifum karla og kvenna í samfélaginu.
2. Laga samfélagið að breyttri fjölskyldugerð og atvinnuþátttöku kvenna, m.a. með því að tryggja að konur gjaldi ekki fyrir líffræðilegt hlutskipti sitt á vinnumarkaði. Í því sambandi þarf að breyta fyrirkomulagi þannig að hluti fæðingarorlofs verði bundinn við föður og að útlagður kostnaður atvinnurekanda af barneignum launamanns greiðist af öllum atvinnurekendum, óháð kyni starfsmanna þeirra, t.d. úr sjóði sem allir atvinnurekendur greiða til. Einnig þarf að efna til samvinnu við aðila vinnumarkaðarins til að stuðla að launajafnrétti kynjanna.
3. Styrkja fjölskylduna og hvetja til samábyrgðar foreldra á uppeldi barna, t.d. með sveigjanlegum vinnutíma fyrir foreldra.
4. Hvetja til samábyrgðar á umönnun aldraðra og tryggja fleiri úrræði fyrir aldraða sem þurfa á mikilli þjónustu að halda.

3.

Gripið verði til nauðsynlegra ráðstafana svo að Íslendingar geti staðið við skuldbindingar sínar um að framkvæma Sáttmála Sameinuðu þjóðanna um afnám alls misréttis gegn konum.

Tillögur um framkvæmd:

1. Meta ólaunuð störf, m.a. umönnunarstörf í þágu barna, fatlaðra og aldraðra, inn í þjóðhagsreikninga.

2. Skrá heimilisofbeldi og meðhöndla það sem heilsufarslegt vandamál. Heilbrigðisþjónustan komi á fót skipulögðu kerfi úrlausna fyrir þolendur jafnt sem gerendur. Kanna hvort heppi-
legt sé að nota sem fyrirmynd í þessu sambandi neyðarmóttöku vegna kynferðisofbeldis fyr-
ir sérstaka móttöku þolenda heimilisofbeldis.
3. Endurskoða, með samstarfi fagfélaga og menntastofnana, nám heilbrigðisstétta með tilliti til
kynjamunar í einkennum og meðferðarþörf sjúkdóma með það að markmiði að gera þær hæf-
ari í að greina kynjabundinn mun í heilsufari, einkennum og meðferðarþörf sjúkdóma. Meta
skal þörf fyrir endurmenntun á völdum sviðum.
4. Kanna aðstöðu erlendra kvenna er flytja til landsins (nýbúakvenna) með það að markmiði
að auðvelda aðlögun þeirra að íslensku þjóðfélagi. Tryggja að nýbúakonur séu meðvitadar
um réttindi kvenna á Íslandi.

Brugðist verði með markvissum hætti við margvíslegum vandamálum sem áberandi eru hjá konum og tengjast m.a. heilsufari þeirra.

4.

Tillögur um framkvæmd:

1. Skilgreina reykingar kvenna sem heilsufarslegt vandamál og grípa til viðeigandi ráðstafana.
2. Efla rannsóknir á atvinnusjúkdómum meðal kvenna, atvinnutengdri vanlíðan þeirra og að
bætur verði tryggðar vegna atvinnusjúkdóma.
3. Bregðast með aðgerðum við bágrri stöðu tiltekinna hópa kvenna, s.s. fatlaðra, aldraðra og ný-
búa, og leita úrræða til að styrkja stöðu þessara hópa.
4. Styrkja viðbrögð við vangreindum og vanmeðhöndluðum geðrænum vandamálum kvenna.
5. Styrkja þjónustu við fjölskyldur.
6. Efla heilbrigðisþjónustu við konur vegna líffræðilegs hlutskiptis þeirra.
7. Tryggja þarf jafna aðstöðu kynja til íþróttaiðkana og átaks er þörf til eflingar þátttöku ung-
lingsstúlkna og ungra kvenna í íþróttum.
8. Endurskoða þarf áfengismeðferð kvenna á Íslandi.

Ábyrgð og framkvæmd tillagna:

1. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra skipi verkefnisstjórn til fimm ára sem fái það hlut-
verk að vinna að undirbúningi og hrinda í framkvæmd þeim markmiðum og tillögum sem
settar eru fram í nefndaráliti þessu. Hlutverk verkefnisstjórnar verði að:
 - Hafa frumkvæði að og forgangsraða rannsóknum.
 - Fylgjast með útgáfu heilbrigðisstofnana á kyngreindum upplýsingum.
 - Sinna upplýsingaskyldu við almenning og kynna árangur.
 - Tryggja að heilbrigðisþjónustan taki mið af kynjabundnum mun í þjónustu sinni.

Verkefnisstjórn meti eftir fimm ár hvað hefur áunnist og hvort þörf sé fyrir áframhaldandi starf á þessu afmarkaða sviði.

2. Fjármunir sem varið er til rannsókna á heilsufari kvenna verði auknir verulega í a.m.k.
fimm ár og þeim varið annars vegar til að hrinda í framkvæmd þeim rannsóknum sem hér
eru gerðar tillögur um sérstaklega og hins vegar til að vinna með markvissum hætti úr
þeim rannsóknargögnum sem þegar eru til en ekki hefur verið unnt að vinna úr vegna fjár-
skorts.

3. *Heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra skipi þverfaglegan samstarfshóp starfsmanna heilsugæslunnar undir forystu landlækniseimbættisins sem fái það hlutverk að skipuleggja og koma í framkvæmd þeim hluta tillagnanna sem heyrir undir starfssvið heilsugæslunnar og leggja fram tillögur um úrlausnir á þeirra sviði (sjá nánar skilgreint verksvið). Hlutverk samstarfshóps starfsmanna heilsugæslunnar verði að:*
- *Undirbúa tillögur um það hvernig gera megi þjónustu heilsugæslunnar fjölbreyttari með því að ráða til starfa fólk úr fleiri heilbrigðisstéttum. Jafnframt verði í starfi heilsugæslunnar lögð aukin áhersla á teymisvinnu.*
 - *Hrinda í framkvæmd þeim tillögum nefndarinnar er lúta að heilsugæslu, meðal annars skráningu og viðbrögðum við heimilisofbeldi, vangreindum geðrænum vandamálum kvenna, heilsugæslu aldraðra kvenna, endurskoðun fjölskyldufræðslu og þátt heilsugæslu í þjónustu vegna kynferðisofbeldis.*
 - *Tryggja bætt aðgengi að heilsugæslu og að hún verði eflað m.a. á sviði skólaheilsugæslu (þar á meðal í framhaldsskólum), kynfræðslu, mæðraverndar fram yfir fæðingu og tóbaksvarna.*
 - *Afmarka skörun verksviða áhugamannahópa við hefðbundið verksvið heilbrigðisþjónustu og ákvarða þörf fyrir sérstakar aðgerðir vegna þess.*

Fylgiskjal 1:

Gestir á fundum nefndar um heilsufar kvenna

Ása Guðmundsdóttir sálfræðingur

Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir

Gunnsteinn Stefánsson heilsugæslulæknir

Heilsuefling, Anna Björg Aradóttir

Herdís Sveinsdóttir hjúkrunarfræðingur

Hildigunnur Ólafsdóttir afbrotafræðingur

Kristján Erlendsson sérfræðingur í ónæmisfræði

Laufey Steingrímsdóttir næringarfræðingur

Marga Thome hjúkrunarfræðingur

Margrét Gústavsdóttir hjúkrunarfræðingur

Pálmi V. Jónsson öldrunarlæknir

Reynir Tómas Geirsson prófessor

Sigríður Haraldsdóttir landfræðingur

Sigurður Helgason heilsugæslulæknir

Sigurður Thorlacius tryggingayfirlæknir

Sigurjón Stefánsson tryggingalæknir

Símon Sigvaldason lögfræðingur

Símon Steingrímsson verkfræðingur

Sóley Bender, formaður Fræðslusamtaka um kynlíf og barneignir

Sæunn Kjartansdóttir hjúkrunarfræðingur á göngudeild geðdeildar SR

Vilborg Guðnadóttir geðhjúkrunarfræðingur og forstöðukona Kvennaathvarfsins

Þorsteinn Njálsson sérfræðingur í heimilislækningum



