

Satellitssymposium

Kvinnehelse i et internasjonalt perspektiv

*Helsetilstanden i en befolkning er som kjent svært avhengig av de sosioøkonomiske forholdene. Av de en og en halv milliard mennesker i verden som er så fattige at de bare har tilsvarende én dollar å leve for daglig, er de fleste kvinner, ifølge FN-kilder. Dessuten er trenden at kvinner blir stadig fattigere sammenliknet med menn, det som kalles **feminisering av fattigdommen**. Selv om en slik generalisering dekker over store og viktige forskjeller i verden, sier den noe overordnet om forutsetninger for kvinners helse – og uhelse.*

Av Berit Austveg, seniorrådgiver, Statens helsetilsyn

Globale organisasjoner legger særlig vekt på de problemene som rammer de fattigste, enten det er de fattigste landene eller det er fattige personer i mer velstående samfunn. Vi finner igjen mange av de helseproblemene som i tidligere tider var en svøpe i vårt land, men som nå hører til historien hos oss. I tillegg er det naturligvis fora og forskningsnettverk som tar for seg spørsmål som er relevante for kvinnehelse også i Norge, slik som kvinners mentale lidelser, kvinners helse- og sykdomsoppfatning, bruk av helsetjenester sett i feministisk perspektiv og mer spesifikk problematikk som postmenopausal substitusjonsterapi og mammografi, for å nevne noen. Jeg vil imidlertid her berøre de kvinnehelseproblemene som har vært mest fremme i globale prosesser som jeg har fulgt de siste ti til femten årene, og altså ha et fattigdomsperspektiv.

Ulikheter i livsløpsrisiko

De mest åpenbare kvinnehelseanliggender er de som knytter seg til graviditeter. Det er også på dette området at vi finner de desidert største forskjellene mellom rike og fattige land i verden, og mellom rike og fattige i samme land. Det vanligst brukte målet på risikoen knyttet til hver graviditet er *mødredødelighetsratio*. Det er antall kvinner som dør per 100 000 levende fødte barn. Det dreier seg om kvinner som dør av en årsak knyttet til graviditet, fødsel, barsel eller abort. I Norge har vi en mødredødelighetsratio som vanligvis varierer mellom 4 og 8, mens de landene som har høyest dødelighet ligger på 1800. Mens vi i Norge gjerne har 2–4 graviditetsrelaterte dødsfall årlig, dør altså én kvinne for omtrent hvert femtiende fødte barn i de landene som har den høyeste ratio. Fordi de landene som har høy dødelighet også har høye gjennomsnittstall for graviditeter, blir ulikhetene i *livsløpsrisiko* enda mer slående. Frukthetsraten i verden spenner fra 1,1 i de landene som ligger lavest, dvs. noen land i Øst-Europa. Afrikanske land har verdens høyeste frukthet, med Niger helt på toppen med 8 barn per kvinne. Det innebærer at i de landene der dødeligheten er lavest og fruktheten er lav, som i Norge, er livsløpsrisikoen for graviditetsrelatert død én av 7000, mens i land hvor den er høyest, som Somalia og Sierra Leone, dør én av 7 kvinner som resultat av en graviditet. Høy graviditetsrelatert dødelighet er derfor et alvorlig folkehelseproblem mange steder.

Lik rett til graviditetsomsorg

Det er nå generell enighet om at det som er avgjørende for kvinners mulighet til å overleve sine graviditeter, er tilgjenge-



Berit Austveg
Foto: Ingrid Moen Rotvik

lighet til behandling dersom det skulle inntre komplikasjoner, og trygge, lovlige aborttjenester til dem som velger å avbryte graviditeten. Screening i graviditeten er lite egnet til å finne ut hvem som vil få livstruende komplikasjoner ved fødselen, og det er derfor viktig at *alle* kvinner har tilgang til tjenester dersom behovet skulle oppstå. Det innebærer også at tjenestene må være gratis eller i det minste så rimelige at kvinnene har råd til dem, de må være av høy kva-

litet og må de oppleves som gode og relevante av brukerne. Det er behov for å legge om graviditetsomsorgen mange steder. Ofte er det en sjablongmessig kontroll med overveiende fokus på fosteret. Det trengs mer målrettede undersøkelser som har større konsekvenser for kvinners liv og helse, og en planlegging av hva en skal gjøre dersom det skulle oppstå komplikasjoner.

Fare for anemi

Det er også andre viktige problemstillinger som er sentrale på verdensplanet. Feilernæring rammer kvinner hardere enn menn. Det er biologiske, sosiale, økonomiske og kulturelle årsaker til dette. Kvinner har i utgangspunktet større risiko for anemi enn menn, og de er som nevnt over generelt fattigere. Fordeling av mat innen husholdet er mange steder i kvinnenes og jentenes disfavør, særlig for den mest næringsrike maten. Feilernæring kan sammen med kroniske infeksjoner og hyppige svangerskap føre til en ond sirkel. Som folkehelseproblem er anemi særlig utbredt i Sør-Asia, men alvorlig anemi ses i fattige segmenter av befolkningen i hele verden. Slik anemi er både en risiko for sykdom og død, og fører dessuten til redusert livskvalitet hos dem som er rammet.

Vold i hjemmet

Vold i hjemmet, som rammer kvinner og jenter i større grad enn menn og gutter, har i lange tider vært fortiert. I de senere årene har vi fått sammenliknende forskning mellom land, som har avdekket omfanget, og som viser hvilket folkehelseproblem det utgjør. Verdens helseorganisasjon publiserte nylig resultater fra en stor undersøkelse om forekomst av slik vold,

og arbeider dessuten systematisk med å gi råd til helsetjenesten i ulike land om hvordan den best kan forebygges og behandles. Det har tatt svært lang tid, men nå har problemstillingen kommet på dagsorden i flere land.

Yrkesmedisinske problemer

Et annet felt som også har vært fortiet som kvinnehelseproblem og som foreløpig har fått liten oppmerksomhet også i globale fora, er yrkesmedisin. Denne disiplinen har tradisjonelt hatt et fokus på menn i farlige yrker, ofte menn i lavere sosiale klasser. Det har ført til at det verden over har vært en undervurdering av de yrkesmedisinske problemene som kvinner møter.

Helse som menneskerettighet

Kvinnehelse har de siste 10–15 årene i økende grad blitt sett på som et viktig menneskerettighetsspørsmål, både fordi helse er en menneskerettighet i seg selv og fordi helse er en forutsetning for at andre menneskerettigheter kan realiseres. Den som er brutt ned av sykdom kan for eksempel ikke fullt ut bruke sine sivile og politiske rettigheter. Det er ikke slik at individer har en rett til å være friske, men det dreier seg om retten til den høyest oppnåelige helsetilstand i en befolkning. Det innebærer at det er staters forpliktelse å sørge for at sykkelighet og dødelighet er lavest mulig. Det settes større krav til rike stater enn

til fattige, og det skal også være noe å strekke seg etter, særlig i forhold til at alle grupper av samfunnet omfattes. En spesifikk rett til helse er hjemlet i Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Dessuten har Kvinnekonvensjonen bestemmelser som beskytter kvinners helse, og Barnekonvensjonen har også særskilte bestemmelser om helse. Når et land har ratifisert konvensjonene, skal det jevnlig rapporteres om hvordan staten oppfyller de forpliktelsene den har påtatt seg. Det dannes derved en plattform for dialog, der stater får påpakning når de ikke gjør tilstrekkelig for å oppfylle sine forpliktelser. Det kan være svært virkningsfullt for å få til mer rettferdige helsetjenester.

Tusenårs mål med kvinnefokus

Kvinnens helse blir også i økende grad sett på som en forutsetning for generell utvikling i verden. Tusenårs målene, som er åtte mål som verdenssamfunnet satte i forbindelse med tusenårsskiftet, og som løper frem til 2015, har et klart kvinnefokus. Ett av målene er en drastisk reduksjon av graviditetsrelatert dødelighet, et annet er maktstyrkning av kvinner og et tredje er å bekjempe hiv/aids og andre utbredte infeksjonssykdommer. Tusenårs målene er sentrale for hvordan både de enkelte land og FN og andre globale organisasjoner prioriterer midler og oppgaver, og gir en historisk mulighet til å ta et skikkelig løft.