COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 22.05.1997
COM(97) 224 def.

VERSLAG VAN DE COMMISSIE

AAN DE RAAD, AAN HET EUROPEES PARLEMENT,
AAN HET ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITE
EN AAN HET COMITE VAN DE REGIO'S

over de gezondheidstoestand van vrouwen in de Europese Gemeenschap

INHOUD

VOORWOORD 4

SAMENVATTING 5

1. INLEIDING 10

1.1 ACHTERGROND 10
1.2 DE GEZONDHEID VAN VROUWEN 11
1.3 INDICATOREN EN DETERMINANTEN VAN DE GEZONDHEID VAN VROUWEN 12
1.4 INFORMATIEBRONNEN 12
1.5 INDELING VAN HET VERSLAG 13

2. SOCIALE EN DEMOGRAFISCHE TRENDS 18

2.1 OMVANG EN OPBOUW VAN DE BEVOLKING 18
2.2 GEZINSLEVEN 18
2.3 BEROEPSLEVEN 20
2.4 SEKSEGERELATEERDE ONTWIKKELINGSINDICES 20

3. GESELECTEERDE GEZONDHEIDSINDICATOREN 32

3.1 LEVENSVERWACHTING 32
3.2 ZUIGELINGENSTERFTE 32
3.3 MOEDERSTERFTE 33
3.4 ERVAREN GEZONDHEID 33
3.5 LENGTE 34

4. ZIEKTE 46

4.1 ACTIVITEITENBEPERKINGEN ALS GEVOLG VAN LANGDURIGE AANDOENINGEN 46
4.2 ACTIVITEITENBEPERKINGEN VAN KORTE DUUR 47
4.3 CONTACTEN MET ARTSEN 47
4.4 ZIEKENHUISOPNAMEN 47

5. DOODSOORZAKEN EN TRENDS IN STERFTE ONDER VROUWEN 62

5.1 ONGELUKKEN MET MOTORVOERTUIGEN 62
5.2 ZELFDODING EN ZICHZELF TOEGEBRACHT LETSEL 62
5.3 KANKER ALS DOODSOORZAAK BIJ VROUWEN 63
5.3.1 Borstkanker *63*
5.3.2 Baarmoederhalskanker *65*
5.3.3 Kanker van de ademhalingsorganen *65*
5.4 ZIEKTEN VAN DE BLOEDSOMLOOPORGANEN (HART- EN VAATZIEKTEN) 66
5.5 ISCHEMISCHE HARTZIEKTEN 67
5.6 CEREBROVASCULAIRE AANDOENINGEN (BEROERTES) 68

6. DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSBEVORDERING 85

6.1 ROKEN 85
6.2 ALCOHOLGEBRUIK 86
6.3 VOEDING EN GEWICHT 87
6.4 LICHAAMSBEWEGING 88
6.5 GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE 88
6.5.1 Periodiek hartonderzoek *88*
6.5.2 Cholesterolbepaling *89*
6.5.3 Diabetestests *89*
6.5.4 Osteoporoseonderzoek *89*
6.5.5 Screening op kanker *90*
6.5.5.1 Screening op baarmoederhalskanker 90
6.5.5.2 Screening op borstkanker 91

7. SPECIFIEKE VROUWELIJKE GEZONDHEIDSKWESTIES 109

7.1 EETSTOORNISSEN 109
7.2 HIV/AIDS EN DE GEZONDHEID VAN VROUWEN 110
7.3 GEZINSPLANNING 111

7.4 ABORTUS 112
7.5 MENOPAUZE 113
7.5.1 Osteoporose en hart- en vaatziekten *114*
7.5.2 Preventie en symptoombestrijding *114*
7.6 GEWELD JEGENS VROUWEN 115
7.6.1 Geweld in de huiselijke sfeer *116*
7.6.2 Verkrachting en aanranding *116*
7.6.3 Seksuele intimidatie en "stalking" *116*

8. CONCLUSIE 134

BIJLAGE I WOORDENLIJST 136

BIJLAGE II LIJST VAN FIGUREN 138

BIJLAGE III LIJST VAN TABELLEN 141

BIJLAGE IV BIBLIOGRAFIE 143

BIJLAGE V COÖRDINATOREN IN DE LID-STATEN 149

VOORWOORD

Het Verdrag betreffende de Europese Unie heeft de Europese Gemeenschap nieuwe verantwoordelijkheden opgelegd op het gebied van de volksgezondheid. De artikelen 3, onder o), en 129 van het Verdrag geven als algemene doelstelling dat de Gemeenschap ertoe bijdraagt een hoog niveau van bescherming van de volksgezondheid te verzekeren en bevatten bepalingen ter zake van de actie die de Gemeenschap moet ontplooien om deze doelstelling te realiseren.

In de Mededeling van de Commissie betreffende het actiekader op het gebied van de volksgezondheid (COM(93) 559 def. van 24 november 1993) is aangegeven hoe de Commissie deze nieuwe bevoegdheid van de Gemeenschap gestalte denkt te geven. Een van de voorstellen was dat voor de Europese Gemeenschap periodiek een verslag over de gezondheidstoestand wordt opgesteld. Doel van deze verslagen is een bron van informatie te verschaffen over bepaalde belangrijke gezondheidskwesties alsmede de discussie te stimuleren en het debat te openen.

Dit is het tweede dergelijke verslag. In het eerste (COM(95) 357 def.) werd een overzicht van de gezondheidstoestand in de EG in 1994 gegeven. Het omvatte een beschrijving van de voornaamste demografische trends en patronen van ziekte en sterfte, alsmede een discussie van de belangrijkste determinanten van gezondheid. Aangezien trends in de gezondheid en de determinanten daarvan in de tijd maar langzaam veranderen, zou een soortgelijk verslag op dit moment weinig nieuws bevatten. Daarom wordt in dit verslag één bepaald facet belicht, namelijk de gezondheid van vrouwen, waarvoor zowel bij het grote publiek als bij de zorgverleners en de beleidsmakers in de EG steeds meer aandacht komt.

Dit verslag geeft een overzicht van de belangrijkste trends, patronen van ziekte en sterfte en relevante gezondheidsdeterminanten. Ook wordt dieper ingegaan op een aantal speciale gezondheidsvraagstukken van vrouwen op verschillende leeftijden. Daarbij wordt informatie verstrekt over de determinanten hiervan en het beleid ter zake in de Lid-Staten.

Dit verslag is grotendeels gebaseerd op werk dat door de Universiteit van Limerick (Ierland) is verricht met gebruikmaking van informatie afkomstig van nationale bronnen, de gegevensbank 'Health for All' van de Wereldgezondheidsorganisatie, de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling, het Bureau voor de statistiek van de Europese Gemeenschappen en andere beschikbare gegevens. Waar mogelijk zijn de gegevens door nationale deskundigen in elke Lid-Staat geverifieerd.

SAMENVATTING

1. Inleiding

Dit verslag geeft een beeld van de gezondheid van vrouwen in de Europese Gemeenschap, waarbij zowel verschillen als overeenkomsten binnen en tussen de Lid-Staten worden besproken. Ingegaan wordt op de belangrijkste oorzaken van sterfte en ziekte in de verschillende levensfasen van de vrouw en op een aantal individuele en sociale determinanten die van invloed zijn op de gezondheid van vrouwen in het licht van de veranderende demografische en sociale trends.

De gegevens zijn in hoofdzaak afkomstig uit de gegevensbank 'Health for All' (HFA) van de Wereldgezondheidsorganisatie, uiteenlopende rapporten en gegevens van het Bureau voor de statistiek van de Europese Gemeenschappen (Eurostat) en een Eurobarometerenquête die begin 1996 met steun van DG V in de hele Gemeenschap is gehouden. Deze enquête omvatte een aantal vragen naar de gezondheid van vrouwen, die in dit verslag nader worden geanalyseerd.

Ondanks voortdurende verbeteringen in de kwaliteit vertonen de beschikbare gegevens nog tekortkomingen qua volledigheid en vergelijkbaarheid, die in hoge mate bepalend waren voor de keuze van de onderwerpen in dit verslag. De nadruk valt op vrouwen van 15 jaar en ouder, aangezien de meeste seksespecifieke gegevens op EG-niveau op deze leeftijdsgroep betrekking hebben.

Het verslag is verdeeld in acht hoofdstukken. Na een inleiding in hoofdstuk 1 worden in hoofdstuk 2 de sociale en demografische trends besproken die van belang zijn voor vrouwen en worden in hoofdstuk 3 een aantal geselecteerde gezondheidsindicatoren behandeld. Hoofdstuk 4 is gewijd aan ziektematen en hoofdstuk 5 behandelt de voornaamste doodsoorzaken bij vrouwen. In hoofdstuk 6 wordt op verschillende determinanten van gezondheid ingegaan en in hoofdstuk 7 komen een aantal actuele gezondheidskwesties in verband met vrouwen ter sprake. Hoofdstuk 8 bevat de conclusies van het verslag.

2. Sociale en demografische trends

De Gemeenschap telt 191 miljoen vrouwen, wat neerkomt op 51,2% van de bevolking. Dit percentage verschilt slechts weinig van Lid-Staat tot Lid-Staat; het is het laagst in Ierland, namelijk 50,4%, en het hoogst in Portugal, 51,8%. Over de verschillende leeftijdsgroepen varieert dit percentage echter sterk. Beneden de 20 jaar zijn er slechts 95 vrouwen op elke 100 mannen, maar bij de tachtigjarigen is deze verhouding 221 op 100. Dit vrouwenoverschot is in de oudste leeftijdsgroep bijzonder geprononceerd doordat vrouwen in de EG gemiddeld zes jaar langer leven dan mannen.

Het leven van vrouwen is in de EG de afgelopen dertig jaar drastisch veranderd. Het huwelijkscijfer is sinds 1960 gedaald (bijna met een derde) en het echtscheidingscijfer is bijna verdubbeld (behalve in Ierland). Daarbij is de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen voor het eerst trouwen gestegen tot 26,1 jaar en die waarop zij hun eerste kind krijgen tot 28,6 jaar.

Tegelijkertijd is de arbeidsmarktparticipatie van vrouwen enorm toegenomen, al verschilt dit sterk per Lid-Staat. Met de stijging van de arbeidsparticipatie is ook de werkloosheid onder vrouwen toegenomen en deze ligt doorgaans hoger dan onder mannen.

Kijkt men naar de positie van de vrouw in de samenleving (ten opzichte van de man), dan komen de vrouwen in de EG er in vergelijking met elders goed vanaf. In de EG wordt in de noordelijke Lid-Staten de hoogste mate van gelijkheid tussen de seksen aangetroffen, wat deels komt door het hoge onderwijs- en inkomensniveau in vergelijking met mannen.

3. Geselecteerde gezondheidsindicatoren

De gezondheid van vrouwen in de EG, zoals bepaald aan de hand van een groot aantal gezondheidsindicatoren, ligt op een hoog peil. De levensverwachting neemt al tientallen jaren toe en ligt nu bij 80 jaar, wat ruim 6 jaar langer is dan het overeenkomstige gemiddelde voor mannen in de EG. Dit gemiddelde vertoont van Lid-Staat tot Lid-Staat echter aanzienlijke verschillen en ligt tussen 81,9 jaar in Frankrijk en 77,8 jaar in Denemarken.

De zuigelingensterfte is ook gedaald; volgens de meest recente gegevens (1992) overlijden slechts 6,9 van de 1000 levendgeboren meisjes vóór zij de leeftijd van 1 jaar hebben bereikt. Dit is een daling van 68% ten opzichte van 1970. De moedersterfte is ook sterk gedaald (met 79% ten opzichte van 1970) en ligt nu bij 7 per 100 000 vrouwen.

Afgaande op peilingen van de subjectief ervaren gezondheid beschouwen vrouwen in de EG zich als gezond (of zeer gezond). Gemiddeld geeft iets meer dan 62% aan in goede of zeer goede gezondheid te verkeren. Dit cijfer varieert over de Gemeenschap en over de leeftijdsgroepen en is bij oudere vrouwen lager, wat voor de hand ligt.

Verder blijkt dat vrouwen de laatste decennia aanzienlijk langer geworden zijn. De jongere leeftijdsgroepen (18-29 jaar) zijn bijna 5 cm langer dan de ouderen (60 jaar en ouder).

4. Ziekte

Er zijn nauwelijks specifieke ziektematen op EG-niveau beschikbaar. In plaats daarvan worden geaggregeerde gegevens, zoals aandoeningen van korte en lange duur en zorggebruik vermeld.

Ondanks de over het algemeen goede gezondheidstoestand van vrouwen maken zij melding van aanzienlijke beperkingen als gevolg van langdurige ziekten. Gemiddeld maakt bijna een op de vier vrouwen melding van enige (17,3%) of ernstige (6,3%) beperkingen in haar dagelijkse activiteiten als gevolg van een langdurige aandoening. Dit cijfer ligt het hoogst in Finland en Portugal (30%) en het laagst in Luxemburg (15%) en neemt toe met de leeftijd. Meer dan de helft van alle vrouwen van 75 jaar en ouder maakt gewag van dergelijke activiteitenbeperkingen.

Vrouwen maken ook melding van aanzienlijke activiteitenbeperkingen van korte duur. Ongeveer 14% van de vrouwen gaven aan dat zij de afgelopen twee weken hun activiteiten hadden moeten minderen in verband met ziekte of letsel, bij 3% was dat het geval wegens emotionele of psychische problemen. Onder de vrouwen van 65 jaar en ouder waren de overeenkomstige cijfers 25%, respectievelijk 5%.

Hoewel niet voor alle chronische en kortdurende aandoeningen een arts hoeft te worden geraadpleegd, is dit blijkbaar toch wel vaak het geval. Uit de Eurobarometer van 1996

komt naar voren dat gemiddeld een op de drie vrouwen de laatste twee weken contact met een arts gehad had (persoonlijk of telefonisch). Ook hier weer ligt het cijfer onder de oudere vrouwen hoger.

Een gering percentage van de ernstige ziektegevallen vereist ziekenhuisopname. Gemiddeld zegt 10% van de vrouwen in de EG in het afgelopen jaar eenmaal of vaker in het ziekenhuis opgenomen te zijn (om andere redenen dan bevalling), met een totale verblijftijd van ongeveer 10 dagen. Onder oudere vrouwen ligt het percentage ongeveer tweemaal zo hoog als onder jongere en zij blijven ook langer in het ziekenhuis.

5. Doodsoorzaken en trends in de sterfte onder vrouwen

Voor alle leeftijden tezamen zijn de meest frequente doodsoorzaken aandoeningen van de bloedsomlooporganen (43%) en kanker (26%). Ziekten van de ademhalingsorganen zijn bij vrouwen in 6% van de gevallen de doodsoorzaak en zelfdoding en ongevallen in 5%. De overige 20% van de sterfgevallen zijn aan andere oorzaken te wijten.

Zoals te verwachten is, verandert de voornaamste doodsoorzaak met de leeftijd. Bij vrouwen onder de 30 jaar zijn dit ongelukken met motorvoertuigen, terwijl het in de groep 30-34 jaar zelfdoding is. Kanker, met name van de 'vrouwelijke organen', zoals borst- en baarmoederhalskanker, is de voornaamste doodsoorzaak bij vrouwen tussen 35 en 64 jaar. Wat de oudere vrouwen betreft (65 jaar en ouder) zijn aandoeningen van de bloedsomloop de belangrijkste doodsoorzaak, namelijk in bijna 50% van de gevallen.

De gemiddelde sterfte (voor alle vrouwen) door ongelukken met motorvoertuigen is 6,42 per 100 000 terwijl de sterfte door zelfdoding en zichzelf toegebracht letsel 6,24 per 100 000 is. De kankersterfte onder vrouwen van alle leeftijden is ongeveer 150 per 100 000, en de sterfte aan ziekten van de bloedsomlooporganen (hartziekten en beroertes) ongeveer 248 per 100 000. Ischemische hartziekten alleen zijn verantwoordelijk voor circa 85 op de 100 000 sterfgevallen en voor beroertes ligt dit cijfer op bijna 76.

Van de totale kankersterfte onder vrouwen in de EG wordt 21% veroorzaakt door borstkanker, met een sterftecijfer van circa 31 per 100 000. Baarmoederhalskanker is daarentegen de oorzaak van slechts 2% van alle kankersterfte, met een sterftecijfer van ongeveer 3 per 100 000.

De sterfte als gevolg van kanker van de ademhalingsorganen – hoofdzakelijk longkanker – is sinds 1970 met bijna 70% gestegen. Dit maakt nu 9% van alle kankersterfgevallen uit, met een sterftecijfer van 14 per 100 000.

6. Determinanten van gezondheid en gezondheidsbevordering

De twee belangrijkste doodsoorzaken (hartziekten en kanker) zijn grotendeels te voorkomen door preventie, zowel primair (een gezondere levensstijl) als secundair (vroegtijdige opsporing, bijvoorbeeld door screening). De voornaamste risicofactoren voor een groot deel van de voortijdige sterfte (d.w.z. vóór het bereiken van de 65-jarige leeftijd) zijn roken, (overmatig) alcoholgebruik, ongezonde voeding en gebrek aan lichaamsbeweging.

Ongeveer 28% van de vrouwen in de EG rookt, maar dit percentage verschilt sterk per Lid-Staat. Denemarken en Portugal onderscheiden zich daarbij door het extreem hoge (42%) respectievelijk lage (12%) percentage rokende vrouwen. Er zijn geen gegevens

over het gemiddelde alcoholgebruik van vrouwen in de EG, al is bekend dat vrouwen minder drinken dan mannen.

Hoewel er weinig gegevens over de voeding zijn, levert de Eurobarometer 1996 wel informatie over het resultaat van de eetgewoonten (namelijk het gewicht). Het blijkt dat een op de vijf vrouwen lijdt aan overgewicht (of ernstig overgewicht) zoals gedefinieerd aan de hand van de Quetelet-index, terwijl 15% ondergewicht vertoont. Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor een aantal ziekten, in het bijzonder hartziekten en diabetes.

De enquête levert ook informatie over de mate waarin vrouwen in de EG periodiek geneeskundig onderzoek ondergaan en wat dit inhoudt. Dit verschilt per land en per leeftijdsgroep. Zo heeft 44% van de Europese vrouwen boven de 65 het afgelopen jaar een hartonderzoek ondergaan en ongeveer een zelfde percentage een cholesteroltest. Voor de hele vrouwelijke bevolking ligt dit cijfer uiteraard lager.

Tests op diabetes worden minder vaak gedaan, circa 22% heeft het afgelopen jaar een dergelijke test ondergaan; onder vrouwen met ernstig overgewicht (van 40 jaar en ouder) ligt dit cijfer echter bij 44%. Aangezien overgewicht een risicofactor voor niet-insulineafhankelijke diabetes, ligt dit voor de hand.

Ongeveer 16% van de vrouwen in de EG zegt het afgelopen jaar een onderzoek naar osteoporose te hebben ondergaan. De cijfers voor kankerscreening liggen daarentegen veel hoger. Zo'n 40% van de vrouwen geeft aan het afgelopen jaar een baarmoederhalsuitstrijkje te hebben laten maken en voor manueel onderzoek van de borsten geldt een zelfde percentage. Circa 18% van de vrouwen heeft het afgelopen jaar mammografisch onderzoek ondergaan.

Aangezien mammografie in veel Lid-Staten een controversieel onderwerp is, werd de vrouwen in de Eurobarometerenquête naar hun opvattingen hierover gevraagd. De overgrote meerderheid (meer dan 90%) verklaarde voorstandster te zijn van (gratis) mammografisch bevolkingsonderzoek voor de leeftijdsgroepen waarin de sterfte hierdoor aanzienlijk kan worden teruggebracht, en dit percentage vertoonde slechts weinig variatie.

7. Specifieke vrouwelijke gezondheidskwesties

De afgelopen decennia zijn verscheidene gezondheidskwesties naar voren gekomen die van bijzonder belang zijn voor vrouwen. Dit omvat eetstoornissen, die meestal bij tieners en jonge vrouwen voorkomen, HIV en aids – vaak alleen gezien als een aandoening van mannen, maar het is gebleken dat vrouwen hier kwetsbaarder voor zijn, hartziekten – ook veeleer beschouwd als mannenziekte ondanks dat ook veel vrouwen hieraan overlijden, en osteoporose, iets wat bij vrouwen veel meer voorkomt dan bij mannen. Aan deze lijst van voor vrouwen belangrijke gezondheidskwesties moeten nog worden toegevoegd gezinsplanning en abortus en geweldpleging tegen vrouwen.

Er is een opvallend gebrek aan gegevens over de incidentie en prevalentie van eetstoornissen (boulimie en anorexia nervosa), hoewel de indruk bestaat dat deze in de afgelopen twintig jaar in de hele EG zijn toegenomen. De sterfte onder anorexiapatiënten wordt op 6% geschat, die onder boulimiepatiënten op de helft daarvan.

Met de vergrijzing van de bevolking neemt de incidentie van osteoporose toe. Gezien de grote morbiditeit en mortaliteit in verband met deze aandoening is osteoporose voor veel Lid-Staten een toenemend punt van zorg. Substitutietherapie (toediening van

oestrogenen) levert een bijdrage tot de preventie van osteoporose maar staat bij de zorgverleners nog ter discussie. Overigens zijn vrouwen blijkens de Eurobarometer 1996 van mening dat zij onvoldoende geïnformeerd zijn over de kosten en baten van een dergelijke therapie.

8. Conclusies

In dit verslag is getracht een zo volledig mogelijk overzicht van de gezondheidsproblematiek van vrouwen te geven, uitgaande van de beschikbare gegevens. Duidelijk is dat hoewel vrouwen langer leven en naar eigen zeggen een goede gezondheid genieten, onder hen toch veel problemen voorkomen als gevolg van chronische ziekte. De gezondheid zoals gemeten aan de hand van een aantal indicatoren varieert over de Lid-Staten en tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Zoals te verwachten was, is de gezondheid van oudere vrouwen slechter.

Verder worden in dit verslag een aantal beleidsinitiatieven genoemd waarmee de voortijdige sterfte onder vrouwen in de Gemeenschap zou kunnen worden beperkt.

1. INLEIDING

1.1 Achtergrond

Dit verslag geeft een beeld van de gezondheid van vrouwen in de Europese Gemeenschap, waarbij zowel verschillen als overeenkomsten binnen en tussen de Lid-Staten worden besproken. Ingegaan wordt op de belangrijkste oorzaken van sterfte en ziekte en op een aantal individuele en sociale determinanten die van invloed zijn op de gezondheid van vrouwen in het licht van de veranderende demografische en sociale trends. Aldus kunnen wij aandacht schenken aan gezondheidsproblemen die vaker bij vrouwen voorkomen (b.v. eetstoornissen, borstkanker, osteoporose, seksueel misbruik en de gevolgen van geweld in de huiselijke sfeer), specifiek zijn voor vrouwen (reproductieve gezondheid, baarmoederhals- en eierstokkanker, menopauze) of zich bij vrouwen anders voordoen dan bij mannen (b.v. hart- en vaatziekten, HIV/aids).

De gezondheid van vrouwen is deze eeuw sterk verbeterd, getuige een aanzienlijke toename van de levensverwachting en een daling van de vroegtijdige sterfte, met inbegrip van moeder- en kindersterfte. Vrouwen in de EG leven gemiddeld langer dan mannen, en wel zo'n 5 à 7 jaar. De laatste twintig jaar is er echter bijzondere aandacht gekomen voor de gezondheid van vrouwen en het beleid en de zorgverlening op dat gebied, als gevolg van het toenemende inzicht dat de behoeften en problemen van vrouwen op gezondheidsgebied van die van mannen verschillen. In een recent opinieonderzoek (Eurobarometer 44.3/1996)[a] is vrouwen in de EG gevraagd of zij van mening waren dat de gezondheidsproblematiek van vrouwen in hun land voldoende aandacht kreeg. Meer dan 1 op de 3 vrouwen dacht van niet (of wist het niet) (**fig. 1.1**). Zoals te verwachten varieerden de antwoorden over de 15 Lid-Staten: bijna 50% van de Ierse vrouwen antwoordde dat deze kwesties *onvoldoende* aandacht krijgen (**tab. 1.1**), terwijl van de Deense vrouwen slechts 12% dat vond. Dit is een interessant resultaat als men bedenkt dat de levensverwachting voor vrouwen in Denemarken en in Ierland tot de kortste in de EG behoort (zie hoofdstuk 3.1). Blijkbaar zijn andere factoren van invloed op het beeld dat vrouwen van deze problematiek hebben. Er zij overigens op gewezen dat de Ierse regering onlangs met een speciaal gezondheidsbeleid voor vrouwen is gekomen, het eerste in zijn soort in de EG[1].

De grotere aandacht voor de gezondheid van vrouwen is tot stand gekomen tegen de achtergrond van diepgaande maatschappelijke en demografische veranderingen. Genoemd kunnen worden de postindustriële ontwikkeling van West-Europa, de toegenomen participatie van vrouwen in het arbeidsproces sinds de jaren zestig en de veranderende relaties tussen de seksen in het openbare en particuliere leven. De demografische veranderingen worden gekenmerkt door vergrijzing van de bevolking, met daarbij feminisatie van de oudere leeftijdsgroep[b], dalende vruchtbaarheidscijfers, kleinere gezinnen, een hogere leeftijd van eerste huwelijkssluiting en toegenomen echtscheidingscijfers. Deze verschijnselen hebben het aanzicht van de westerse maatschappij en de positie van vrouwen en mannen daarin drastisch gewijzigd.

---

a Zie hoofdstuk 1.4 voor nadere gegevens over de Eurobarometerenquête.

b Hiermee wordt het verschijnsel bedoeld dat als gevolg van de verschillen in sterfte de ouderen hoofdzakelijk vrouwen zijn. Zie voor nadere gegevens hoofdstuk 2.1.

1.2 De gezondheid van vrouwen

Hoewel de gegevens over de gezondheidstoestand van vrouwen nog onvolledig zijn, hebben wij geleidelijk aan een duidelijker beeld daarvan in vergelijking met die van mannen gekregen. Vrouwen hebben vaker last van chronische ziekten en aandoeningen dan mannen, iets wat niet uitsluitend kan worden toegeschreven aan het feit dat zij langer leven. Verder ervaren zij hun gezondheid vaak als slechter dan mannen. Er komen steeds meer aanwijzingen voor dat veel van de medisch-biologische kennis omtrent gezondheidsproblemen – met uitzondering dan van biologische onderwerpen die uitsluitend vrouwen betreffen – voortkomen uit onderzoek dat gebaseerd is op het mannelijke prototype. Hierbij zijn de invloeden van sekseverschillen op de diagnostiek, de behandeling en de resultaten daarvan genegeerd. Ook vertonen de patronen van ziekte en sterfte bij vrouwen veranderingen. Zo sterven steeds meer vrouwen aan longkanker doordat het roken onder vrouwen, met name jongere vrouwen, is toegenomen.

Vrouwen doen een groter beroep op de gezondheidszorg dan mannen (niet alleen voor henzelf maar ook als verzorgers van kinderen en bejaarde familieleden) en daarin zijn ook veel meer vrouwen dan mannen werkzaam. Zij zijn echter ondervertegenwoordigd in de hogere leidinggevende en medische echelons, waardoor hun invloed op de beleidsvorming beperkt is. Ook verrichten vrouwen vaker en meer onbetaalde zorg voor het eigen gezin, bejaarden en de gemeenschap.

Ondanks het toenemende aantal vrouwen dat betaald werk verricht, besteden zij nog steeds meer tijd aan het huishouden dan mannen en beschikken zij over minder vrije tijd. Ook is de economische en sociale status van vrouwen in de regel lager, lijden zij vaker armoede en zijn zij vaker financieel afhankelijk van mannen of van sociale voorzieningen. Deze factoren beperken de keuzen die zij in hun leven kunnen maken, met inbegrip van de keuze voor een gezonde levenswijze. Er bestaat echter nog onvoldoende inzicht in de invloed van deze factoren op de gezondheid van vrouwen en omgekeerd.

Mede doordat de bewustwording omtrent deze problematiek is toegenomen, is er meer aandacht voor de gezondheid van vrouwen gekomen, getuige de vele inspanningen van de afgelopen twintig jaar om dit op politiek, sociaal en medisch-biologisch vlak tot een prioritair onderwerp te maken. Dankzij het Decennium voor de vrouw van de Verenigde Naties (1976-1985) heeft de gezondheid van vrouwen meer aandacht gekregen. Ook de streefdoelen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van 1978, 'Gezondheid voor iedereen in het jaar 2000', omvatten een specifiek doel voor vrouwen. En deze extra aandacht is onlangs nog bevestigd op de Vierde Wereldvrouwenconferentie van de VN (Peking, 1995), waar een actieprogramma is vastgesteld met als een van de doelstellingen[a] het geven van prioriteit aan onderwijsprogramma's die er onder andere op gericht zijn vrouwen te helpen hun eigen beslissingen te nemen en zelf de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en vruchtbaarheid op zich te nemen.

Op het niveau van de Gemeenschap zijn onlangs een aantal activiteiten gelanceerd met betrekking tot de verbetering en bescherming van de gezondheid van vrouwen; dit waren bijvoorbeeld de goedkeuring van de Richtlijn van de Raad met betrekking tot zwangerschapsverlof[2], de prioriteit voor oudere vrouwen in de strategie voor de

---

[a] Deze doelstelling sluit aan bij de belangrijkste doelstellingen van de Europese Unie vóór, tijdens en na de conferentie van Peking.

ouderen[a] [3] en het netwerk voor screening op borstkanker van het programma 'Europa tegen kanker'[4].

1.3 Indicatoren en determinanten van de gezondheid van vrouwen

Ten behoeve van doeltreffende beleidsmaatregelen en programma's op gezondheidsgebied (en de evaluatie daarvan) wordt steeds meer gebruik gemaakt van objectieve maten om de gezondheidstoestand van bevolkingsgroepen en veranderingen daarin te beschrijven. Ook worden steeds vaker vergelijkingen gemaakt tussen (sub)populaties en tussen landen om de prevalentie van verschillende ziekten te bepalen, inzicht in de onderliggende oorzaken te krijgen en het effect van preventiestrategieën te evalueren.

Hoewel een begin gemaakt is met de standaardisatie van de gegevens met het oog op Europese en internationale vergelijkingen, zijn er nog maar weinig werkelijk vergelijkbare gegevens beschikbaar. Dit verslag, dat gebruik maakt van bestaande en nieuwe gezondheidsgegevens en -indicatoren op EG-niveau, is daarom noodgedwongen beperkt in de keuze van onderwerpen. Ook beperkt het zich tot vrouwen van 15 jaar en ouder, aangezien de meeste seksespecifieke gegevens op EG-niveau op deze leeftijdsgroep betrekking hebben. Ten slotte zijn vergelijkingen tussen mannen en vrouwen wat hun gezondheidstoestand betreft om redenen van ruimtebesparing alleen gegeven als dat van bijzonder belang is.

1.4 Informatiebronnen

Voor dit verslag zijn tal van bestaande primaire en secundaire bronnen op gezondheids- of daarmee verband houdend gebied gebruikt. Het aggregatieniveau daarvan loopt van regionaal en nationaal tot communautair en internationaal. Hoewel de aandacht in hoofdzaak uitging naar kwantificeerbare, vergelijkbare gezondheidsindicatoren en -determinanten voor vrouwen, is ook kwalitatieve informatie gebruikt. Verwijzingen naar de specifieke informatiebronnen zijn na elk hoofdstuk en in de literatuurlijst aan het eind van het verslag opgenomen.

De voornaamste gegevensbronnen zijn de gegevensbank Health for All (HFA) (WHO, 1996)[5], diverse rapporten en gegevens van het Bureau voor de statistiek van de Europese Gemeenschappen (Eurostat) alsmede gegevens van de eerste fase van de European Community Household Panel van Eurostat (ECHP, 1994), de statistieken 'The World's Women 1970-1990' van de VN[6] en gegevens afkomstig van verschillende gespecialiseerde centra, zoals het Internationaal Instituut voor kankeronderzoek in Lyon en het Europees Centrum voor de epidemiologische controle op aids in Parijs. Een belangrijke bron van gegevens voor dit verslag is verder een begin 1996 in de hele EG uitgevoerd Eurobarometeronderzoek. Hierin werden aan een representatieve steekproef uit de niet-geïnstitutionaliseerde bevolking (circa 1000 personen) in elke Lid-Staat[b] een aantal vragen over de gezondheid gesteld, onder meer over hun attitudes, ervaren gezondheid en in het afgelopen jaar genoten preventieve zorg.

Ondanks voortdurende verbeteringen in de beschikbaarheid en vergelijkbaarheid van gezondheidsindicatoren en -determinanten zijn er nogal wat beperkingen. Zo ontbreken gegevens over veel kwesties die voor de gezondheid van de vrouw van belang zijn,

---

a Bijvoorbeeld in het Europees Jaar van de ouderen in 1993 en het komende Internationale Jaar van de ouderen van de VN (1999)[3].

b Voor Duitsland omvatte de steekproef 1000 personen in de oude en 1000 in de nieuwe deelstaten.

bijvoorbeeld de menopauze en eetstoornissen (zie hoofdstuk 7) en/of betreffende specifieke groepen, bijvoorbeeld migrerende vrouwen. Ook de ziekte- en overlevingsstatistieken en de determinanten van de levensstijl, zowel algemeen als seksespecifiek, vertonen tal van lacunes. Bovendien zijn er te weinig gezondheidsgerelateerde gegevens uitgesplitst naar geslacht, waarmee men bijvoorbeeld het verband tussen werk, stress en gezondheid zou kunnen bestuderen.

Waar mogelijk is informatie voor alle 15 Lid-Staten ingewonnen. Daarbij zijn de gegevens gewoonlijk zowel voor de Lid-Staten afzonderlijk als voor de EG als geheel weergegeven. De gegevens over Duitsland van vóór 1990 hebben gewoonlijk betrekking op de oude Bondsrepubliek, die van na 1990 omvatten ook de nieuwe deelstaten, tenzij anders vermeld. Er is echter één belangrijke uitzondering: bij de Eurobarometer wordt onderscheid gemaakt tussen oude en nieuwe deelstaten. Dit onderscheid is hier overgenomen, aangezien uit de resultaten blijkt dat er als gevolg van de vele jaren van scheiding nog steeds grote verschillen bestaan in bepaalde gezondheids- en daarmee verband houdende indicatoren.

Er is steeds van de meest actuele gegevens gebruik gemaakt. In sommige gevallen zijn deze al enige jaren oud (zo dateren de sterftegegevens van de WHO van 1992), terwijl andere zeer recent zijn (b.v. de gegevens van de Eurobarometer 1996).

1.5 Indeling van het verslag

Dit verslag bestaat uit acht hoofdstukken. Hoofdstuk 1 beschrijft de doelen, achtergrond, methoden en indeling van het verslag; in hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van de sociale en demografische trends die voor vrouwen in de verschillende levensfasen van belang zijn. In hoofdstuk 3 wordt een aantal voor vrouwen relevante gezondheidsindicatoren besproken, waaronder de levensverwachting, zuigelingensterfte en ervaren gezondheid. Ter aanvulling van deze informatie beschrijft hoofdstuk 4 bepaalde ziektematen, waaronder lichamelijke beperkingen door langdurige ziekte, activiteitenbeperkingen van korte duur en ziekenhuisopnames. In hoofdstuk 5 worden de doodsoorzaken bij vrouwen van verschillende leeftijden besproken. Hoofdstuk 6 bevat een bespreking van verschillende determinanten van gezondheid, onder andere roken en drinken, en hierin worden ook verschillende screeningsprogramma's besproken. Hoofdstuk 7 analyseert een aantal onderwerpen die voor vrouwen in de verschillende levensfasen van bijzondere betekenis zijn. Hoofdstuk 8 rondt het verslag af. De bijlagen omvatten een verklarende woordenlijst, een lijst van tabellen en figuren en de bibliografie.

In dit verslag wordt met cijfers naar de referenties aan het eind van elk hoofdstuk verwezen; letters verwijzen naar voetnoten onderaan de bladzijde. Figuren en tabellen zijn na de referenties bij elk hoofdstuk opgenomen.

Referenties

1 Irish Department of Health (1995), *Developing a Policy for Women's Health: A Discussion Document*, Dublin: Stationary Office.

2 Commissie van de Europese Gemeenschappen (CEG), Richtlijn 92/85/EEG van 19 oktober 1992, Publikatieblad L 348 van 28 november 1992.

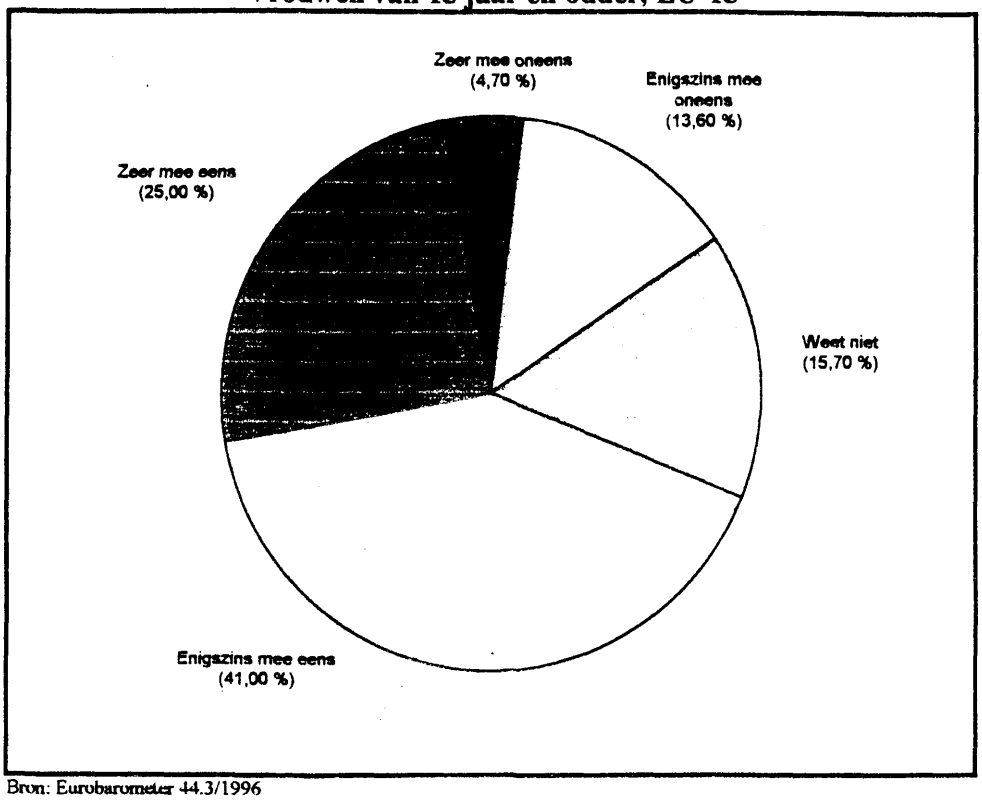
3 Dooghe, G. and Appleton, N. (1995). Elderly Women in Europe. Choices & Challenges. Leuven, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies.

4 European Journal of Cancer Prevention (1994), Vol 3, Supplement 1.
5 Zie bijvoorbeeld ook: WHO, (1994), Health in Europe, European Series, No. 56, Regional Publications, Kopenhagen, Regionaal Bureau voor Europa van de WHO.
6 Verenigde Naties (1991), *The World's Women 1970-1990, Trends and Statistics*, New York: Verenigde Naties.

[figuren en tabellen]

Figuur 1.1

Voldoende aandacht voor de gezondheid van vrouwen, 1996 (*)
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15

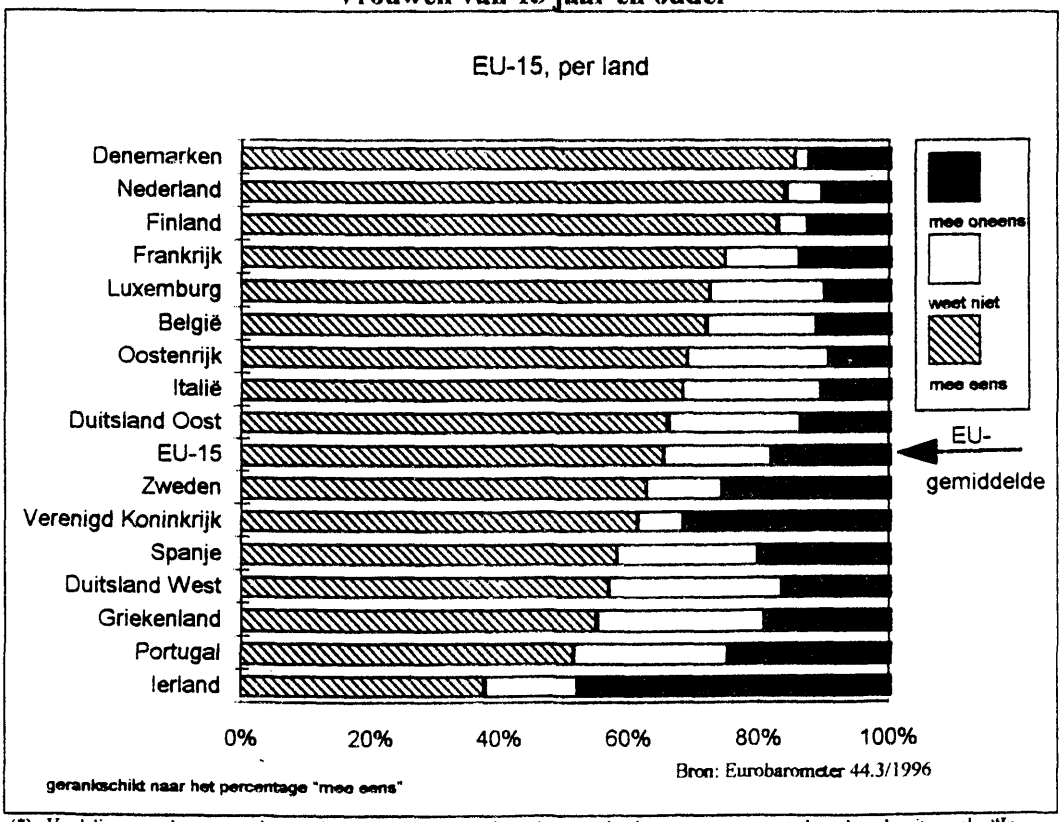


Bron: Eurobarometer 44.3/1996

(*): Verdeling van de antwoorden op de vraag in hoeverre de ondervraagden het eens waren met de volgende uitspraak: "In (land) wordt voldoende aandacht geschonken aan gezondheidsproblemen van vrouwen, zoals borst- en baarmoederhalskanker".

Figuur 1.2

Voldoende aandacht voor de gezondheid van vrouwen, 1996 (*)
Vrouwen van 15 jaar en ouder



(*): Verdeling van de antwoorden op de vraag in hoeverre de ondervraagden het eens waren met de volgende uitspraak: "In (land) wordt voldoende aandacht geschonken aan gezondheidsproblemen van vrouwen, zoals borst- en baarmoederhalskanker".

Tabel 1.1

Voldoende aandacht voor de gezondheid van vrouwen in het eigen land, 1996 (*)
Vrouwen van 15 jaar en ouder

	Zeer mee oneens	Enigzins mee oneens	Weet niet	Enigzins mee eens	Zeer mee eens
	%	%	%	%	%
Denemarken	3.8	8.7	2.0	33.3	52.2
Nederlands	4.3	6.1	5.6	33.5	50.5
Finland	1.7	11.0	4.5	53.3	29.6
Frankrijk	1.4	12.6	11.2	54.4	20.4
Luxemburg	1.6	8.4	17.4	48.7	23.9
België	2.5	8.8	16.9	50.3	21.5
Oostenrijk	1.2	8.2	21.6	36.2	32.8
Italië	5.1	5.6	21.0	26.2	42.1
Duitsland Oost	2.6	11.1	20.3	49.5	16.5
UE-15	**4,6**	**13,6**	**16,4**	**42,9**	**22,5**
Zweden	4.8	20.9	11.6	42.6	20,1
Verenigd Koninkrijk	10.1	21.6	7.1	45.0	16.2
Spanje	3.3	17.0	21.6	40.5	17.6
Duitsland West	1.7	14.9	26.5	41.2	15.6
Griekenland	4.6	14.7	25.8	31.5	23.4
Portugal	5.0	19.9	23.8	45.2	6.2
Ierland	20.7	27.4	14.4	27.2	10.4

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

(*) : Verdeling van de antwoorden op de vraag in hoeverre de ondervraagden het eens waren met de volgende uitspraak: "In (land) wordt voldoende aandacht geschonken aan gezondheidsproblemen van vrouwen, zoals borst- en baarmoederhalskanker".

2. SOCIALE EN DEMOGRAFISCHE TRENDS

Dit hoofdstuk bevat achtergrondinformatie over demografische en sociale trends die betrekking hebben op vrouwen[a] [1]. Gegevens over de levensverwachting en de zuigelingensterfte, die vaak in demografische statistieken worden opgenomen, worden behandeld in hoofdstuk 3, dat betrekking heeft op geselecteerde gezondheidsindicatoren.

2.1 Omvang en opbouw van de bevolking

Met de toetreding van drie nieuwe Lid-Staten (Oostenrijk, Finland en Zweden) op 1 januari 1995 steeg de totale bevolking van de Gemeenschap van ongeveer 350 tot 372 miljoen (6,3%). Iets meer dan de helft (50,9%) van deze nieuwe bevolking waren vrouwen, waardoor hun aantal toenam van 179 tot 190 miljoen. Het aandeel vrouwen in de EG-bevolking bleef hierdoor ook na de toetreding op 51,2%. Dit percentage is over de Lid-Staten opmerkelijk constant: het ligt tussen 50,4% in Ierland en 51,8% in Portugal **(zie tab. 2.1)**.

Over de verschillende leeftijdsgroepen varieert het percentage vrouwen echter aanzienlijk. In de groep jonger dan 20 jaar zijn er 95 vrouwen per 100 mannen. Deze oververtegenwoordiging van mannen in de bevolking loopt door tot 39 jaar. In de leeftijdsgroep 40-59 jaar zijn er op elke 100 mannen 100 vrouwen, maar daarna neemt het vrouwenoverschot sterk toe en bij de tachtigjarigen ligt de verhouding vrouwen/mannen op ongeveer 221/100 (**zie fig. 2.1**).

In de groep jonger dan 20 jaar is de verhouding in alle Lid-Staten ongeveer gelijk, maar in de leeftijdsgroep 60 jaar en ouder zijn er aanzienlijke verschillen. Duitsland en Oostenrijk hebben het grootste vrouwenoverschot, Griekenland en Ierland het kleinste (**zie fig. 2.2**).

Dit grote vrouwenoverschot op hogere leeftijd is deels het gevolg van het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen. Gemiddeld leeft een vrouw in de EG meer dan zes jaar langer dan een man, met als gevolg dat er meer vrouwen dan mannen in de hogere leeftijdsgroepen zijn (voor nadere gegevens over de levensverwachting zie hoofdstuk 3).

Dit verschil komt ook tot uiting in de leeftijdsopbouw van beide geslachten. Zoals blijkt uit **tabel 2.2** is 23,6% van de vrouwen 60 jaar of ouder, terwijl dit percentage voor mannen slechts 17,8% bedraagt. Deze verhouding kan in de loop der tijd veranderen: uit **tabel 2.2** blijkt dat het percentage mannen boven de zestig sneller stijgt dan dat voor vrouwen. Van 1991 tot 1996 is het percentage mannen boven de 60 met 5,5% toegenomen, bij de vrouwen bedroeg deze stijging 2,7%.

2.2 Gezinsleven

Met de vergrijzing van de bevolking verandert ook het gezinsleven. Het opmerkelijkst is de sterke daling van het huwelijkscijfer, tussen 1960 en 1995 daalde dit met bijna een derde, van ongeveer 8 huwelijken per 1000 inwoners tot 5,1. Deze daling deed zich in alle

---

a Uitvoeriger informatie over dit onderwerp is te vinden in "*Women and Men in the European Union, A Statistical Portrait*"[1].

Lid-Staten ongeveer in dezelfde mate voor, het sterkst in Duitsland en het geringst in Griekenland (zie **tab. 2.3**).

Deze daling in het huwelijkscijfer ging gepaard met een stijging van de leeftijd van eerste huwelijkssluiting van 24 tot iets boven 26 jaar (zie **tab. 2.3**). In Denemarken en Zweden is deze leeftijd het hoogst (respectievelijk 28,1 en 28,5 jaar in 1994) en is deze sinds 1960 ook het sterkst gestegen.

Ondanks de daling van het huwelijkscijfer en de stijging van de leeftijd waarop men voor de eerste maal trouwt, is het echtscheidingscijfer sinds 1960 meer dan verdrievoudigd, van 0,54 tot 1,8 per 1000 inwoners. Evenals het huwelijkscijfer varieert het aantal echtscheidingen binnen de EG sterk. Ierland neemt daarbij een aparte positie in aangezien echtscheiding daar niet toegestaan is[a]. In de zuidelijke Lid-Staten Griekenland, Italië en Spanje ligt het cijfer lager, terwijl de lijst wordt aangevoerd door de noordelijke Lid-Staten Denemarken, Finland en Zweden, alsmede het Verenigd Koninkrijk.

De gevolgen van deze trends kunnen worden afgelezen uit **figuur 2.3**, waaruit blijkt dat zowel het aantal eenpersoonshuishoudens als het aantal eenoudergezinnen tussen 1960 en 1995 sterk gestegen is. Verder toont deze figuur een sterke stijging in het percentage buitenechtelijke geboorten, een trend die evenals het toenemende echtscheidingscijfer heeft bijgedragen aan het grotere aantal eenoudergezinnen.

De stijging van het aantal buitenechtelijke kinderen was niet de enige verandering in deze periode. Het totale vruchtbaarheidscijfer daalde met 45%, van 2,59 tot 1,43 kinderen per vrouw. Hierdoor is het totaal aantal geboorten met meer dan 1,7 miljoen, bijna 31%, gedaald, tot iets minder dan 4 miljoen geboorten per jaar (zie **fig. 2.3** en **tab. 2.4**).

Hoewel het totale vruchtbaarheidscijfer sinds 1960 in alle Lid-Staten is gedaald, gebeurde dat niet overal op hetzelfde moment. Zoals blijkt uit **figuur 2.4** trad dit verschijnsel met name in Ierland pas in de jaren negentig op, terwijl in de meeste Lid-Staten de grootste daling zich in de jaren zestig of zeventig voordeed. Interessant is verder dat in de noordelijke landen, waar het totale vruchtbaarheidscijfer gedurende enige tijd het laagst was, dat nu het hoogst is. Dit is bijzonder opmerkelijk omdat, zoals wij later zullen zien, in deze landen de arbeidsparticipatie het hoogst is, wat normaliter gepaard gaat met een lager vruchtbaarheidscijfer.

Deze toenemende vruchtbaarheid in de noordelijke landen kan niet worden toegeschreven aan een gering gebruik van anticonceptiemiddelen, wat een oorzaak kan zijn van de relatief recente daling in Ierland; uit **tabel 2.5** blijkt immers dat in de noordelijke Lid-Staten meer vrouwen gebruik maken van anticonceptiemiddelen dan in de overige Lid-Staten.

Tabel 2.5 geeft ook de leeftijd van de moeder bij geboorte van het eerste kind, die tussen 1990 en 1994 licht (met 0,5 jaar) is toegenomen tot 28,7 jaar, hetgeen waarschijnlijk een gevolg is van de stijging in de leeftijd van eerste huwelijkssluiting. Ten slotte geeft deze tabel het percentage levendgeborenen bij tienermoeders, dat per Lid-Staat nogal varieert; het is het laagst in Nederland (1,38%) en het hoogst in Portugal (7,48%) (zie ook hoofdstuk 7.3).

---

[a] Na een referendum in 1995 is echtscheiding in Ierland nu onder bepaalde omstandigheden toegestaan.

2.3 Beroepsleven

Ook het beroepsleven van vrouwen – zowel moeders als kinderloze vrouwen – vertoont veranderingen. In sommige Lid-Staten, vooral de noordelijke, vertoonde de arbeidsparticipatie al in de jaren zestig een toename, in andere landen gebeurde dat pas in de jaren zeventig en tachtig. Zoals blijkt uit **tabel 2.6** is het aantal werkende vrouwen ook in de jaren negentig gestegen, al is in twee landen waar dat cijfer al erg hoog was (Finland en Zweden) sinds halverwege de jaren tachtig weer een daling ingetreden. Vrouwen beginnen ook steeds vaker een eigen zaak: in de Lid-Staten wordt tot 30% van alle ondernemingen door vrouwen geleid en ongeveer eenderde van alle nieuwe ondernemingen worden door vrouwen opgezet[1].

Ondanks de toenemende arbeidsmarktparticipatie bestaan er nog grote verschillen tussen de Lid-Staten. De noordelijke landen – Denemarken, Finland en Zweden – kennen veruit de hoogste arbeidsmarktparticipatie (meer dan 70% van de vrouwen werkt), terwijl deze in Griekenland, Spanje, Ierland, Italië en Luxemburg het laagst is (ongeveer 40-45%).

Voor deeltijdarbeid zijn de verschillen nog groter. Uit **tabel 2.7** blijkt dat de overgrote meerderheid (70-90%) van het deeltijdwerk door vrouwen verricht wordt. Wat het aandeel van deeltijdarbeid ten opzichte van het totaal betreft ligt Nederland in de EG duidelijk op kop: meer dan 60% van de werkende vrouwen heeft daar een deeltijdbaan. Andere landen waar veel vrouwen in deeltijd werken zijn het Verenigd Koninkrijk (45,2%), Zweden (41,4%) en Denemarken (36,7%). In Griekenland, Finland, Italië, Portugal en Spanje is dit het laagst (minder dan 15%).

In **figuur 2.5** is de totale toename van vrouwen (en mannen) in deeltijdbanen tussen 1975 en 1991 weergegeven. In deze periode nam het deeltijdwerk door vrouwen toe van iets boven 20% tot 28%. Deze figuur geeft ook de ontwikkelingen in de werkloosheid en in tijdelijk werk; beide zijn tussen 1975 en 1991 ongeveer verdubbeld. Vrouwen zijn veel zwaarder door de werkloosheid getroffen dan mannen.

In **tabel 2.8** is de ontwikkeling van de werkloosheidscijfers tussen 1983 en 1993 in alle Lid-Staten weergegeven. In slechts vijf landen ligt de werkloosheid onder vrouwen beneden de 7% (Luxemburg, Oostenrijk, Portugal, Zweden en het Verenigd Koninkrijk). In de overige landen is dit rond de 10 à 15%, behalve dan in Spanje, waar het bijna 30% is. De werkloosheid onder vrouwen is in alle Lid-Staten groter dan die onder mannen, met uitzondering van Ierland, Finland en Zweden.

Onder jongere vrouwen (onder de 25 jaar) is de situatie ernstiger; in absolute termen is de werkloosheid in deze groep aanzienlijk hoger dan onder de totale vrouwelijke beroepsbevolking. Dat is ook te zien in **figuur 2.6**, de verdeling van de activiteit over alle leeftijdsgroepen van de bevolking in 1994.

2.4 Seksegerelateerde ontwikkelingsindices

De bestaande sekseverschillen tussen de Lid-Staten (met uitzondering van Duitsland) en de positie die zij in de wereldranglijst innemen, op basis van geselecteerde indices van het Human Development Report 1995[2], zijn weergegeven in tabel 2.9.

De Human Development Index (HDI) is een instrument om landen te beoordelen en te rangschikken naar een aantal geselecteerde sociale en economische indicatoren

(gezondheid, inkomen en onderwijs). Canada, de VS en Japan voeren de lijst aan, gevolgd door twee Lid-Staten, Nederland en Finland, op de vierde en vijfde plaats.

Als de HDI echter met behulp van de Gender Development Index (GDI) gecorrigeerd wordt voor de sekse komt een ander beeld naar voren. De noordelijke Lid-Staten Zweden en Finland staan zowel wat de Gemeenschap betreft als mondiaal op kop. Nederland duikelt op de GDI in de Gemeenschap naar een negende plaats, wat aangeeft dat er in dat land nog heel wat ongelijkheden tussen mannen en vrouwen zijn.

Een andere op de sekse gebaseerde index, de Gender Empowerment Measure (GEM), geeft verschillen aan op het gebied van de economische en politieke besluitvorming. Ook hier staan de noordelijke Lid-Staten bovenaan. Maar het beeld is niet voor alle Lid-Staten hetzelfde. Frankrijk komt bijvoorbeeld wat de Gemeenschap betreft op de vierde plaats van de GDI-schaal, maar heeft de laagste GEM-index. In dit land bestaan dus de grootste ongelijkheden tussen vrouwen en mannen op het gebied van de volksvertegenwoordiging, beroepsuitoefening en verdiencapaciteit.

De grootste mate van gelijkheid wordt aangetroffen in de noordelijke Lid-Staten, wat toe te schrijven is aan de hoge scholingsgraad van de vrouwen sinds de jaren zeventig en het geringere verschil tussen vrouwen en mannen ten aanzien van het percentage alleenverdieners.

Hoewel deze indices niet volmaakt zijn, blijkt er wel uit dat er zowel binnen de Lid-Staten als daartussen nog steeds ongelijkheden tussen de seksen voorkomen, ondanks de voortgang die in de tweede helft van deze eeuw is geboekt. Wat de volksgezondheid en het onderwijs betreft zijn deze ongelijkheden niet zo uitgesproken, maar zij komen sterker naar voren op het gebied van de inkomensverdeling en de vertegenwoordiging op het economische en politieke vlak. Er dient op gewezen te worden dat gelijkheid tussen de seksen niet met het inkomen (BBP) samenhangt: Luxemburg, dat op de eerste plaats komt wat koopkracht betreft (reëel BBP per hoofd), heeft van de Gemeenschap de laagste GDI (zie **tab. 2.9**).

Referenties

1 Europese Waarnemingspost voor het MKB, *Vierde jaarverslag, 1996,* blz. 330.
2 United Nations Development Programme (1995), *Human Development Report 1995*, New York, Oxford University Press.

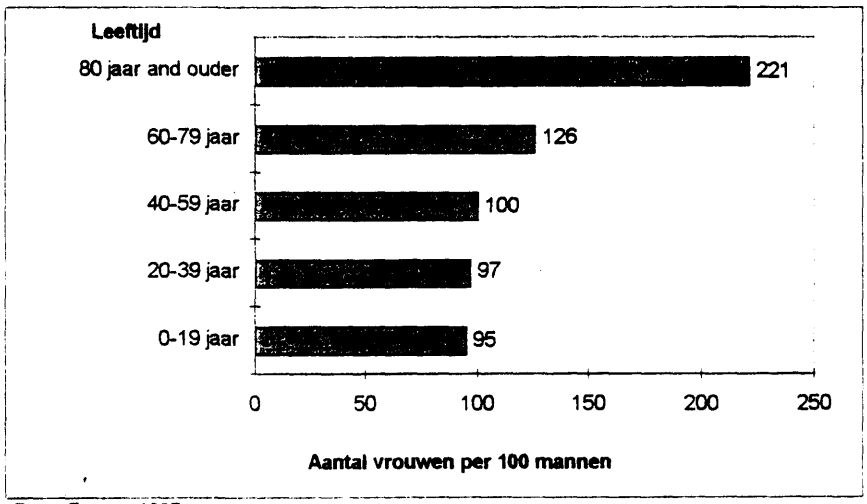
[figuren en tabellen]

Tabel 2.1
Vrouwen in de totale bevolking van de Europese Unie 1996 (EU-15)

Lid-Staat	*Totaal*	*Aantal vrouwen*	*In %*
EU-15	**372.653.590**	**190.739.240**	**51,18**
Portugal	9.920.760	5.143.280	51,84
Oosterijk	8.054.800	4.147.630	51,49
Italië	57.333.000	29.515.580	51,48
Duitsland	81.817.500	41.992.680	51,32
Frankrijk	58.255.880	29.891.710	51,31
Finland	5.116.830	2.625.130	51,30
België	10.143.050	5.184.260	51,11
Spanje	39.241.930	20.037.940	51,06
Verenigd Koninkrijk	58.693.970	29.908.290	50,96
Luxemburg	412.800	210.200	50,92
Griekenland	10.465.060	5.300.110	50,65
Denemarken	5.251.030	2.658.800	50,63
Zweden	8.837.500	4.471.430	50,60
Nederland	15.493.890	7.831.600	50,55
Ierland	3.615.600	1.820.600	50,35

Bron : Eurostat 1997.
N.B.: de Lid-Staten zijn geranschikt naar afnemend percentage vrouwen in de bevolking.

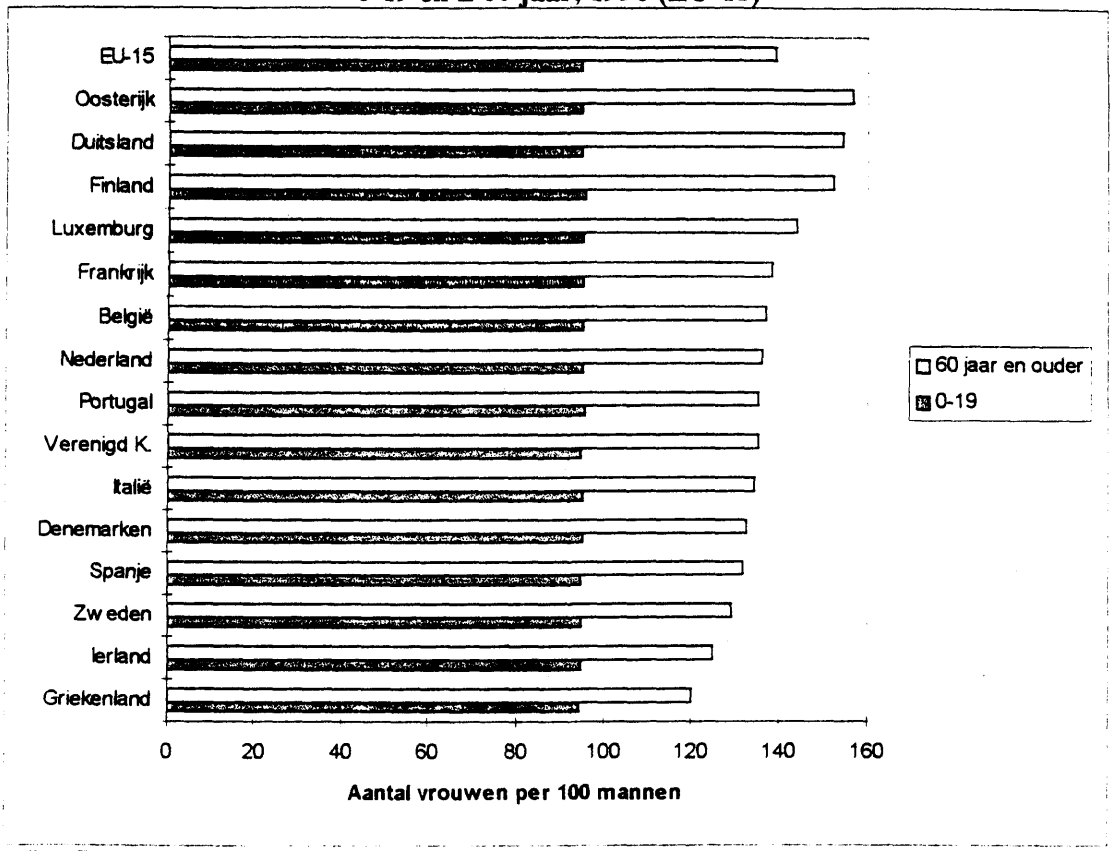
Figuur 2.1
Verhouding vrouwen/mannen, 1996 (EU-15)



Bron : Eurostat 1997.

Figuur 2.2

Verhouding vrouwen/mannen in de leeftijdsgroepen 0-19 en ≥ 60 jaar, 1996 (EU-15)



Bron: Eurostat 1997.

Tabel 2.2

Vrouwen en mannen in de EU (15)

	Vrouwen in %		Mannen in %	
Naar leeftijdsgroep	**1991**	**1996**	**1991**	**1996**
0-19 jaar	23,9	22,6	26,4	24,9
20-39 jaar	29,2	29,2	31,6	31,6
40-59 jaar	23,9	24,6	25,0	25,7
≥ 60 ans	23,0	23,6	16,9	17,8
Totaal	**100**	**100**	**100**	**100**

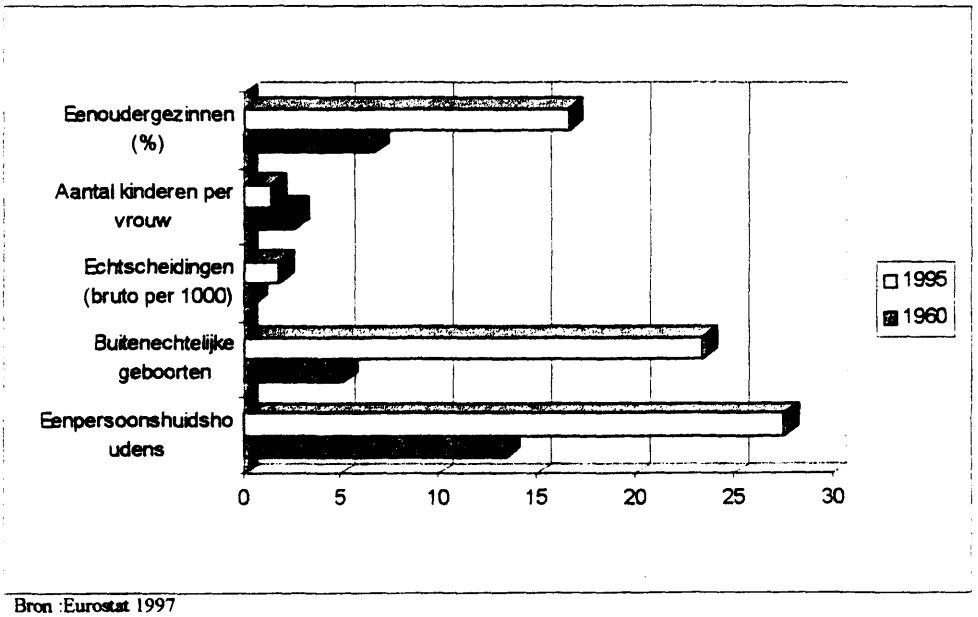
Bron : Eurostat 1997.

Tabel 2.3
Huwelijken en scheidingen in de EU (15), 1960-1995

Lid-Staat	*Huwelijken*				*Leeftijd van eerste huwelijksluiting*		*Scheidingen*			
	Aantal in 1995	*Verandering sinds 1960 (%)*	*Cijfer in 1995 (o/oo)*	*Verandering sinds 1960 (%)*	*Cijfer in 1994*	*Verschil tussen 1990 en 1995 (jaar)*	*Nombre en 1995*	*Verandering sinds 1960 (%)*	*Taux en 1995 (o/oo)*	*Verschil in % tussen 1960*
EU-15	**1.901.000[p]**	**-24,1**	**5,1[p]**	**-54,4**	**26,1[1*]**	**2,0**	**677.500[p]**	**297,7**	**1,8[p]**	**237,7**
Oostenrijk	42.900	-26,6	5,3	-55,6	25,8	1,8	18.200	127,2	2,3	99,0
België	51.500	-21,0	5,1	-40,7	25,2	2,4	35.000[2]	662,3	3,5[2]	586,0
Denemarken	34.700	-3,2	6,6	-18,0	28,9	6,1	13.000	94,2	2,5	70,0
Finland	23.700	-27,7	4,6	-59,5	26,7	2,9	14.000	283,7	2,7	232,8
Frankrijk	254.000[p]	-20.6	4,4[p]	-60,3	26,7	3,7	117.000[p]	287.6	2,0[p]	204,1
Duitsland	430.500	-37,5	5,3	-79,8	26,3	2,9	169.400	130,8	2,1	105,9
Griekenland	64.000	10,0	6,1	-14,2	25,6	0,4	11.000	346,4	1,1	255,0
Ierland	15.600	1.0	4,4	-25,2	27,0[2]	-0,6	-	-	-	-
Italië	283.000[p]	-27,0	4,9[p]	-57,4	26,1[1]	1,3	27.000[*]	-	0,5[*]	-
Luxemburg	2.100	-7,2	5,1	-40,7	26,3	-	700	375,2	1,8	264,1
Nederland	81.500	-8,6	5,3	-47,2	27,0	2,8	34.200	502,4	2,2	345,4
Portugal	65.800	-5,3	6,6	-18,2	24,6	-0,2	12.300	1545,1	1,2	1369,5
Spanje	196.900[p]	-16,9	5,0[p]	-53,9	26.2[1]	0,1	33.100[p]	-	0,8[p]	-
Zweden	33.600	-32,9	3,8	-75,9	28,5	4,6	22.500	151,5	2,6	113,1
Verenigd Koninkrijk	321.000[p]	-18,4	5,5[p]	-37,1	25,8[1]	-	170.100[p]	559,0	2,9[p]	489,0

p provisional data
1 1993
2 1992
** estimate*
Bron: Eurostat 1997

Figuur 2.3
Gezinnen vroeger en nu, EU-15



Bron :Eurostat 1997

Tabel 2.4

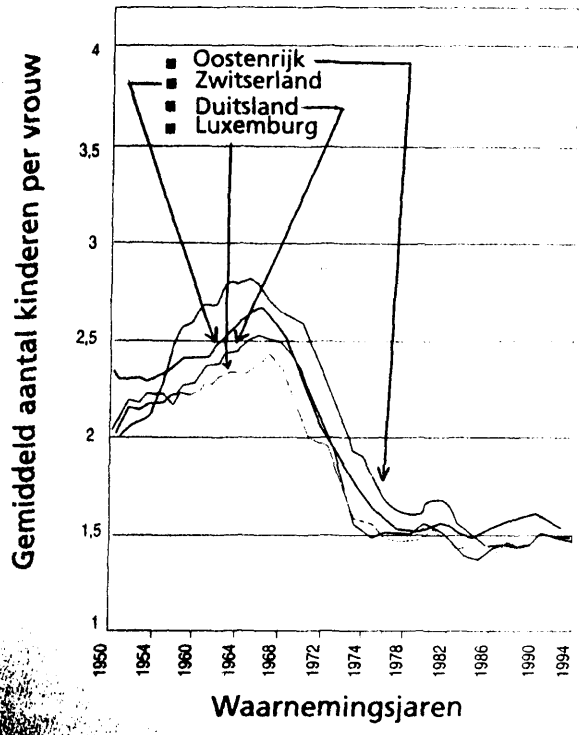
Geboorten en vruchtbaarheid in de EU (15), 1960-1995

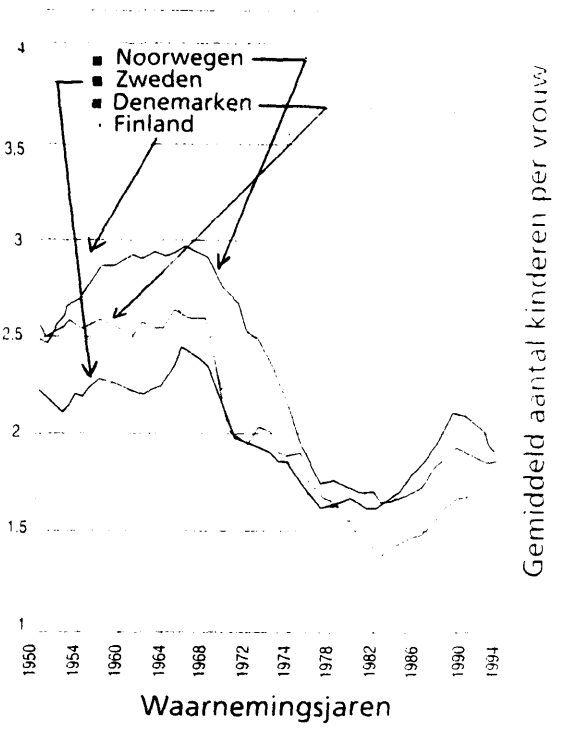
Lid-Staat	*Geboorten*		*Percentage buitenechtelijke geboorten*		*Vruchtbaarheid*	
	Aantal in 1995	*Verandering sinds 1960 (%)*	*in 1995*	*Verandering sinds 1960 (%)*	*Cijfer in 1995*	*Verandering sinds 1960 (%)*
EU-15	**3.999.000**	**-30,9**	**23,4***	**354,5**	**1,43***	**-44,9**
Oostenrijk	88.700	-29,6	27,4	110,2	1,40	-48,0
België	114.700[p]	-25,9	15,0*	624,6	1,55[p]	-39,5
Denemarken	69.800	-8,3	46,5	494,2	1,80	-29,1
Finland	63.100	-23,2	33,1	719,8	1,81	-33,5
Frankrijk	727.800[p]	-10,8	36,1[1]	491,8	1,70[p]	-37,7
Duitsland	765.200	-39,3	16,1	112,4	1,25	-47,3
Griekenland	101.500	-35,5	3,0	145,2	1,32	-42,1
Ierland	48.500	-20,1	23,0	1347,2	1,87[p]	-50,3
Italië	521.300[p]	-42,7	8,1[p]	233,1	1,17*	-51,5
Luxemburg	5.400	8,0	13,1	314,2	1,69	-25,9
Nederland	190.500	-20,3	15,5	1049,6	1,53	-51,0
Portugal	107.200	-49,9	18,7	97,6	1,40	-54,8
Spanje	359.900[p]	-45,5	10,8[1]	365,8	1,18*	-58,7
Zweden	103.400	1,2	53,0	369,5	1,73	-21,4
Verenigd Koninkrijk	732.000	-20,3	33,6	543,1	1,71[p]	-37,3

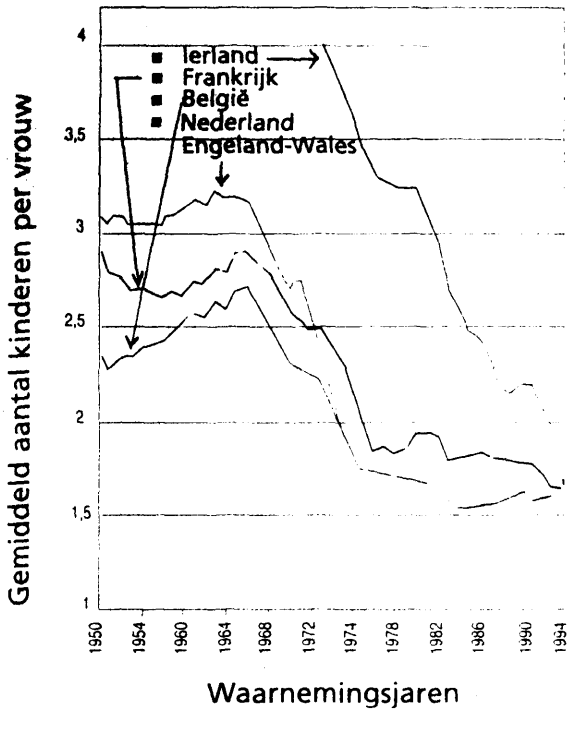
p provisional data
** estimate*
1 1994
Bron: Eurostat 1997.

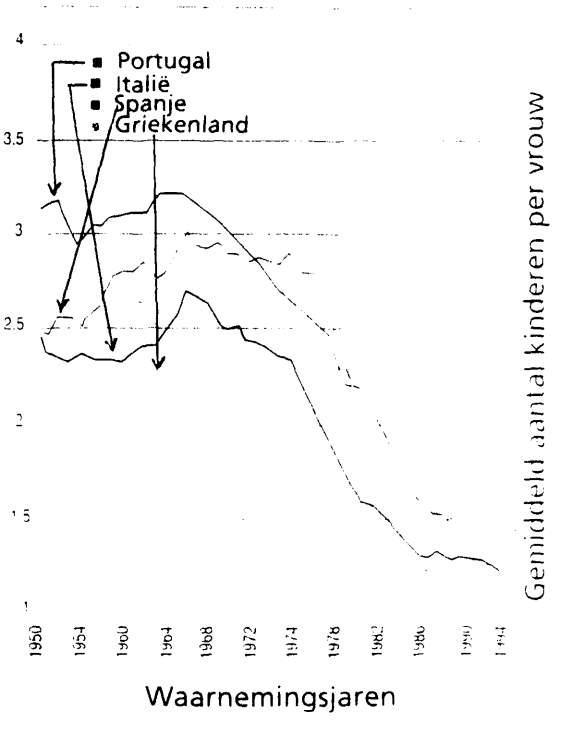
Figuur 2.4

De ontwikkeling van de conjuncturele vruchtbaarheidsindex in de afgelopen veertig jaar









Tabel 2.5

Gebruik van anticonceptiemiddelen en vruchtbaarheid (EU-15)

Lid-Staat	*Percentage vrouwen dat anticonceptie-middelen gebruikt, 1986-93*	*Gemiddelde leeftijd van de vrouw bij de geboorte van het eerste kind*		*Percentage levendgeborenen waarbij de moeder jonger is dan 20 jaar, laatste beschikbare jaar*
		1990	*1994*	
EU-15	-	**28,2**	**28,7**	**3,84**
Oostenrijk	71	26,7	27,5	4,39
België	79	27,9	28,2*	2,40
Denemarken	78	28,5	29,1	1,99
Finland	80	28,9	29,1	2,48
Frankrijk	81	28,3	28,8[p]	2,35*
Duitsland	75	27,6	28,2	3,48*
Griekenland	n/a	27,2	28,0	4,74
Ierland	n/a	30,1	30,3[p]	5,11
Italië	78	29,0	29,6*	2,51[1]
Luxemburg	n/a	27,9	28,8	2,12
Nederland	76	29,3	29,9	1,38
Portugal	66	27,3	27,9	7,48
Spanje	59	28,9	29,5*	3,55[1]
Zweden	78	28,6	29,2	2,07
Verenigd Koninkrijk	81	27,7	28,1	6,38[1]

p provisional data
** estimate*
1 1994
Bron: « Human Development Report 1995, HFA 1996, and Eurostat 1997 »

Tabel 2.6

Arbeidsparticipatie
Vrouwen van 15-64 jaar, EU-15, (1993)

	x1000 1993	Verandering sinds 1983 %	Arbeidsparticipatie van vrouwen*		
			1983 %	1993 %	% verandering
OOSTENRIJK[1]	3.724	13,1	49,7	58,0	16,70
BELGIË[1,4]	4.237	2,8	48,7	54,1	11,09
DENEMARKEN	2.893	5,9	74,2	78,3	5,53
FINLAND	2.508	1,9	72,7	70,0	-3,71
FRANKRIJK	25.213	6,3	54,3	59,0	8,66
DUITSLAND[1,3]	38.682	8,1	52,5	61,3	16,76
GRECE	4.118	7,2	40,4	43,6	7,92
IERLAND[2]	1.334	4,9	37,8	39,9	5,56
ITALIË[1]	22.787	1,2	40,3	46,5	15,38
LUXEMBURG[2]	165	3,1	41,7	44,7	7,19
NEDERLAND[1]	7.084	-	40,3	55,5	37,72
PORTUGAL	4.537	0,4	56,7	59,4	4,76
SPANJE	15.564	12,4	33,2	42,8	28,92
SUEDE	4.320	1,3	76,6	75,8	-1,04
VERENIGD KONINKRIJK	28.179	5,9	57,2	64,8	13,29

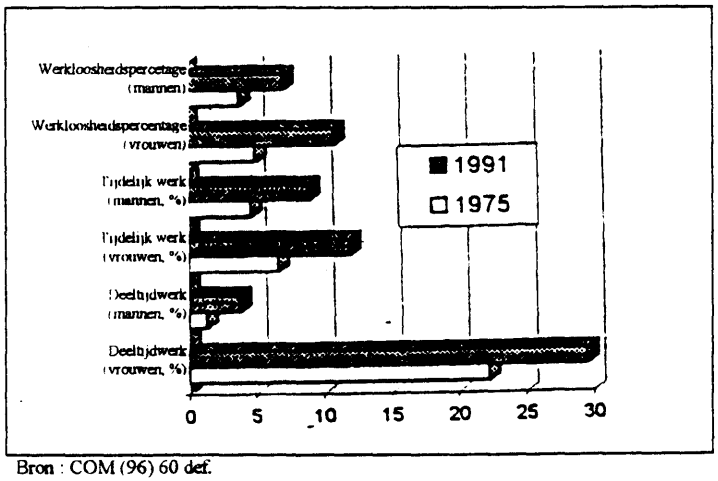
1 1992
2 1991
3 BRD tot 1990
4 1992 1982
5 1991 1981
* gedefinieerd als de vrouwelijke beroepsbevolking van alle leeftijden van alle leefdtijden gedeeld door de vrouwelijke bevolking van 15-64 jaar.

Tabel 2.7
Deeltijdarbeid als percentage van de totale arbeid
EU-15 (1993)

	Beide geslachten		Vrouwen		Mannen		Deeltijdarbeid door vrouwen als percentage van de totale dellarbeidtijd	
Lid-Staat	**1983**	**1993**	**1983**	**1993**	**1983**	**1993**	**1983**	**1993**
Oostenrijk[1]	8,4	9,1	20,0	20,5	1,5	1,6	88,4	89,1
België[1]	8,1	12,4	19,7	28,1	2,0	2,1	84,0	-
Denemarken[1]	23,8	22,5	44,7	36,7	6,6	10,1	84,7	75,8
Finland	8,3	8,6	12,5	11,2	4,5	6,2	71,7	63,1
Frankrijk[3]	9,6	13,7	20,1	26,3	2,5	4,1	84,3	83,3
Duitsland[1 3]	12,6	14,1	30,0	30,7	1,7	2,2	91,9	91,0
Griekenland[1]	6,5	4,8	12,1	8,4	3,7	2,8	61,2	61,3
Ierland[2]	6,6	8,4	15,5	17,8	2,7	3,6	71,6	71,6
Italië[1]	4,6	5,9	9,4	11,5	2,4	2,9	64,8	68,5
Luxemburg[1]	6,3	6,9	17,0	16,5	1,0	1,3	88,9	88,5
Nederland[1]	21,4	32,8	50,1	62,9	7,2	13,4	77,3	75,0
Portugal[4]	6,0	7,3	10,0	11,2	3,4	4,3	65,9	67,3
Spanje[5]	5,8	6,3	13,9	14,3	2,4	2,3	71,5	75,9
Zweden	24,8	24,9	45,9	41,4	6,3	9,1	86,6	81,3
Verenigd	19,4	24,0	42,4	45,2	3,3	6,5	89,8	85,1

1 1992
2 1991
3 BRD tot 1990
4 1986
5 1987
Bron - OESO 1994/ 1995

Figuur 2.5
Veranderingen in de arbeidswereld (EU)



Bron : COM (96) 60 def.

Tabel 2.8
Werkloosheidscijfers
EU-15, (1993)

	Beide geslachten als percentage van de totale beroepsbevolking		Vrouwen al percentage van de totale vrouwelijke beroepsbevolking		Mannen als percentage van de totale mannelijke beroepsbevolking		Jeugdwerkloosheid (jonger dan 25 jaar) als percentage van de totale jongerenberoepsbevolking			
							Vrouwen		Mannen	
Lid-Staat	**1983**	**1993**	**1983**	**1993**	**1983**	**1993**	**1983**	**1993**	**1983**	**1993**
OOSTENRIJK	4,1	4,2	5,1	4,5	3,5	4,0	-	-	-	-
BELGIË[2]	13,2	10,3	18,3	14,2	10,0	-	28,5	19,7	19,1	17,4
DENEMARKEN	11,4	10,7	12,3	11,1	10,7	10,3	19,3	14,6	17,8	14,3
FINLAND	5,4	17,7	5,2	15,6	5,6	19,5	10,8	11,3	10,3	15,4
FRANKRIJK	8,3	11,6	11,2	13,7	6,3	9,8	25,5	28,4	15,0	21,5
DUITSLAND[4]	7,9	8,8	8,8	10,4	7,3	7,7	11,1	7,6	10,2	7,4
GRECE	7,9	9,7	11,8	15,3	5,8	6,4	30,0	38,6	17,1	20,1
IERLAND	14,0	15,7	11,1	[3]12,1	15,3	[3]17,3	16,6	20,9	22,9	24,9
ITALIË	9,3	10,8	15,3	15,1	6,2	8,3	36,5	35,6	25,5	26,7
LUXEMBURG[2]	16,0	1,2	1,7	2,0	1,0	1,1	7,4	3,8	6,2	4,2
NEDERLAND[2]	11,8	6,7	14,0	8,8	10,6	5,3	18,8	6,8	22,6	6,8
PORTUGAL	7,8	5,5	12,2	6,5	4,7	4,6	24,6	14,9	13,2	9,8
SPANJE	17,0	22,4	20,3	28,9	15,6	18,6	43,7	47,4	33,7	39,9
SUEDE	3,5	8,2	3,5	6,6	3,4	9,8	8,3	14,9	7,8	21,6
VERENIGD KONINKRIJK[2]	11,2	10,2	8,0	5,4	13,3	13,9	17,3	13,4	22,2	20,8

Bron - OESO 1994/1995
[1]Nationale definitie
[2]1992
[3]1991
[4]BRD tot 1990

Figuur 2.6

Huidige demografische structuur
en structuur van de actieve bevolking

Tabel 2.9
Seksegerelateerde ontwikkelingsindices

Lid-Staat	Gender Development Index (GDI)[a]	Reëel BBP per hoofd (KKPS) 1992	Aandeel van het beroepsinkomen (%)[b]		Bruto-participatiegraad in primair, secundair en tertiair onderwijs tezamen (%) 1992		Gender Empowerment Measure (GEM)[c]	Human Development Index (HDI)[d]
			Vrouwen	Mannen	Femmes	Hommes		
Zweden	0.919 (1)	18.320	41.6	58.4	79.3	76.7	0.757 (1)	10
Finland	0.918 (2)	16.270	40.6	59.4	100.0	90.6	0.722 (3)	5
Denemarken	0.904 (4)	19.080	39.8	60.2	85.6	82.3	0.683 (4)	16
Frankrijk	0.898 (7)	19.510	35.7	64.3	87.5	83.5	0.433 (31)	8
Oostenrijk	0.882 (10)	18.710	33.6	66.4	82.0	85.9	0.610 (9)	14
Verenigd Koninkrijk	0.862 (13)	17.160	30.8	69.2	77.4	76.1	0.483 (19)	18
Italië	0.861 (14)	18.090	27.6	72.4	70.3	69.0	0.585 (10)	20
België	0.852 (18)	18.630	27.3	72.7	84.3	84.1	0.479 (21)	12
Nederland	0.851 (20)	17.780	25.2	74.8	86.5	89.4	0.625 (7)	4
Portugal	0.832 (25)	9.850	29.9	70.1	84.3	70.2	0.435 (30)	36
Griekenland	0.852 (27)	8.310	22.2	77.8	77.6	77.4	-	22
Ierland	0.813 (30)	12.830	22.2	77.8	84.6	80.6	0.469 (24)	19
Spanje	0.795 (34)	13.400	18.6	81.4	88.7	83.0	0.452 (26)	9
Luxemburg	0.790 (35)	21.520	23.1	76.9	57.4	55.6	0.542 (13)	27

Bron :Human Development Report. 1995

* Duitsland: pas de données

[a] Het cijfer tussen kaakjes geeft de plaats op de mondiale GDI-ranglijst aan. De GDI is een voor de sekse gecorrigeerde maat voor het ontwikkelingsepeil.

[b] Laatste beschikbare jaar.

[c] De GEM is een maat voor de verschillen tussen de seksen op het gebied van de economische en politieke besluitvorming.

[d] De HDI is een maat voor het nationale ontwikkelingspeil op basis van sociale en economische indicatoren.

3. GESELECTEERDE GEZONDHEIDSINDICATOREN

In het vorige hoofdstuk is een overzicht gegeven van de sociale en demografische trends die van belang zijn voor de situatie van de vrouwen in de Gemeenschap. Dit hoofdstuk bespreekt een selectie van gezondheidsindicatoren, waaronder de levensverwachting, zuigelingensterfte, moedersterfte, subjectief ervaren gezondheid en lichaamslengte. Dit zijn helaas de enige indicatoren die op EG-schaal beschikbaar zijn. Er komen echter wel grote verschillen tussen de Lid-Staten uit naar voren, die naar alle waarschijnlijkheid voortvloeien uit verschillen in de gezondheidstoestand.

3.1 Levensverwachting

De levensverwachting (bij de geboorte) is de afgelopen decennia in vrijwel alle Lid-Staten sterk gestegen. Tussen 1970 en 1995 nam de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte voor vrouwen in de EG met vijfenhalf jaar toe (de overeenkomstige stijging voor mannen was bijna vijf jaar). Een in 1995 geboren meisje zal naar verwachting ruim 80 worden, een jongen ruim 73,5.

De stijging van de levensverwachting (bij de geboorte) varieert nogal over de Gemeenschap, zoals blijkt uit **figuur 3.1.** Over het algemeen is de levensverwachting het sterkst gestegen in de landen waar die in 1970 het laagst was. Dit geldt vooral voor Portugal. Bovendien was de stijging in sommige landen (b.v. Spanje) zo sterk dat zij nu op kop liggen. In andere landen was de stijging veel geringer, vooral in Denemarken, dat in 1970 de lijst aanvoerde en nu een van de laagste plaatsen in de EG inneemt doordat de levensverwachting sinds medio jaren zeventig vrijwel gelijk is gebleven. Een van de redenen voor deze korte (en stagnerende) levensverwachting is de hoge voortijdige sterfte onder vrouwen (jonger dan 65 jaar)[a] [1]. Uit **figuur 3.2** blijkt dat de verkorting van de levensverwachting door voortijdig overlijden in Denemarken het grootst geweest is en in Spanje en Griekenland het kleinst.

In alle Lid-Staten leven vrouwen langer dan mannen (**fig. 3.3**). Gemiddeld leven vrouwen 6,4 jaar langer dan mannen (zie **tab. 3.1**), maar dit varieert tussen 8,1 jaar in Frankrijk en 5,1 jaar in Denemarken. Afgezien van enkele uitzonderingen is dit verschil tussen de geslachten in de tijd vrij constant. In Denemarken, Nederland en het Verenigd Koninkrijk is het verschil sinds de jaren tachtig kleiner geworden, in Spanje juist groter[2].

De levensverwachting kan voor allerlei leeftijden bepaald worden. In de **tabellen 3.2-3.4** is de levensverwachting bij een leeftijd van 15, 45 en 65 jaar weergegeven. De verschillen tussen de Lid-Staten (en tussen mannen en vrouwen) blijven in alle leeftijdsgroepen aanwezig al komen de gemiddelde levensverwachtingen van mannen en vrouwen op hogere leeftijd wel dichter bij elkaar te liggen.

3.2 Zuigelingensterfte

Een volgende algemeen gangbare gezondheidsindicator is de zuigelingensterfte (sterfte vóór de eerste verjaardag). In **figuur 3.4** kan men zien dat de zuigelingensterfte de afgelopen decennia sterk gedaald is. In 1970 was de gemiddelde zuigelingensterfte onder meisjes in de EG 21,9 per 1000 levendgeborenen en in 1992 slechts 6,9, een daling van

---

a Factoren die deze hoge voortijdige sterfte in Denemarken kunnen verklaren zijn overmatig tabaks- en alcoholgebruik en een hoge werkloosheid[1].

68%. Ook zijn de cijfers dichter bij elkaar gekomen. In 1971 was de zuigelingensterfte het grootst in Portugal, bijna 50 per 1000 levendgeborenen, terwijl dit in Zweden (in 1970) het laagst was (11 per 1000 levendgeborenen), dus een verschil van bijna 40 per 1000. In 1992 was het cijfer nog steeds het hoogst in Portugal, maar toen was dit 9,29, en het laagst in Zweden en Finland met iets meer dan 5 per 1000 levendgeborenen. Het verschil was toen slechts 4,13 per 1000, stukken minder dan 22 jaar daarvoor.

Deze sterke daling van de zuigelingensterfte houdt verband met de betere gezondheidstoestand van de moeders, het hogere peil van de prenatale en zuigelingenzorg[3] en de algemene sociale en economische vooruitgang gedurende de afgelopen dertig jaar.

3.3 Moedersterfte

Hoewel moedersterfte in de ontwikkelingslanden veel voorkomt, is dit in de ontwikkelde landen van weinig betekenis dankzij de betere gezondheidszorg. Toch is de moedersterfte in de EG de afgelopen decennia nog vrij sterk gedaald, en wel (**fig. 3.5**) van 35 per 100 000 levendgeborenen in 1970 tot iets meer dan 7 per 100 000 in 1992, een daling van 79%. In absolute cijfers is de moedersterfte in de EG gedaald van 1493 in 1970 tot 178 in 1992.

Evenals bij de zuigelingensterfte namen ook de spreiding en variatie sterk af. In 1971 was het hoogste moedersterftecijfer, voor Luxemburg, 67,5 per 100 000 en het laagste, voor Denemarken, 8,47 per 100 000. In 1992 kwam Frankrijk op de eerste plaats met 12,91 per 100 000 terwijl er in Zweden en Luxemburg geen moedersterfte was.

Uit **figuur 3.5** blijkt dat de sterkste daling optrad in Zweden en Luxemburg (100%) en de geringste in Denemarken (12,9%), maar in dit laatste land was het cijfer in 1970 al uiterst laag.

3.4 Ervaren gezondheid

Hoewel de levensverwachting een maat is voor de gezondheidstoestand van een bevolking valt hieruit niet direct af te leiden hoe de inwoners hun gezondheid zelf beoordelen. In **figuur 3.6** is aangegeven hoe een aselecte steekproef vrouwen in de EG begin 1996 over de eigen gezondheid dacht[a]. (Zie de **tabellen 3.5-3.7** voor de verdeling van de antwoorden van alle vrouwen en van de oudere vrouwen.) Over het algemeen zijn de vrouwen in de EG van mening dat zij gezond zijn. Circa 62% zei het afgelopen jaar in goede of zeer goede gezondheid verkeerd te hebben. Dit percentage ligt bij oudere vrouwen uiteraard lager. Gemiddeld antwoordde slechts 40% van de vrouwen van 65-74 jaar met goed of zeer goed (**tab. 3.6**). Zoals te verwachten beoordelen vrouwen van 75 jaar en ouder hun gezondheid in de regel nog slechter (zie **fig. 3.7**), maar in Spanje, Luxemburg, Oostenrijk en Portugal denkt deze leeftijdsgroep gunstiger over de eigen gezondheid dan de vrouwen van 65-74 jaar[a].

Evenals bij de levensverwachting gaan achter het EG-gemiddelde grote verschillen tussen de Lid-Staten schuil. Zoals in **tabel 3.5** te zien is, varieert het percentage dat een met zeer goed antwoordt van 45,9% in Ierland tot 6,9% in Portugal (zie ook **fig. 3.6**). De som van

---

a De respondenten werd gevraagd hun eigen gezondheid in de afgelopen 12 maanden aan te geven met behulp van een vijfpuntsschaal: zeer goed, goed, gaat wel, slecht, zeer slecht.

a De relatief geringe steekproefomvang kan een verklaring zijn voor dit nogal merkwaardige resultaat.

de percentages voor zeer goed en goed varieert net zo, van 75,8% in Ierland tot 34,7% in Portugal. Opmerkelijk is verder dat dit percentage onder de Portugese vrouwen een stuk lager ligt dan onder de vrouwen in het daaropvolgende land, Finland, waar het 54,9% is. Dit resultaat voor Portugal strookt met het relatief hoge percentage activiteitenbeperkingen als gevolg van langdurige aandoeningen (hoofdstuk 4.1).

3.5 Lengte

Het is algemeen bekend dat de gemiddelde lichaamslengte van de wereldbevolking deze eeuw is toegenomen, vooral gedurende de laatste dertig jaar. Daarom wordt de lichaamslengte in ontwikkelde landen steeds vaker als een maat voor de gezondheidstoestand van een populatie beschouwd. Om een indruk van dit aspect te krijgen was in de Eurobarometer van 1996 een vraag naar de lengte opgenomen.

Gemiddeld zijn de vrouwen in Europa 163,5 cm lang, maar dit varieert sterk al naar de Lid-Staat. Zoals aangegeven in **figuur 3.8** en **tabel 3.8** vindt men in de EG de langste vrouwen in Nederland en Denemarken, met een gemiddelde van 167,9 respectievelijk 166,3 cm; Spanje en Portugal sluiten de rij met 161,0 en 159,6 cm. Het verschil tussen beide uitersten is dus meer dan 8 cm.

Al verschilt de gemiddelde lengte dus aanzienlijk per Lid-Staat, overal zijn de vrouwen langer geworden. Uit **figuur 3.9** en **tabel 3.8** kan men zien dat de oudere leeftijdsgroepen (vrouwen van 60 jaar en ouder) aanzienlijk kleiner zijn dan de jongere (18-29 jaar), wat de toename van de lichaamslengte in de loop der jaren bevestigt. Dit wordt nog duidelijker als men de verdeling van de lengte over alle leeftijdsgroepen bekijkt, zoals aangegeven in **figuur 3.10**. De gemiddelde lengte van de vrouwen in de EG neemt gelijkmatig af van de jongste leeftijdsgroep (18-29 jaar) tot de oudste (60 jaar en ouder), waarbij de vrouwen in de jongste groep bijna 5 cm langer zijn dan die in de oudste.

Referenties

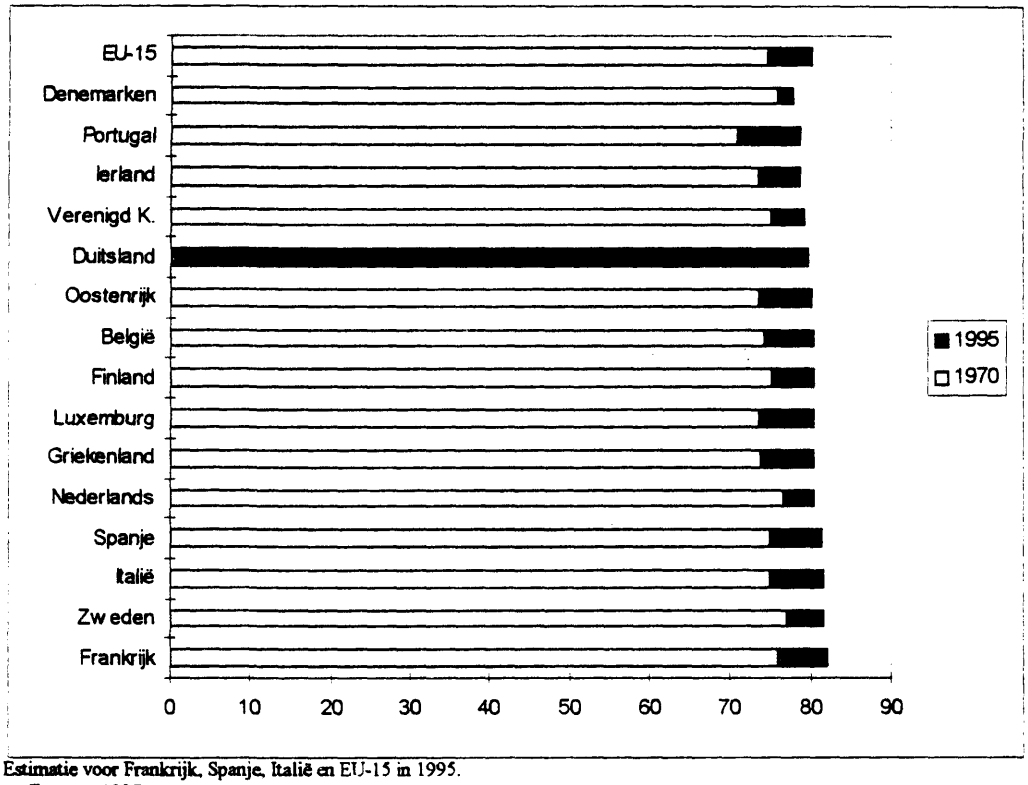
1 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994a), *Lifetime in Denmark*, Kopenhagen, Denemarken.

2 Eurostat (1995a), *Women and Men in the European Union, A Statistical Portrait*. Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

3 Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M., Mossialos, E. (1995). Choices in Health Policy. Londen: Dartmouth.

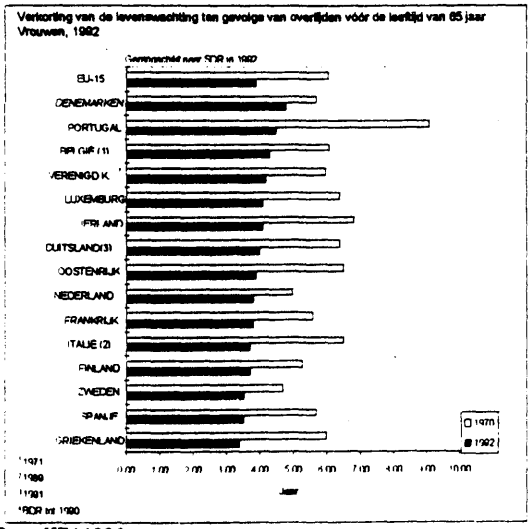
[figuren en tabellen]

Figuur 3.1
Levensverwachting bij de geboorte, 1970-1995
Vrouwen, EU (15)



*: Estimatie voor Frankrijk, Spanje, Italië en EU-15 in 1995.
Bron :Eurostat 1997

Figuur 3.2
Verkorting van de levensverwachting ten gevolge van voortijdig overlijden



Bron HFA1996.

erkorting van de levensverwachting ten gevolge van overlijden vóór de leeftijd van 65 jaar, Vrouwen

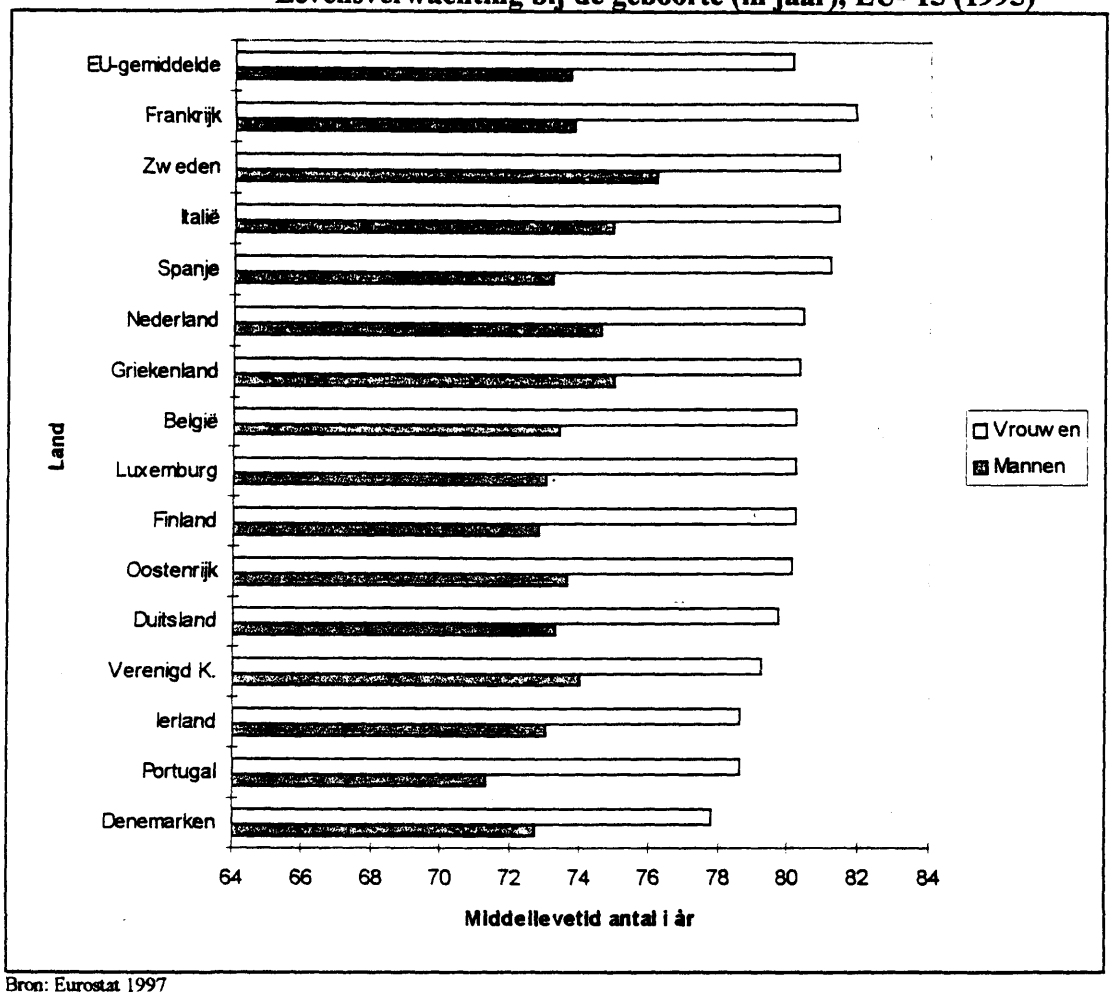
Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	*3,89*	*-36,02*
Denemarken	4,80	-15,79
Portugal [1]	4,50	-50,55
België [2]	4,30	-29,51
Verenigd Koningkrijk	4,20	-30,00
Luxemburg [1]	4,10	-35,94
Ierland	4,10	-39,71
Duitsland [4]	4,00	-37,50
Oostenrijk	3,90	-40,00
Nederland	3,80	-24,00
Frankrijk	3,80	-32,14
Italië [3]	3,70	-43,08
Finland	3,70	-30,19
Zweden	3,50	-25,53
Spanje	3,50	-38,60
Griekenland	3,40	-43,33

1 1971
2 1989
3 1991
4 BDR tot1990

Bron: HFA 1996

Figuur 3.3

Levensverwachting bij de geboorte (in jaar), EU- 15 (1995)



Bron: Eurostat 1997

Tabel 3.1

Levensverwachting bij de geboorte (in jaar)
UE 15 (1995)

Lid-Staat	Mannen	Vrouwen	Verschil [a]
EU-gemiddelde	73,70*	80,10*	6,40
Frankrijk	73,80*	81,90*	8,10
Spanje	73,20*	81,20*	8,00
Finland	72,80	80,20	7,40
Portugal	71,30	78,60	7,30
Luxemburg	73,00	80,20	7,30
België	73,40	80,20	6,80
Italië	74,90*	81,40*	6,50
Oostenrijk	73,60	80,10	6,50
Duitsland	73,30	79,70	6,50
Nederland	74,60	80,40	5,80
Ierland	73,00	78,60	5,60
Zweden	76,20	81,40	5,30
Verenigd K.	74,00	79,20	5,20
Griekenland	75,00	80,30	5,20
Denemarken	72,70	77,80	5,10

* Estimatie

a Geranschikt naar het verschilt

Bron -Eurostat 1997

Tabel 3.2

Levensverwachting op 15-jarig leeftijd
UE 15 (1995)

Lid-Staat	Mannen	Vrouwen	Verschil [a]
EU-gemiddelde	59,40	65,60	6,20
Frankrijk	59,50	67,50	8,00
Finland	58,30	65,60	7,30
Portugal	57,30	64,40	7,10
Luxemburg	58,60	65,70	7,10
Spanje	60,00	67,10	7,10
België	59,20	65,80	6,60
Duitsland	58,90	65,30	6,40
Oostenrijk	59,20	65,60	6,40
Italië	60,20	66,50	6,30
Nederland	60,30	65,90	5,60
Ierland	58,70	64,20	5,50
Zweden	61,70	66,80	5,10
Verenigd K.	59,70	64,80	5,10
Griekenland	60,90	66,00	5,10
Denemarken	58,40	63,30	4,90

a Gerangschikt naar het verschil
Bron:Eurostat 1997

Tabel 3.3

Levensverwachting op 45-jarige leeftijd (in jaar)
EU-15 (1995)

Lid-Staat	Mannen	Vrouwen	Verschil [a]
EU-gemiddelde	31,30	36,50	5,20
Frankrijk	31,90	38,50	6,60
Luxemburg	30,50	36,90	6,40
Finland	30,40	36,50	6,10
Spanje	32,30	38,00	5,70
België	31,10	36,80	5,70
Duitsland	30,70	36,20	5,50
Italië	32,00	37,30	5,30
Nederland	31,60	36,80	5,20
Ostenrijk	31,20	36,40	5,20
Portugal	30,30	35,50	5,20
Ierland	30,30	35,00	4,70
Zweden	33,00	37,50	4,50
Verenigd K.	31,20	35,60	4,40
Denemarken	30,20	34,30	4,10
Griekenland	32,70	36,80	4,10

a gerangschikt naar het verschil
Bron: Eurostat 1997

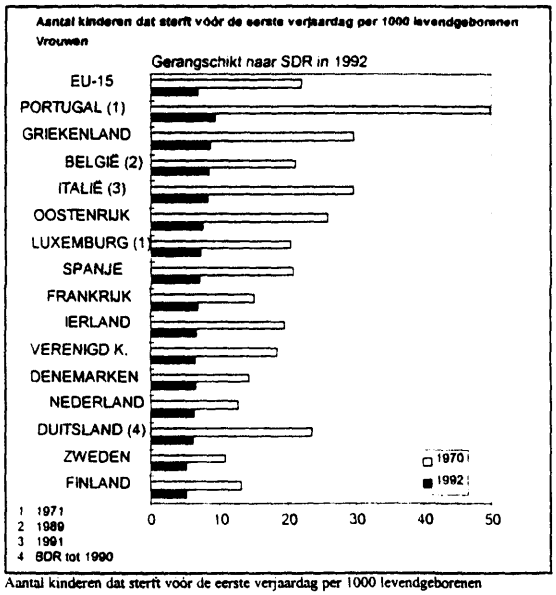
Tabel 3.4

Levensverwachting op 65-jarige leeftijd (in jaar)
EU-15 (1995)

Lid-Staat	Mannen	Vrouwen	Verschil [a]
EU-gemiddelde	15,00	18,80	3,80
Luxemburg	14,70	19,20	4,50
Nederland	14,70	19,10	4,40
Frankrijk	16,20	20,60	4,40
België	14,80	19,10	4,30
Finland	14,50	18,60	4,10
Duitsland	14,70	18,50	3,80
Italië	15,50	19,30	3,80
Spanje	16,00	19,80	3,80
Ierland	13,70	17,40	3,70
Zweden	16,00	19,70	3,70
Oostenrijk	15,20	18,70	3,50
Verenigd K.	14,60	18,10	3,50
Portugal	14,30	17,70	3,40
Denemarken	14,10	17,50	3,40
Griekenland	16,10	18,40	2,30

a gerangschikt naar het verschil
Bron: Eurostat 1997

Figuur 3.4
Zuigelingensterftecijfer*



Aantal kinderen dat sterft vóór de eerste verjaardag per 1000 levendgeborenen

Bron : HFA 1996

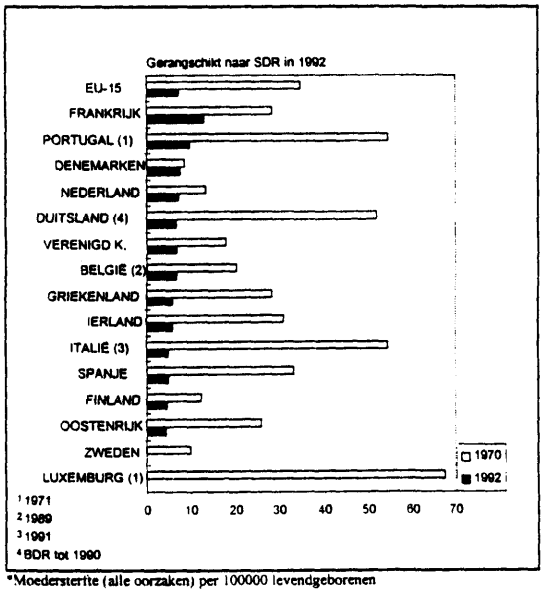
Vrouwen

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	6,93	-68,40
PORTUGAL [1]	9,29	-81,33
GRIEKENLAND	8,56	-71,08
BELGIË [2]	8,53	-59,55
ITALIË [3]	8,22	-72,18
OOSTENRIJK	7,53	-70,92
LUXEMBURG [1]	7,19	-64,89
SPANJE	7,05	-66,07
FRANKRIJK	6,82	-54,95
IERLAND	6,67	-65,78
VERENIGD K.	6,58	-64,41
DENEMARKEN	6,51	-54,12
NEDERLAND	6,29	-50,67
DUITSLAND [4]	6,17	-73,90
ZWEDEN	5,19	-52,82
FINLAND	5,16	-61,00

1 1971
2 1989
3 1991
4 BDR tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 3.5
Moedersterfte*



*Moedersterfte (alle oorzaken) per 100000 levendgeborenen

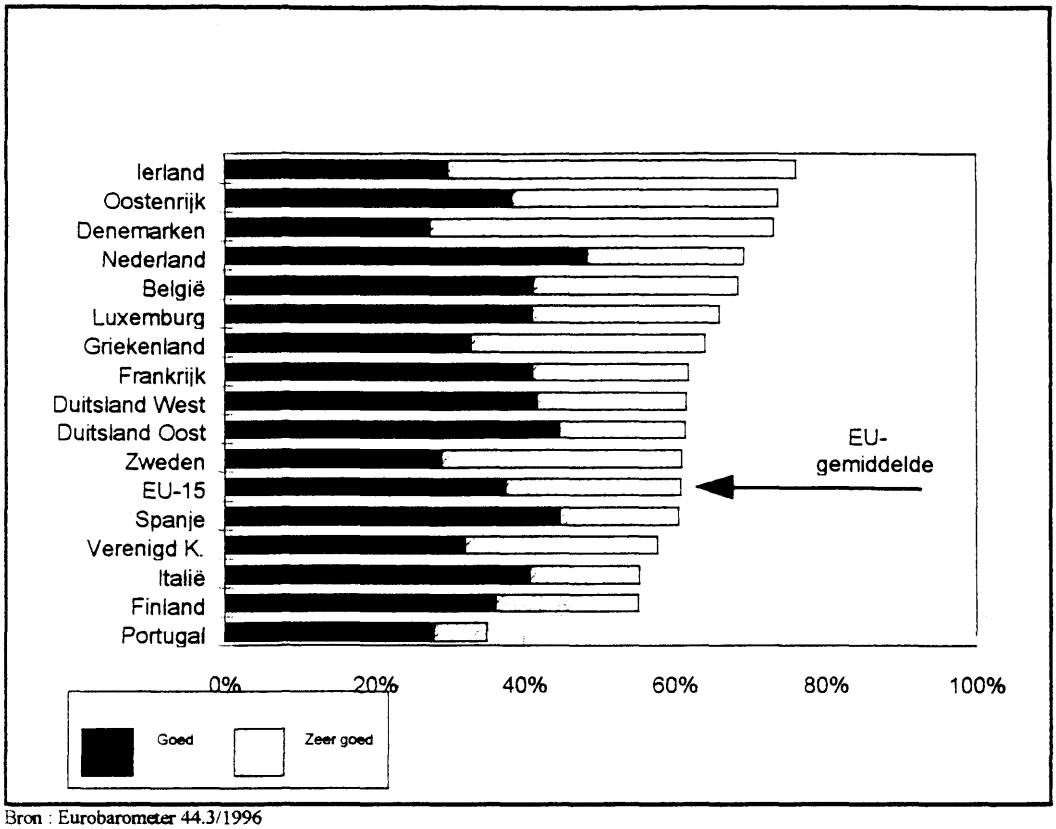
Bron - HFA 1996

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU- 15	7,14	-79,51
Frankrijk	12,9	-54,20
Portugal [1]	9,56	-82,46
Denemarken	7,38	-12,87
Nederland [4]	7,12	-46,83
Duitsland	6,67	-87,12
Verenigd K.	6,66	-63,06
België [2]	6,62	-67,55
Griekenland	5,89	-79,18
Ierland	5,82	-81,26
Italië [3]	4,85	-91,10
Spanje	4,79	-85,52
Finland	4,50	-63,68
Oostenrijk	4,20	-83,73
Zweden	0,00	-100,00
Luxemburg [1]	0,00	-100,00

1 1971
2 1989
3 1991
4 BDR tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 3.6
Subjectief ervaren gezondheid, 1996
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15



Bron : Eurobarometer 44.3/1996

Tabel 3.5
Gezondheidsbeleving 1996
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15

	Zeer goed	Goed	Gaat wel	Slecht	Zeer slecht
	%	%	%	%	%
IERLAND	45,9	29,9	18,3	4,5	1,4
OOSTENRIJK	35,3	38,3	20,0	5,3	0,7
DENEMARKEN	45,4	27,4	19,4	5,4	2,2
NEDERLAND	20,7	48,4	22,7	5,8	2,4
BELGIË	27,2	41,2	22,8	7,5	1,3
LUXEMBURG	24,8	41,0	27,4	5,8	1,0
GRIEKENLAND	30,8	32,9	19,8	14,3	2,2
FRANKRIJK	20,6	41,0	25,0	10,6	2,8
DUITSLAND WEST	19,8	41,7	28,5	9,1	9,0
DUISTLAND OOST	16,5	44,7	29,6	7,0	2,0
ZWEDEN	31,9	28,9	27,3	10,4	1,6
EU-15	**23,1**	**37,5**	**27,0**	**8,0**	**2,7**
SPANJE	15,6	44,8	27,8	10,2	1,5
VERENIGD K.	25,5	32,1	31,2	8,5	2,6
FINLAND	18,8	36,1	36,3	6,0	2,2
ITALIË	14,4	40,7	37,9	5,6	1,4
PORTUGAL	6,9	27,8	37,6	20,7	6,9

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

Tabel 3.6
Gezondheidsbeleving 1996
Vrouwen van 65-74 jaar, EU-15

	Zeer goed	Goed	Gaat wel	Slecht	Zeer slecht
	%	%	%	%	%
IERLAND	21,6	25,5	47,1	5,9	0,0
OOSTENRIJK	15,9	28,6	41,3	9,5	3,2
DENEMARKEN	31,7	33,3	20,0	5,0	10,0
NEDERLAND	25,0	40,0	30,0	0,0	5,0
BELGIË	16,0	46,0	30,0	4,0	4,0
LUXEMBURG	8,8	32,4	44,1	11,8	2,9
GRIEKENLAND	9,0	29,9	22,4	37,3	1,5
FRANKRIJK	6,4	27,7	36,2	19,1	10,6
DUITSLAND WEST	6,0	34,3	50,7	7,5	1,5
DUITSLAND OOST	4,7	34,4	51,6	4,7	4,7
ZWEDEN	21,0	30,6	33,9	14,5	0,0
EU-15	**9,7**	**29,2**	**43,3**	**14,1**	**3,7**
SPANJE	6,9	25,0	37,5	25,0	5,6
VERENIGD K.	17,6	24,4	41,2	15,3	1,2
FINLAND	7,4	23,5	56,8	6,2	4,9
ITALIË	4,2	28,4	54,7	12,6	0,0
PORTUGAL	0,0	4,3	52,9	34,3	8,6

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

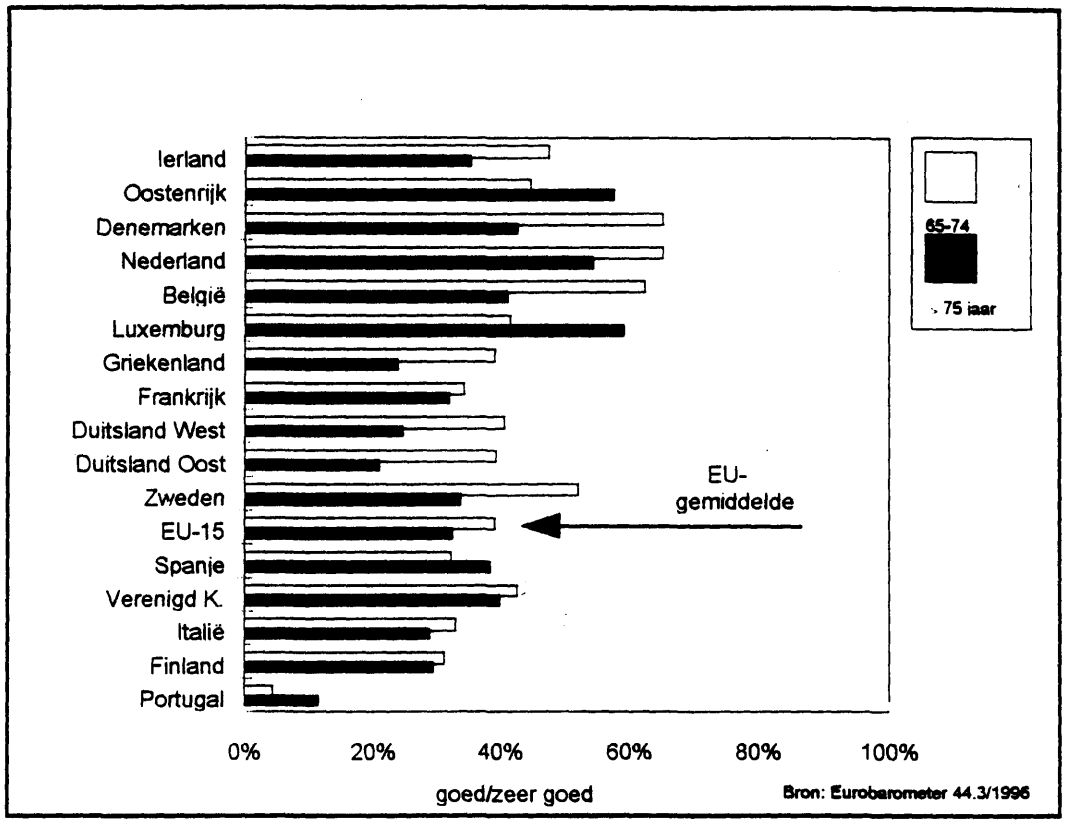
Tabel 3.7
Gezondheitsbeleving, 1996
Vrouwen van 75 jaar en ouder, EU-15

	Zeer goed	Goed	Gaat wel	Slecht	Zeer slecht
	%	%	%	%	%
IERLAND	5,0	30,0	45,0	15,0	5,0
OOSTENRIJK	17,9	39,3	32,1	10,7	0,0
DENEMARKEN	19,2	23,1	50,0	7,7	0,0
NEDERLAND	30,8	23,1	23,1	23,1	0,0
BELGIË	12,2	28,6	42,9	14,3	2,0
LUXEMBURG	5,9	52,9	17,6	11,8	11,8
GRIEKENLAND	0,0	23,5	11,8	58,8	5,9
FRANKRIJK	5,3	26,3	47,4	15,8	5,3
DUITSLAND WEST	9,1	15,2	48,5	27,3	0,0
DUITSLAND OOST	0,0	20,8	62,5	16,7	0,0
ZWEDEN	14,8	18,5	55,6	7,4	3,7
EU-15	**8,6**	**23,7**	**43,5**	**19,2**	**5,1**
SPANJE	9,5	28,6	38,1	19,0	4,8
VERENIGD K.	15,2	24,2	45,5	6,1	9,1
FINLAND	0,0	28,6	42,9	19,0	9,5
ITALIË	7,9	21,1	44,7	21,1	5,3
PORTUGAL	3,7	7,4	18,5	51,9	18,5

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

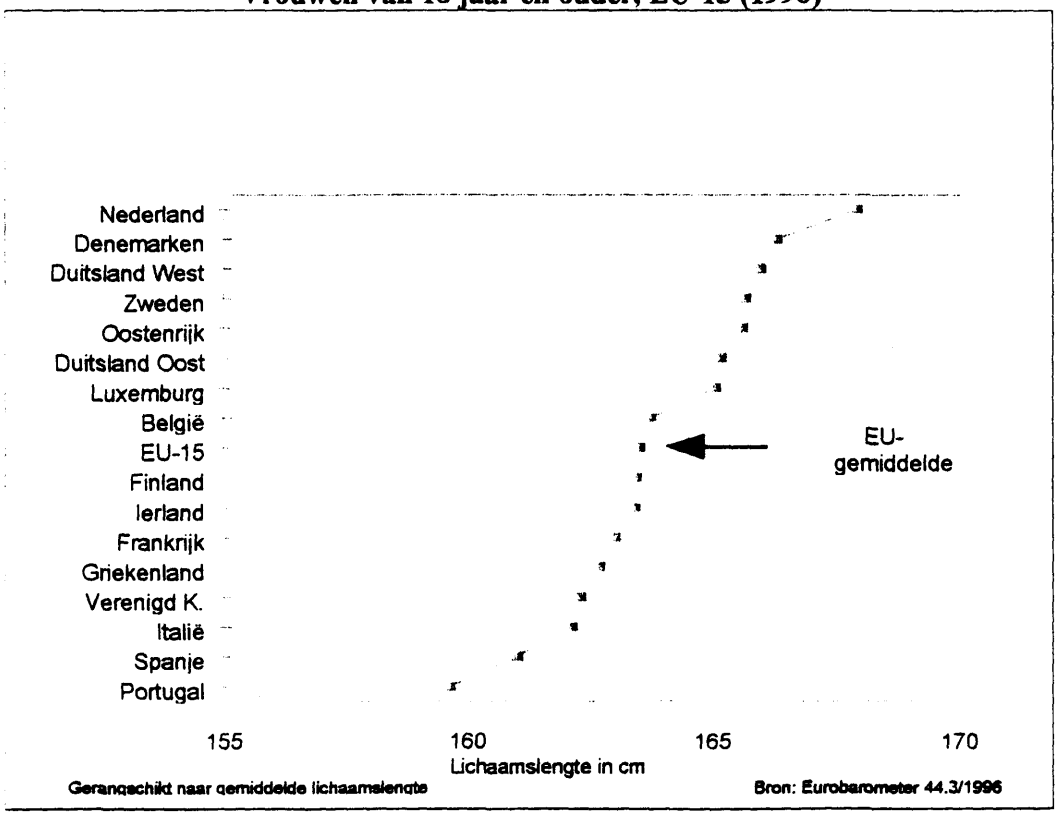
Figuur 3.7

Subjectief ervaren gezondheid
Oudere vrouwen, EU-15 (1996)



Figuur 3.8

Gemiddelde lichaamslengte (in cm)
Vrouwen van 18 jaar en ouder, EU-15 (1996)



Tabel 3.8

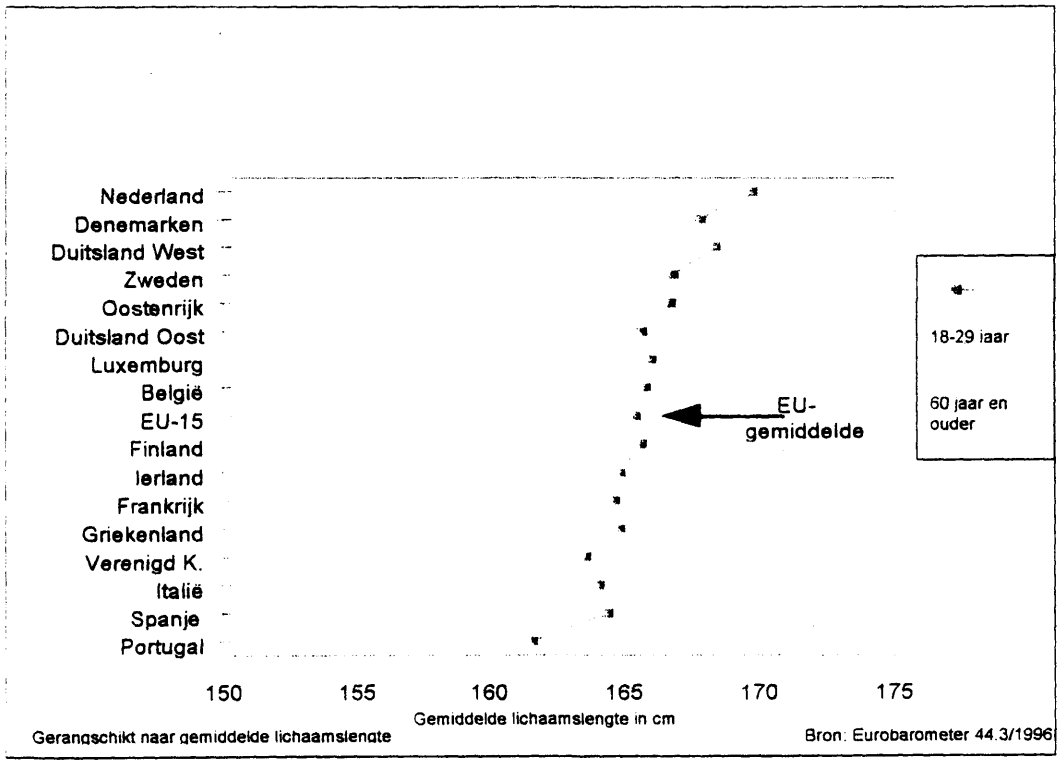
Gemiddelde lichaamslengte (en cm)
Vrouwen van 18 jaar en ouder naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)

	LEEFTIJDSGROEP				
	18-29 jaar	30-44 jaar	45-59 jaar	60 jaar en ouder	Totaal 18 jaar en ouder
NEDERLAND	169,7	168,6	167,0	164,8	167,9
DENEMARKEN	167,8	167,8	165,6	163,8	166,3
DUITSLAND WEST	168,3	167,5	165,6	162,7	166,0
ZWEDEN	166,8	166,4	165,6	164,0	165,7
OOSTENRIJK	166,7	166,2	165,8	163,2	165,6
DUITSLAND OOST	165,7	166,5	165,3	163,0	165,2
LUXEMBURG	166,0	165,0	165,7	163,2	165,1
BELGIË	165,8	165,3	162,8	160,9	163,7
EU-15	**165,4**	**164,3**	**162,9**	**161,4**	**163,5**
FINLAND	165,6	164,6	163,7	160,9	163,4
IERLAND	164,8	163,5	162,9	162,3	163,4
FRANKRIJK	164,6	163,9	162,1	160,9	163,0
GRIEKENLAND	164,8	163,3	162,4	159,9	162,7
VERENIGD K.	163,6	162,1	162,4	161,4	162,3
ITALIE	164,1	162,9	161,0	160,7	162,1
SPANJE	164,4	160,9	159,7	158,4	161,0
PORTUGAL	161,6	160,7	158,4	157,9	159,6

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

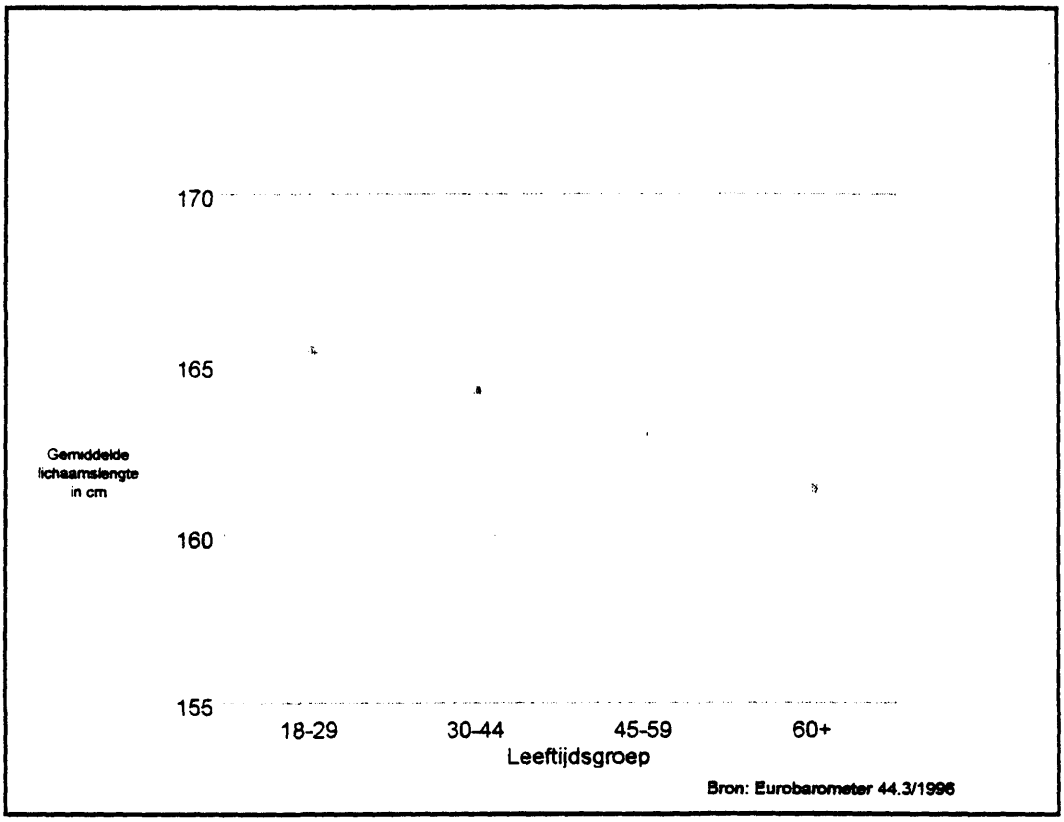
Figuur 3.9

Gemiddelde lichaamslengte (en cm)
Vrouwen van 18 jaar en ouder naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)



Figuur 3.10

Gemiddelde lichaamslengte (in cm)
Vrouwen naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)



4. ZIEKTE

In het vorige hoofdstuk zijn verschillende gezondheidsindicatoren besproken, zoals de levensverwachting, de zuigelingensterfte en de lichaamslengte. Nu zullen wij in het kort verschillende ziektematen behandelen. Aangezien er op EG-niveau geen indicatoren voor specifieke ziekten bestaan, wordt gebruik gemaakt van indirecte maten, zoals zelfgerapporteerde beperkingen in het lichamelijk functioneren, zowel van lange als van korte duur, en het beroep op de gezondheidszorg, zoals contacten met een arts (in de afgelopen 2 weken) en ziekenhuisopnamen (in het afgelopen jaar). De gegevens voor deze maten zijn afkomstig van de Eurobarometer 1996 en de European Community Household Survey (ECHP) van 1994. Dit laatste onderzoek vond plaats toen de EG nog 12 Lid-Staten had en de gegevens zijn dus tot die landen beperkt.

4.1 Activiteitenbeperkingen als gevolg van langdurige aandoeningen

Zoals te zien is in **figuur 4.1** en **tabel 4.2** geeft bijna een op de vier vrouwen in de EG aan enigszins (17,3%) of ernstig (6,3) in het dagelijkse functioneren beperkt te zijn als gevolg van een langdurige aandoening. Dit gemiddelde beweegt zich tussen 30% in Finland en Portugal en 15% in Luxemburg. Hoewel deze indicator tot op zekere hoogte beïnvloed kan zijn door de criteria voor het verkrijgen van een invaliditeitspensioen in de verschillende Lid-Staten, kan hieruit waarschijnlijk toch geconcludeerd worden dat er onder de vrouwelijke bevolking verschillen zijn in het voorkomen van beperkingen in het functioneren. Het hoge percentage Portugese vrouwen dat melding maakt van activiteitenbeperkingen als gevolg van langdurige ziekte sluit in ieder geval aan bij het hoge percentage dat aangeeft in slechte gezondheid te verkeren (zie hoofdstuk 3.4).

Het wekt geen verbazing dat de frequentie van beperkingen als gevolg van langdurige ziekten gelijkmatig toeneemt met de leeftijd. In **figuur 4.2** is te zien dat het percentage dat enigszins of ernstig beperkt is, toeneemt van 10,2% bij vrouwen van 15-29 jaar tot 54,3% bij de vrouwen van 75 jaar en ouder. Het percentage vrouwen jonger dan 30 met ernstige beperkingen is 1,5% terwijl dat bij vrouwen van 75 jaar en ouder juist boven de 20% ligt (**tab. 4.2**).

Beschouwt men uitsluitend de oudere vrouwen, van 65 jaar en ouder, dan valt op dat ongeveer de helft van hen aangeeft enigszins (36,4%) of ernstig (12,3) in hun dagelijkse activiteiten beperkt te zijn als gevolg van langdurige ziekte (zie **tab. 4.3**). Bovendien is de rangschikking van de Lid-Staten wat beperkingen bij oudere vrouwen (65-plus) betreft anders dan wanneer men alle vrouwen tezamen bekijkt. Dit is te zien in **figuur 4.3**, waarin de landen in dezelfde volgorde staan als in **figuur 4.1**, maar dit komt nu niet meer overeen met hun relatieve positie. Zo nemen de Griekse vrouwen de tiende plaats in, net boven het EG-gemiddelde, als men de hele bevolking beschouwt, maar wat het percentage oudere vrouwen met beperkingen als gevolg van langdurige ziekten betreft ligt Griekenland op de tweede plaats. Oudere Griekse vrouwen hebben dus relatief meer van dergelijke problemen dan jongere. Evenzo nemen de Ierse vrouwen de op twee na laagste plaats in als men ze allen tezamen bekijkt, maar de op twee na hoogste als men zich tot de oudere vrouwen beperkt.

4.2 Activiteitenbeperkingen van korte duur

Activiteitenbeperkingen van korte duur door ziekte en letsel komen duidelijk minder vaak voor dan activiteitenbeperkingen als gevolg van langdurige aandoeningen. Gemiddeld geeft 13,8% van de vrouwen in de EG[a] aan dat zij hun normale activiteiten in de laatste twee weken hebben moeten beperken in verband met ziekte of letsel, maar met een aanzienlijke spreiding: bij de Italiaanse vrouwen was dit cijfer slechts 5,6%, bij de Nederlandse bijna 20% (**fig. 4.4** en **tab. 4.4**).

Ook hier weer ligt het percentage bij de oudere vrouwen veel hoger, gemiddeld 25% met een minimum van 12,0% in Italië en een maximum van 31,5% in Duitsland. Het is opmerkelijk dat bij Italiaanse vrouwen (65 jaar en ouder) het aantal beperkingen van korte duur het laagst is, terwijl zij bij de langdurige aandoeningen een van de hoogste scores hebben. Blijkbaar worden hier twee verschillende dingen gemeten (**fig. 4.5** en **tab. 4.5**).

De laatste indicator die hier wordt vermeld betreft activiteitenbeperkingen van korte duur (in de afgelopen twee weken) als gevolg van emotionele of psychische gezondheidsproblemen. Slechts 3% van de vrouwen in de EG heeft de dagelijkse activiteiten moeten beperken in verband met een emotioneel of psychisch gezondheidsprobleem (**fig. 4.6** en **tab. 4.6**). Per Lid-Staat ligt dit tussen circa 1% in Italië en bijna 9% in Nederland.

Bekijkt men alleen de oudere vrouwen (65-plus) dan is het patroon hetzelfde, maar de mate van beperking ernstiger. Ook hier is het cijfer het laagst in Italië (2,8%) en het hoogst in Nederland (11,2%), met een EG-gemiddelde van 5,0% (zie **fig. 4.7** en **tab. 4.7**). De gerapporteerde incidentie van activiteitenbeperkingen van korte duur is dus zelfs onder de oudere vrouwen in de EG heel gering, zowel absoluut als ten opzichte van andere soorten activiteitenbeperkingen.

4.3 Contacten met artsen

Hoewel dagen met activiteitenbeperkingen waarschijnlijk wel afbreuk zullen doen aan de kwaliteit van leven, leiden zij niet steevast tot contacten met een arts. In verband met de financiële consequenties is in de Eurobarometer 1996 onderzocht of de ondervraagden de afgelopen twee weken een arts geraadpleegd hadden (persoonlijk of telefonisch). De resultaten zijn weergegeven in **figuur 4.8** en **tabel 4.8**. Gemiddeld had ongeveer een op de drie vrouwen in die periode een arts geraadpleegd, met enige verschillen tussen de Lid-Staten. In Ierland en Nederland was dit 25%, in Spanje 38%.

Het percentage neemt ook hier weer met de leeftijd toe. Beneden de leeftijd van 30 jaar is het toch nog ongeveer 1 op de 4 en dit loopt geleidelijk op met de leeftijd tot 2 op de 5 bij de vrouwen van 75 jaar en ouder (**fig. 4.9** en **tab. 4.9**).

4.4 Ziekenhuisopnamen

Een volgende ziektemaat in een populatie is het ziekenhuisverblijf (in een periode van een jaar). Aangezien dit alleen gebeurt in geval van ernstige ziekte, komt dit (ook op jaarbasis) relatief minder vaak voor. Uit **figuur 4.10** en **tabel 4.10** kan men aflezen dat ongeveer 10% van de vrouwen in de EG een ziekenhuisverblijf in het afgelopen jaar aangeeft. Dit varieert echter sterk over de Lid-Staten: bij de Deense vrouwen is het slechts 3,8%, in

---

a Vanwege problemen met de gegevens zijn in deze analyse maar 11 van de 12 Lid-Staten opgenomen.

Frankrijk en Finland bijna 13%[a] . Deze verschillen kunnen tot op zekere hoogte gelegen zijn in de beschikbaarheid van ziekenhuisbedden, die in de EG sterk varieert[1].

Beschouwt men de verschillen tussen de leeftijdsgroepen, dan blijkt dat de toenemende beperkingen met het klimmen der jaren ook leiden tot meer ziekenhuisopnamen. Uit **figuur 4.11** blijkt dat slechts 6,3% van de vrouwen tussen 15 en 29 jaar in het voorgaande jaar in het ziekenhuis gelegen heeft, terwijl dit geldt voor 18% van de vrouwen van 75 jaar en ouder (**tab. 4.11**).

Figuur 4.12 geeft het gemiddelde aantal nachten dat in het ziekenhuis is doorgebracht door vrouwen die ten minste eenmaal opgenomen zijn om andere redenen dan een bevalling. Gemiddeld hebben vrouwen in een periode van 12 maanden ongeveer 10 nachten in het ziekenhuis doorgebracht. Ook hier weer varieert dit aanzienlijk over de Lid-Staten, de hoogste percentages vindt men in de nieuwe en oude Duitse deelstaten (14,9 respectievelijk 13,5) en het laagste in Spanje (5,9) (zie ook **tab. 4.12**). Deze gegevens moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden in verband met de verschillende soorten ziekenhuizen die in de Lid-Staten bestaan en het relatief geringe aantal ziekenhuisopnamen dat aan deze schattingen ten grondslag ligt.

Referenties

1 Eurostat (1996), *Social Portrait of Europe*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

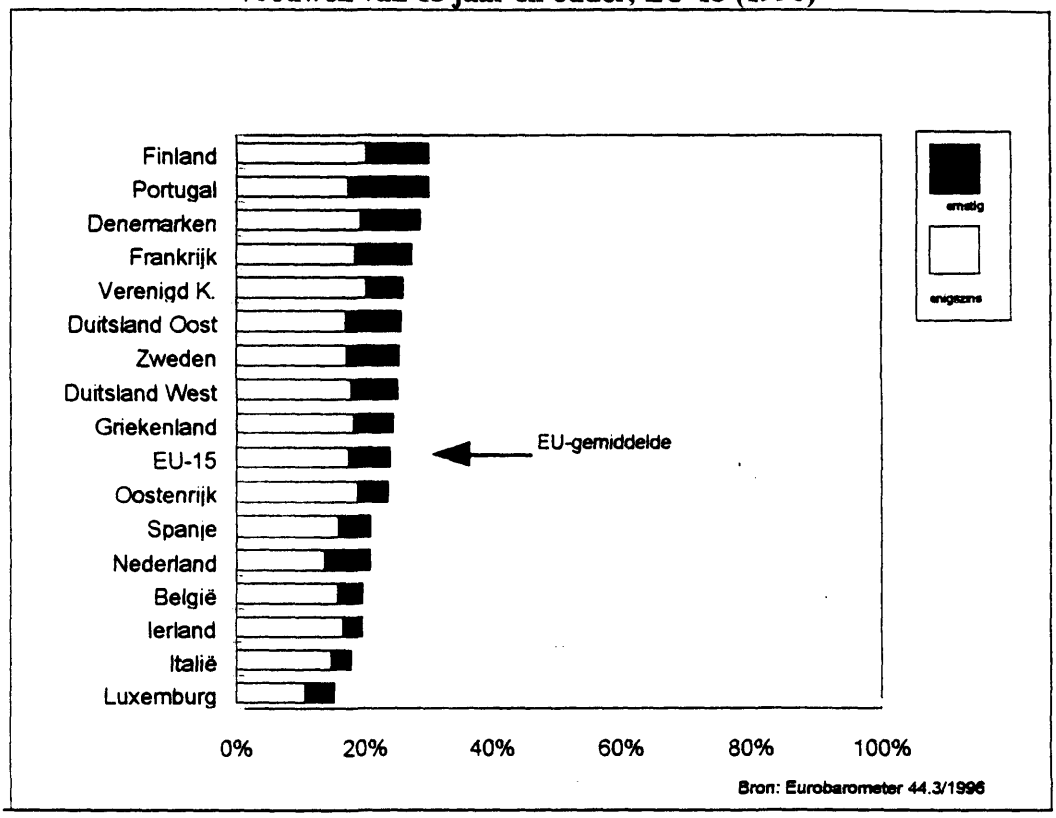
---

a De overeenkomstige gegevens van de ECHP 1994 leveren enigszins afwijkende resultaten, waarschijnlijk als gevolg van afwijkende steekproefmethoden en -grootten. Met name maakt 15% van de vrouwen in Luxemburg en 12% van de vrouwen in Denemarken melding van ziekenhuisopname in het voorgaande jaar.

[figuren en tabellen]

Figuur 4.1

Percentage met beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)



Tabel 4.1

Beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte*
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)

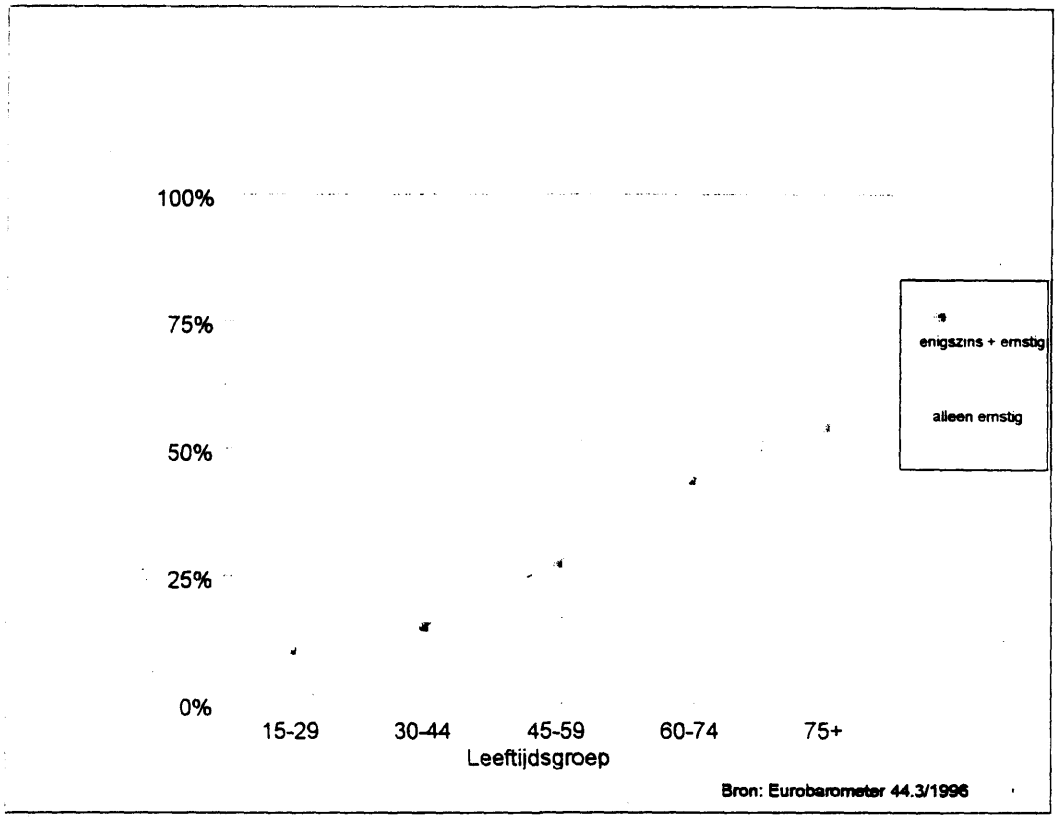
	nee	ja, enigszins	ja, ernstig	geen antwoord/ weet niet
	%	%	%	%
Finland	69,8	20,1	9,5	0,6
Portugal	69,9	17,2	12,4	0,5
Denemarken	71,2	19,2	9,1	0,4
Frankrijk	72,4	18,4	8,6	0,6
Verenigd Koninkrijk	74,0	20,1	5,6	0,3
Duitsland Oost	72,1	16,9	8,5	2,6
Zweden	74,9	17,1	8,0	0,0
Duitsland West	73,8	17,7	7,2	1,3
Griekenland	75,4	18,1	6,0	0,6
EU-15	**75,7**	**17,3**	**6,3**	**0,8**
Oostenrijk	75,0	18,8	4,4	1,8
Spanje	78,4	15,8	4,8	1,0
Nederland	78,8	13,6	6,9	0,7
België	80,5	15,6	3,5	0,4
Ierland	80,1	16,5	2,6	0,8
Italië	82,4	14,6	2,8	0,2
Luxemburg	83,9	10,6	4,2	1,3

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

* Verdeling van de antwoorden op de vraag "Lijdt u aan een langdurige ziekte, aandoening of handicap waardoor u enigszins of ernstig in uw werk of dagelijkse activiteiten beperkt bent ? Hieronder worden verstaan alle problemen in verband met uw gezondheid, ook de gevolgen van het ouder worden. Zo ja, gelieve "enigszins" aan te geven.

Figuur 4.2

Percentage met beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte naar leeftijdsgroep en mate van beperking, EU-15 (1996)



Tabel 4.2

Percentage met beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langudrige ziekte*, naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)

Leeftijdsgroep	enigszins + ernstif %	alleen ernstif %
15-29	10,2	1,5
30-44	15,0	4,1
45-59	27,4	8,1
60-74	43,5	11,6
75+	54,3	20,3

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

* Verdeling van de antwoorden op de vraag: "Lijdt u aan een langdurige ziekte, aandoening of handicap waardoor u enigszins of ernstig in uw werk of dagelijkse activiteiten beperkt bent ? Hieronder worden verstaan alle problemen in verband met uw gezondheid, ook de gevolgen van het ouder worden. Zo ja, gelieve "enigszins" of "ernstig" aan te geven.

Tabel 4.3

Beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte* Vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-15 (1996)

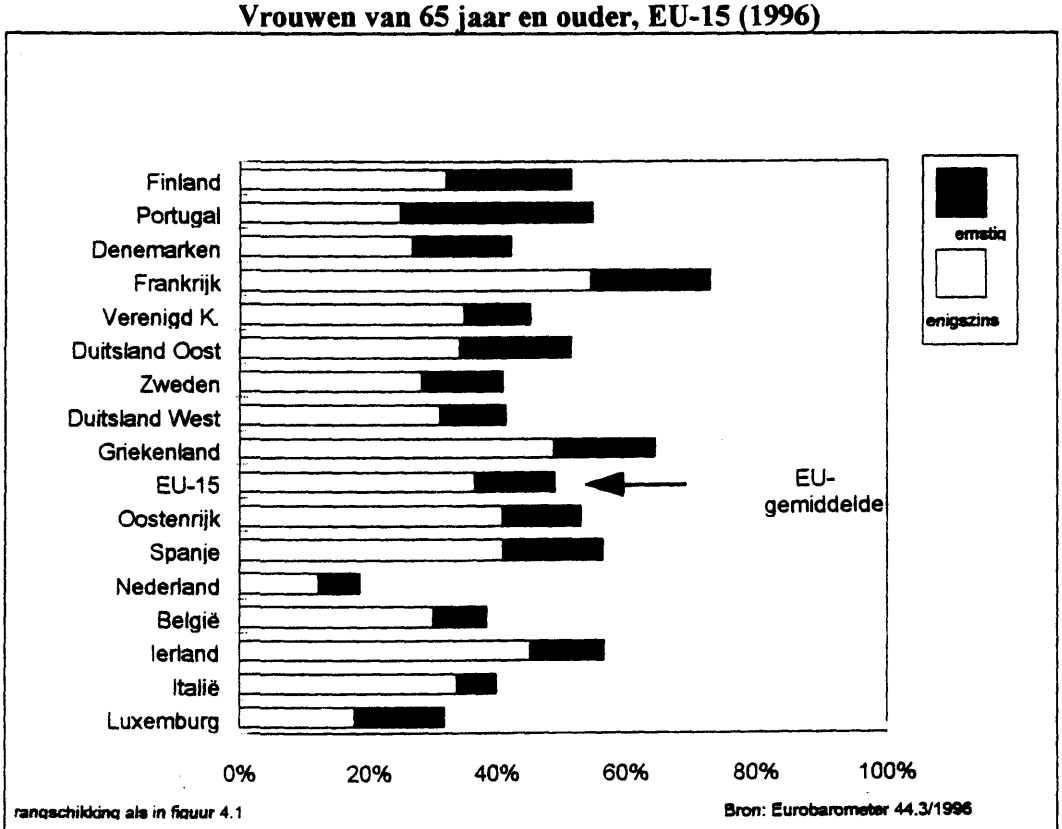
	nee %	ja, enigszins %	ja, ernstig %	weet niet/ geen antwoord %
Finland	48.7	31.9	19.3	0.0
Portugal	44.3	24.7	29.9	1.0
Denemarken	57.0	26.7	15.1	1.2
Frankrijk	27.3	54.5	18.2	0.0
Verenigd Koningkrijk	55.1	34.7	10.2	0.0
Duitsland Oost	46.6	34.1	17.0	2.3
Zweden	59.6	28.1	12,4	0,0
Duitsland West	57.0	31.0	10.0	2.0
Griekenland	34.5	48.8	15.5	1.2
EU-15	**50,7**	**36,4**	**12,3**	**0,6**
Oostenrijk	45.1	40.7	12.1	2.2
Spanje	44.1	40.9	15.1	0.0
Nederland	81.8	12.1	6.1	0.0
België	61.9	29.9	8.2	0,0
Ierland	42.3	45.1	11.3	1.4
Italië	60.3	33.6	6.0	0.0
Luxemburg	68.6	17.6	13.7	0.0

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

* Verdeling van de antwoorden op de vraag: "Lijdt u aan een langdurige ziekte, aandoening of handicap waardoor u enigszins of ernstig in uw werk of dagelijkse activiteiten beperkt bent ? Hieronder worden verstaan alle problemen in verband met uw gezondheid, ook de gevolgen van het ouder worden. Zo ja, gelieve "enigszins" of "ernstig" aan te geven.

Figuur 4.3

Percentage met beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte* Vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-15 (1996)

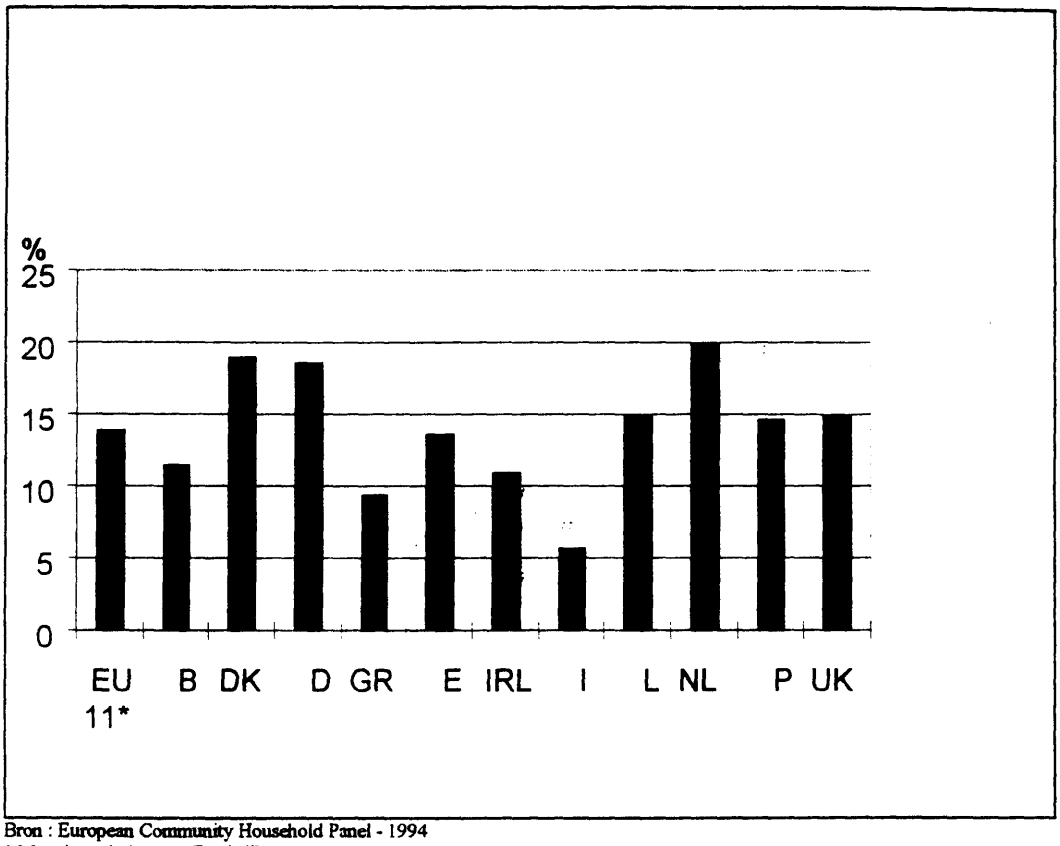


* Verdeling van de antwoorden op de vraag: "Lijdt u aan een langdurige ziekte, aandoening of handicap waardoor u enigszins of ernstig in uw werk of dagelijkse activiteiten beperkt bent ? Hieronder worden verstaan alle problemen in verband met uw gezondheid, ook de gevolgen van het ouder worden. Zo ja, gelieve "enigszins" of "ernstig" aan te geven.

Figuur 4.4

Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van ziekte of letsel

Vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-11* (1994)



Bron : European Community Household Panel - 1994
* Met uitzondering van Frankrijk

Tabel 4.4

Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van ziekte of letsel

Vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-11* (1994)

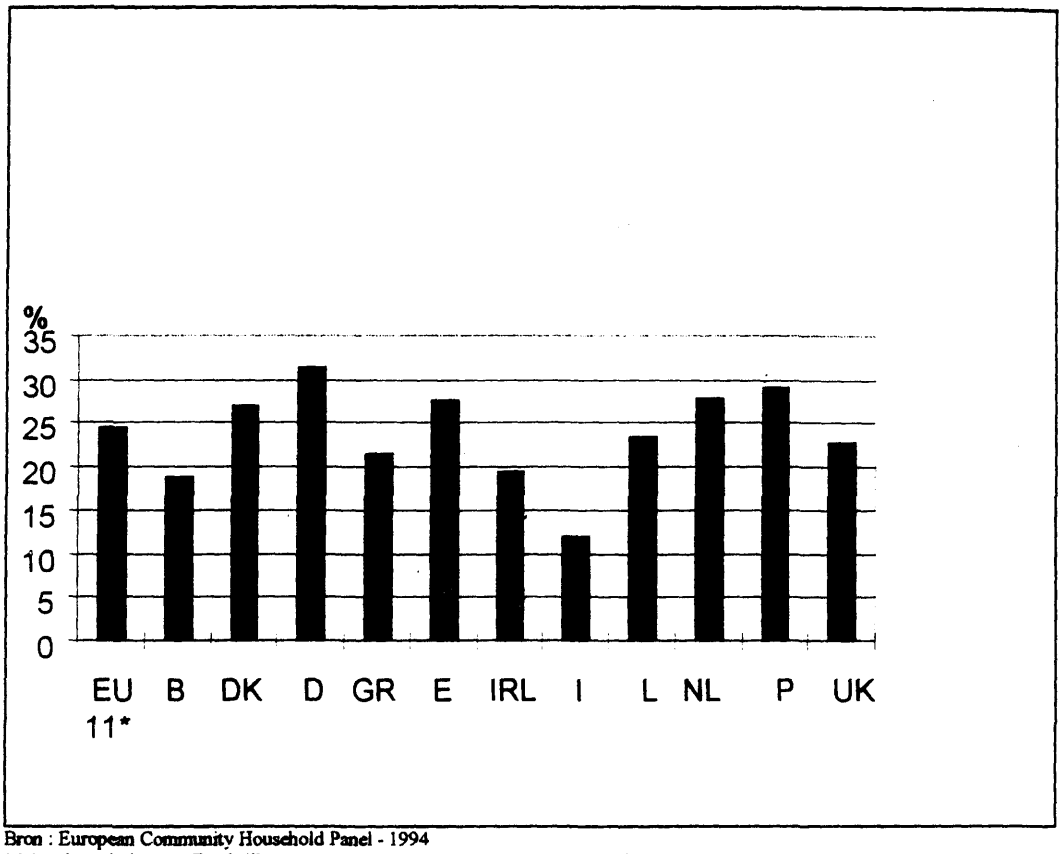
	Percentage
EU-11*	**13,8**
Italië (I)	5,6
Griekenland (GR)	9,4
Ierland (IRL)	10,9
België (B)	11,4
Spanje (E)	13,6
Portugal (P)	14,6
Luxemburg (L)	14,9
Verenigd Koningkrijk (UK)	14,9
Duitsland (D)	18,6
Denemarken (DK)	19,0
Nederland (NL)	19,9

Bron : European Community Household Panel - 1994
* Met uitzondering van Frankrijk

Figuur 4.5

Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van ziekte of letsel

Vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-11* (1994)



Bron : European Community Household Panel - 1994
* Met uitzondering van Frankrijk

Tabel 4.5

Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van ziekte of letsel

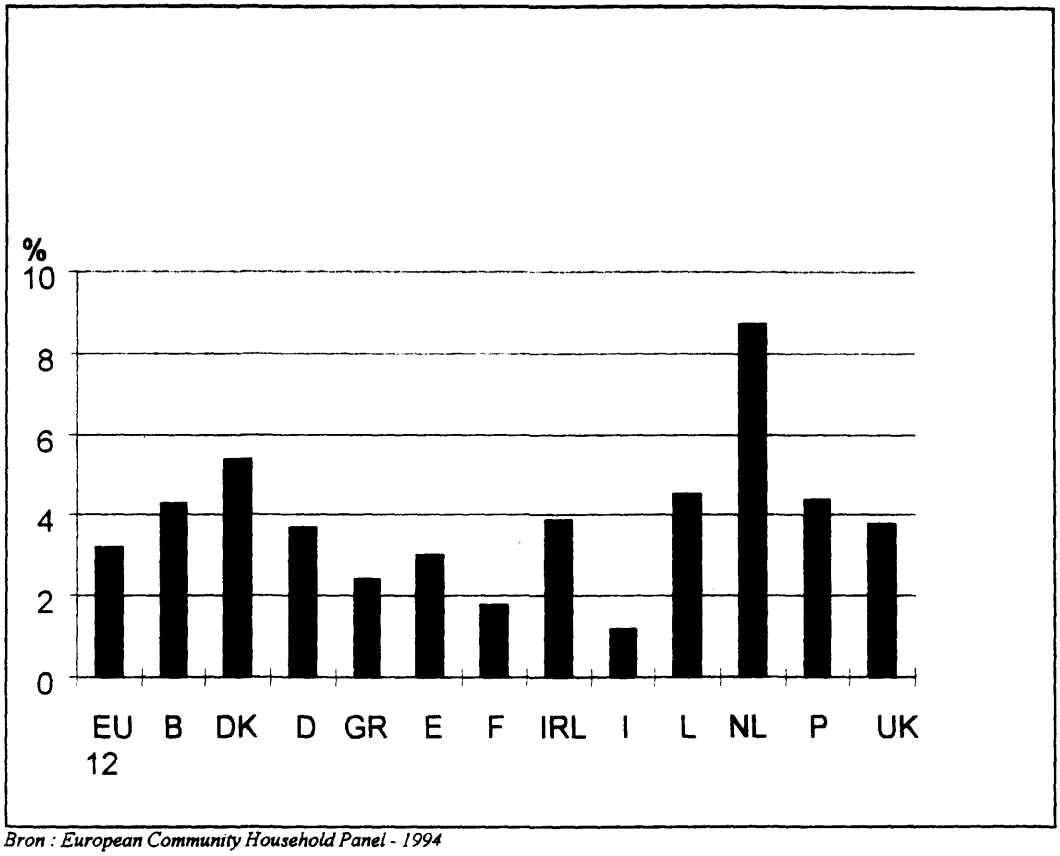
Vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-11* (1994)

	Percentage
EU-11*	**24,4**
Italië (I)	12.0
Griekenland (GR)	21.6
Ierland (IRL)	19.4
België (B)	18.8
Spanje (E)	27.7
Portugal (P)	29.0
Luxemburg (L)	23.4
Verenigd Koningkrijk (UK)	22.7
Duitsland (D)	31.5
Denemarken (DK)	27.0
Nederland (NL)	27.8

Bron : European Community Household Panel - 1994
* Met uirzondering van Frankrijk

Figuur 4.6

Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van emotionele of psychische problemen
Vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-12 (1994)



Bron : European Community Household Panel - 1994

Tabel 4.6

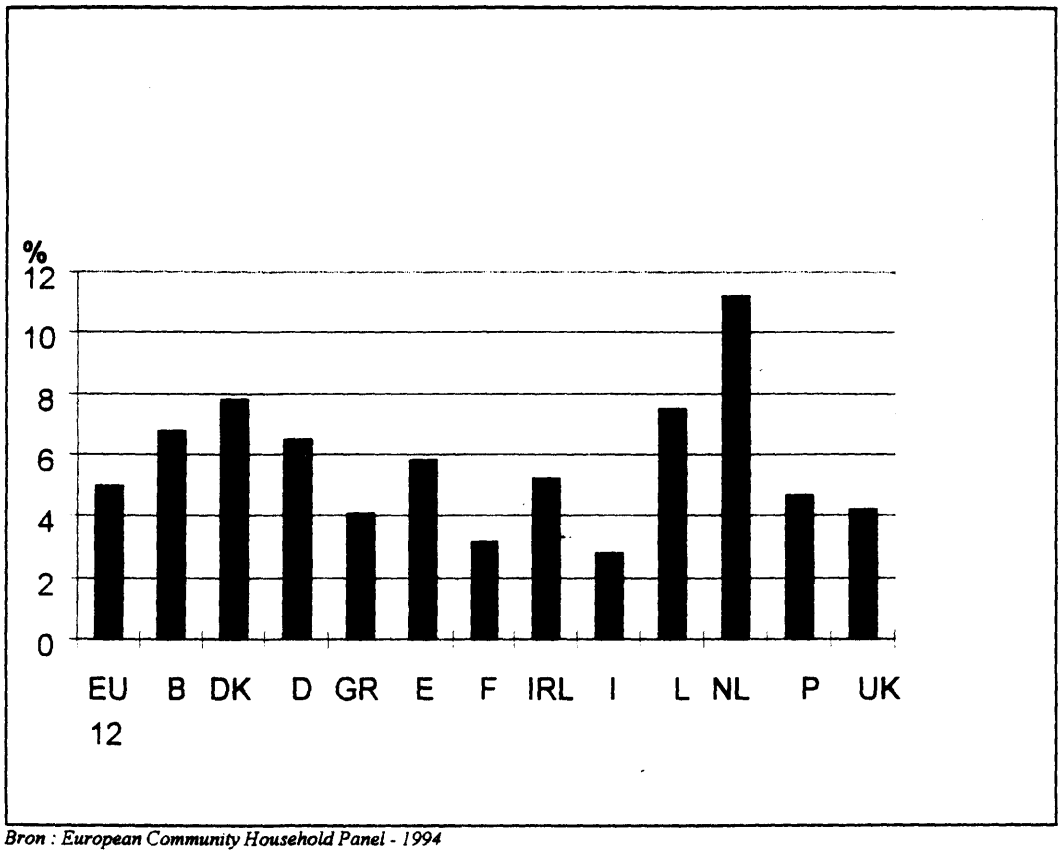
Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van emotionele of psychische problemen
Vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-12 (1994)

	Percentage
EU-12	**3,2**
Italië (I)	1.2
Griekenland (GR)	2,4
Ierland (IRL)	3,9
België (B)	4.3
Spanje (E)	3.0
Portugal (P)	4.4
Luxemburg (L)	4.5
Frankrijk (F)	1.8
Duitsland (D)	3.7
Denemarken (DK)	5.4
Nederland (NL)	8.7
Verenigd Koningkrijk (UK)	3.8

Bron : European Community Household Panel - 1994

Figuur 4.7

Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van emotionele of psychische problemen
Vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-12 (1994)



Bron : European Community Household Panel - 1994

Tabel 4.7

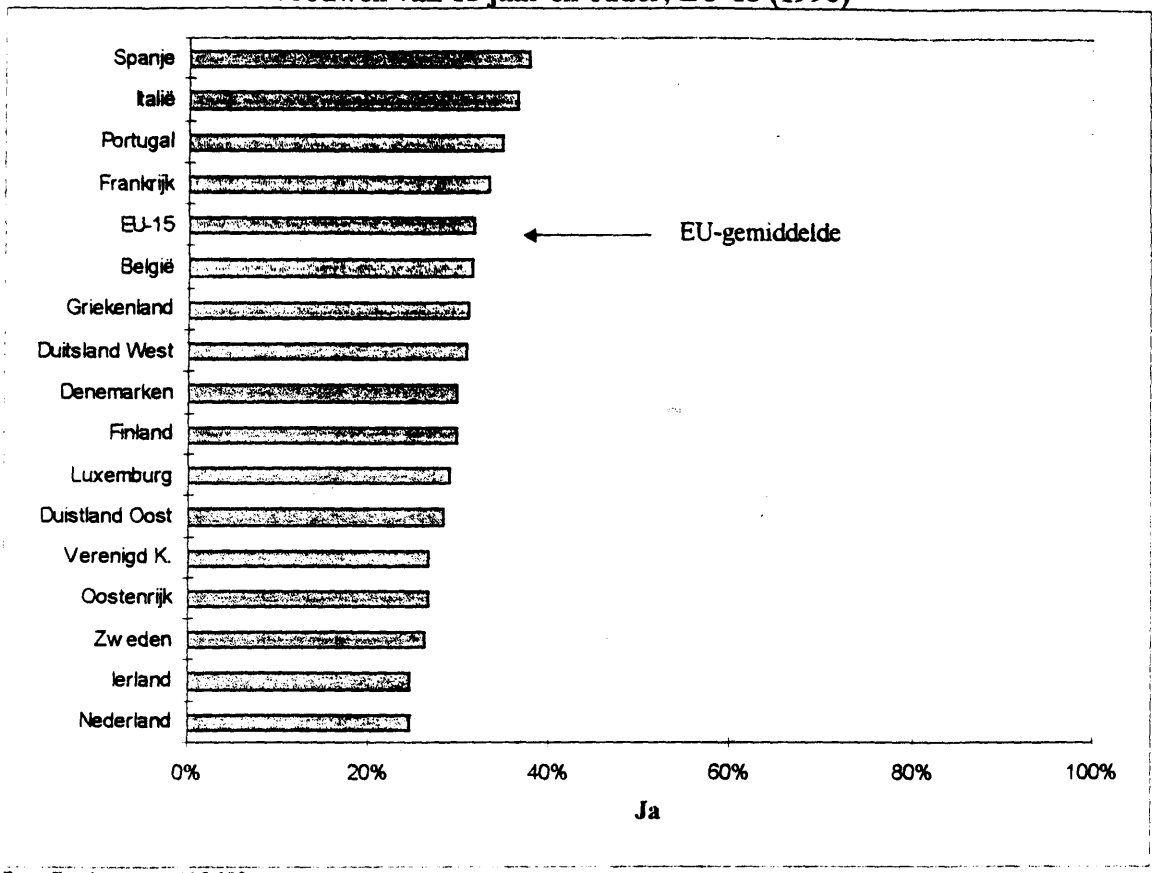
Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van emotionele of psychische problemen
Vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-12 (1994)

	Percentage
EU-12	**5,0**
Italië (I)	2,8
Griekenland (GR)	4,1
Ierland (IRL)	5,2
België (B)	6,8
Spanje (E)	5,8
Portugal (P)	4,7
Luxemburg (L)	7,5
Frankrijk (F)	3,2
Duitsland (D)	6,5
Denemarken (DK)	7,8
Nederland (NL)	11,2
Verenigd Koningkrijk (UK)	4,2

Bron : European Community Household Panel - 1994

Figuur 4.8

Percentage vrouwen dat de laatste twee weken contact had met een arts
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)



Bron: Eurobarometer 44.3/1996

Tabel 4.8

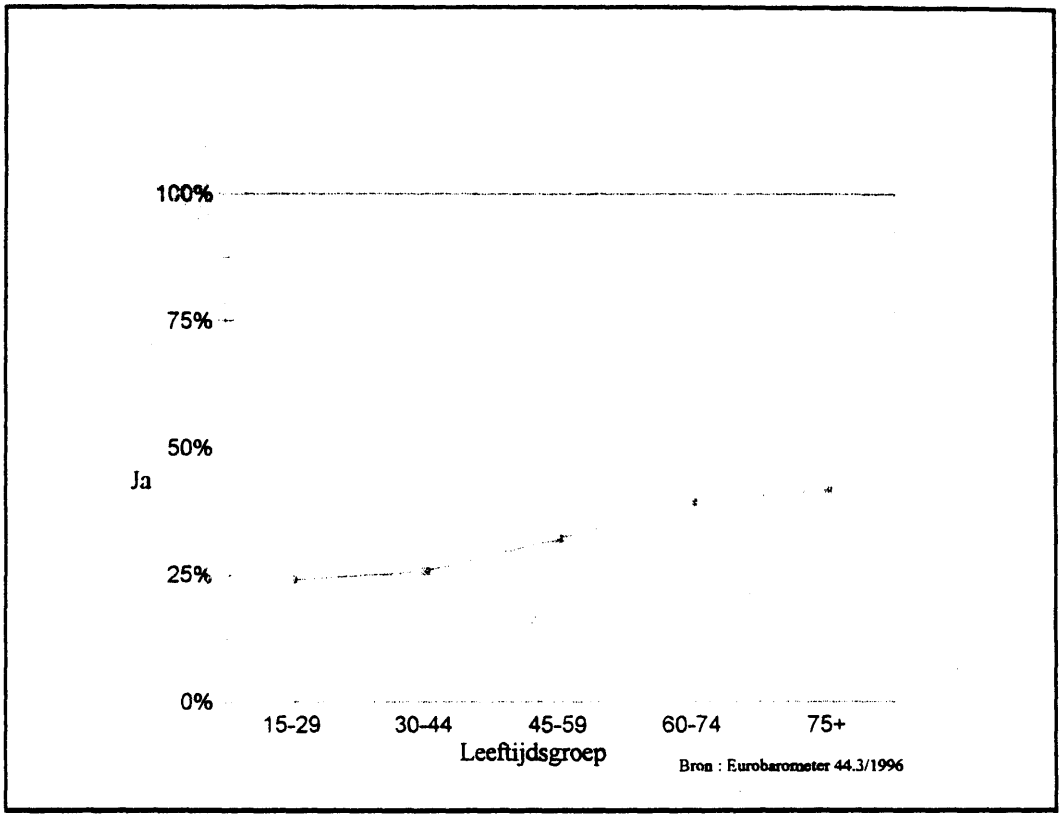
Percentage vrouwen dat de laatste twee weken contact had met een arts
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)

	Contact %	Geen contact %
Spanje	37,8	62,2
Italië	36,4	63,6
Portugal	34,8	65,2
Frankrijk	33,3	66,7
EU-15	**31,7**	**68,3**
België	31,5	68,5
Griekenkand	31,0	69,0
Duitsland West	30,9	69,1
Finland	29,7	70,3
Denemarken	29,7	70,3
Luxemburg	28,9	71,1
Duitsland Oost	28,4	71,6
Oostenrijk	26,7	73,3
Verenigd K.	26,7	73,3
Zweden	26,3	73,7
Nederland	24,6	75,4
Ierland	24,6	75,4

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 4.9

Percentage vrouwen dat de laatste twee weken contact had met een arts naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)



Tabel 4.9

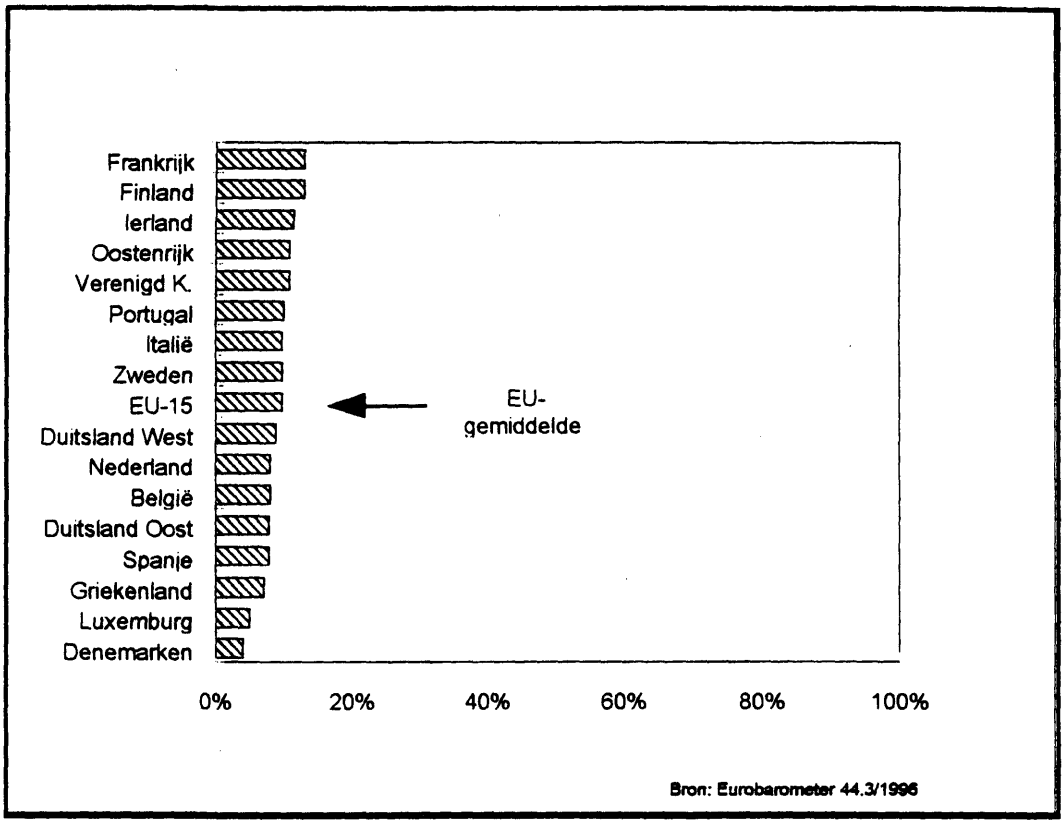
Percentage vrouwen dat de laatste twee weken contact had met een arts Leeftijdsgroep, EU-15 (1996)

Leeftijdsgroep	%
15-29	23,9
30-44	25,7
45-59	32,1
60-74	39,2
75+	41,8

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 4.10

Percentage dat in het voorgaande jaar in het ziekenhuis is opgenomen om andere reden dan bevalling
Vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-15 (1996)



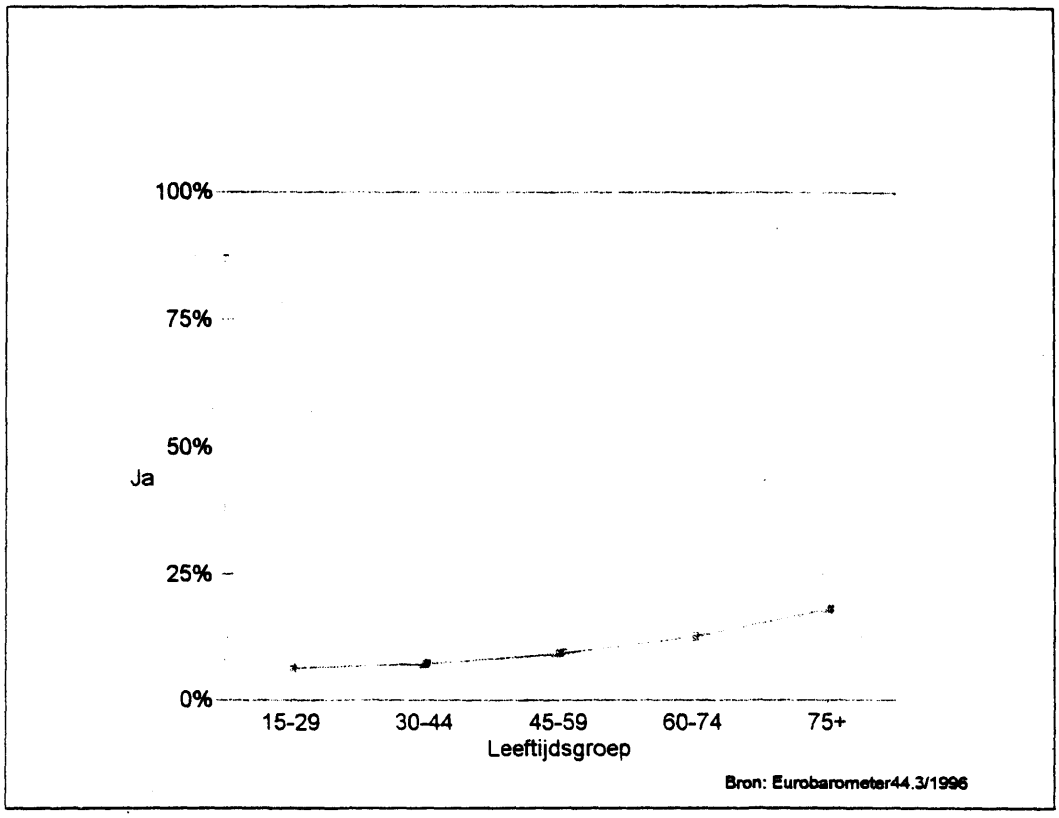
Tabel 4.10

Percentage dat in het voorgaande jaar in het ziekenhuis is opgenomen om andere reden dan bevalling
Vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-15 (1996)

	geen ziekenhuisopname %	**wel ziekenhuisopname %**
Frankrijk	87,3	12,7
Finland	87,3	12,7
Ierland	88,9	11,1
Oostenrijk	89,5	10,5
Verenigd K.	89,6	10,4
Portugal	90,2	9,8
Italië	90,5	9,5
Zweden	90,5	9,5
EU-15	**90,5**	**9,5**
Duitsland de l'Est	91,5	8,5
Pays- Bas	92,1	7,9
België	92,2	7,8
Duitsland de l'Ouest	92,3	7,7
Spanje	92,5	7,5
Grèce	93,0	7,0
Luxemburg	95,4	4,6
Denemarken	96,2	3,8

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

Percentage dat in het voorgaande jaar in het ziekenhuis is opgenomen om andere rede dan bevalling, naar leeftijdsgroep. EU-15 (1996)



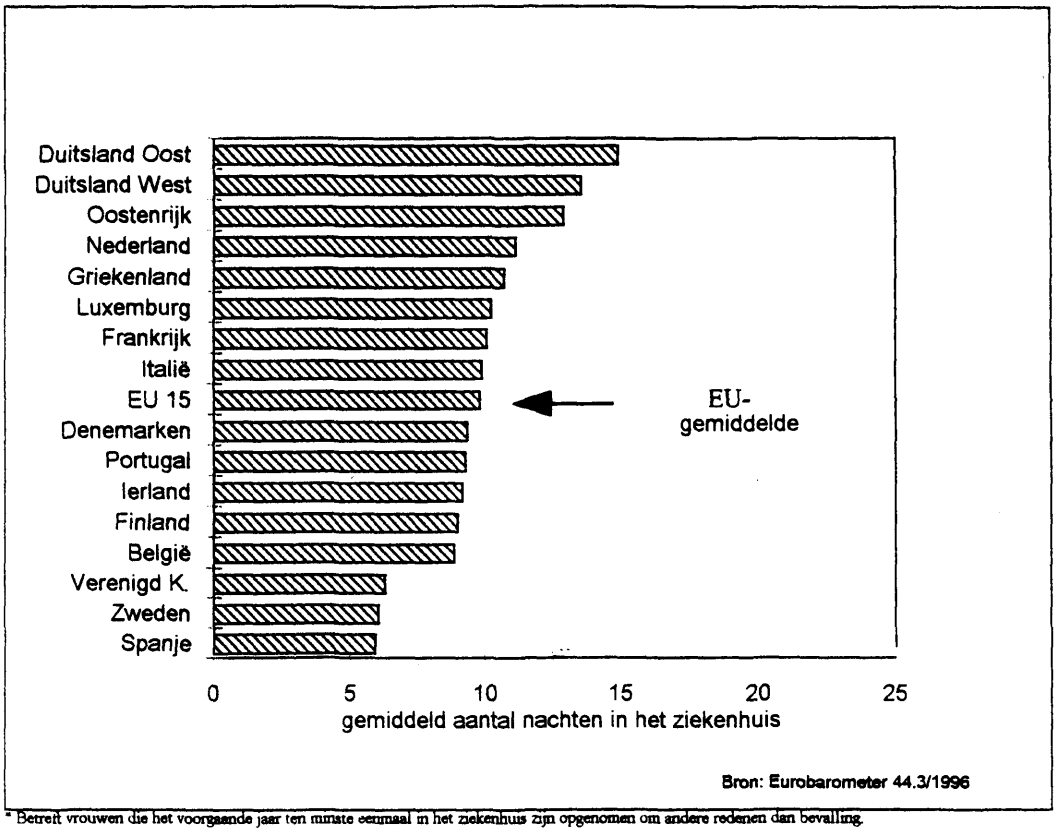
Tabel 4.11

Percentage dat in het voorgaande jaar in het ziekenhuis is opgenomen om andere rede dan bevalling, naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)

leeftijdsgroep	geen ziekenhuisopname %	wel ziekenhuisopname %
15-29	93,7	6,3
30-44	92,8	7,2
45-59	90,8	9,2
60-74	87,4	12,6
75+	82,0	18,0

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

Gemiddeld aantal nachten in het ziekenhuis in het voorgaande jaar*
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)



* Betreft vrouwen die het voorgaande jaar ten minste eenmaal in het ziekenhuis zijn opgenomen om andere redenen dan bevalling.

Tabel 4.12

Gemiddeld aantal nachten in het ziekenhuis in het voorgaande jaar*
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)

	Aantal nachten**
Duitsland Oost	14,9
Duitsland West	13,5
Oostenrijk	12.8
Nederland	11,1
Griekenland	10,7
Luxemburg	10,2
Frankrijk	10.0
Italië	9,8
EU-15	**9,8**
Denemarken	9,3
Portugal	9.2
Ierland	9,1
Finland	8,9
België	8,8
Verenigd K.	6.2
Zweden	6.0
Spanje	5.9

Bron : Eurobarometer 44.3/1996
*Betreft vrouwen die het voorgaande jaar ten minste eenmaal in het ziekenhuis zijn opgenomen om andere redenen dan bevalling.

**N=729:8 gevallen(iutschieters) zijn uitgesloten in verband met de uitsers hoge aantallen nachten, waardoor het gemiddelde al te zeer beïnvloed zou worden.

5. DOODSOORZAKEN EN TRENDS IN STERFTE ONDER VROUWEN

Na de bespreking van verschillende ziektematen in het vorige hoofdstuk volgt nu een overzicht van de voornaamste doodsoorzaken bij vrouwen in de Gemeenschap. Ook worden de trends gedurende de laatste twintig à dertig jaar beschreven, alsmede de belangrijkste risicofactoren die geassocieerd zijn met de ziekten (en aandoeningen) die de voornaamste oorzaak van sterfte onder vrouwen in de EG zijn (b.v. roken en drinken). Het zal blijken dat veel van de huidige voortijdige sterfte (d.w.z voor het bereiken van de 65-jarige leeftijd) voorkomen kan worden door preventie, primair (verandering in levensstijl) of secundair (vroegtijdige opsporing van ziekten).

De belangrijkste doodsoorzaken bij vrouwen (alle leeftijdsgroepen) zijn aangegeven in figuur 5.1. De twee belangrijkste hiervan zijn ziekten van de bloedsomloop met 43% van alle sterfgevallen en kanker met 26%. Dit varieert echter met de leeftijd. Bij vrouwen onder de 30 jaar zijn ongelukken met motorvoertuigen de belangrijkste doodsoorzaak, in de groep van 30-34 is dat zelfdoding. Kanker, met name van de vrouwelijke organen, zoals borst- en baarmoederhalskanker, is de voornaamste doodsoorzaak bij vrouwen van 35-64 jaar. Bij oudere vrouwen (65 jaar en ouder) zijn dat ziekten van de bloedsomloop, waaraan bijna de helft in deze leeftijdsgroep overlijdt[1].

5.1 Ongelukken met motorvoertuigen

Jaarlijks komen in de EG zo'n 50 000 mensen om in het wegverkeer, hetzij als inzittende van een motorvoertuig hetzij als voetganger. Alcoholmisbruik is een van de voornaamste oorzaken van ongelukken met motorvoertuigen. Hoewel nog veel vrouwen door dergelijke ongelukken om het leven komen (zie **fig. 5.1**), neemt de sterfte hieraan af. Uit **figuur 5.2** blijkt dat de gemiddelde sterfte van vrouwen als gevolg van ongelukken met motorvoertuigen tussen 1970 en 1992 met bijna 40% gedaald is, tot 6,42 doden per 100 000. De cijfers lopen per Lid-Staat sterk uiteen; het hoogste cijfer wordt aangetroffen in Luxemburg, namelijk 11,39 per 100 000, het laagste in het VK – 4,14 per 100 000. De veranderingen sinds 1970 verschillen nog sterker: in op drie na alle Lid-Staten vertoont het cijfer een daling, variërend van 25% (in Italië) tot 64% (in Nederland[a] [2]). In Griekenland is echter een stijging van bijna 62% opgetreden, en kleinere stijgingen in Luxemburg, Portugal en Spanje (4-14%).

5.2 Zelfdoding en zichzelf toegebracht letsel

Jaarlijks plegen in de EG meer dan 40 000 mensen zelfmoord[3]. Hoewel dit meer mannen dan vrouwen zijn, ligt het cijfer voor parasuïcide (poging tot zelfdoding) bij vrouwen hoger[4], wellicht omdat vrouwen meestal minder gewelddadige methoden gebruiken dan mannen[5]. De totale sterfte onder vrouwen als gevolg van zelfdoding is sinds 1970 met 24% gedaald tot 6,24 per 100 000 (zie **fig. 5.3**). De cijfers verschillen nogal van Lid-Staat tot Lid-Staat en liggen in het Noorden in de regel hoger. Luxemburg heeft het hoogste zelfdodingscijfer, 14,30 per 100 000, gevolgd door Denemarken met 13,67[b] [6]. Dit is meer

---

a Het educatieprogramma van Veilig Verkeer Nederland kan aan deze daling hebben bijgedragen[2].

b In een Deense studie is geconstateerd dat vrouwen daar eerder gewelddadige methoden gebruiken, wat gedeeltelijk kan verklaren dat zij vaker in hun opzet slagen[6].

dan tweemaal zo veel als het EG-gemiddelde. Griekenland heeft het laagste cijfer, namelijk 1,21 sterfgevallen per 100 000.

Risicofactoren voor suïcide en parasuïcide zijn onder meer alcoholisme, depressie en sociaal-economische moeilijkheden. Ook voor vrouwen met eetstoornissen, zoals anorexia en boulimie, zijn de risico's groter[7]. En bij vrouwen die al eens een zelfmoordpoging gedaan hebben, is de kans op herhaling groot. In verscheidene studies wordt geschat dat het risico van zelfdoding binnen een à twee jaar na een poging daartoe tienmaal zo groot is als het risico voor de gemiddelde bevolking[8].

5.3 Kanker als doodsoorzaak bij vrouwen

Kanker komt bij de doodsoorzaken van vrouwen in de EG op de tweede plaats, na ziekten van de bloedsomlooporganen, en was in 1992 de oorzaak van 26% van de sterfgevallen onder vrouwen in de Gemeenschap (zie **fig. 5.1**). Voorts is het de voornaamste doodsoorzaak bij vrouwen tussen 35 en 64 jaar. In de **figuren 5.4 en 5.5** is de sterfte van vrouwen aan kanker in de Lid-Staten weergegeven. Het EG-gemiddelde voor vrouwen jonger dan 65 was 69,74 per 100 000 in 1992 en voor vrouwen van alle leeftijden was dat 150,30, waaruit blijkt dat de meeste kankersterfte voorkomt onder oudere vrouwen (boven de 65).

De sterfte aan kanker bij vrouwen jonger dan 65 jaar is sinds 1970 met 13% afgenomen; voor alle vrouwen tezamen bedraagt deze daling slechts 5%. Er is een duidelijk verschil tussen de noordelijke en de zuidelijke Lid-Staten, waarbij de cijfers in de noordelijke Lid-Staten meestal hoger zijn. Zweden en Finland liggen allebei echter onder het EG-gemiddelde; het kankercijfer in Finland is een van de laagste van de EG. Daarentegen zijn de cijfers in Denemarken het hoogst (102,23 per 100 000 voor vrouwen jonger dan 65 en 203,73 per 100 000 voor alle leeftijden). Verder is Denemarken de enige Lid-Staat waarin sinds 1970 een lichte stijging is opgetreden (0,28%) bij de vrouwen onder de 65, en een van de slechts vier Lid-Staten waarin de kankersterfte voor alle leeftijden tezamen is gestegen.

Meer dan 23% van de kankersterfgevallen betreft kanker van de vrouwelijke organen (borst, baarmoederhals en baarmoeder). Ter vergelijking: kanker van de spijsverteringsorganen is in 32% van de gevallen de doodsoorzaak, en kanker van de ademhalingsorganen (luchtpijp, bronchiën en long) in 9% (zie **fig. 5.6**). Een belangrijk verschijnsel is dat de laatstgenoemde vormen van kanker onder vrouwen toenemen maar onder mannen een dalende lijn vertonen[a 9], waarschijnlijk omdat steeds meer vrouwen gaan roken terwijl dit onder mannen afneemt (zie hoofdstuk 6.1). Al deze vormen van kanker houden in sterke mate verband met de levensstijl en het leefmilieu en zijn daardoor in hoge mate te voorkomen. Zij zijn verantwoordelijk voor aanzienlijke voortijdige sterfte onder vrouwen (d.w.z. voor het bereiken van de 65-jarige leeftijd).

5.3.1 Borstkanker

Borstkanker is een van de meest voorkomende vormen van kanker bij vrouwen in de EG, evenals in andere geïndustrialiseerde landen zoals de Verenigde Staten en Canada. In 1992 was omstreeks 21% van alle kankersterfgevallen bij vrouwen in de EG het gevolg van borstkanker (zie **fig. 5.6**). Het is ook de meest voorkomende doodsoorzaak bij vrouwen

---

a Kanker van luchtpijp, bronchiën en long is onder mannen sinds 1970 met bijna 20% gedaald, maar onder vrouwen in de EG met bijna 70% toegenomen[9].

van 35-64 jaar[10]. Naar schatting heeft een vrouw in de EG een kans van 2 à 3% om gedurende haar leven borstkanker te krijgen[11].

De incidentie van borstkanker neemt in veel Lid-Staten nog steeds toe, al kan dit ten dele komen door de betere opsporing via screeningsprogramma's. De overlevingscijfers zijn in stijgende lijn door vroegtijdiger opsporing en doeltreffender behandeling, maar wel zijn de overlevingscijfers voor vrouwen onder de 50 gunstiger dan voor oudere vrouwen (respectievelijk 60% en 40% vijfjaarsoverleving)[12]. Daarbij hangt het er ook sterk vanaf of de tumor ten tijde van de diagnose nog gelokaliseerd is of al uitgezaaid. Is de tumor tot de borst beperkt, dan ligt het overlevingscijfer boven de 90%, als deze in de nabijgelegen organen uitgezaaid is dit nog 75%, maar in geval van metastasen op afstand is de overlevingskans minder dan 20%[13].

De borstkankersterftecijfers voor de EG in 1992 zijn weergegeven in de **figuren 5.7** en **5.8**. Het gemiddelde voor vrouwen van alle leeftijden was 31,25 per 100 000 (een afname met 16% sinds 1970), terwijl de sterfte bij vrouwen jonger dan 65 jaar op 19,80 per 100 000 lag (een daling van 9,27%). Deze cijfers variëren sterk al naar de Lid-Staat. Voor alle leeftijden tezamen wordt het hoogste cijfer gevonden in Denemarken (40,56 per 100 000), gevolgd door het VK (39,23 per 100 000), terwijl Griekenland het laagste cijfer heeft (21,32 per 100 000). Het cijfer voor Griekenland is echter sinds 1970 met bijna 57% gestegen, waarin dat land alleen voorbijgestreefd wordt door Spanje met een toename van 73%.

Wat vrouwen beneden de 65 jaar betreft heeft Ierland het hoogste cijfer (25,80 per 100 000), gevolgd door Denemarken (24,77 per 100 000). In Ierland is het cijfer sinds 1970 met 17% gestegen, terwijl dat in Denemarken vrijwel constant gebleven is. Evenals bij de sterfte voor alle leeftijden tezamen is het cijfer voor vrouwen jonger dan 65 het laagst in Griekenland (14,58 per 100 000), maar dit is sinds 1970 wel met 45% gestegen. Ook in Spanje is een stijging waargenomen (bijna 62%). Deze trend komt duidelijk tot uiting in **figuur 5.9**, waarin de verandering van het sterftecijfer in zes EG-landen tussen 1970 en 1992 is weergegeven.

Er is nog onvoldoende inzicht in de oorzaken van en relevante risicofactoren voor borstkanker. Circa 80% van de vrouwen die deze ziekte krijgen, vertonen geen van de bekende risicofactoren[14]. Als belangrijkste parameters zijn nu bekend de leeftijd (het risico stijgt met het ouder worden, in tweederde van de gevallen zijn de vrouwen boven de 50), en het voorkomen van borstkanker bij een moeder en/of zuster. Minder belangrijke risicofactoren zijn een vroege menarche (jonger dan 11 jaar), een late menopauze (boven de 54), ouder dan 30 zijn bij de eerste voldragen zwangerschap en geen kinderen gebaard hebben. Andere risicofactoren zijn sommige eerder doorgemaakte borstziekten en eierstok- en endometriumkanker. Er is wel geopperd dat het leven in een verstedelijkte samenleving, voeding met een hoog gehalte aan eiwit en dierlijke vetten en een hoge economische status verband kunnen houden met borstkanker. Recent onderzoek duidt erop dat ook alcoholgebruik een risicofactor voor borstkanker kan zijn[15].

Gezien de onvolledige kennis omtrent de oorzaken van en de risicofactoren voor borstkanker is secundaire preventie door vroegtijdige opsporing via zelfonderzoek, klinisch onderzoek en mammografie van het grootste belang. Er is nader onderzoek nodig naar de oorzaken van borstkanker om te bepalen in hoeverre deze ziekte kan worden voorkomen. Internationale verschillen in incidentie en studies naar de ontwikkeling van borstkanker bij verschillende generaties immigranten staven de veronderstelling dat blootstelling aan bepaalde risicofactoren een sleutelrol speelt[16].

5.3.2 Baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker is in de EG de op een na vaakst voorkomende vorm van kanker in de vrouwelijke organen en veroorzaakt ongeveer 2% van alle kankersterfgevallen (zie **fig. 5.6**). Baarmoederhalskanker ontwikkelt zich zeer langzaam en als de aandoening wordt geconstateerd wanneer die nog gelokaliseerd (pre-invasief) is, is de vijfjaarsoverleving hoog, omstreeks 88%. Wordt de tumor in de latere, invasieve stadia gevonden, dan daalt de overleving tot 13%[17].

Uit de **figuren 5.10** en **5.11** blijkt dat de sterftecijfers voor baarmoederhalskanker sinds 1970 in de meeste Lid-Staten zijn gedaald. De gemiddelde sterfte in de EG bij vrouwen onder de 65 is afgenomen tot 2,28 per 100 000, een daling van bijna 48% (**fig. 5.10**). Voor alle leeftijdsgroepen tezamen is de sterfte aan baarmoederhalskanker met meer dan 40% gedaald en ligt nu bij 3,28 per 100 000 (**fig. 5.11**). In Denemarken is de sterfte onder vrouwen jonger dan 65 nog het grootst (4,64 per 100 000), maar wel sinds 1970 met meer dan 55% gedaald. Alleen in Spanje[a] [18] en Griekenland vertoont het cijfer een toename, maar het ligt daar nog relatief laag. Griekenland komt in de EG op de derde plaats van onderen (1,31 per 100 000), Spanje op de vierde (1,66 per 100 000). Het laagste cijfer vindt men in Italië, en wel 0,75 per 100 000.

Voor alle leeftijden tezamen vindt men vrijwel hetzelfde beeld als voor de groep beneden de 65. Denemarken staat bovenaan, Italië onderaan, en Spanje en Griekenland zijn de enige Lid-Staten waarin de sterfte sinds 1970 is gestegen (zie **fig. 5.11**).

De algemene daling van de sterfte is waarschijnlijk ten dele toe te schrijven aan doeltreffende screeningsprogramma's. Algemeen wordt er nu vanuit gegaan dat baarmoederhalskanker optreedt na seksuele overdracht van een carcinogeen. De voornaamste bekende risicofactor voor baarmoederhalskanker is infectie met het humaan papillomavirus (HPV16 en HPV18) en in mindere mate andere seksueel overgedragen ziekten (SOA's), zoals herpes, gonorroe en chlamydia. Belangrijke risicofactoren voor deze vorm van kanker zijn dus onveilig vrijen in het algemeen, eerste geslachtsgemeenschap op jeugdige leeftijd (onder de 16), wisselende partners en een vroegere (of huidige) sekspartner met HPV-infectie of andere SOA's. Andere risicofactoren zijn actief en/of passief roken, HIV-infectie en een slechte voeding[19].

5.3.3 Kanker van de ademhalingsorganen

Zoals blijkt uit **figuur 5.6** is 9% van de kankersterfte bij vrouwen aan longkanker toe te schrijven[b]. De gemiddelde sterfte in de EG bij vrouwen jonger dan 65 jaar is sinds 1970 met bijna 45% gestegen tot 66,3 per 100 000 (zie **fig. 5.13**), terwijl het overeenkomstige cijfer voor alle vrouwen in die periode met bijna 70% is gestegen tot 14,05 per 100 000 (zie **fig. 5.14**). De stijging sinds 1970 was het geprononceerdst in Nederland en Denemarken (zowel voor alle leeftijden als voor de vrouwen onder de 65), terwijl in Spanje juist een *daling* in de longkankersterfte onder vrouwen (zowel voor alle leeftijden als voor de vrouwen onder de 65) is opgetreden. Ook in Frankrijk is de sterfte aan longkanker gedaald, maar alleen bij vrouwen onder de 65.

---

a Bij onderzoek in Spanje naar de oorzaken van de toegenomen sterfte aan baarmoederhalskanker is een verband gevonden met een verhoogde seksuele activiteit in samenhang met het toegenomen toerisme en een laag onderwijspeil[18].

b Kortheidshalve spreken wij in dit hoofdstuk over longkanker, maar dit omvat ook andere vormen van kanker van de ademhalingsorganen, zoals kanker van de luchtpijp en de vertakkingen daarvan.

Denemarken onderscheidt zich in de EG doordat het longkankersterftecijfer voor vrouwen hier verreweg het hoogst is; daarna komen het VK, Ierland en Nederland. De sterfte in Denemarken is meer dan driemaal het EG-gemiddelde voor vrouwen onder de 65, en meer dan tweemaal het EG-gemiddelde voor alle leeftijden. Daarentegen is de sterfte aan longkanker in de Middellandse-Zeelanden gering (zie **fig. 5.13** en **5.14**). Deze resultaten stemmen overeen met het geringere percentage rooksters in de Middellandse-Zeelanden in de afgelopen decennia en het percentage rooksters in Denemarken, dat al meer dan veertig jaar hoog is[20].

Gezien de sterke toename van de longkankersterfte onder vrouwen is het niet zo vreemd dat er onder de algemene (vrouwelijke) bevolking nogal wat onzekerheid heerst over de vraag bij welk van beide geslachten meer longkanker voorkomt. Zoals blijkt uit **figuur 5.15** en **tabel 5.1** dacht de helft van de vrouwen die in de Eurobarometer 1996 ondervraagd werden dat longkanker meer bij mannen voorkomt dan bij vrouwen, maar meer dan een derde zei dit niet te weten. De antwoorden varieerden nogal per Lid-Staat. Met name dacht in Finland 80% van de ondervraagden dat longkanker meer bij mannen voorkomt, terwijl in Zweden 48% het niet wist. Dit frappante verschil tussen aangrenzende landen kan ten dele verklaard worden door de grotere longkankersterfte onder vrouwen in Zweden (boven het EG-gemiddelde) dan in Finland, waar dit onder het EG-gemiddelde ligt (zie **fig. 5.13** en **5.14**).

Longkanker wordt doorgaans veroorzaakt door inademing van kankerverwekkende stoffen, zoals tabaksrook en asbest, en door blootstelling aan ioniserende straling[21]. Met name roken is geassocieerd met een sterk verhoogd risico op longkanker. Geschat is dat het risico op longkanker voor rokende vrouwen 12 maal zo groot is als voor niet-rokende vrouwen en voor mannen 25 maal zo groot, wat zou betekenen dat 85 à 90% van alle gevallen van longkanker door roken veroorzaakt wordt[22]. Ook is aangetoond dat passief roken het risico op longkanker verhoogd, zij het veel minder[23]. Andere risicofactoren zijn milieuverontreiniging, slechte voeding, overbezette woningen en een lage sociaal-economische status[24].

5.4 Ziekten van de bloedsomlooporganen (hart- en vaatziekten)

Ziekten van de bloedsomlooporganen (in het bijzonder ischemische hartziekten[a] en cerebrovasculaire aandoeningen oftewel beroertes) zijn stoornissen van het hart en de bloedvaten. Zij zijn de voornaamste oorzaak van overlijden (en van ziekte en beperkingen) bij vrouwen in de EG in het algemeen (zie **fig. 5.1**) en komen na kanker op de tweede plaats bij de oorzaken van voortijdig overlijden (jonger dan 65 jaar).

Deze ziekten zijn karakteristiek voor de ontwikkelde westerse samenleving en levensstijl. Zij hangen ook samen met de sociale klasse[25]. Daardoor zijn deze ziekten in hoge mate te voorkomen door veranderingen in levensstijl, zoals niet roken en voeding met een laag gehalte aan verzadigde vetten, suiker en zout[26]. Deze ziekten manifesteren zich bij vrouwen anders dan bij mannen: zij worden er vaker door getroffen maar op hogere leeftijd; met name boven de 65 nemen de incidentie en sterfte sterk toe. Nog een verschil is dat vrouwen vaker beroertes krijgen en mannen eerder hartaanvallen.

---

a Ischemische hartziekte wordt vaak als synoniem van coronaire hartziekte gebruikt, hoewel er strikt genomen een verschil tussen beide is; men kan aan coronaire hartziekte lijden zonder dat er sprake is van ischemie (slechte zuurstoftoevoer naar het hart). Aangezien de dood veroorzaakt wordt door onvoldoende zuurstoftoevoer naar het hart (ischemie dus), wordt in dit verslag de uitdrukking ischemische hartziekte gebruikt.

De sterftecijfers in verband met ziekten van de bloedsomloop onder vrouwen jonger dan 65 jaar zijn sinds 1970 in alle Lid-Staten gedaald. De gemiddelde sterfte in de EG voor deze leeftijdsgroep is in die periode met meer dan 50% gedaald tot 31,56 per 100 000 (**fig. 5.1**); de daling was het grootst in Finland (64%) en het kleinst in Denemarken en Griekenland (32%). Voor vrouwen van alle leeftijden is het beeld hetzelfde, met dit verschil dat de totale daling (sinds 1970) in de sterfte niet meer dan 37% was. Verder ligt de totale sterfte veel hoger (248,44 per 100 000). De daling verschilt ook hier weer per Lid-Staat. Verder neemt Griekenland een aparte positie in doordat de sterfte hier sinds 1970 is gestegen (**fig. 5.17**).

5.5 Ischemische hartziekten

Ischemische hartziekten vormen de grootste afzonderlijke doodsoorzaak bij vrouwen in de EG. Desondanks worden zij door het publiek en de media nog vaak als 'mannenziekte' gezien. Uit **figuur 5.18** en **tabel 5.2** blijkt dat bijna 60% van de vrouwen in de Eurobarometer van 1996 aangaf dat volgens hen meer mannen dan vrouwen door hartziekten werden getroffen. De afgelopen jaren hebben een aantal Lid-Staten speciale preventiecampagnes voor vrouwen opgezet, bijvoorbeeld de campagne van de Britse hartstichting, waarin deze ziekte werd gekarakteriseerd als 'Britain's no. 1 lady killer'[27] [28].

Hartziekten manifesteren zich bij vrouwen anders dan bij mannen. Bij mannen ontwikkelt de ziekte zich vaak op jongere leeftijd, als zij in de veertig of vijftig zijn, bij vrouwen meestal na het zestigste levensjaar, dus na de menopauze. Vermoedelijk wordt dit verschil ten dele veroorzaakt door de beschermende werking van de vrouwelijke oestrogene hormonen, maar ook zouden de lagere ijzerdepots bij premenopauzale vrouwen hierbij een rol kunnen spelen[29]. De gegevens over coronaire hartziekten bij vrouwen zijn over het algemeen onvolledig, deels omdat veel studies aan mannen gewijd zijn. Er is nader onderzoek nodig ter staving van de veronderstellingen dat bij vrouwen vaker niet-herkende voorkomen en andere symptomen dan bij mannen, en dat de overlevingscijfers verschillen[30] [31] [32].

Hoewel er aanzienlijke verschillen zijn in de sterfte aan ischemische hartziekten, vertonen de cijfers sinds 1970 over het algemeen een daling. Onder vrouwen beneden de 65 is de sterfte sinds 1970 met iets meer dan een derde gedaald tot ongeveer 12 per 100 000 (**fig. 5.19**). De sterfte ligt tussen 24,31 per 100 000 in Ierland tot 4,51 per 100 000 in Frankrijk. De mate van daling varieert ook, van 60% in Finland tot circa 2% in Griekenland.

Zoals al is vermeld, liggen de sterftecijfers bij oudere vrouwen veel hoger, waardoor de sterfte voor alle leeftijden tezamen hoger uitvalt. Uit **figuur 5.20** blijkt dat het gemiddelde sterftecijfer in de EG voor ischemische hartziekten bij vrouwen van alle leeftijden 84,75 per 100 000 is. Dit varieert tussen 149,75 per 100 000 in Finland en 36,94 per 100 000 in Frankrijk. Met uitzondering van drie Lid-Staten (Griekenland, Spanje en Duitsland) is de sterfte in de EG gedaald, tussen 20% in Portugal en 46% in Zweden.

De daling van de sterftecijfers hangt samen met een veranderde voeding, met name minder verzadigde vetten, en de teruggang van het roken in bepaalde groepen en Lid-Staten. Ondanks dat zijn ischemische hartziekten nog altijd een van de belangrijkste doodsoorzaken (zowel voortijdig als totaal) bij vrouwen in de EG. Bovendien kan achter de daling in de sterftecijfers een toename van de morbiditeit schuil gaan, vooral onder oudere vrouwen. Verder houden ischemische hartziekten verband met chronische beperkingen in het functioneren, hoge uitgaven voor de gezondheidszorg en andere

economische kosten, zoals verloren arbeidsdagen, en vaak met een teruggang in de kwaliteit van leven.

Er zijn tal van risicofactoren voor hartziekten. Aan sommige daarvan, zoals ouder worden en genetische aanleg, is niets te doen, maar de drie belangrijkste factoren – roken, hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte in het bloed – kunnen door de levensstijl dan wel door medicatie worden beïnvloed.

Roken is de belangrijkste afzonderlijke risicofactor. Het risico neemt toe met het aantal gerookte sigaretten, met name bij vrouwen boven de 35 die de pil gebruiken. Vrouwen lijden ook vaak aan hoge bloeddruk als zij boven de 50 zijn. Verder neemt het cholesterolgehalte in het bloed toe met de leeftijd. Andere risicofactoren voor ischemische hartziekten zijn overgewicht (zie hoofdstuk 6.3), diabetes, een zittend leven en overmatig drinken. Een lagere sociaal-economische status en werkstress zijn ook geassocieerd met een verhoogd risico op ischemische hartziekte[33].

Interessant is dat het grote publiek vaak meent dat stress een risicofactor voor hartziekte is, hoewel medische bewijzen daarvoor ontbreken, behalve waar het stress door het werk betreft. Zoals te zien is in **figuur 5.21** en **tabel 5.3** meende in de Eurobarometer 1996 bijna 20% van de vrouwen dat stress de *belangrijkste* risicofactor voor hartziekten is. In Griekenland, Zweden en Nederland beschouwde meer dan 30% stress als een van de belangrijkste risico's. Stress kwam bij de als belangrijkste genoemde risicofactoren op de tweede plaats, na roken maar vóór een ongezonde voeding, overgewicht, te weinig lichaamsbeweging en overmatig alcoholgebruik (in die volgorde). Deze resultaten geven aan dat er onder de vrouwen in de EG nog veel onwetendheid heerst omtrent de voornaamste risicofactoren voor hartziekten. Hier zou in het kader van het volksgezondheidsbeleid iets aan kunnen worden gedaan.

5.6 Cerebrovasculaire aandoeningen (beroertes)

Een tweede belangrijke klasse van ziekten van de bloedsomloop zijn cerebrovasculaire aandoeningen (beroertes). Het risico dat vrouwen een beroerte krijgen neemt met de leeftijd toe, vooral boven de 65, wat deels komt doordat oudere vrouwen vaak een verhoogde bloeddruk hebben. Evenals bij ischemische hartziekten zijn de sterftecijfers voor beroertes bij vrouwen jonger dan 65 sinds 1970 sterk gedaald, namelijk met bijna 43%; het gemiddelde is nu 8,73 sterfgevallen per 100 000. Deze daling deed zich in alle Lid-Staten voor, het sterkst in Ierland met 69%, het minst in Luxemburg met 2% (zie **fig. 5.22**). De sterfte onder vrouwen jonger dan 65 jaar is het grootst in Portugal (18,42 per 100 000) en het kleinst in Frankrijk (5,80 per 100 000).

Zoals gezegd doet de meeste sterfte aan beroertes zich voor bij oudere vrouwen. Daardoor is de sterfte voor alle leeftijden tezamen veel hoger dan wat in **figuur 5.22** is aangegeven. In **figuur 5.23** is te zien dat de gemiddelde sterfte voor alle vrouwen in de EG 75,93 per 100 000 is. Dit varieert tussen 175,63 per 100 000 in Portugal en 44,11 per 100 000 in Frankrijk, waar de cijfers voor zowel ischemische hartziekten als cerebrovasculaire aandoeningen het laagst liggen. Net als bij de jongere vrouwen is de totale sterfte sinds 1970 gedaald, op EG-niveau met bijna 43%. Het sterftecijfer is echter gestegen in Luxemburg (10%) en Griekenland (1%). In de overige Lid-Staten deed zich een daling voor, liggend tussen 26% (Portugal) en 60% (Frankrijk).

De voornaamste risicofactor voor cerebrovasculaire aandoeningen is hoge bloeddruk. Andere risicofactoren zijn een eerder doorgemaakte hartziekte of beroerte, diabetes en overmatige alcoholconsumptie. Roken is ook met cerebrovasculaire aandoeningen in

verband gebracht, zij het in minder mate dan bij ischemische hartziekte het geval is[34]. Maar ook hier kan de sterfte onder vrouwen, met name vrouwen jonger dan 65, beperkt worden door een gezonde levensstijl en goede gezondheidszorg.

Referenties

1 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel. CEG. en Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M., Mossialos, E. (1995). Choices in Health Policy: Londen, Dartmouth.

2 Abel-Smith et al. (1995), ibid.

3 Eurostat (1995-a). *Women and men in the European Union: A Statistical Portrait*. Luxemburg, Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

4 Platts et al. (1992), "WHO/EURO multicentre study on parasuicide", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 97-104.

5 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994b), *Trends in Suicide Mortality in Denmark 1955-1991* (in het Deens), Kopenhagen, Denemarken.

6 Bille-Brahe, U. and G. Jessen (1994) "Suicide in Denmark, 1922-1991: The Choice of Method." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90(2) 91-96.

7 Weilandt, C. (1996), *German Report on Woman's Health*, Bonn: niet gepubliceerd.

8 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994-b), *Trends in Suicide Mortality in Denmark 1955-1991* (in het Deens), Kopenhagen, Denemarken.
Nordentoft, M., et al. (1993), "High mortality by natural and unnatural causes: A 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts". *British Medical Journal*, 306: 1637-41.
Fisher, N.J., Nielsen, P.K. (1993), "Death after previous self-inflicted poisonings. A ten-year study from an intensive care unit" (in het Deens), *Ugeskrift for Læger*, 155: 1857-61.

9 WHO (1996), gegevensbank Health for All, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO.

10 Eurostat (1995-a). *Women and men in the European Union: A Statistical Portrait*. Luxemburg, Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

11 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG.

12 Ibid.

13 *Scientific American* (96), Special Issue: "What you need to know about cancer", Vol. 275, No.3.

14 The National Women's Health Resource Center (1992), *National Women's Health Report*, New York: The National Women's Health Resource Center.

15 Zie b.v. Le, M.G., et al. (1984), "Alcoholic beverage consumption and breast cancer in a French case-control study," *Am J Epidemiol.*, 120:350-357; Rohan, T.E., McMichael, A.J. (1988), "Alcohol consumption and risk of breast cancer," *Int J Cancer*, 41:695-699; and Willett, W.C., et al (1987), "Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer," *N Engl J Med.*, 316:1174-1180.

16 Zie b.v. Kliewer E.V., Smith K.R (1995). "Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada". *Journal of the National Cancer Institute* 87(15): 1154-1161.

17 CancerNet van het National Cancer Institute (1996a). *Screening for cervical cancer*, 208/04728.

18 Vioque, J., Feenollar J. (1995) "The distribution of mortality by cervical cancer in Spain from 1981 to 1986. An ecological study," *Medicina Clinica*; 104 (8): 287-92.

19 CancerNet van het National Cancer Institute (1996b). *Prevention of cervical cancer*,208/04734.

20 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994a), *Lifetime in Denmark*, Kopenhagen, Denemarken.

21 Burdorf, A. Swuste, P. Maas, P.w.d (1998), "Asbest en gezondheid: van patiëntbespreking naar erkenning van beroepsziekten in Nederland", Ned Tijdschr Geneeskunde, 132:2167-77.

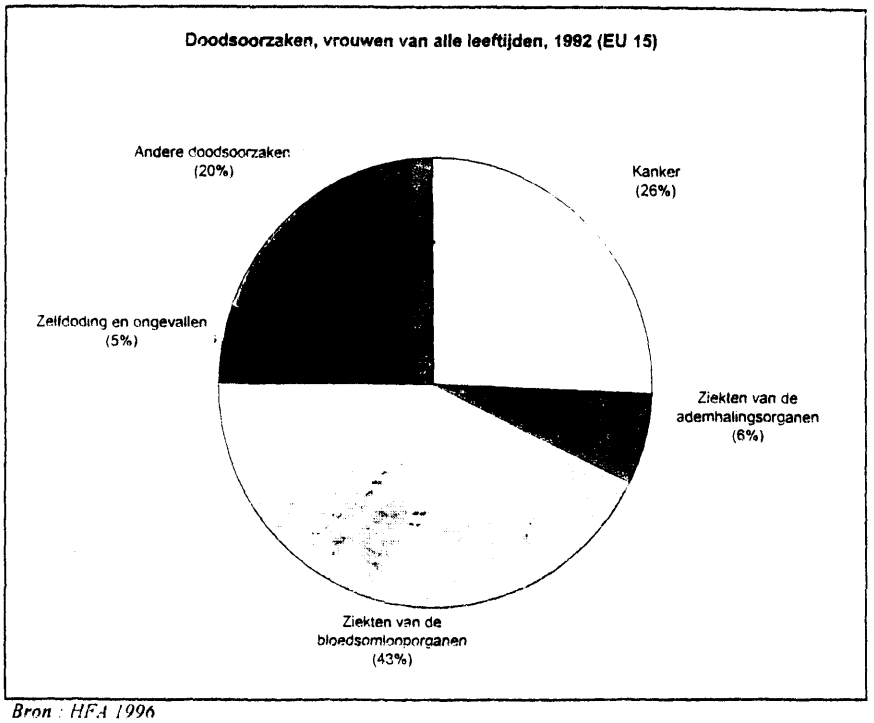
22 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994c): *Cancer Trends and Cancer Mortality* (in het Deens), Kopenhagen, Denemarken.
Schaapveld, K., Hirasing, R.A. (1993), *Preventiegids*, Assen/Maastricht: Van Gorcum.

23 G.D. and A.N. Phillips (1996), "Passive smoking and Health: Should we believe Philip Morris's 'experts'?" *BMJ*; 313: 929-33. Zie ook: Europese werkgroep (1996): *Environmental tobacco smoke and lung cancer risk: an evaluation of the risk*. Trondheim: Europese werkgroep.

Law, M.R., Hackshaw, A.K. (1996), "Environmental Tobacco Smoke". *Br Med Bull*; 52: 22-34.
Lee, PN (1992). *Environmental tobacco smoke and mortality*. Bask: Karger.
24 Hein, Suadicani, and Gyntelberg (1992): "Lung Cancer Risk and Social Class." *Danish Medical Bulletin*, 39:173-6.
25 Hall, E.M., Johnson, J.V., Tsou, T. (1993), "Women, Occupation, and Risk of Cardiovascular Morbidity and Mortality," *Occupational Medicine*, Vol. 8, No. 4, 709-719.
26 Sytkowski, P.A., Kunnel, W.B., D'Agostino, R.B. (1990), "Changes in risk factors and the decline in mortality from cardiovascular disease," *N Eng J Med*; 322: 1635-41.
27 Tunstall-Pedoe, H. et al. (1994). "Myocardial Infarction and Coronary Deaths in the WHO MONICA Project", *Circulation*, 90: 583-612.
28 British Heart Foundation (1996), persoonlijke mededeling.
29 Salonen, J.T., et al. (1992), "High Stored iron are associated with excess risk of myocardial infarction in eastern Finnish men," *Circulation*, 86:803-811.
30 Fiebach, N.H., Viscoli, M., Horwitz, R.I. (1990), "Differences between Women and Men in Survival after Myocardial Infarction: Biology or Methodology?" *JAMA*, Vol. 263, No. 8, 1092-1096.
31 Khan, S. et al. (1990), "Increased Mortality of Women in Coronary Artery Bypass Surgery: Evidence for Referral Bias", *Annals of Internal Medicine*, 112: 561-567.
32 Lerner, D.J., Kannel, W.B. (1986), "Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A 26-year follow-up of the Framingham population," *American Heart Journal*, Vol.111, No.2, 383-390.
33 Davey-Smith, G., Blane, D., and M. Bartley (1994), "Explanations for Socio-economic differentials in mortality. Evidence from Britain and elsewhere," *European Journal of Public Health*, 4:131-144.
34 Donaldson, R.J. and Donaldson, L.J. (1993), *Essential Public Health Medicine*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

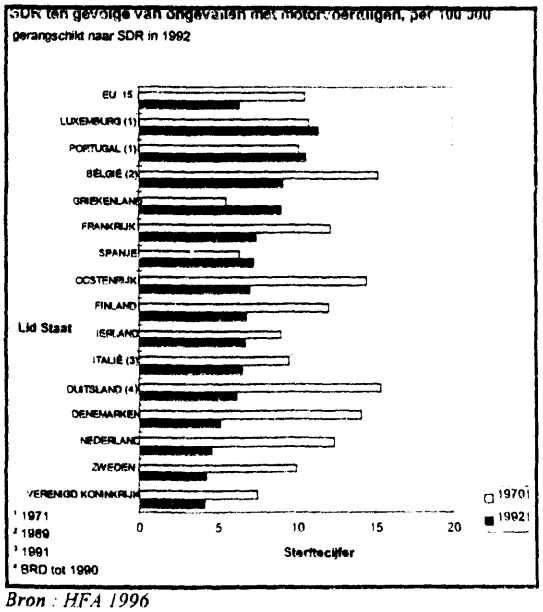
[figuren en tabellen]

Figuur 5.1
Voornaamste doodsoorzaken (1992)
Alle vrouwen, UE (15)



Bron : HFA 1996

Figuur 5.2
Sterfte als gevolg van ongevallen met motorvoertuigen (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

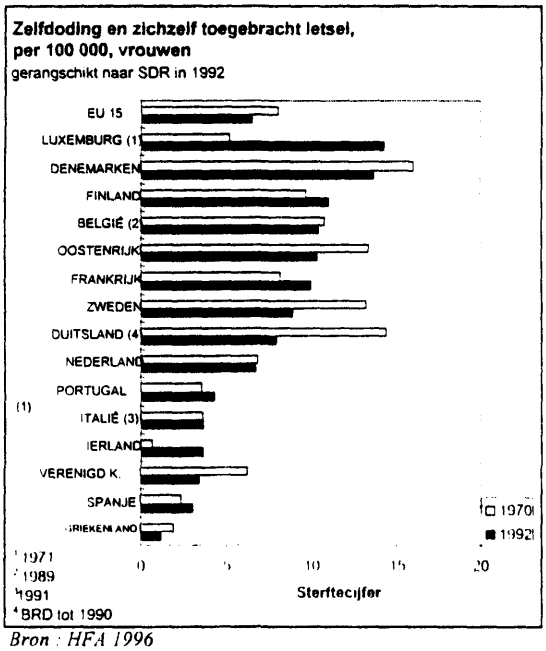
SDR ten gevolge van ongevallen met motorvoertuigen, per 100 000 Vrouwen

Lid Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU 15	6.42	-39.55
LUXEMBURG[1]	11.39	5.37
PORTUGAL[1]	10.60	4.43
BELGIË [2]	9.14	-39.87
GRIEKENLAND	9.05	61.61
FRANKRIJK	7.45	-38.86
SPANJE	7.30	13.85
OOSTENRIJK	7.04	-51.52
FINLAND	6.82	-43.59
IERLAND	6.79	-24.97
ITALIË	6.51	-31.97
DUITSLAND	6.19	-59.65
DENEMARKEN	5.12	-63.79
NEDERLAND	4.57	-63.12
SWEDEN	4.28	-57.07
VERENIGD KONINKRIJK	4.14	-44.95

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.3
Sterfte door zelfdoding en zichzelf toegebracht letsel (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

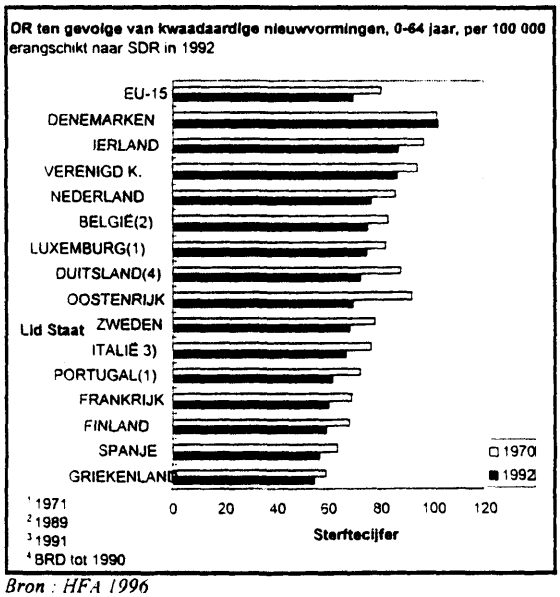
Zelfdoding en zichzelf toegebracht letsel,
per 100 000, vrouwen

Lid Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU 15	8.24	-24.27
LUXEMBURG [1]	14.30	179.30
DENEMARKEN	13.67	-14.62
FINLAND	11.00	13.05
BELGIË [2]	10.46	-3.33
OOSTENRIJK	10.39	-22.23
FRANKRIJK	10.01	22.22
ZWEDEN	8.90	-32.78
DUITSLAND [4]	7.96	-44.84
NEDERLAND	6.72	-1.47
PORTUGAL [1]	4.23	20.17
ITALIË [3]	3.63	1.68
IERLAND	3.61	464.06
VERENIGD K.	3.36	-46.41
SPANJE	2.99	26.69
GRIEKENLAND	1.21	-36.32

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.4
Kankersterfte (1992)
Vrouwen van 0-64 jaar, EU 15



Bron : HFA 1996

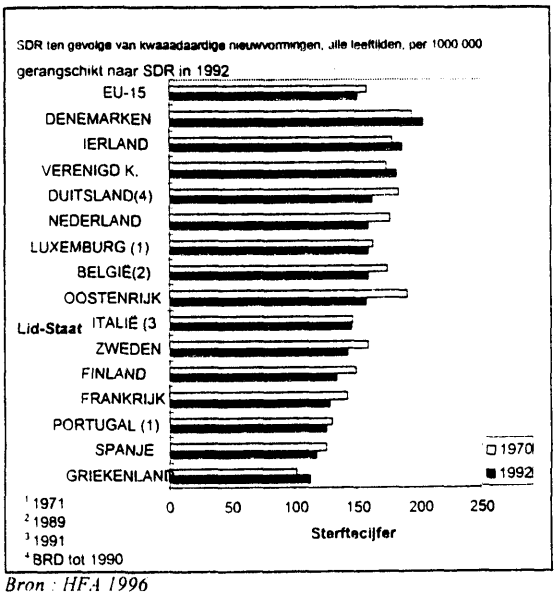
SDR ten gevolge van kwaadaardige nieuwvormingen, 0-64 jaar,
per 100 000

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	69.74	-13.02
DENEMARKEN	102.23	0.28
IERLAND	86.98	-9.87
VERENIGD K.	86.23	-8.74
NEDERLAND	76.50	-10.88
BELGIË [2]	75.06	-9.64
LUXEMBURG [1]	74.66	-9.19
DUITSLAND	72.58	-17.34
OOSTENRIJK	69.52	-24.34
ZWEDEN	68.27	-12.27
ITALIË [3]	66.90	-12.63
PORTUGAL [1]	61.48	-15.01
FRANKRIJK	60.04	-13.27
FINLAND	59.19	-13.46
SPANJE	56.36	-11.22
GRIEKENLAND	54.77	-7.51

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.5
Kankersterfte (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

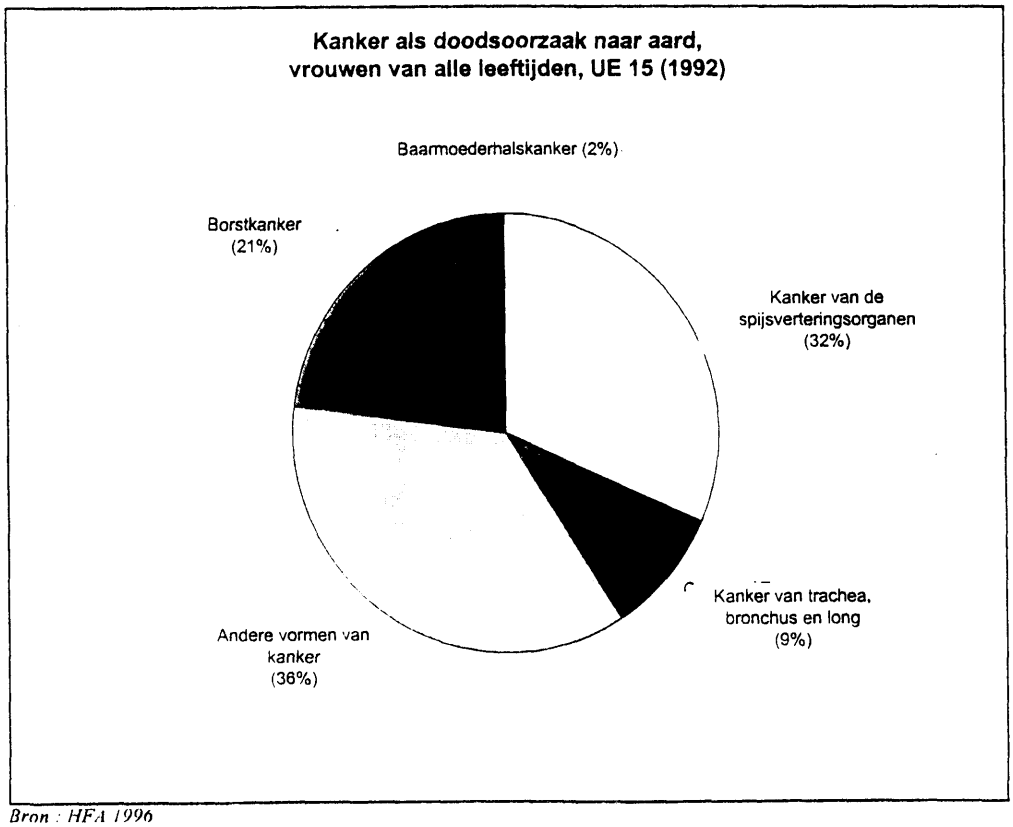
DR ten gevolge van kwaaadaardige neuwvormingen, alle leeftijden, per 1000 000
gerangschikt naar SDR in 1992

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	**150.30**	**-5.05**
DENEMARKEN	203.73	4.57
IERLAND	186.53	4.39
VERENIGD K.	182.37	4.66
DUITSLAND	162.43	-11.87
NEDERLAND	159.99	-9.69
LUXEMBURG [1]	159.86	-1.93
BELGIË [2]	159.80	-8.65
OOSTENRIJK	157.23	-17.36
ITALIË	145.93	-0.67
ZWEDEN	143.04	-10.24
FINLAND	134.66	-9.95
FRANKRIJK	128.78	-9.65
PORTUGAL [1]	125.57	-3.54
SPANJE	117.42	-6.76
GRIEKENLAND	112.60	9.94

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

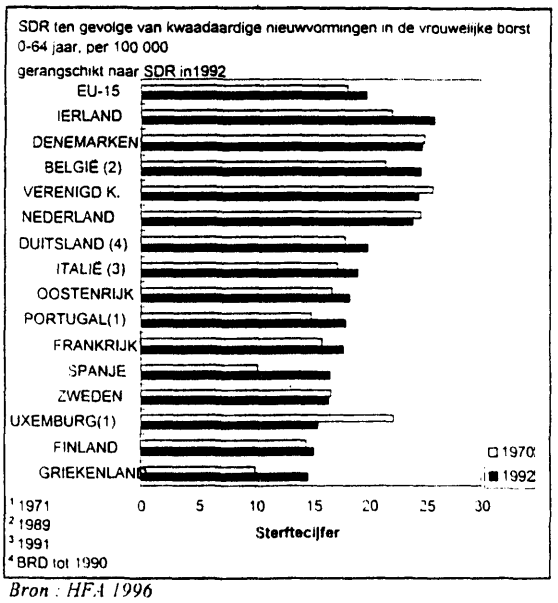
Bron : HFA 1996

Figuur 5.6
Kankersterfte onder vrouwen (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

Figuur 5.7
Sterfte aan borstkanker (1992)
Vrouwen van 0-64 jaar, EU 15



Bron : HFA 1996

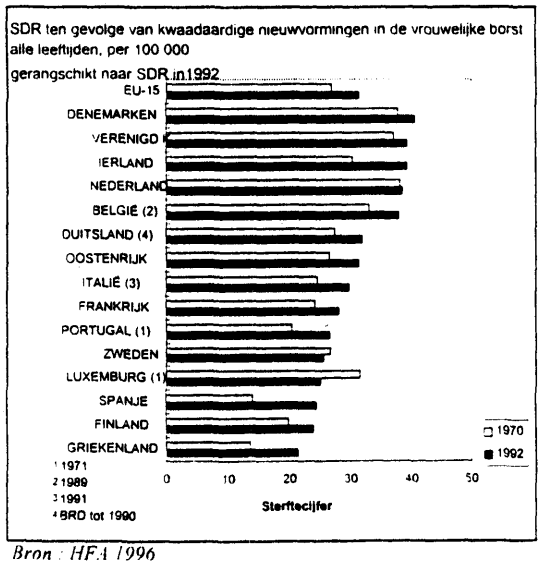
SDR ten gevolge van kwaadaardige nieuwvormingen in de vrouwelijke borst
0-64 jaar, per 100 000

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	**19.80**	**9.27**
IERLAND	25.80	17.22
DENEMARKEN	24.77	-0.84
BELGIË [2]	24.63	14.77
VERENIGD K.	24.36	-5.18
NEDERLAND	23.86	-3.28
DUITSLAND	19.89	10.81
ITALIË	19.06	10.62
OOSTENRIJK	18.31	9.12
PORTUGAL[1]	17.96	20.05
FRANKRIJK	17.75	11.57
SPANJE	16.60	62.11
ZWEDEN	16.43	-1.56
LUXEMBURG [1]	15.46	-30.30
FINLAND	15.12	4.49
GRIEKENLAND	14.58	45.07

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.8
Sterfte aan borstkanker (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

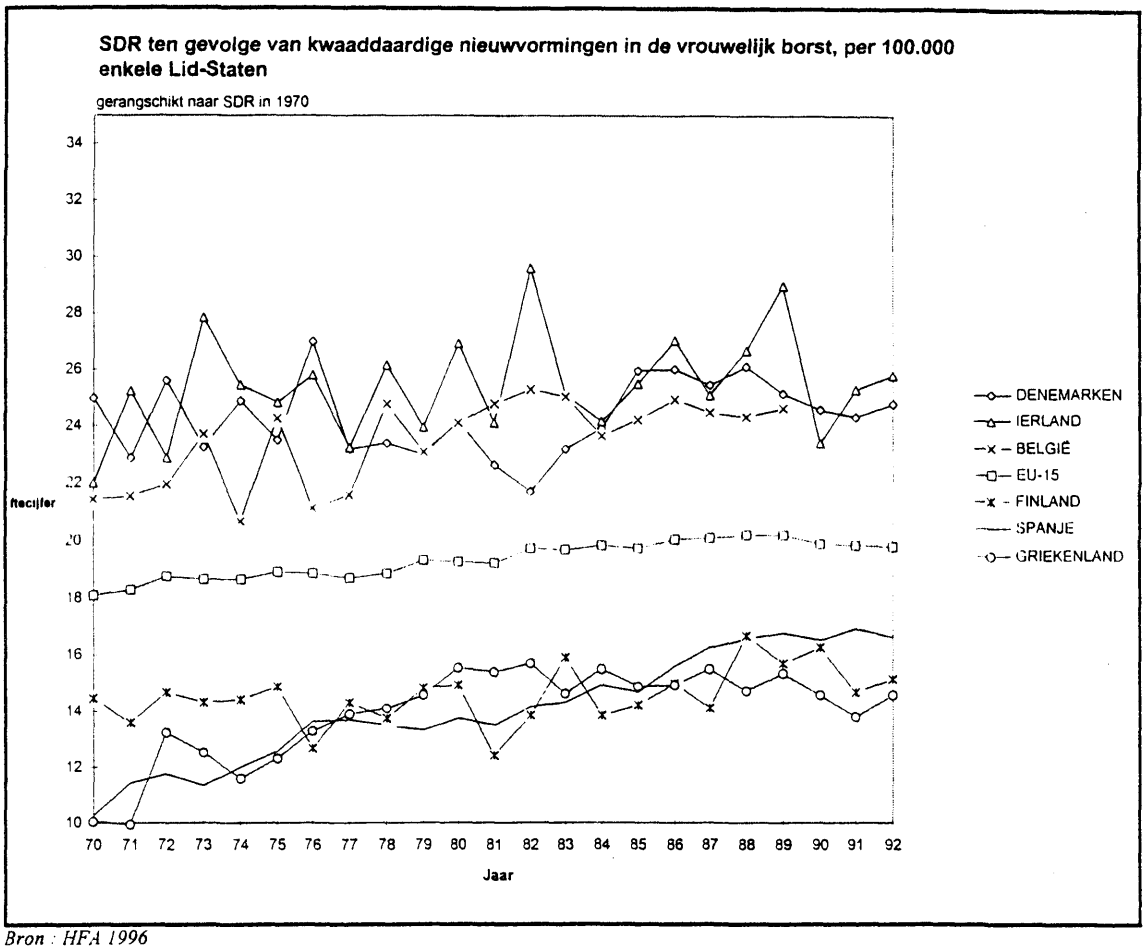
SDR ten gevolge van kwaadaardige nieuwvormingen in de vrouwelijke borst alle leeftijden, per 100 000

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	**31.25**	**16.26**
DENEMARKEN	40.56	6.79
VERENIGD K.	39.23	5.80
IERLAND	39.17	28.55
NEDERLAND	38.47	1.16
BELGIË [2]	37.93	14.80
DUITSLAND	31.87	15.64
OOSTENRIJK	31.29	17.94
ITALIË	29.83	21.01
FRANKRIJK	28.11	15.66
PORTUGAL	26.57	29.80
ZWEDEN	25.66	-4.07
LUXEMBURG [1]	24.99	-20.74
SPANJE	24.40	73.67
FINLAND	23.82	20.55
GRIEKENLAND	21.22	56.88

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

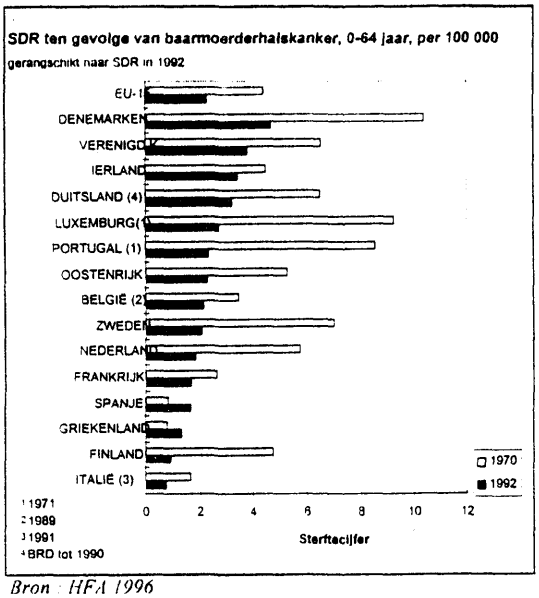
Bron : HFA 1996

Figuur 5.9
Sterfte aan borstkanker (1992)
Alle vrouwen, 1970-1992, EU 15



Bron : HFA 1996

Figuur 5.10
Sterfte aan baarmoederhalskanker (1992)
Vrouwen van 0-64 jaar, EU 15



Bron : HFA 1996

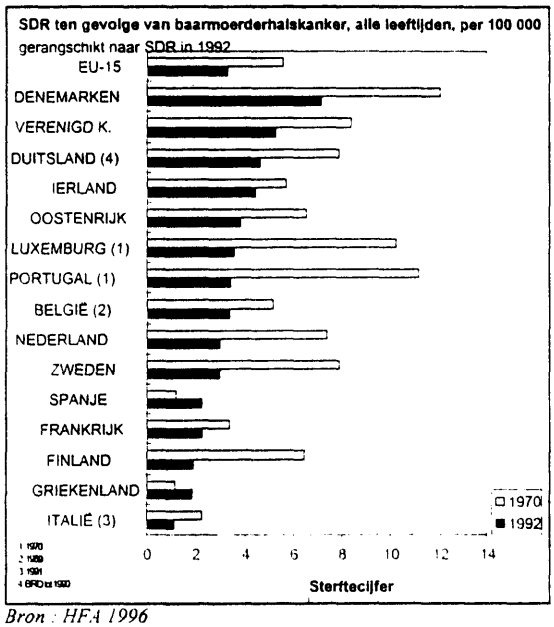
SDR ten gevolge van baarmoederhalskanker, 0-64 jaar, per 100 000

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	2.28	-47.71
DENEMARKEN	4.64	-55.34
VERENIGD K.	3.78	-42.02
IERLAND	3.41	-23.88
DUITSLAND [4]	3.20	-50.54
LUXEMBURG [1]	2.71	-70.61
PORTUGAL [1]	2.30	-73.10
OOSTENRIJK	2.26	-56.87
BELGIË [2]	2.14	-37.97
ZWEDEN	2.05	-70.80
NEDERLAND	1.84	-67.83
FRANKRIJK	1.67	-36.26
SPANJE	1.66	95.29
GRIEKENLAND	1.31	61.73
FINLAND	0.90	-81.05
ITALIË [3]	0.75	-55.36

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.11
Sterfte aan baarmoederhalskanker (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

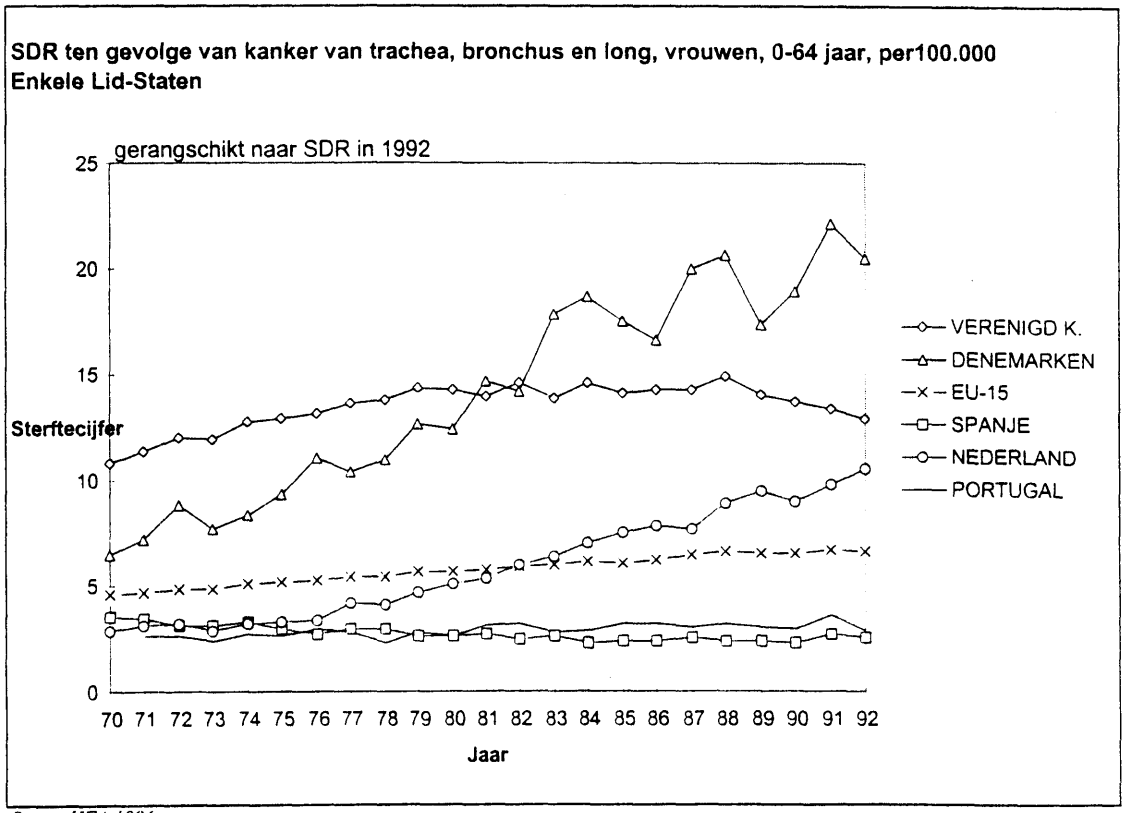
SDR ten gevolge van baarmoederhalskanker, 0-64 jaar, per 100 000

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	3.28	-40.79
DENEMARKEN	7.13	-40.88
VERENIGD K.	5.26	-37.38
DUITSLAND	4.62	-41.44
IERLAND	4.43	-22.42
OOSTENRIJK	3.82	-41.68
LUXEMBURG [1]	3.59	-64.98
PORTUGAL [1]	3.42	-69.38
BELGIË [2]	3.36	-35.14
ZWEDEN	2.98	-62.28
NEDERLAND	2.98	-59.73
SPANJE	2.24	98.24
FRANKRIJK	2.23	-34.22
FINLAND	1.88	-70.76
GRIEKENLAND	1.86	66.07
ITALIË [3]	1.11	-49.77

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

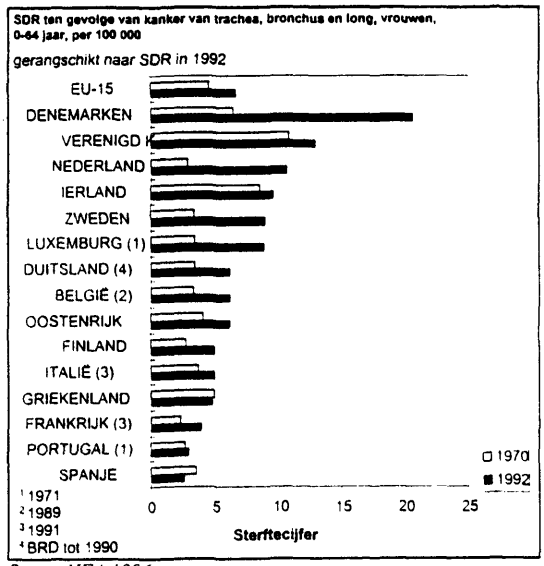
Bron : HFA 1996

Figuur 5.12
Sterfte aan kanker van de ademhalingsorganen (1970-1992)
Vrouwen van 0-64 jaar, EU 15



Bron : HFA 1996

Figuur 5.13
Sterfte aan kanker van de ademhalingsorganen (1992)
Vrouwen van 0-64 jaar, EU 15



Bron : HFA 1996

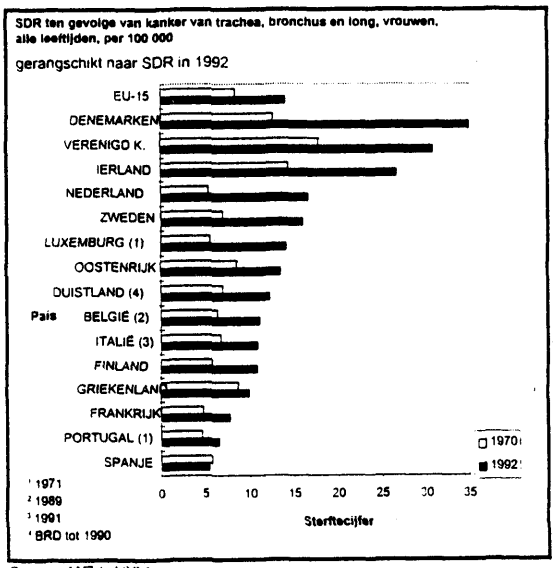
SDR ten gevolge van kanker van trachea, bronchus en long, vrouwen, 0-64 jaar, per 100 000

Lid Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	6.63	44.76
DENEMARKEN	20.52	218.63
VERENIGD K.	12.91	19.43
NEDERLAND	10.56	269.23
IERLAND	9.55	12.49
ZWEDEN	8.92	163.13
LUXEMBURG [1]	8.78	155.96
DUITSLAND [4]	6.20	80.23
BELGIË [2]	6.15	86.93
OOSTENRIJK	6.13	49.51
FINLAND	4.91	78.55
ITALIË [3]	4.90	33.15
GRIEKENLAND	4.69	-5.06
FRANKRIJK	4.06	80.44
PORTUGAL [1]	2.89	10.31
SPANJE	2.52	-28.00

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.14
Sterfte aan kanker van de ademhalingsorganen (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

SDR ten gevolge van kanker van trachea, bronchus en long, vrouwen, alle leeftijden, per 100 000

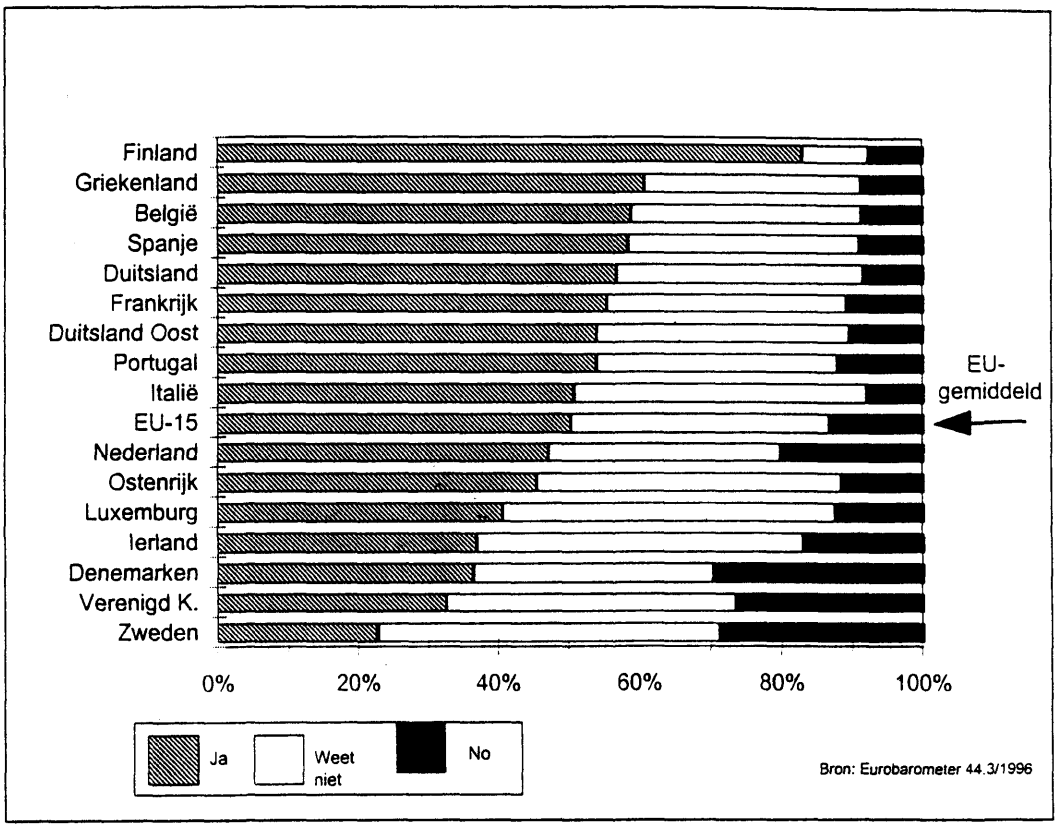
Lid Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU 15	14.05	67.86
DENAMARKEN	34.88	175.30
VERENIGD K.	30.89	73.15
IERLAND	26.60	85.24
NEDERLAND	16.62	207.21
ZWEDEN	15.94	126.74
LUXEMBURG [1]	14.11	156.08
OOSTENRIJK	13.55	57.56
DUISTLAND	12.28	74.43
BELGIË [2]	11.15	73.68
ITALIË [3]	10.89	61.57
FINLAND	10.88	90.54
GRIEKENLAND	10.06	15.77
FRANKRIJK	7.80	62.16
PORTUGAL [1]	6.44	39.09
SPANJE	5.40	-6.74

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.15

Denkbeelden over bij welk geslacht meer longkanker voorkomt
Alle vrouwen, EU 15 (1996)



Tabel 5.1

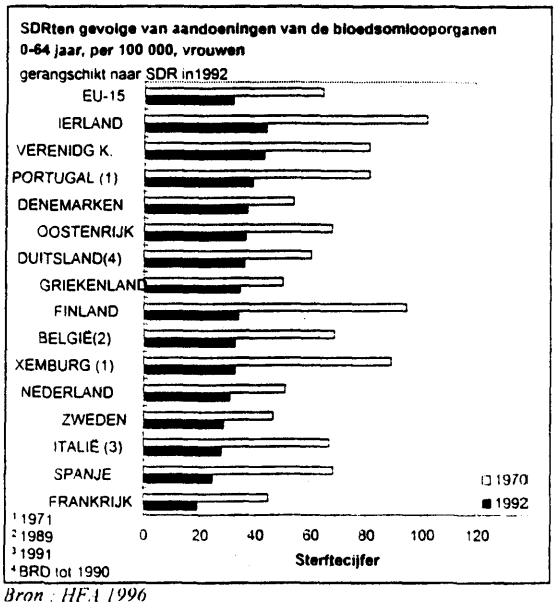
Denkbeelden over bij welk geslacht meer longkanker voorkomt
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	Ja %	Nee %	Weet niet %
Finland	82,9	7,8	9,3
Griekenland	60,7	8,9	30,4
België	58,8	8,8	32,4
Spanje	58,3	9,1	32,6
Duitsland West	56,8	8,6	34,7
Frankrijk	55,4	11,0	33,6
Duitsland Oost	54,0	10,5	35,5
Portugal	53,9	12,2	33,9
Italië	50,7	8,1	41,2
EU-15	**50,3**	**13,4**	**36,3**
Nederland	47,1	20,3	32,6
Oostenrijk	45,4	11,7	42,9
Luxemburg	40,6	12,6	46,8
Ierland	36,8	17,1	46,1
Denemarken	36,3	29,8	33,9
Verenigd Koninkrijk	32,5	26,6	40,8
Zweden	22,6	28,9	48,5

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 5.16

Sterfte door aandoeningen van de bloedsom looporganen (1992)
Vrouwen van 0-64 jaar, EU 15



Bron : HFA 1996

SDRten gevolge van aandoeningen van de bloedsomlooporganen
0-64 jaar, per 100 000, vrouwen

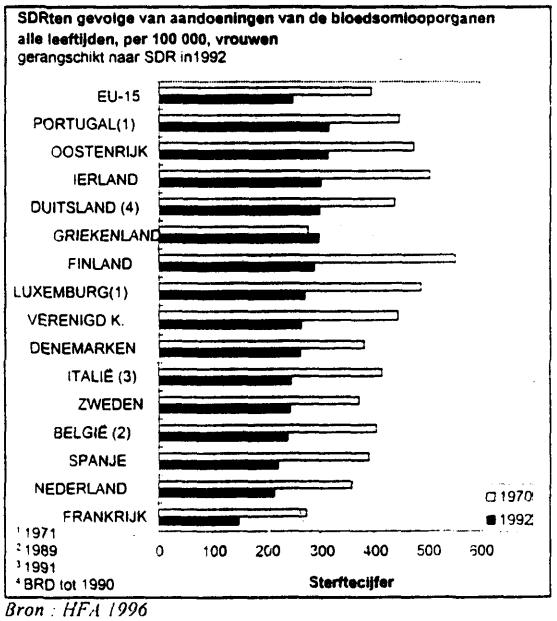
Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	31.56	-51.01
IERLAND	43.81	-57.12
VERENIGD K.	42.96	-47.23
PORTUGAL[1]	39.30	-51.70
DENEMARKEN	36.80	-31.62
OOSTENRIJK	36.65	-45.97
DUITSLAND	36.06	-40.25
GRIEKENLAND	34.16	-31.67
FINLAND	33.73	-64.47
BELGIË [2]	32.71	-52.37
LUXEMBURG [1]	32.43	-63.66
NEDERLAND	30.89	-39.35
ZWEDEN	28.85	-37.76
ITALIË[3]	27.63	-58.76
SPANJE	24.76	-63.72
FRANKRIJK	19.01	-57.71

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.17

Sterfte door aandoeningen van de bloedsom looporganen (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

SDRten gevolge van aandoeningen van de bloedsomlooporganen
alle leeftijden, per 100 000, vrouwen

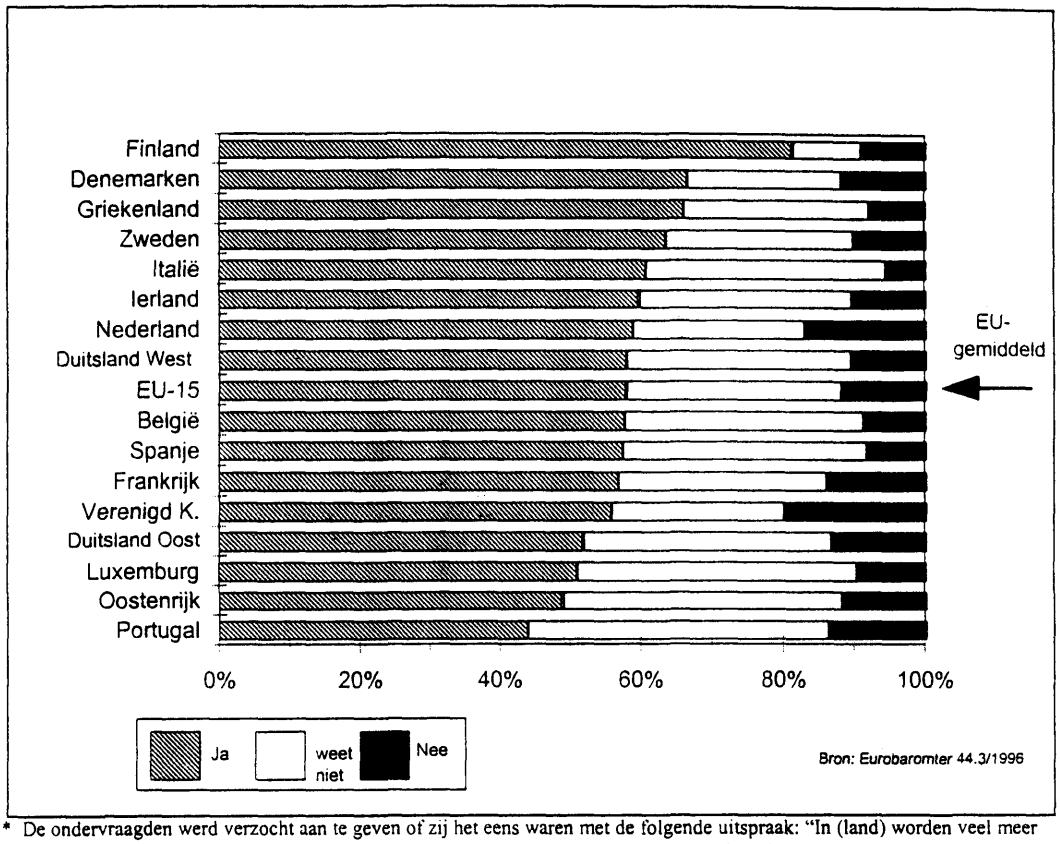
Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	248.44	-37.35
PORTUGAL[1]	316.53	-29.56
OOSTENRIJK	315.53	-33.79
IERLAND	301.78	-40.35
GRIEKENLAND	299.59	7.54
FINLAND	289.50	-47.79
DUITSLAND	299.71	-31.60
LUXEMBURG [1]	271.81	-44.52
VERENIGD K.	265.77	-40.52
DENEMARKEN	263.09	-31.37
ITALIË[3]	247.74	-40.56
ZWEDEN	243.67	-34.91
BELGIË [2]	239.31	-40.81
SPANJE	221.80	-43.28
NEDERLAND	214.23	-40.42
FRANKRIJK	150.55	-45.63

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.18

Denkbeelden over bij welk geslacht meer hartziekten voorkomen*
Alle vrouwen, EU 15 (1996)



* De ondervraagden werd verzocht aan te geven of zij het eens waren met de folgende uitspraak: "In (land) worden veel meer mannen dan vrouwen door hartziekten getroffen". Het antwoord ja betekent dat zij het hiermee eens waren, nee oneens.

Tabel 5.2

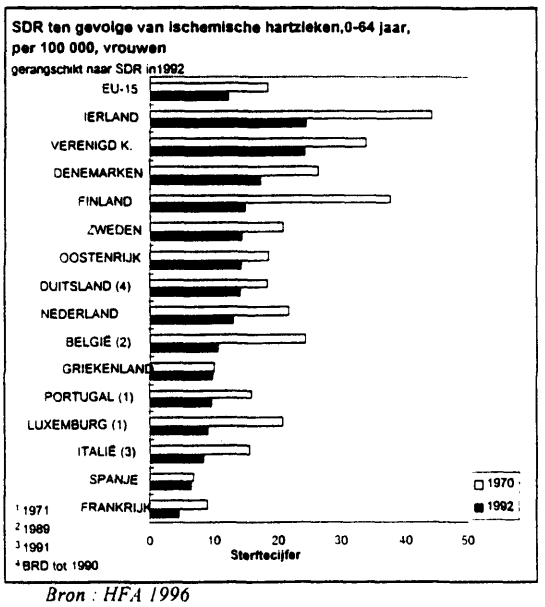
Denkbeelden over bij welk geslacht meer hartziekten voorkomen*
Alle vrouwen, EU 15 (1996)

	Ja %	Nee %	Weet niet %
Finland	81,2	9,1	9,7
Denemarken	66,5	11,9	21,6
Griekenland	66,1	7,9	26,0
Zweden	63,5	10,2	26,3
Italië	60,7	5,6	33,6
Ierland	59,6	10,4	29,9
Nederland	58,8	17,1	24,0
Duitsland West	57,9	10,6	31,5
EU-15	**57,8**	**11,9**	**30,2**
België	57,7	8,8	33,5
Spanje	57,5	8,3	34,2
Frankrijk	56,8	14,0	29,2
Verenigds K.	55,8	20,0	24,2
Duitsland Oost	51,8	13,3	34,9
Luxemburg	51,0	9,7	39,4
Oostenrijk	48,8	11,9	39,4
Portugal	43,8	13,8	42,4

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

* De ondervraagden werd verzocht aan te geven of zij het eens waren met de folgende uitspraak: "In (land) worden veel meer mannen dan vrouwen door hartziekten getroffen". Het antwoord ja betekent dat zij het hiermee eens waren, nee oneens.

Figuur 5.19
Sterfte aan ischemische hartziekten (1992)
Vrouwen van 0-64 jaar, EU 15



Bron : HFA 1996

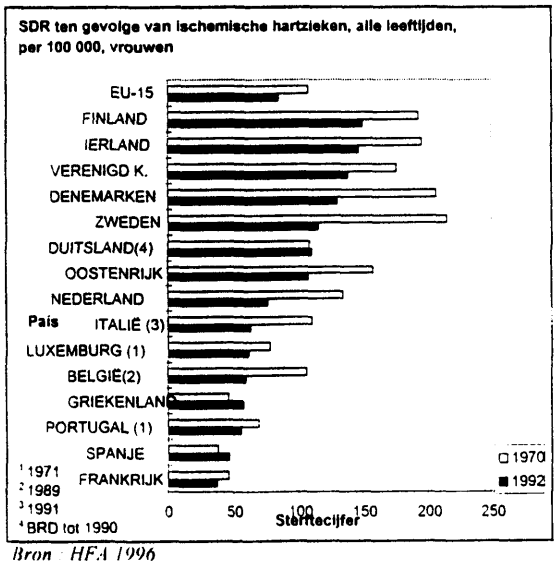
SDR ten gevolge van ischemische hartziekten,0-64 jaar,
per 100 000, vrouwen

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	12.14	-34.06
IERLAND	24.31	-45.09
VERENIGD K.	24.12	-28.95
DENEMARKEN	17.30	-34.44
FINLAND	14.77	-60.76
ZWEDEN	14.20	-31.57
OOSTENRIJK	14.16	-23.34
DUITSLAND	13.96	-25.39
NEDERLAND	12.85	-40.67
BELGIË [2]	10.50	-56.91
GRIEKENLAND	9.71	-2.31
PORTUGAL [1]	9.56	-39.91
LUXEMBURG [1]	9.05	-56.47
ITALIË [3]	8.21	-47.17
SPANJE	6.42	-5.87
FRANKRIJK	4.51	-49.83

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.20
Sterfte aan ischemische hartziekten (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

SDR ten gevolge van ischemische hartzieken, alle leeftijden
per 100 000, vrouwen

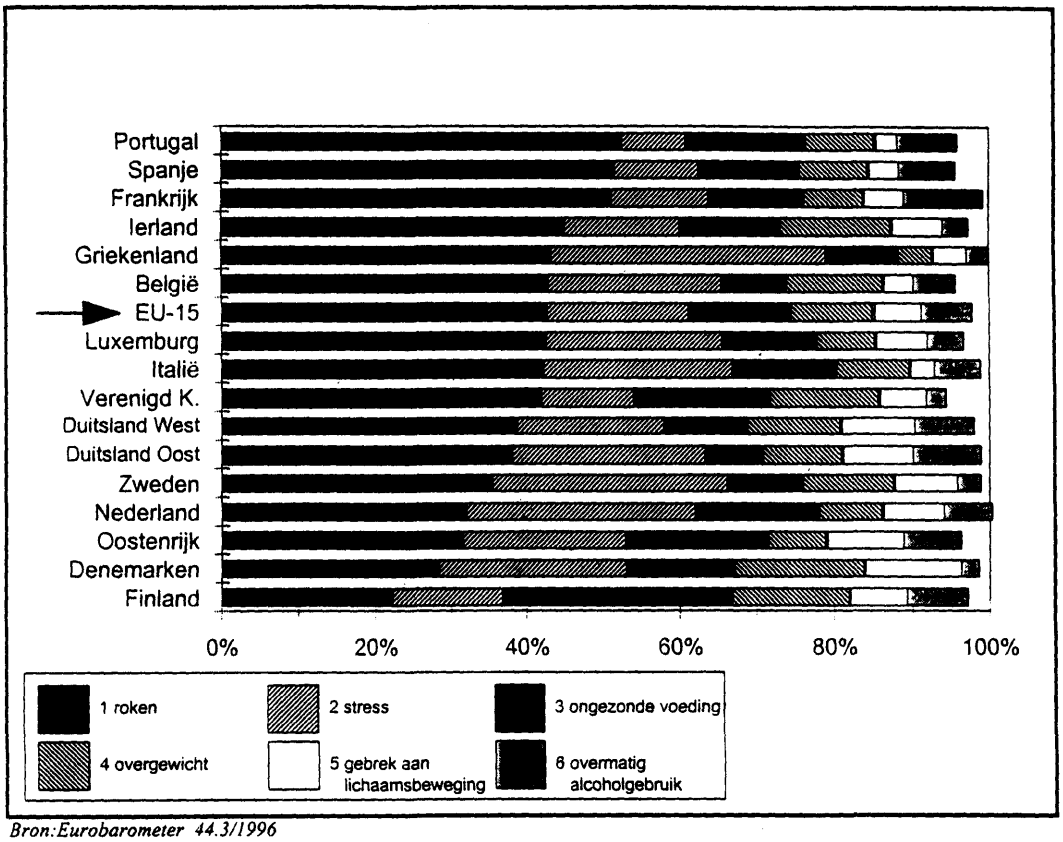
Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	84.75	-21.52
FINLAND	149.75	-22.34
IERLAND	147.19	-24.57
VERENIGD K.	138.76	-21.14
DENEMARKEN	130.00	-37.00
ZWEDEN	115.33	-46.34
DUITSLAND	110.41	1.18
OOSTENRIJK	108.26	-31.62
NEDERLAND	76.36	-43.38
ITALIË	62.79	-43.38
LUXEMBURG [1]	61.49	-21.52
BELGIË [2]	59.44	-44.26
GRIEKENLAND	57.62	24.91
PORTUGAL [1]	56.08	-20.01
SPANJE	46.67	22.01
FRANKRIJK	36.94	-20.71

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.21

Denkbeelden over de belangrijkste risicofactoren voor hartziekten (1996)*
Alle vrouwen, EU 15



Bron:Eurobarometer 44.3/1996

* De ondervraagden werd verzocht aan te geven wat volgens hen de belangrijkste en de op één na belangrijkste risikofactor voor hartziekten waren.

Tabel 5.3

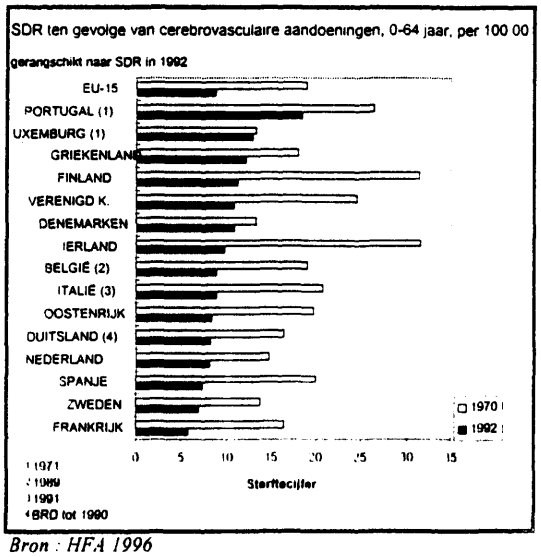
Denkbeelden over de belangrijkste risicofactoren voor hartziekten (1996)*
Alle vrouwen, EU 15

	roken	ongezonde voeding	gebrek aan voeding	overmatig alcoholgebruik	stress	overgewicht	ns/nc
	%	%	%	%	%	%	%
Portugal	52,5	15,6	3,0	7,6	8,3	8,7	4,3
Spanje	51,5	13,1	4,1	7,1	11,0	8,7	4,4
Frankrijk	51,2	12,4	5,2	10	12,6	7,6	1,0
Ierland	45,1	13,0	6,7	3,0	15,0	14,2	3,1
Griekenland	43,3	9,3	4,4	2,6	35,7	4,4	4,0
België	42,9	8,4	4,0	5,2	22,6	12,3	4,6
EU 15	**42,7**	**13,3**	**6,3**	**6,3**	**18.5**	**10.4**	**2,8**
Luxemburg	42,6	12,3	6,8	4,5	22,9	7,4	3,5
Italië	42,3	13,4	3,3	5,6	24,6	9,3	1,4
Verenigd Koninkrijk	41,9	17,6	6,2	2,4	12,1	14,0	5,7
Duitsland West	38,7	10,9	9,6	7,4	19,2	11,9	2,3
Duitsland Oost	38,1	7,5	9,2	8,5	25,2	10,1	1,5
Zweden	35,5	9,8	8,2	2,8	30,7	11,6	1,6
Nederland	32,4	16,9	8,4	7,0	30,9	9,1	1,5
Oostenrijk	31,6	18,6	10,1	7,1	21,3	7,3	4,1
Denemarken	28,4	14,1	12,5	2	24,6	16,7	1,8
Finland	22,3	30,0	7,4	7,6	14,5	15,1	3,0

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

* De ondervraagden werd verzocht aan te geven wat volgens hen de belangrijkste en de op één na belangrijkste risikofactor voor hartziekten waren.

Figuur 5.22
Sterfte aan cerebrovasculaire aandoeningen (1992)
Vrouwen van 0-64 jaar, EU 15



Bron : HFA 1996

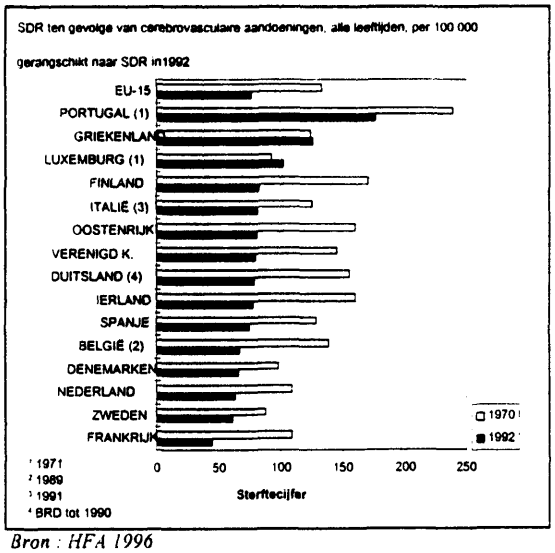
SDR ten gevolge van cerebrovasculaire aandoeningen, 0-64 jaar, per 100 000

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	8.73	-54.05
PORTUGAL [1]	18.42	-30.25
LUXEMBURG [1]	12.98	-2.41
GRIEKENLAND	12.12	-32.85
FINLAND	11.29	-64.11
VERENIGD K.	10.88	-55.70
DENEMARKEN	10.82	-18.65
IERLAND	9.77	-69.08
BELGIË [2]	8.92	-53.22
ITALIË [3]	8.88	-57.14
OOSTENRIJK	8.41	-57.22
DUITSLAND [4]	8.17	-50.24
NEDERLAND	8.08	-45.41
SPANJE	7.30	-63.37
ZWEDEN	6.97	-49.82
FRANKRIJK	5.80	-64.81

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

Figuur 5.23
Sterfte aan cerebrovasculaire aandoeningen (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron : HFA 1996

DR ten gevolge van cerebrovasculaire aandoeningen, alle leeftijden, per 100 000

Lid-Staat	1992	% verandering sinds 1970
EU-15	75.93	-42.94
PORTUGAL [1]	175.63	-26.34
GRIEKENLAND	125.75	1.35
LUXEMBURG [1]	101.82	9.85
FINLAND	82.71	-51.54
ITALIË [3]	81.27	-35.24
OOSTENRIJK	80.33	-49.92
VERENIGD K.	79.53	-45.16
DUITSLAND	78.80	-49.33
IERLAND	77.96	-51.26
SPANJE	75.25	-41.39
BELGIË [2]	66.46	-52.30
DENEMARKEN	65.41	-33.57
NEDERLAND	62.75	-42.36
ZWEDEN	61.34	-30.30
FRANKRIJK	44.11	-59.68

[1] 1971
[2] 1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron : HFA 1996

6. DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSBEVORDERING

De belangrijkste doodsoorzaken bij vrouwen zijn in het vorige hoofdstuk behandeld. In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de voornaamste determinanten voor de ziekten waardoor vrouwen worden getroffen, waaronder risicofactoren als roken, drinken, voeding en gewicht alsmede gebrek aan lichaamsbeweging. Ook worden activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering en ziektepreventie besproken, zoals kanker-screeningsprogramma's.

6.1 Roken

Roken is een van de voornaamste oorzaken van ziekte en sterfte in de Gemeenschap[1]. Het is de belangrijkste oorzakelijke factor bij naar schatting 30% van de kankergevallen[2], waaronder longkanker (naar schatting voor 85% door roken veroorzaakt), kanker van de mondholte (lippen, mond, tong, keel), kanker van het strottenhoofd, de keelholte, slokdarm, blaas en nieren. Ziekten van de ademhalingsorganen, zoals chronische bronchitis, emfyseem en astma, zijn ook toe te schrijven aan en/of worden verergerd door roken. Verder speelt roken een grote rol bij het ontstaan van hart- en vaatziekten: bij rokers is het risico van ischemische hartziekten ongeveer tweemaal zo groot als bij niet-rokers[3]. Ook passief roken wordt als risicofactor voor een aantal ziekten aangemerkt, in het bijzonder longkanker.

Naast de algemene risico's van roken worden rokende vrouwen geconfronteerd met een aantal bijkomende, seksespecifieke risico's: roken kan de hormoonbalans beïnvloeden. Het kan namelijk leiden tot een verminderde vruchtbaarheid[4 5] en een vervroegde menopauze. Verder draagt roken bij aan de onttrekking van calcium en daardoor aan osteoporose bij postmenopauzale vrouwen. In combinatie met pilgebruik kan roken ook het risico van hart- en vaatziekten aanmerkelijk vergroten[6]. Roken tijdens de zwangerschap is geassocieerd met een verhoogde kans op een miskraam, complicaties (bloedingen, placenta praevia), doodgeboorte, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en neonatale sterfte. Ook verhoogt roken het risico op wiegedood en wordt het geassocieerd met een aantal andere langetermijngevolgen voor het nageslacht (b.v. verminderde longcapaciteit, verhoogde vatbaarheid voor infecties)[7].

Van oudsher roken meer mannen dan vrouwen. Het percentage rokende mannen in de EG (43%) was altijd hoger dan het percentage vrouwen die roken (28%)[8]. Doordat echter nu meer mannen met roken stoppen en de verhouding bij het beginnen met roken ook is verschoven, is het verschil tussen de geslachten in een aantal Lid-Staten kleiner geworden (b.v. in Finland, Nederland, Spanje, Duitsland, Portugal, Italië en Denemarken)[9] en als dit zo doorgaat zullen er over een paar jaar meer vrouwen dan mannen zijn die roken[10].

In **figuur 6.1** en **tabel 6.1** kan men zien dat het aandeel rokende vrouwen in de meeste Lid-Staten rond de 25% schommelt. Uitzonderingen zijn Denemarken en Portugal: onder de Deense vrouwen vindt men veel meer rooksters (42%), in Portugal veel minder (12%)[11].

Roken komt in de regel vaker voor onder vrouwen met een lagere sociaal-economische status (behalve in Portugal), onder werkloze vrouwen en onder vrouwen met een lager onderwijspeil. Het roken onder jongeren is bijzonder zorgwekkend; er zijn aanwijzingen

dat in deze leeftijdsgroep bijna evenveel meisjes als jongens roken[12]. In Denemarken roken zelfs meer vrouwen dan mannen in de jongere leeftijdsgroepen.

Aangezien met roken verband houdende ziekten meestal pas ontstaan na 15-20 of meer jaren roken, beginnen de gevolgen van de toename van het roken onder vrouwen in de EG zich pas nu enigszins te manifesteren. Er zijn aanwijzingen dat de sterfte onder vrouwen aan met roken in verband staande vormen kanker de afgelopen tien jaar in alle Lid-Staten behalve Portugal en Ierland is toegenomen, het sterkst in Nederland (87%) en met meer dan 40% in België, Denemarken, Duitsland en Frankrijk[13]. Volgens een berekening op basis van de nationale bevolkingsstatistieken komt de hoogste aan roken gerelateerde sterfte onder vrouwen voor in Ierland en Denemarken, waar in 1990 16,2 respectievelijk 15,3% van de sterfgevallen bij vrouwen van 35 jaar en ouder aan roken toe te schrijven was (zie **fig. 6.2** en **tab. 6.2**). Dat is meer dan drieënhalf maal het EG-gemiddelde (5,1%), maar sluit althans wat Denemarken betreft aan bij het percentage rooksters in dat land, dat al veertig of vijftig jaar hoog is[14]. Die berekeningen leverden echter ook op dat er in Frankrijk zeer weinig en in Luxemburg, Portugal en Spanje helemaal geen vrouwen als gevolg van roken overleden zouden zijn. Dit laatste resultaat is natuurlijk nogal onwaarschijnlijk, maar is waarschijnlijk een artefact als gevolg van de uiterst conservatieve manier waarop de aan roken toegeschreven sterftecijfers berekend zijn[15].

6.2 Alcoholgebruik

Het verband tussen alcoholgebruik en gezondheid is complex. Er zijn aanwijzingen voor dat er niet simpelweg een lineair verband bestaat, maar dat matig alcoholgebruik geassocieerd is met een lagere sterfte, terwijl een grotere consumptie tot hogere sterfte leidt. Alcoholmisbruik speelt een rol bij tal van ziekten en aandoeningen die tot een verhoogde sterfte leiden. Genoemd kunnen worden levercirrose[16], alcoholpsychosen en alcoholvergiftiging[17]. Ook is er een verband met hoge bloeddruk, beroertes en hartziekten[18 19].

Bovendien is alcoholgebruik een risicofactor voor een aantal vormen van kanker, zoals borstkanker[20] en kanker van mondholte, strottenhoofd, keelholte, slokdarm en pancreas[21]. Bij verscheidene hiervan is er een synergetisch effect tussen alcoholgebruik en roken. Verder is alcoholgebruik geassocieerd met agressief gedrag, geweld in de huiselijke sfeer, ongelukken op het werk en in het verkeer en met depressie, suïcide en parasuïcide[22 23]. Ten slotte kan overmatig alcoholgebruik bij zwangere vrouwen het foetaal alcoholsyndroom veroorzaken, wat kan leiden tot lichamelijke en psychische afwijkingen bij het kind[24].

Er zijn recente aanwijzingen dat de aan alcoholmisbruik verbonden gezondheidsrisico's voor vrouwen wellicht groter zijn dan voor mannen, onder meer vanwege verschillen in de wijze waarop zij alcohol metaboliseren[25]. Ondanks de mogelijke consequenties van alcoholgebruik voor vrouwen zijn er op dit moment geen seksespecifieke gegevens over de alcoholconsumptie op EG-niveau beschikbaar. Er zijn weliswaar gegevens van verscheidene studies, maar die zijn volledig noch vergelijkbaar. Uit de beschikbare informatie kan worden afgeleid dat het alcoholgebruik onder vrouwen een stijgende lijn vertoont in Finland, Zweden, Denemarken, het VK en Nederland[26]. In Denemarken en het VK gaat dit toegenomen alcoholgebruik gepaard met een toename van de sterfte aan leverziekten (zie **fig. 6.3**).

Vrouwen drinken nog steeds minder alcohol dan mannen en doorgaans drinken zij minder bier en sterke drank. In sommige Lid-Staten echter, zoals Zweden[27], is het gebruik van sterke drank door vrouwen toegenomen. Verder baart het drankgebruik onder jongere

vrouwen (12-24 jaar) in sommige Lid-Staten zorgen. Zo werd in Nederland in 1993-1994 het grootste percentage zware drinksters aangetroffen in de leeftijdsgroep van 16-19 jaar[28]. In Zweden is het alcoholgebruik door vrouwen in de leeftijdsgroep 12-24 jaar sinds de jaren tachtig sterk gestegen[29] en het VK heeft streefdoelen vastgesteld om het overmatig drankgebruik onder 15- en 16-jarigen te beperken[30].

Initiatieven op volksgezondheidsgebied in de Lid-Staten zijn onder meer educatiecampagnes betreffende de gevolgen van alcoholgebruik, het aangeven van een veilig wekelijks consumptieniveau (normaal 21 glazen per week voor mannen en 14 voor vrouwen)[a] [31] en bevordering van alcoholarme dranken. De EG heeft onlangs wetgeving vastgesteld betreffende reclame voor alcoholhoudende dranken en minimumaccijnzen[32].

6.3 Voeding en gewicht

Goede voeding is essentieel voor een goede gezondheid. In de geïndustrialiseerde landen ontstaan gezondheidsproblemen vaak door te veel of verkeerd eten. Te veel eten kan tot overgewicht leiden, wat een verhoogd risico inhoudt op diabetes, hoge bloeddruk, ischemische hartziekten, hart- en vaatziekten en sommige vormen van kanker (onder meer kanker van colon en rectum en bij vrouwen borstkanker[33] en baarmoederhals- en eierstokkanker)[34].

In **figuur 6.3** en **tabel 6.4** is de verdeling van vrouwen met onder-, respectievelijk overgewicht in de EG aangegeven aan de hand van de Quetelet-index[b]. Volgens de definitie van de WHO lijdt een vrouw aan ondergewicht als haar Quetelet-index tussen 18 en 20 is en aan ernstig ondergewicht als deze kleiner dan 18 is. Bij een Quetelet-index tussen 27 en 30 is er sprake van overgewicht en boven de 30 van ernstig overgewicht. Vrouwen met een normaal gewicht hebben dus een Quetelet-index tussen 20 en 27. De gezondheidsrisico's nemen al aanzienlijk toe als het gewicht meer dan 20% hoger is dan de wenselijke waarde (of wanneer de Quetelet-index groter is dan 27) en nog veel meer bij een Quetelet-index van 30 en meer[35]. De gemiddelde Quetelet-index voor vrouwen in de EG is 24, wat dus normaal is. Maar een aanzienlijk deel van de vrouwen (20%) lijdt aan overgewicht en een wat kleiner deel (15%) aan ondergewicht.

Binnen de EG zijn er flinke verschillen: in Griekenland en Portugal komt het meeste overgewicht voor (33,2 respectievelijk 28,5%); in Frankrijk, Denemarken, Duitsland (oude deelstaten) en Ierland het minste (respectievelijk 15,5, 16,5, 16,5 en 16,9%). De Quetelet-index van vrouwen van de voormalige DDR is groter dan die van vrouwen in de oude deelstaten, evenals het percentage vrouwen met overgewicht (respectievelijk 20 en 16,5%).

Verkeerd eten kan allerlei gezondheidsproblemen tot gevolg hebben. Een te groot aandeel verzadigde vetten in de voeding geeft meer kans op hart- en vaatziekten[36], terwijl te weinig verse groenten en fruit een groter risico op diverse vormen van kanker oplevert, in het bijzonder maag- en darmkanker[37] [38].

De voedingspatronen in de Gemeenschap worden gekenmerkt door een scheiding tussen Noord en Zuid, wat waarschijnlijk veroorzaakt wordt door andere tradities op landbouwgebied en cultuurverschillen. In de noordelijke Lid-Staten wordt van oudsher

---

a Het VK heeft de aanbevolen hoeveelheden onlangs verhoogd tot 21 glazen voor vrouwen en 28 voor mannen[31].

b De Quetelet-index wordt verkregen door het gewicht in kilogram te delen door het kwadraat van de lichaamslengte in meter en is dus een maat (in kg/m^2) voor het gewicht in relatie tot de lengte.

meer dierlijk eiwit en vet gegeten, terwijl het voedsel in de zuidelijke (mediterrane) Lid-Staten meer natuurlijke vezels bevat door een groter aandeel groenten, fruit, graanproducten en meervoudig onverzadigde vetten. Deze voedingspatronen vervagen echter met het toenemende verkeer van voedselproducten in de Gemeenschap als gevolg van de interne markt. Zo is de voeding in Zweden in het algemeen meer mediterraan van karakter geworden en worden hier meer fruit, groenten, graanproducten en zuivelproducten met laag vetgehalte gegeten[39].

Hoewel er geen recente seksespecifieke gegevens (d.w.z. van na 1970) over voedingsgewoonten op EG-niveau beschikbaar zijn, geven de meeste Lid-Staten aan dat vrouwen meer groente en fruit eten dan mannen.

Initiatieven op volksgezondheidsgebied van de Gemeenschap[a] zijn gericht op het wijzen op het verband tussen gezonde voeding en ziektepreventie, met inbegrip van het belang van screening op het cholesterolgehalte en diabetes voor bekende risicogroepen. Daarbij is het verrassend dat over de hele EG slechts 17% van de vrouwen zich ervan bewust was dat ongezonde voeding de op een na belangrijkste met de levensstijl verband houdende risicofactor is, terwijl circa 1 op de 2 vrouwen wist dat roken de belangrijkste van die risicofactoren is.

6.4 Lichaamsbeweging

Regelmatige lichaamsbeweging is van belang voor het lichamelijk en geestelijk welzijn. Fitheid verkleint de sterfte aan hartziekten en kanker[40] doordat de gevolgen van stress worden beperkt, het lichaam op optimaal gewicht blijft, hart en longen sterker worden en het risico van hartziekte kleiner wordt[41]. Verder zijn wandelen, hardlopen en dergelijke vooral van belang voor premenopauzale vrouwen om het risico van osteoporose op latere leeftijd te verkleinen.

Hoewel er op EG-niveau geen seksespecifieke gegevens over lichaamsbeweging zijn, wordt over het algemeen aangenomen dat vrouwen, met name oudere, minder bewegen dan mannen en te weinig om optimaal gezond te blijven[42].

6.5 Gezondheidsbevordering en ziektepreventie

Zoals al is opgemerkt, bepaalt artikel 129 van het Verdrag dat de Gemeenschap een hoog niveau van bescherming van de volksgezondheid dient te garanderen door middel van gezondheidsbevordering en ziektepreventie. In de Eurobarometer 1996 waren een aantal vragen opgenomen met betrekking tot de verleende beschikbare zorg en gezondheidsbevorderingsmaatregelen. De enquête bevatte ook een aantal attitudevragen om meer te weten te komen over bepaalde actuele onderwerpen van discussie, zoals mammografisch bevolkingsonderzoek. Uit de resultaten komt naar voren dat er grote verschillen tussen de Lid-Staten zijn. Aangezien het hier zelfgerapporteerde gegevens betreft, dienen de resultaten met de nodige reserves geïnterpreteerd te worden.

6.5.1 Periodiek hartonderzoek

Zoals in de hoofdstukken 5.7 en 5.8 is besproken, behoren hartziekten tot de voornaamste oorzaken van ziekte en sterfte onder vrouwen; vroegtijdige opsporing ervan kan van doorslaggevend belang zijn voor de preventie. In de Eurobarometerenquête was een vraag

---

a Het programma voor kankerbestrijding en dat voor gezondheidsbevordering.

opgenomen naar periodiek hartonderzoek. Uit de antwoorden, weergegeven in **figuur 6.5** en **tabel 6.4**, blijkt dat circa 22% van de vrouwen in de EG het afgelopen jaar zo'n onderzoek heeft ondergaan. Dit hangt, nogal logisch, samen met de leeftijd: bij oudere vrouwen gebeurt dit vaker. Van de vrouwen van 65 jaar en ouder had 44% het voorgaande jaar een hartonderzoek ondergaan, van de vrouwen onder de 35 slechts 10%.

Dit varieert nogal binnen de Gemeenschap. De hoogste percentages werden gevonden in Duitsland (zowel nieuwe als oude deelstaten) en Portugal (respectievelijk 35,3, 31,5 en 32,6%), de laagste in Nederland en Zweden (resp. 9,7 en 12,8%).

6.5.2 Cholesterolbepaling

Hoewel de wenselijkheid van grootschalige screening op het cholesterolgehalte nogal omstreden is, was volgens de enquête bij één op de vier vrouwen in de EG het voorgaande jaar een cholesterolbepaling verricht. Ook dit varieert weer sterk met de leeftijd: bij bijna 43% van de vrouwen van 65 jaar en ouder was het afgelopen jaar zo'n test gedaan (zie **fig. 6.6** en **tab. 6.5**).

Er is wederom een grote variatie over de Lid-Staten, waarbij het hoogste percentage (38,1%) wordt gevonden in Griekenland en het laagste (7,5%) in Denemarken. Bij de 65-plussers is de spreiding nog groter: 67,9% in Griekenland en 12,8% in Denemarken.

6.5.3 Diabetestests

De incidentie van niet-insulineafhankelijke diabetes mellitus (gewoonlijk diabetes van type II genoemd) vertoont de laatste decennia een stijgende lijn[43]. Vooral vrouwen boven de veertig lopen risico, wellicht omdat bij hen na de menopauze veel overgewicht voorkomt. Er zijn aanwijzingen voor dat bij ongeveer de helft van de mensen met diabetes van type II de ziekte niet gediagnosticeerd is, met als gevolg een aanzienlijke ziekte en sterfte die voorkomen had kunnen worden[44].

Uit **figuur 6.7** en **tabel 6.6** blijkt dat iets meer dan 1 op de 5 vrouwen in de Gemeenschap het afgelopen jaar een diabetestest heeft ondergaan. Al hangt dit af van de leeftijd, toch is het verbazingwekkend dat slechts 25% van de vrouwen van 40-64 jaar en 37% van de vrouwen van 65 jaar en ouder op diabetes getest zijn. Aangezien vrouwen boven de veertig die te zwaar zijn speciaal risico lopen om diabetes van type II te krijgen, is het percentage van deze groep dat zich hierop heeft laten onderzoeken berekend. Het blijkt dat circa 39% van de vrouwen met overgewicht en 44% van de vrouwen met ernstig overgewicht het voorgaande jaar een diabetestest hebben ondergaan. Deze resultaten duiden erop dat er bij middelbare en oudere vrouwen meer op diabetes getest moet worden, vooral als zij te zwaar zijn.

Evenals bij de cholesterolbepaling verschillen de cijfers nogal over de Lid-Staten. De totaalcijfers zijn het hoogst in de nieuwe en oude Duitse deelstaten (38,1 respectievelijk 33,0%) en het laagst in Ierland en Zweden (7,9 respectievelijk 11,2%) (**tab. 6.6**).

6.5.4 Osteoporoseonderzoek

Osteoporose op hogere leeftijd komt meer bij vrouwen voor dan bij mannen en heeft aanzienlijke ziekte en sterfte tot gevolg. Uit de Eurobarometer 1996 komt naar voren dat

17% van de vrouwen boven de 50 het afgelopen jaar een osteoporoseonderzoek[a] heeft ondergaan. Dit percentage varieert van 28% in Oostenrijk en 27% in de oude Duitse deelstaten tot 5% in Ierland en 4% in Finland (zie **fig. 6.8** en **tab. 6.7**).

6.5.5 Screening op kanker

Het derde actieplan voor kankerbestrijding van de EG (1996-2000) geeft prioriteit aan vroegtijdige opsporing van en screening op kanker. De doelstelling is het bijdragen tot de verbetering en de toename van de mogelijkheden van vroegtijdige opsporing, met name door de ontwikkeling en de verspreiding van doeltreffende screeningprogramma's en van passende praktijken[45]. Wat vrouwen betreft, vindt al bijna twintig jaar screening plaats op twee specifieke vormen van kanker (borst- en baarmoederhalskanker) en bij een goede aanpak is dit doeltreffend gebleken (zie hierna).

Voor het welslagen van screening is de kwaliteit van het onderzoek van doorslaggevend belang. Bij foutieve interpretatie van baarmoederhalsuitstrijkjes bijvoorbeeld moeten vrouwen voor nader onderzoek worden opgeroepen. Het feit dat er bij screening op kanker altijd een bepaald percentage foutpositieven en foutnegatieven optreedt, is trouwens voor sommigen een belangrijk argument tegen dergelijke programma's.

Bij de bestaande screeningsprogramma's wordt de doeltreffendheid sterk beïnvloed door de participatie van de doelpopulatie. Een opkomst van 60% is acceptabel, maar 75% (of meer) is wenselijk. Dergelijke cijfers worden in de regel alleen gehaald in landen die systematische screeningsprogramma's met persoonlijke oproepen hebben ingevoerd. Redenen voor wegblijven zijn problemen met de toegankelijkheid van de screeningsvoorzieningen door geografisch isolement of door een (lage) sociaal-economische status, ontoereikende informatie of te weinig vrouwelijke artsen[46] [47]. Wat dit laatste betreft is uit de Eurobarometer 1996 gebleken dat iets meer dan 36% van de vrouwen in de EG de voorkeur geeft aan een vrouwelijke arts. Dit varieert nogal over de Gemeenschap en is het meest uitgesproken in Denemarken, Finland en Ierland en het minst in Zweden, Luxemburg en Nederland (zie **fig. 6.9 en tab. 6.8**).

6.5.5.1 Screening op baarmoederhalskanker

Baarmoederhalskanker kan worden opgespoord met behulp van een uitstrijkje, waarvoor men bijvoorbeeld terecht kan bij de huisarts, klinieken voor gezinsplanning, gewone ziekenhuizen en speciale gynaecologische klinieken. Gebleken is dat met screeningsprogramma's de sterfte aan baarmoederhalskanker aanzienlijk kan worden teruggebracht. Zo noemen studies uit Finland een mogelijke daling in de sterfte van 50-80%[48] en in Zweden is een feitelijke daling van 34% gerapporteerd[49]. Al met al is de hierdoor bereikte beperking van de incidentie van en de sterfte aan baarmoederhalskanker voldoende om massale screeningsprogramma's te rechtvaardigen[50].

Hoewel vrouwen in alle Lid-Staten een uitstrijkje kunnen laten maken, zijn er niet overal massale screeningsprogramma's[b] [51]. Baarmoederhalskankerscreening op nationaal niveau bestaat in Denemarken, Finland, Zweden, Nederland en het VK, zij het met verschillende

---

a Deze gegevens dienen met de nodige reserves geïnterpreteerd te worden omdat het osteoporoseonderzoek in de enquête niet nader gedefinieerd was. De nauwkeurigheid van de antwoorden is dus niet gegarandeerd.

b Enkele van de autonome regio's in Spanje hebben screeningsprogramma's en in Ierland is een nationaal programma in voorbereiding. In Duitsland hebben vrouwen die onder een ziekteverzekering vallen recht op een jaarlijks medisch onderzoek[51].

aangeraden screeningsintervallen[52]. In Denemarken en Zweden worden vrouwen om de drie jaar opgeroepen, in Finland en Nederland is dat om de vijf jaar. In het VK kunnen vrouwen kiezen tussen drie of vijf jaar. De leeftijdsgroep die wordt gescreend, verschilt ook per Lid-Staat; de minimumleeftijd ligt tussen 18 en 30 jaar, en de maximumleeftijd tussen 59 en 75. De opkomst bij deze programma's ligt tussen 70 en 83% van de doelpopulatie.

Over de hele EG zegt 40% van de vrouwen van 15 jaar en ouder in het afgelopen jaar een uitstrijkje te hebben laten maken (Eurobarometer, 1996). Dit ligt tussen 16,5% bij de vrouwen van 65 jaar en circa 46% in de leeftijdsgroep 35-64 jaar (zie **fig. 6.10** en **tab. 6.9**). Het verschilt nogal van Lid-Staat tot Lid-Staat; voor alle vrouwen tezamen liggen de cijfers het hoogst in Denemarken en Duitsland (nieuwe en oude deelstaten), namelijk respectievelijk 63,5, 53,2 en 52,3%). Het laagst is het in Ierland en Portugal (15,8 resp. 22,3%).

6.5.5.2 Screening op borstkanker

Screening op borstkanker kan gebeuren door manueel onderzoek van de borsten of met behulp van een speciaal röntgentoestel (mammografie). Manueel onderzoek van de borsten door een arts of andere gezondheidswerker (palpatie) of door de vrouw zelf wordt al tientallen jaren als methode voor vroegtijdige opsporing aangeprezen. Dit gebeurt vrij vaak als afzonderlijk onderzoek of in het kader van een algemeen medisch onderzoek. De resultaten zijn echter nogal teleurstellend aangezien hierdoor weinig nieuwe tumoren in een vroeg stadium worden ontdekt. En daar goedaardige knobbels in de borst bij veel jongere vrouwen voorkomen, worden velen onnodig doorverwezen voor nader onderzoek of biopsie. Studies naar de effectiviteit van zelfonderzoek zijn niet eenduidig[53]. Desondanks zegt bijna 40% van de vrouwen in de EG het afgelopen jaar zelf hun borsten te hebben onderzocht (Eurobarometer, 1996). Dit varieert niet zo veel over de leeftijdsgroepen en ligt tussen 29,8% bij de vrouwen van 60 jaar en ouder en 48,4% bij de groep van 50-59 jaar (zie **fig. 6.11** en **tab. 6.10**). Het hoogste percentage werd gevonden in de nieuwe Duitse deelstaten (61,5), het laagste in Ierland (15,6).

Met goed opgezette screening van vrouwen van 50-69 jaar wordt borstkanker gemiddeld vier jaar voordat er klinische symptomen verschijnen ontdekt, waardoor de sterftecijfers (geleidelijk) dalen. Screeningsprogramma's met volledige (100%) deelname zouden het sterfterisico in verband met borstkanker halveren, maar in de praktijk ligt de opkomst rond 70%, waardoor het risico met een derde wordt beperkt[54]. Naarmate borstkanker vroeger en bij meer vrouwen wordt ontdekt en de levensverwachting toeneemt door vroegtijdige behandeling, zullen er ook meer nacontroles moeten plaatsvinden. Met het dalende borstkankersterftecijfer zal het aantal patiënten dat voor metastasen op afstand moet worden behandeld dalen.

Hoewel gebleken is dat screening effectief is om de sterfte aan borstkanker bij vrouwen tussen de 50 en 69 jaar terug te dringen, zijn er momenteel onvoldoende bewijzen om grootschalige screening aan te bevelen voor vrouwen in de leeftijdsgroep 40-49 jaar[55].

In steeds meer landen staat de wenselijkheid van grootschalige borstkankerscreeningsprogramma's ter discussie. In landen waar een nationaal screeningsprogramma bestaat, wordt dit gerechtvaardigd met het argument dat de baten, namelijk minder behandeling in een vergevorderd stadium en een lagere sterfte, opwegen tegen de kosten van de screening en de ongerustheid die wordt veroorzaakt door foutpositieve resultaten dan wel doordat men weet dat men de ziekte heeft.

Een groot deel van het debat over de zogenaamde medicalisering van vrouwen heeft plaatsgevonden zonder dat men wist hoe vrouwen zelf over mammografisch bevolkingsonderzoek dachten. Daarom is hen in de Eurobarometer 1996 gevraagd aan te geven in hoeverre zij het eens waren met de volgende uitspraak:

> "Mammografische screening, dat wil zeggen röntgenfoto's van de borsten, zou voor vrouwen vanaf een bepaalde leeftijd gratis moeten zijn omdat hierdoor de sterfte aan borstkanker kan worden teruggebracht."

Uit de antwoorden, die zijn weergegeven in **figuur 6.12** en **tabel 6.11**, blijkt dat vrouwen sterk voorstander zijn van massale screening. Meer dan 90% van de vrouwen in de EG is het enigszins of geheel met de uitspraak eens. Bovendien is er maar weinig variatie over de Lid-Staten en over de leeftijdsgroepen, in tegenstelling tot wat bij alle andere vragen het geval was.

Ondanks deze eensgezindheid onder de vrouwen verschilt de situatie sterk per Lid-Staat. Op dit moment zijn er nationale programma's voor mammografisch bevolkingsonderzoek in Finland, Nederland, Luxemburg (voor vrouwen die onder het socialezekerheidsstelsel vallen). Zweden en het VK. In Denemarken, Frankrijk en Spanje zijn er in verschillende regio's mammografieprogramma's. In Duitsland kunnen vrouwen die onder een ziektekostenverzekering vallen jaarlijks een onderzoek ondergaan, maar daarbij wordt niet altijd een mammogram gemaakt.

Het deelnamepercentage bij de nationale screeningsprogramma's varieert: Nederland meldt een opkomst van 79%, Finland 89%, Zweden 70-85% en het VK 72%[56].

Hoewel in veel landen geen nationale screeningsprogramma's bestaan, betekent dat nog niet dat vrouwen in de landen geen mammografie ondergaan wanneer dat nodig is. Zoals te zien is in **figuur 6.13** en **tabel 6.12** zegt 38% van de vrouwen van 50-59 jaar en 28% van de vrouwen van 60-69 de afgelopen 12 maanden een mammogram te hebben ondergaan. Gezien de verschillen in de nationale screeningsprogramma's is het niet verbazend dat het percentage vrouwen dat het afgelopen jaar mammografie heeft ondergaan over de Lid-Staten sterk uiteenloopt. In Zweden en Luxemburg – landen met bevolkingsonderzoekprogramma's – was dit respectievelijk 71 en 64%, en Griekenland en Ierland sluiten de rij met 31 respectievelijk 2% (voor de leeftijdsgroep 50-59 jaar).

Referenties

1 Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M., Mossialos, E. (1995), *Choices in Health Policy*. London Dartmouth.
2 CEG (1990), *Europa tegen kanker: 1990-1994, tweede actieplan*, Luxemburg.
3 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994a), *Lifetime in Denmark*. Kopenhagen, Denemarken.
4 Sinkkonen, S. (1996), *Finnish Report on Women's Health*, Kuopio: niet gepubliceerd.
5 Thomas, C. (1996), *British Report on Women's Health*, Lancaster: niet gepubliceerd.
6 ibid.
7 Thornton, L. (1992), *Smoking in pregnancy: behaviour, belief and attitudes of women attending a Dublin maternity hospital*, Dublin: proefschrift voor het lidmaatschap van de faculteit Public Health Medicine van het Royal College of Physicians, Ierland (niet gepubliceerd).

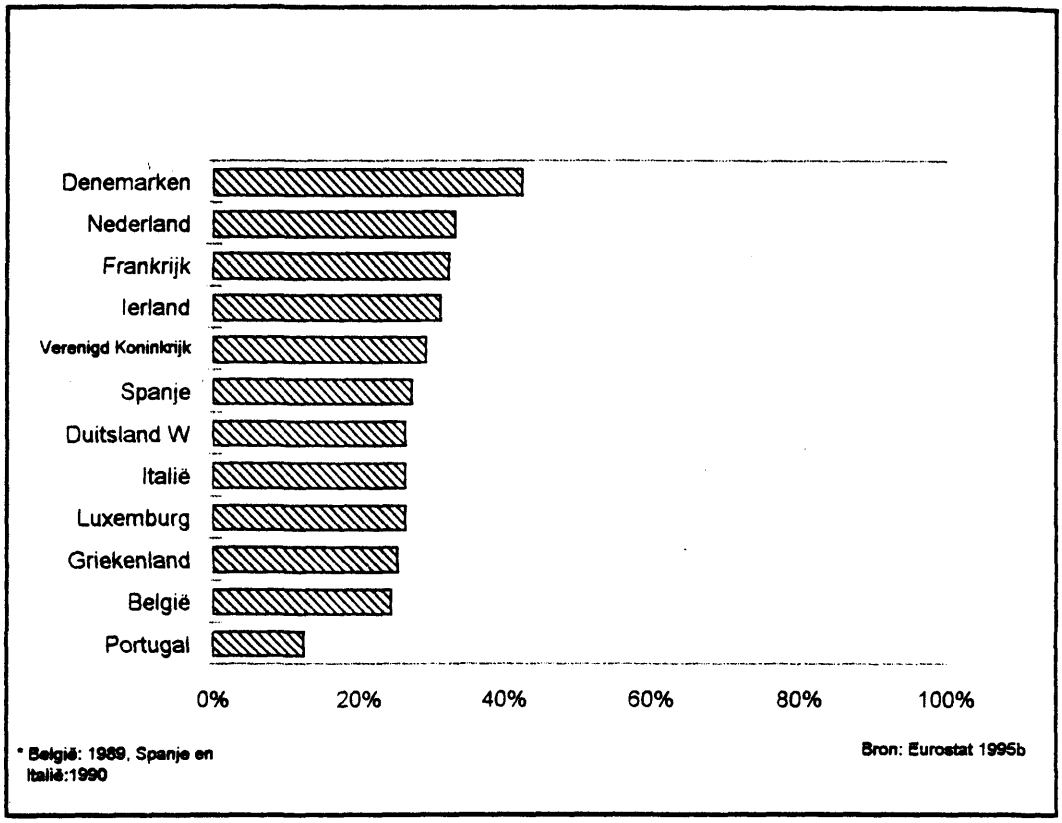
8 Eurostat (1996), Social Portrait of Europe, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.
9 Nationale verslagen over de gezondheid van vrouwen (1996), niet gepubliceerd.
10 Sinkkonen S. (1996), *Finnish Report on Women's Health*, Kuopio: niet gepubliceerd.
11 Eurostat (1995a) , *Women and Men in the European Union: A Statistical Portrait*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.
12 Nationale verslagen over de gezondheid van vrouwen (1996), niet gepubliceerd.
13 Bureau voor actie op het gebied van de preventie van tabaksgebruik (1994), *Tobacco and Health in the European Union, an overview*, Brussel: BASP.
14 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994a), *Lifetime in Denmark*, Kopenhagen, Denemarken.
15 Peto, R., et al. (1994), *Mortality from smoking in developed countries. 1950-2000. Indirect estimates from vital statistics*. Oxford:Oxford Medical Publications.
16 Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M., Mossialos, E. (1995), *Choices in Health Policy*. Dartmouth, Londen.
17 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994a), *Lifetime in Denmark*, Kopenhagen, Denemarken.
18 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG.
19 Marmot, M., Brunner, E. (1991), "Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve," *BMJ*; 303:565-568.
20 Zie b.v. Le, M.G., Hill, C., Kramar, A., Flamant, R. (1984), "Alcoholic beverage consumption and breast cancer in a French case-control study," *Am J Epidemiol*, 120:350-357; Rohan, T.E., McMichael, A.J. (1988), "Alcohol consumption and risk of breast cancer," *Int J Cancer*, 41:695-699; Willett, W.C., et al. (1987), "Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer," *N Eng J Med*, 316:1174-1180.
21 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994-c), *Cancer Trends and Cancer Mortality* (in het Deens), Kopenhagen, Denemarken.
22 Ministerie van Volksgezondheid, Ierland (1995), *Developing a Policy for women's Health: A Discussion Document*, Dublin: Stationary Office.
23 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG.
24 Thornton, L. (1992), *Smoking in pregnancy: behaviour, belief and attitudes of women attending a Dublin maternity hospital*. Dublin: proefschrift voor het lidmaatschap van de faculteit Public Health Medicine van het Royal College of Physicians, Ierland (niet gepubliceerd).
25 Zie b.v. Glenn, S.W., Parsons, O.A., Stevens, L. (1989), "Effects of alcohol abuse and familial alcoholism on physical health in men and women," *Health Psychol*, 8:325-341; North, C.S. (1996), "Alcoholism in women - more common -- and serious -- than you might think," *Postgrad Med*, 100:221-224; Chou, S.P., Dawson, D.A. (1994), "A study of the gender differences in morbidity among individuals diagnosed with alcohol abuse and/or dependence," *J Subst Abuse*, 6:381-392; en Thomasson, H.R. (1995), "Gender differences in alcohol metabolism. Physical responses to ethanol," *Recent Dev Alcohol*, 12:163-179.
26 Nationale verslagen over de gezondheid van vrouwen (1996), niet gepubliceerd.
27 Sundh, M., Renck, B. (1996), *Swedish Report on Women's Health*, Karlstad: niet gepubliceerd.
28 Vermeulen, M. (1996), *Dutch Report on Women's Health* , Amsterdam: niet gepubliceerd.
29 Folkhälsoinstitutet & Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Alkohol och narkotikautvecklingen i Sverige. Rapport 95*. Stockholm, 1995.
30 Thomas C. (1996), *British Report on Women's Health*, Lancaster: niet gepubliceerd.
31 Ministerie van Volksgezondheid, Verenigd Koninkrijk (1996), persoonlijke mededeling.
32 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG.
33 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994-c), *Cancer Trends and Cancer Mortality* (in het Deens), Kopenhagen, Denemarken.
34 Pi-Sunyer, F.X. (1993), "Medical Hazards of Obesity," *Ann Intern Med*, 119:665-660. See also Foster, W.R., Burton, B.J. (Eds.) (1985), "National Institutes of Health Consensus Conference: Health Implications of Obesity," *Ann Intern Med*, 103:977-1077.
35 Blumen-Krantz, M. (1996), "Obesity: The World's Oldest Metabolic Disorder," *Mednews*.
36 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994-d), *Heart Disease in Denmark* (in het Deens), Kopenhagen, Denemarken.

37 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG.
38 Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994-c), *Cancer Trends and Cancer Mortality* (in het Deens), Kopenhagen, Denemarken.
39 Sundh, M., Renck, B. (1996), *Swedish Report on Women's Health*, Karlstad: niet gepubliceerd.
40 Blair, S.N., et al. (1989), "Physical fitness and all-cause mortality," *Journal of American Medical Association*, 262(17):2395-2401.
41 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG.
42 Nationale verslagen over de gezondheid van vrouwen (1996), niet gepubliceerd.
43 Zie b.v. King, H., Zimmet, P. (1988), "Trends in the prevalence and incidence of diabetes: non-insulin-dependent diabetes mellitus," *World Health Statistics Quarterly*. Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales, 41 (3-4) 190-6; Eshøj, O., et al. (1994), "Increased prevalence of insulin-treated diabetes mellitus in Funen County, Denmark," *Journal of Internal Medicine*, 235 (5) 405-10.
44 British Diabetic Association (1996), *Counting the Cost: The Real Impact of Non-Insulin Dependent Diabetes*, Londen: British Diabetic Association.
45 CEG (1995c), "The fight against cancer: an action plan for 1996-2000", *Social Europe: Two years of Community social policy: July 1993 - June 1995*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen, blz. 101-103.
46 Bentham, G., et al. (1995)," Factors affecting non-response to cervical cytology screening in Norfolk, England," *Soc Sci Med*, 40:131-35.
47 Gatrell, A., Maddocks, A., Kirwan, M., Garnett, S. (1995),"Making GIS sing and dance to a Purchaser's tune," *Proceedings AGI '95*.
48 Pukkala (1993), *Women and men in Finland, Living Conditions 1995: 1*, Finnish Cancer Registry: Cancer Statistics of NAWH.
49 Laara, E., Day, N. E., Hakama, M. (1987), "Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organized screening programmes," *Lancet*, 8544: 1247-9.
50 Screening for cervical cancer (1996), *Mednews* (208/04728).
51 Sanchis, C. (1996), *Spanish Report on Women's Health*, Valencia: niet gepubliceerd. Weilandt, C. (1996), *German Report on Women's Health*, Bonn: niet gepubliceerd.
52 Petersson, B. (1996), *Danish Report on Women's Health*, Kopenhagen: niet gepubliceerd. Sinkkonen, S. (1996), *Finnish Report on Women's Health*, Kuopio: niet gepubliceerd. Sundh, M., Renck, B. (1996), *Swedish Report on Women's Health*, Karlstad: niet gepubliceerd. Vermeulen, M. (1996), *Dutch Report on Women's Health*, Amsterdam: niet gepubliceerd. Thomas, C. (1996), *British Report on Women's Health*", Lancaster: niet gepubliceerd.
53 Zie b.v. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1986), "The Periodic Health Examination: 2, 1985 update," *Can Med Assoc J*, 134:724-729; Foster, R.S., Constanza, M.C. (1984), "Breast self-examination practices and breast cancer survival," *Cancer*, 53:999-1005; en Le Geyte, M., Mant, D., Vessey, M.P., et al. (1992), "Breast self-examination and survival from breast cancer," *Br J Cancer*, 66:917-918.
54 Nystrom, L., Rutqvist, L.E., Wall, S. et al. (1993), "Breast cancer screening with mammography: an overview of Swedish randomised trials", *Lancet*, 341:973-978.
55 Cancer screening for patients (1995), *Mednews* (208/05499).
56 Nationale verslagen over de gezondheid van vrouwen (1996), niet gepubliceerd.

[figuren en tabellen]

Figuur 6.1

Percentage rooksters (1991)*
Vrouwen van 15 jaar en ouder, verschillende Lide-Staten



Tabel 6.1

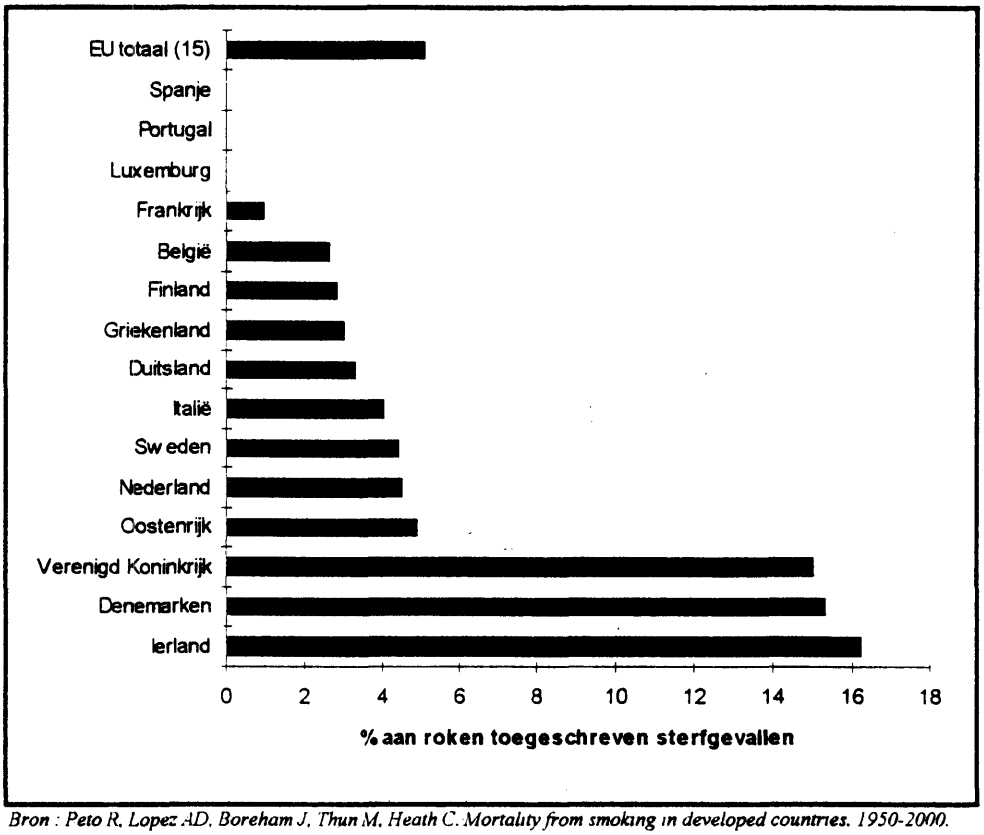
Percentage rooksters (1991)*
Vrouwen van 15 jaar en ouder, verschillende Lid-Staten

	Percentage
Denemarken	42
Nederland	33
Frankrijk	32
Ierland	31
Verenigd Koninkrijk	29
Spanje	27
Duitsland West	26
Italië	26
Luxemburg	26
Griekenland	25
België	24
Portugal	12

* België 1989, Spanje en Italië 1990

Bron : Eurostat 1995b

Figuur 6.2
Aan roken toegeschreven sterfte (1990)
Vrouwen van 35 jaar en ouder, EU 15



Bron : Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries. 1950-2000. Indirect estimates from vital statistics. Oxford Medical Publications. Oxford, New York, Tokyo. 1994.

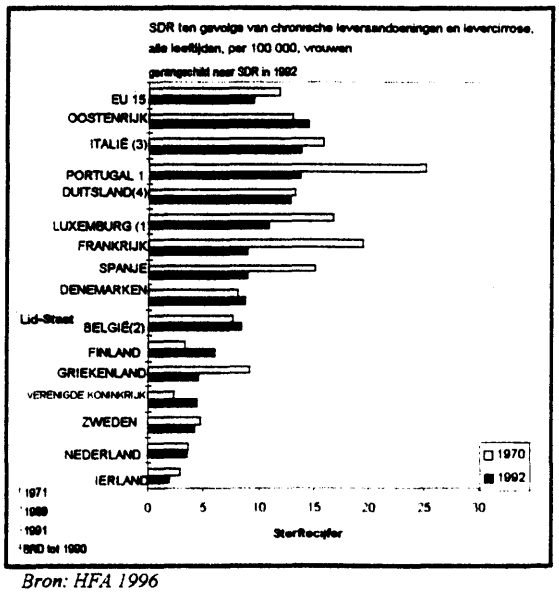
Tabel 6.2
Aan roken toegeschreven sterfte* (1990)
Vrouwen van 35 jaar en ouder, EU 15

	Totale sterfte*	percentage
Ierland	2,3 / 14,2	16,2
Denemarken	4,4 / 28,8	15,3
Verenigd Koninkrijk	48,0 / 320,0	15,0
Oostenrijk	2,1 / 43,3	4,9
Nederland	2,7 / 60,0	4,5
Zweden	2,0 / 45,5	4,4
Italië	10,1 / 256,0	4,0
Duitsland	16,2 / 487,0	3,3
Griekenland	1,3 / 43,2	3,0
Finland	0,7 / 24,9	2,8
België	1,3 / 50,0	2,6
Frankrijk	2,2 / 246,0	0,9
Luxemburg	0,0 / 1,8	0
Portugal	0,0 / 47,0	0
Spanje	0,0 / 151,0	0
EU 15 totaal	**9,3 / 1817,9**	**5,1**

Bron : Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries. 1950-2000
Indirect estimates from vital statistics. Oxford Medical Publications. Oxford, New York, Tokyo.1994.

* Aan roken toegeschreven sterfte in verhouding tot de totale sterfte (in 1000) en als percentage (tussen haakjes: de rangorde va de 15 Lid-Staten); de gegevens zijn voor twee leeftijdsgropen berekend (zie bron): 35-69 jaar en 70 jaar en ouderen en vervolgens bij elkaar opgeteld. (De schattingen zijn berekend voor 1990).

Figuur 6.3
Sterfte aan leverziekten (1992)
Alle vrouwen, EU 15



Bron: HFA 1996

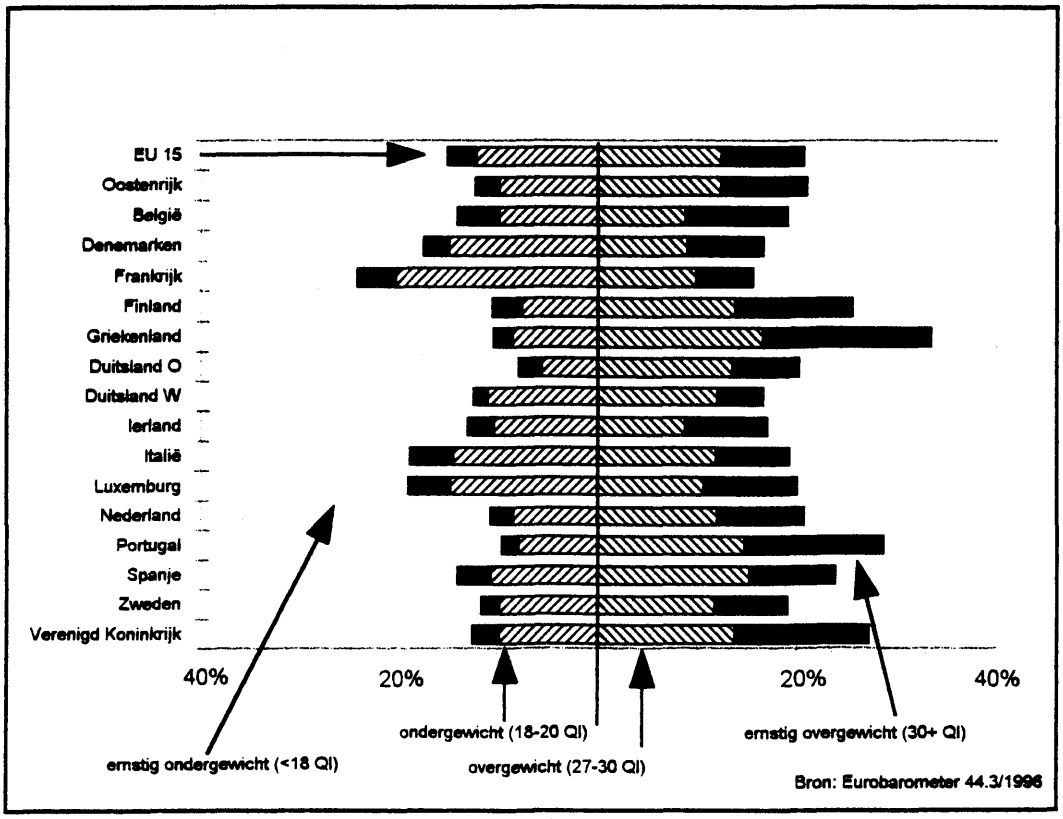
SDR ten gevolge van chronische leversandoeningen en levercirrose,
alle leeftijden, per 100 000, vrouwen

Lid-staat	1992	% verandering sinds 1970
EU 15	9.61	-19.88
OOSTENRIJK	14.42	10.84
ITALIË [3]	13.78	-13.11
PORTUGAL [1]	13.70	-45.57
DUITSLAND [4]	12.84	-3.31
LUXEMBURG [1]	10.90	-34.69
FRANKRIJK	8.98	-53.85
SPANJE	8.92	-40.97
DENEMARKEN	8.77	8.54
BELGIË [2]	8.46	10.59
FINLAND	6.01	80.48
GRIEKENLAND	4.58	-50.22
VERENIGD Koninkrijk	4.46	91.42
ZWEDEN	4.19	-10.85
NEDERLAND	3.58	-2.72
IERLAND	1.93	-33.45

[1] 1971
1989
[3] 1991
[4] BRD tot 1990

Bron: HFA 1996

Figuur 6.4
Percentage over- en ondergewicht
Vrouwen van 18 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 6.3

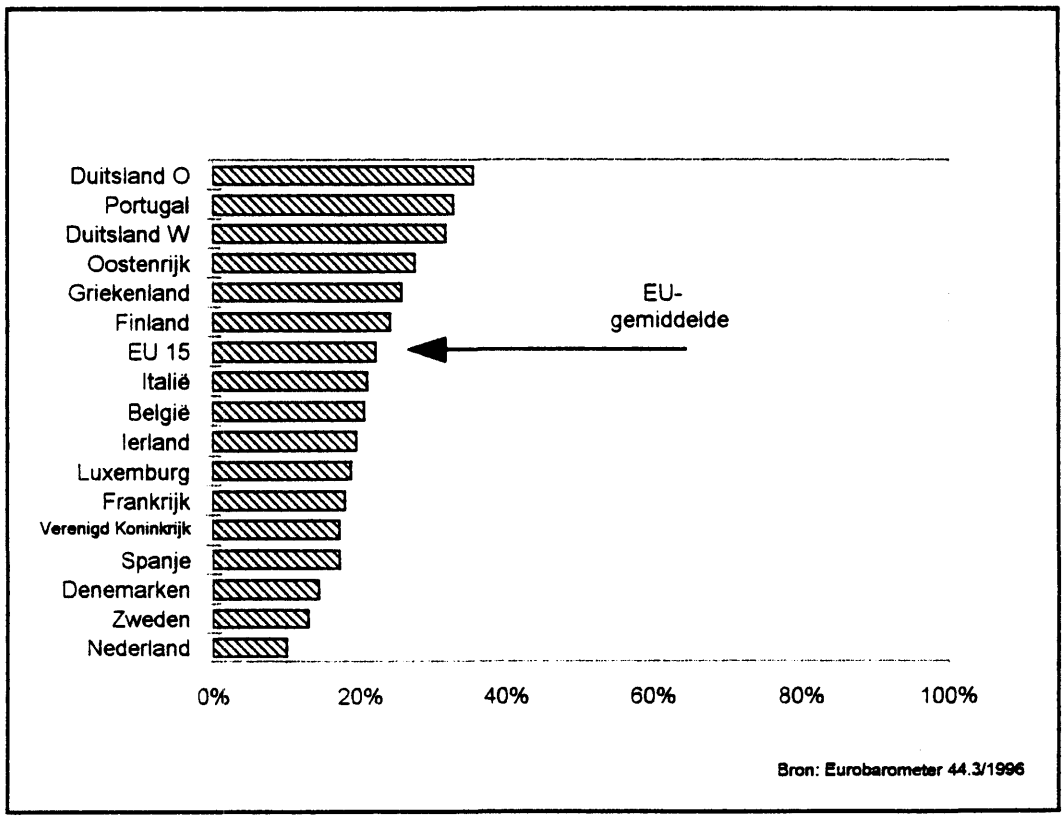
Percentage over- en ondergewicht
Vrouwen van 18 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	ernstig ondergewicht (QI<18)	ondergewicht (18≤QI<20)	normaal gewicht (20≤QI<27)	overgewicht (27≤QI<30)	ernstig overgewicht (QI≥30)	QI gemiddeld
	%	%	%	%	%	
EU 15	**2.8**	**12.4**	**64.4**	**12.4**	**8.1**	**24.0**
Oostenrijk	2.2	10.1	66.7	12.4	8.5	24.1
België	4.1	10.0	67.0	8.9	10.0	24.2
Denemarken	2.4	15.2	65.9	9.0	7.5	23.5
Frankrijk	3.8	20.5	60.1	9.9	5.6	23.0
Finland	2.8	7.8	64.1	13.8	11.4	24.7
Griekenland	1.8	8.7	56.3	16.6	16.6	25.5
Duitsland Oost	2.1	5.8	72.1	13.6	6.4	24.2
Duitsland West	1.4	11.1	71.0	12.0	4.5	23.6
Ierland	2.6	10.5	70.0	8.8	8.1	24.1
Italië	4.2	14.7	62.0	11.9	7.2	23.5
Luxemburg	4.2	14.9	61.1	10.7	9.2	23.7
Nederland	2.2	8.6	68.6	12.0	8.6	24.2
Portugal	1.5	8.1	61.9	14.8	13.7	24.9
Spanje	3.2	10.9	62.3	15.3	8.3	24.3
Zweden	1.7	10.0	69.4	11.8	7.0	23.9
Verenigd Koninkrijk	2.5	10.1	60.6	13.8	13.1	25.2

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 6.5

Percentage dat het voorgaande jaar een hartonderzoek ondergaan heeft
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 6.4

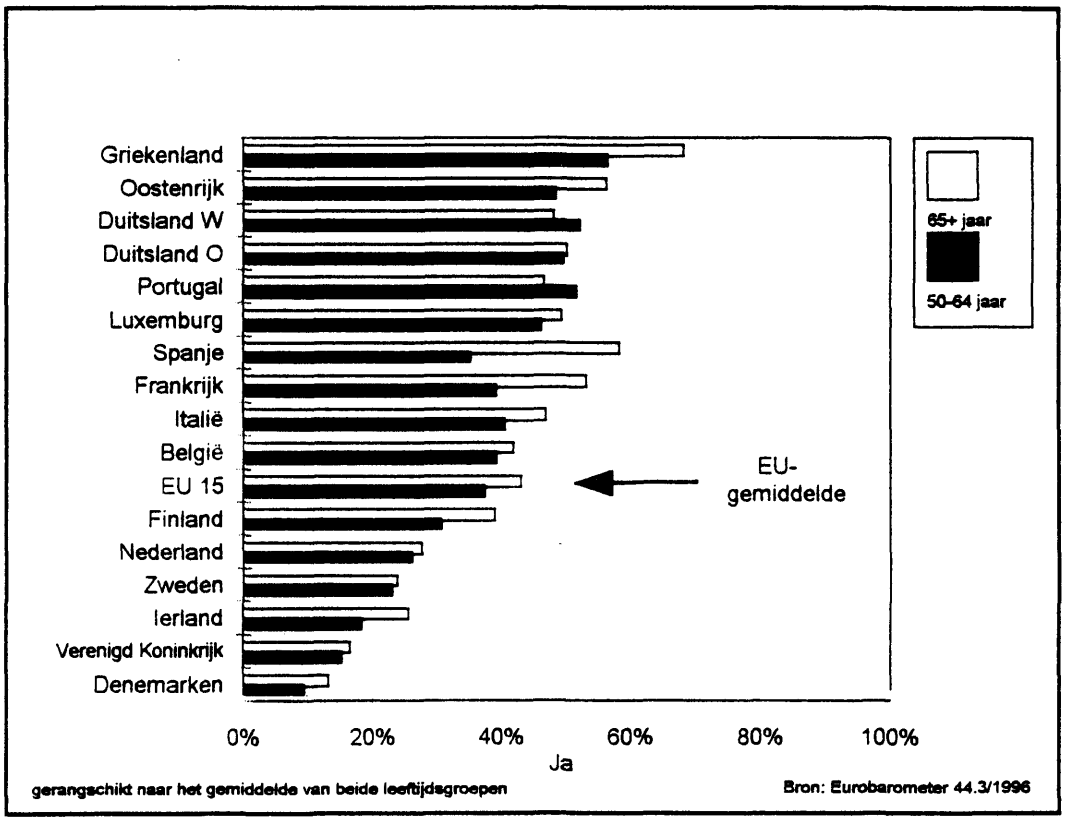
Percentage waarbij het voorgaande jaar een hartonderzoek ondergaan heeft
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	15-34 Jaar %	35-64 Jaar %	65+ Jaar %	totaal %
Duitsland Oost	11,9	39,7	66,3	35,3
Portugal	15,1	38,6	54,2	32,6
Duitsland West	9,0	35,8	61,0	31,5
Oostenrijk	19,0	23,0	58,9	27,2
Griekenland	13,1	27,6	45,7	25,4
Finland	8,7	22,2	47,9	23,9
EU 15	**9,8**	**22,2**	**43,7**	**21,8**
Italië	9,9	18,6	43,5	20,7
België	6,3	21,1	45,5	20,4
Ierland	7,5	19,7	50,7	19,1
Luxemburg	11,6	16,7	40,0	18,5
Frankrijk	10,4	19,4	32,3	17,6
Verenigd Koninkrijk	8,3	15,1	36,2	17,0
Spanje	13,3	12,8	35,2	16,9
Denemarken	5,4	14,1	31,4	14,1
Zweden	4,0	12,1	32,2	12,8
Nederland	4,8	11,5	24,2	9,7

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 6.6

Percentage waarbij het voorgaande jaar een cholesterolbepaling is verricht
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 6.5

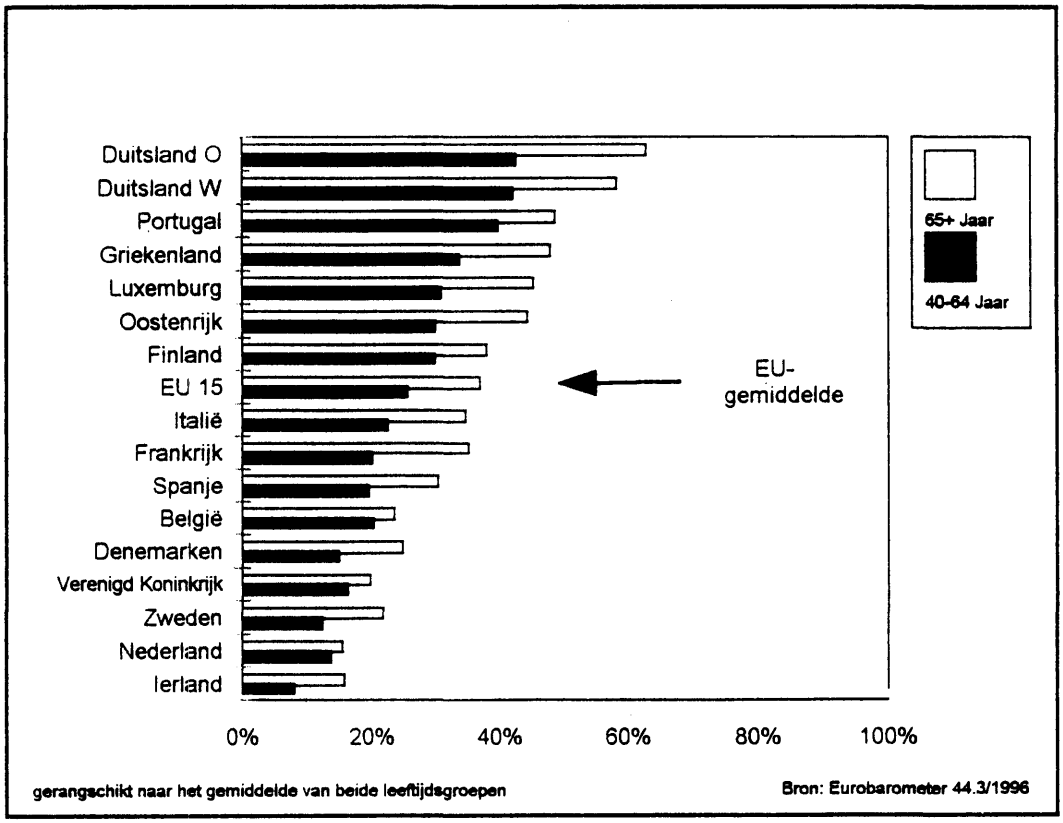
Percentage waarbij het voorgaande jaar een cholesterolbepaling is verricht Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	15-34 jaar	35-49 jaar	50-64 jaar	65 jaar en ouder	Totaal
Griekenland	17,1	31,8	56,3	67,9	38,1
Oostenrijk	26,1	28,6	48,1	56,0	35,6
Duitsland W	11,7	22,8	52,0	48,0	30,6
Duitsland O	14,8	27,2	49,3	50,0	32,7
Portugal	14,5	34,2	51,4	46,4	33,3
Luxemburg	19,0	33,7	46,0	49,0	31,9
Spanje	20,2	27,6	35,0	58,1	31,7
Frankrijk	24,2	29,8	38,9	53,0	33,0
Italië	15,5	24,7	40,2	46,6	29,1
België	11,1	22,6	39,0	41,4	25,1
EU 15	**13,8**	**22,8**	**37,2**	**42,8**	**26,2**
Finland	9,2	21,7	30,4	38,7	23,5
Nederland	5,7	10,6	25,8	27,3	12,5
Zweden	3,5	8,9	22,6	23,6	12,8
Ierland	4,5	12,3	18,0	25,4	12,0
Verenigd Koninkrijk	3,8	12,8	14,9	16,1	10,6
Denemarken	3,6	8,0	8,9	12,8	7,5

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 6.7

Percentage waarbij het voorgaande jaar een diabetestest is verricht Vrouwen van 40 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 6.6

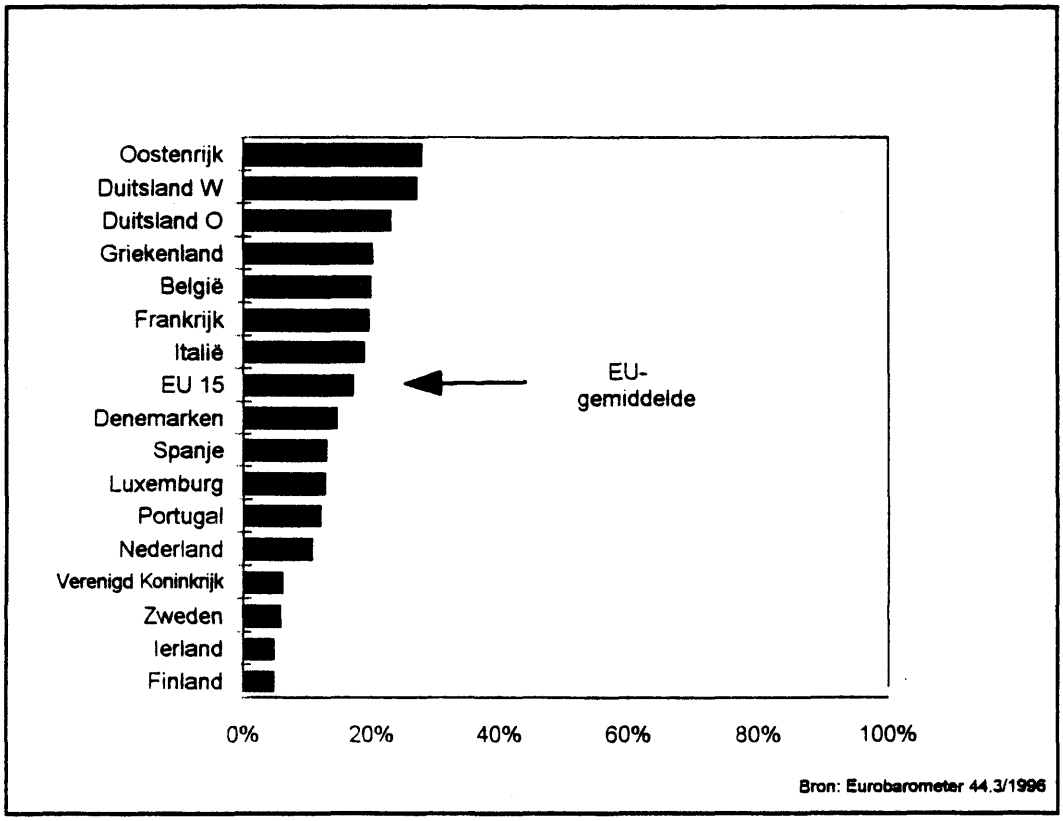
Percentage waarbij het voorgaande jaar een diabetestest is verricht
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	<40 jaar	40-64 jaar	65 jaar en ouder	Totaal
Duitsland Oost	23,7	42,2	62,5	38,1
Duitsland West	14,2	41,7	58,0	33,0
Portugal	17,2	39,5	48,5	31,4
Griekenland	12,8	33,3	47,6	26,8
Luxemburg	24,7	30,5	45,1	30,0
Oostenrijk	20,2	29,5	44,0	27,3
Finland	16,1	29,5	37,8	26,1
EU 15	**12,5**	**25,1**	**36,6**	**21,6**
Italië	7,5	22,2	34,5	18,5
Frankrijk	15,2	19,8	34,9	19,6
Spanje	7,3	19,2	30,1	15,4
België	10,7	19,9	23,2	16,3
Denemarken	10,4	14,6	24,4	14,5
Verenigd Koninkrijk	13,3	15,8	19,5	15,4
Zweden	5,8	12,1	21,4	11,2
Nederland	10,4	13,4	15,2	11,9
Ierland	5,8	7,8	15,5	7,9

Bron : Eurobarometer 44.3/1996.

Figuur 6.8

Percentage waarbij het voorgaande jaar een osteoporoseonderzoek is verricht
Vrouwen van 50 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 6.7

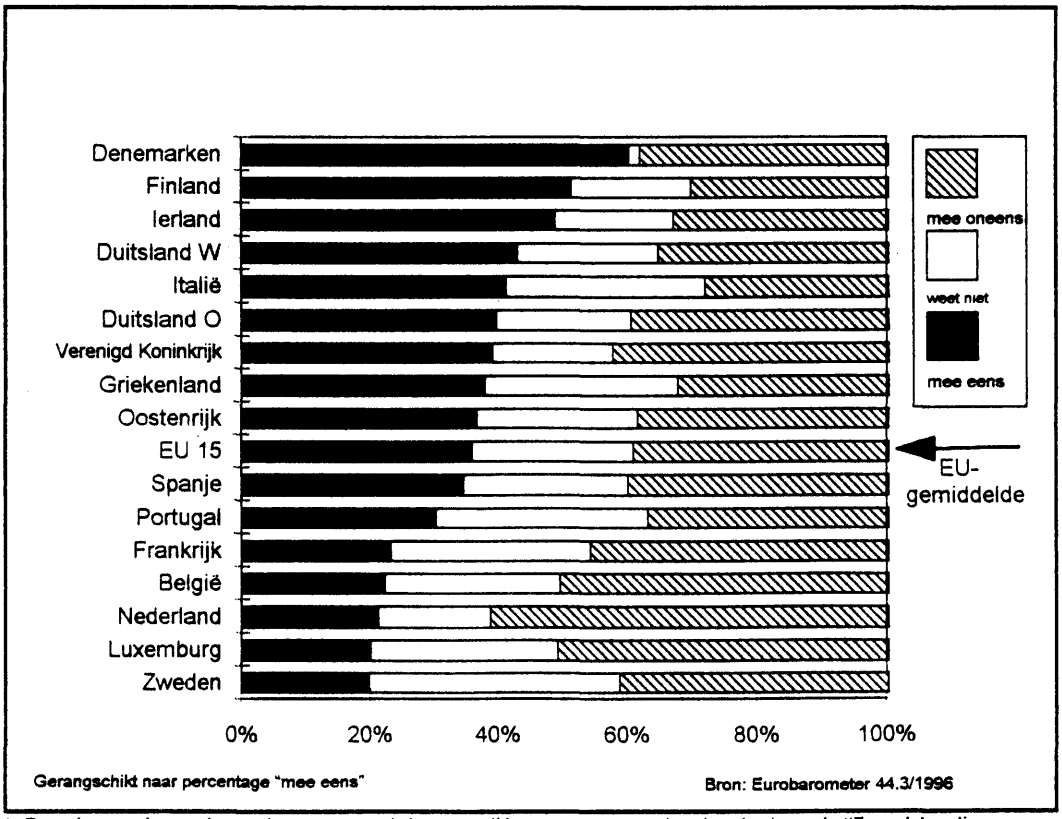
Percentage waarbij het voorgaande jaar een osteoporoseonderzoek is verricht Vrouwen van 50 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	50 jaar en ouder	50-64 jaar	65 jaar en ouder	Totaal
Oostenrijk	27,5	28,9	25,9	15,7
Duitsland West	26,7	27,0	26,4	13,6
Duitsland Ost	22,8	18,8	29,5	14,1
Griekenland	19,7	18,2	21,7	9,0
België	19,5	24,5	14,3	10,3
Frankrijk	19,2	19,2	19,4	9,4
Italië	18,5	20,7	16,2	8,2
EU 15	**16,8**	**16,7**	**17,2**	**8,7**
Denemarken	14,1	11,0	18,3	7,3
Spanje	12,6	10,5	14,9	7,9
Luxemburg	12,3	19,4	7,1	14,3
Portugal	11,6	12,2	10,6	6,6
Nederland	10,3	8,5	15,6	4,7
Verenigd Koninkrijk	5,7	5,3	6,1	3,6
Zweden	5,5	3,5	8,0	2,4
Ierland	4,5	4,7	4,2	2,2
Finland	4,4	2,7	6,1	2,9

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 6.9

Percentage dat de voorkeur geeft aan een vrouwelijke arts* Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)



* De ondervraagden werd verzocht aan te geven in hoeverre zij het eens waren met de volgende uitspraak: "Ik raadpleeg liever een arts van mijn eigen geslacht voor mijn hartproblemen". De tabel geeft de verdeling van de antwoorden hierop weer.

Tabel 6.8

Percentage dat de voordeur geeft aan een vrouwelijke arts*, Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

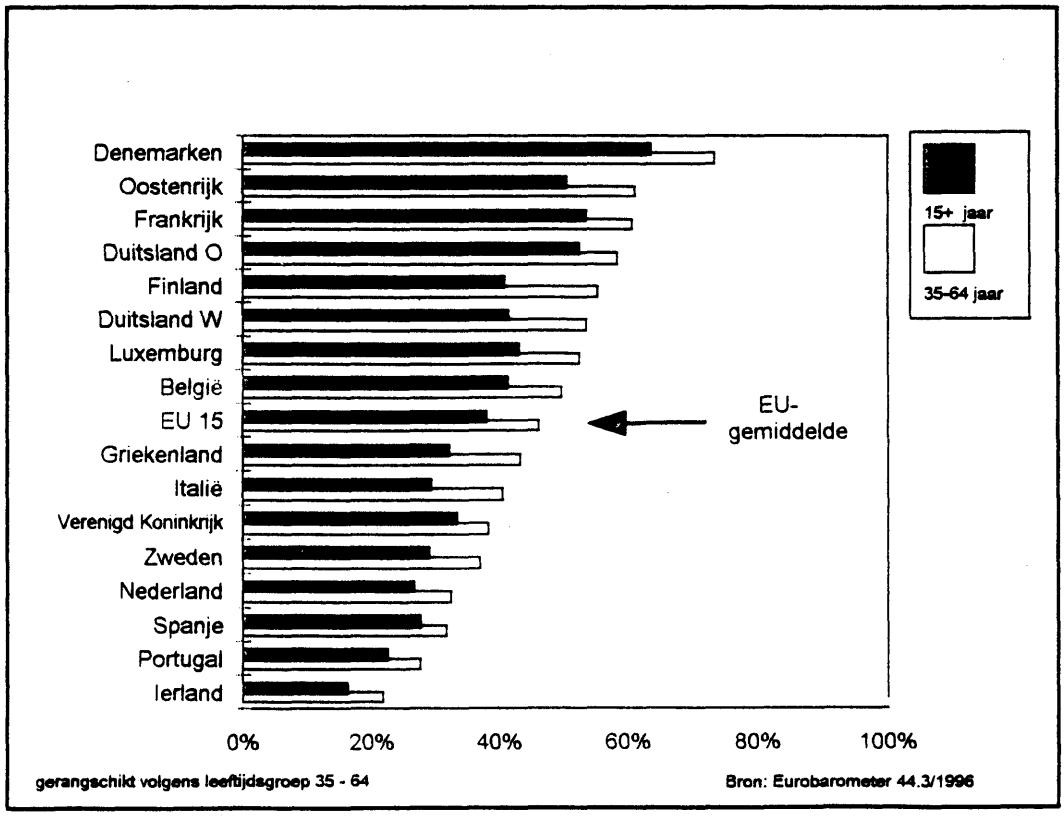
	zeer mee oneens	enigszins mee eens	weet niet	mee eens	zeer mee eens
Denemarken	16.1	21.8	2.0	25.2	34.9
Finland	8.6	21.4	18.8	30.0	21.2
Ierland	10.0	22.8	18.7	21.7	26.8
Duitsland West	10.8	24.3	22.2	27.7	15.0
Italië	21.7	6.2	31.2	21.1	19.9
Duitsland Oost	12.6	26.8	21.1	23.1	16.5
Verenigd Koninkrijk	12.5	29.7	18.8	21.0	17.9
Griekenland	15.7	16.5	30.2	23.6	14.1
Oostenrijk	17.4	20.9	25.2	20.7	15.8
EU 15	**16,7**	**22,3**	**25,4**	**21,0**	**14,6**
Spanje	9.7	30.1	25.7	23.9	10.6
Portugal	10.5	26.2	33.3	21.3	8.7
Frankrijk	24.0	21.6	31.4	14.2	8.8
België	15.9	34.4	27.6	15.0	7.1
Nederland	45.8	15.3	17.9	8.9	12.1
Luxemburg	19.7	31.0	29.7	13.2	6.5
Zweden	15.7	25.3	39.4	13.1	6.4

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

* De ondervraagden werd verzocht aan te geven in hoeverre zij het eens waren met de volgende uitspraak: "Ik raadpleeg liever een arts van mijn eigen geslacht voor mijn hartproblemen". De tabel geeft de verdeling van de antwoorden hierop weer.

Figuur 6.10

Percentage waarbij het voorgaande jaar een baarmoederhalsuitstrijkje gemaakt is Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 6.9

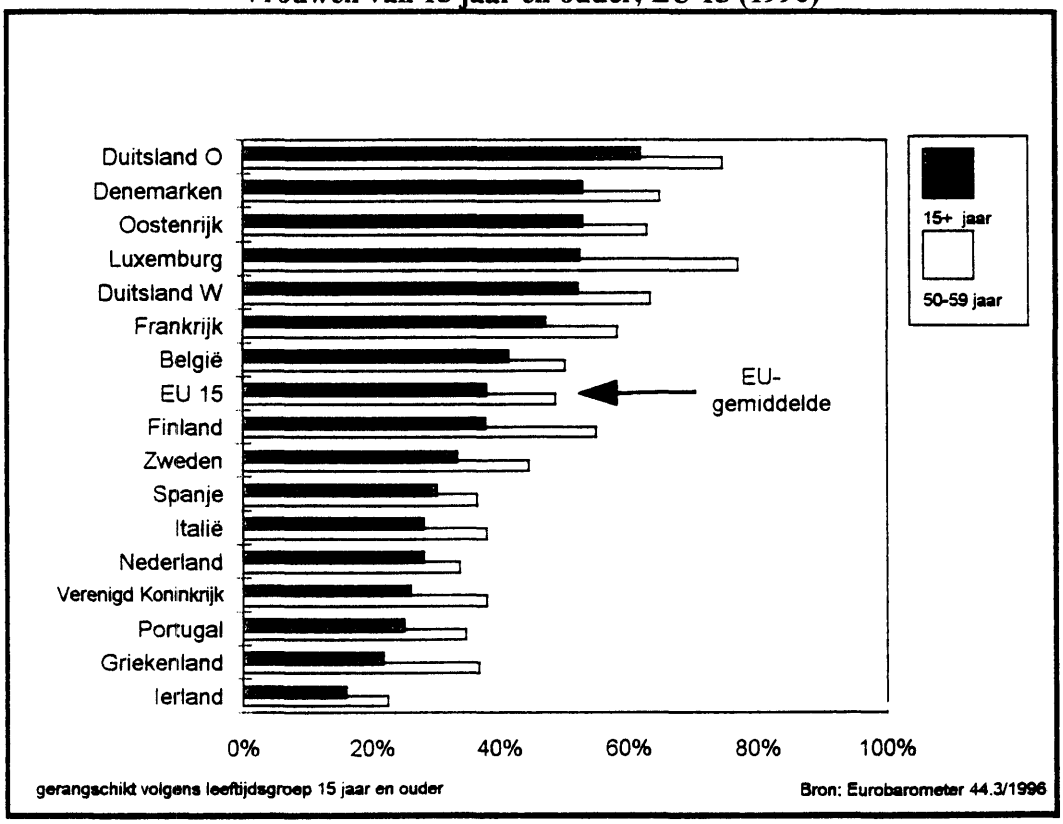
Percentage waarbij het voorgaande jaar een baarmoederhalsuitstrijkje gemaakt is, Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	15-34 jaar	35-64 jaar	65 jaar en ouder	Totaal
Denemarken	51.8	73.2	58.1	63.5
Oostenrijk	49.3	60.9	22.0	50.2
Frankrijk	55.2	60.4	21.2	53.2
Duitsland Oost	55.7	58.1	27.3	52.3
Finland	38.0	55.1	12.8	40.6
Duitsland West	38.0	53.2	18.0	41.4
Luxemburg	42.5	52.2	18.0	42.8
België	41.6	49.4	20.2	41.0
EU 15	**37,3**	**45,9**	**16,5**	**37,7**
Griekenland	24.4	43.0	15.5	31.9
Italië	22.2	40.3	15.5	29.1
Verenigd Koninkrijk	41.6	38.0	8.6	33.3
Zweden	26.7	36.8	11.2	28.8
Nederland	20.1	32.2	15.2	26.4
Spanje	29.3	31.3	12.9	27.2
Portugal	23.2	27.3	7.2	22.3
Ierland	14.4	21.5	1.4	15.8

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 6.11

Percentage waarbij het voorgaande jaar de borsten met de hand zijn onderzocht, Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 6.10

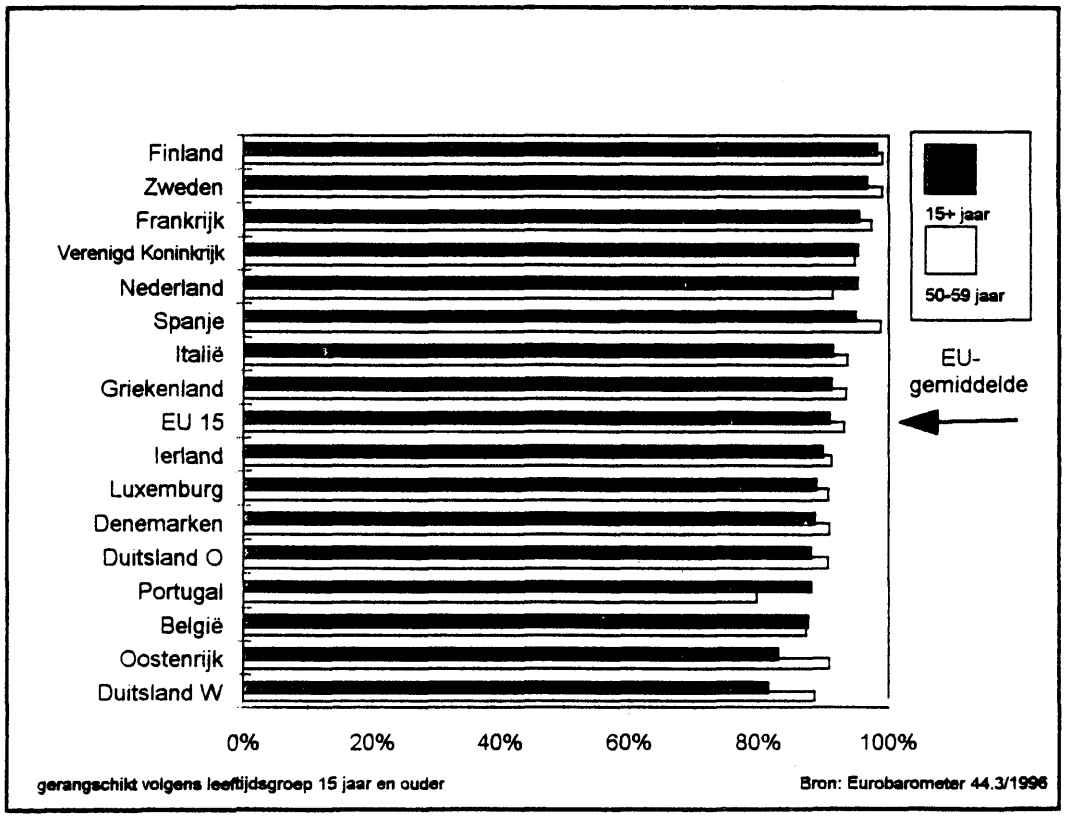
Percentage waarbij het voorgaande jaar de borsten met de hand zijn onderzocht, Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	15-34 jaar	35-49 jaar	50-59 jaar	60 jaar en ouder	Totaal
Duitsland Oost	54.2	71.5	74.5	50.8	61.5
Denemarken	41.1	51.5	64.7	62.8	52.8
Oostenrijk	55.4	59.7	62.7	32.5	52.7
Luxemburg	45.8	66.3	76.7	27.3	52.3
Duitsland West	48.6	64.3	63.1	38.4	52.0
Frankrijk	42.3	50.9	58.2	39.4	46.8
België	36.3	58.7	50.0	27.0	41.2
EU 15	**32,4**	**47,0**	**48,4**	**29,8**	**37,9**
Finland	24.1	48.6	54.8	33.6	37.6
Zweden	20.4	38.7	44.3	37.9	33.2
Spanje	27.8	38.6	36.2	21.0	29.9
Italië	20.1	38.4	37.7	23.2	28.0
Nederland	16.3	39.4	33.3	26.0	27.9
Verenigd Koninkrijk	20.8	34.3	37.7	18.8	25.8
Portugal	19.3	35.8	34.5	18.0	24.8
Griekenland	15.9	29.6	36.5	11.5	21.4
Ierland	11.9	22.8	22.2	9.5	15.6

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 6.12

Percentage dat voorstander is van mammorgrafische screening Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 6.11

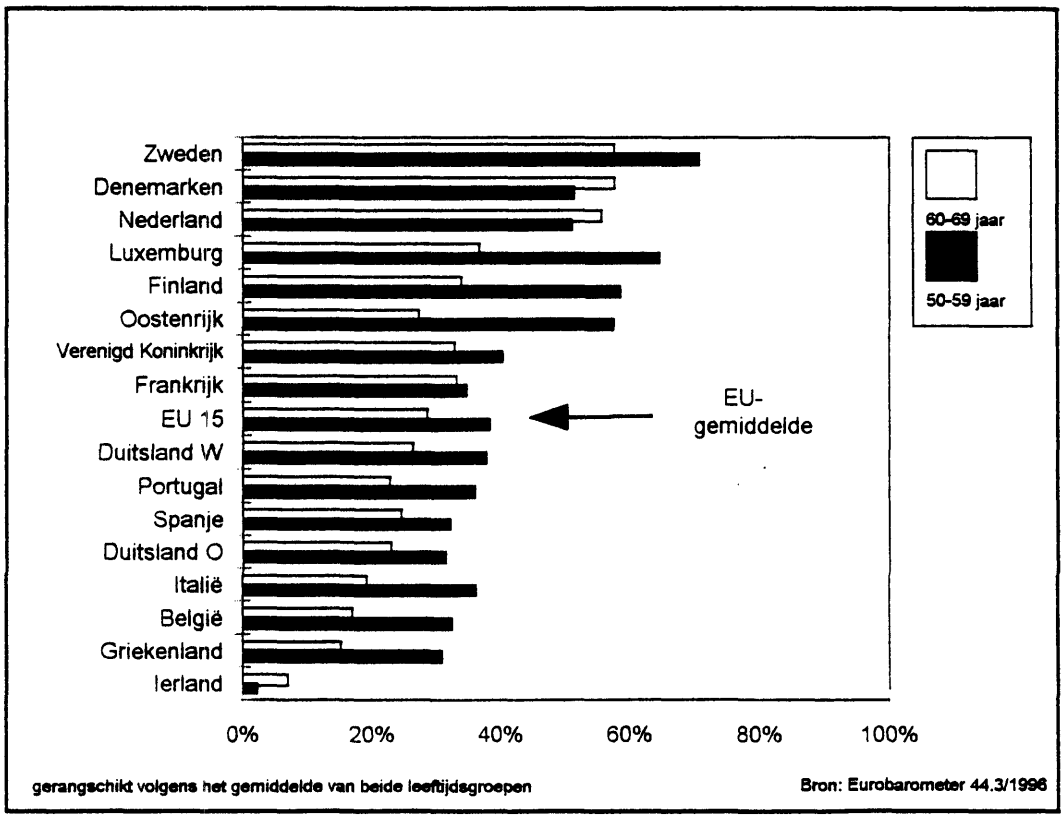
Percentage dat voorstander is van mammografische screening, Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	15-34 jaar	35-49 jaar	50-59 jaar	60 jaar en ouder	Totaal
Finland	97.6	98.6	98.6	97.5	98.0
Zweden	97.1	96.8	98.9	93.1	96.4
Frankrijk	95.4	93.0	96.9	95.7	95.2
Nederland	92.8	97.0	91.2	98.6	95.0
Verenigd Koninkrijk	94.8	96.6	94.3	94.0	95.0
Spanje	96.5	96.1	98.6	88.7	94.8
Italië	93.8	91.1	93.5	86.8	91.2
Griekenland	92.1	96.2	93.2	82.0	90.9
EU 15	**91,3**	**91,7**	**93,0**	**87,4**	**90,7**
Ierland	91.6	89.7	90.9	84.8	89.6
Luxemburg	90.9	89.1	90.3	82.5	88.7
Denemarken	88.1	89.1	90.6	85.8	88.3
Duitsland Oost	86.4	85.7	90.4	90.3	87.9
Portugal	91.3	90.0	79.3	86.0	87.8
België	87.9	87.2	87.1	86.9	87.4
Oostenrijk	82.3	88.3	90.7	71.7	82.8
Duitsland West	81.1	85.0	88.2	73.2	81.1

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 6.13

Percentage waarbij in het voorgaande jaar een mammogram is gemaakt, Vrouwen van 50 - 69 jaar, EU 15 (1996)



Tabel 6.12

Percentage waarbij in het voorgaande jaar een mammogram is gemaakt, Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	<40 jaar	40-49 jaar	50-59 jaar	60-69 jaar	70 jaar en ouder	Totaal
Zweden	2,4	30,3	70,5	57,4	22,4	27,9
Denemarken	11,0	34,4	51,2	57,4	45,5	31,1
Nederland	6,1	16,5	50,9	55,6	15,8	18,4
Luxemburg	13,9	47,0	64,3	36,4	20,0	28,3
Finland	2,4	11,8	58,3	33,7	9,1	17,8
Oostenrijk	19,1	41,1	57,3	27,1	19,3	28,9
Verenigd Koninkrijk	2,6	10,5	40,0	32,5	3,2	12,9
Frankrijk	6,0	23,9	34,4	32,8	22,9	18,4
EU 15	**8,1**	**24,6**	**38,0**	**28,4**	**11,9**	**18,1**
Duitsland West	14,8	30,4	37,4	26,1	11,8	21,8
Portugal	10,7	21,7	35,6	22,5	10,2	18,0
Spanje	12,6	32,5	31,9	24,3	3,9	18,8
Duitsland Oost	14,2	25,5	31,2	22,8	16,0	20,7
Italië	3,4	27,0	36,0	19,0	9,4	15,1
België	11,0	31,2	32,2	16,7	10,5	17,2
Griekenland	3,2	19,3	30,6	14,8	5,1	12,0
Ierland	2,7	10,1	1,9	6,8	4,4	4,6

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

7. SPECIFIEKE VROUWELIJKE GEZONDHEIDSKWESTIES

In dit hoofdstuk worden een aantal gezondheidskwesties betreffende vrouwen besproken die van belang zijn voor het volksgezondheidsbeleid, zowel op het niveau van de Gemeenschap als op dat van de Lid-Staten. Deze zijn zo gekozen dat een beeld wordt verkregen van de gezondheidsproblemen waarmee vrouwen in de verschillende levensfasen geconfronteerd worden. Wat jonge vrouwen betreft wordt daarom ingegaan op eetstoornissen en HIV/aids. Voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd gaat de aandacht uit naar gezinsplanning en abortus en voor oudere vrouwen naar de menopauze en daarmee samenhangende onderwerpen (b.v. osteoporose en substitutietherapie). Daarnaast wordt ingegaan op geweld tegen vrouwen, aangezien dat voor alle leeftijden van belang is.

Er zij op gewezen dat er ondanks het belang van deze onderwerpen maar weinig nationale statistieken zijn. Bovendien kunnen de bestaande gegevens vaak moeilijk vergeleken worden als gevolg van verschillen in definities en/of wijzen van gegevensverzameling. Daarom moet dit hoofdstuk worden beschouwd als een poging om belangrijke in opkomst zijnde gezondheidskwesties betreffende vrouwen onder de aandacht te brengen, en niet zo zeer als een vergelijking van deze aspecten van de gezondheidstoestand van vrouwen in de Gemeenschap.

7.1 Eetstoornissen

De eetstoornissen boulimie en anorexia nervosa, die voornamelijk bij jonge vrouwen voorkomen, leiden tot een aanzienlijke ziekte en zelfs tot sterfte. Nergens in de EG bestaat vooralsnog een nationaal volksgezondheidsbeleid ter zake van deze aandoeningen en er zijn ook geen nationale statistische gegevens beschikbaar over de incidentie en prevalentie ervan. Uit diverse schattingen van de incidentie van boulimie/anorexia nervosa kan worden afgeleid dat het aantal gevallen in de EG toeneemt. Gezien de grotere aandacht in de media voor deze aandoeningen is echter niet uit te maken of deze ogenschijnlijke toename reëel is dan wel niet meer dan het gevolg van een betere bewustwording. Een bijkomende moeilijkheid bij het verkrijgen van betrouwbare gegevens over de incidentie van eetstoornissen is dat de vrouwen die eraan lijden vaak niet voor hun aandoening(en) uitkomen.

De schattingen van de incidentie voor deze eetstoornissen lopen nogal uiteen. Volgens één bron[1] is de incidentie van anorexia nervosa in westerse landen onder vrouwen van 14-29 jaar bijna 1%. In andere studies worden echter veel lagere cijfers genoemd, van 0,45 per 100 000 in Zweden[2] tot 8,1 per 100 000 in Nederland[a] [3]; voor het VK werden cijfers van 0,66-3,77 per 100 000 gemeld[4]. Natuurlijk valt niet uit te maken welke schatting het nauwkeurigst is. Voor boulimie wordt de incidentie in westerse landen in de leeftijdsgroep 14-45 jaar op 1 à 2% geschat[5]. De schattingen in verschillende studies lopen weer uiteen, van 11,4 per 100 000 in Nederland[b] [6] tot 3 à 4% in Zweden en Duitsland[7] [8].

Zoals al is opgemerkt leiden anorexia nervosa en boulimie tot aanzienlijke ziekte en sterfte. Met name zelfdoding en pogingen daartoe komen veel voor. Helaas bestaat er weinig informatie over de feitelijke ziekte en sterfte als gevolg van deze aandoeningen, omdat vaak andere aandoeningen als rechtstreekse doodsoorzaak (of oorzaak van ziekte) worden aangegeven. Zo worden zelfmoord in een toestand van depressie en hartfalen,

---

a 8.3% van de onderzochte populatie in deze studie was man.

b 3.5% van de onderzochte populatie in deze studie was man.

twee frequente gevolgen van anorexia nervosa, vaak als doodsoorzaak aangegeven terwijl anorexia nervosa even juist of zelfs juister zou zijn. Een studie schat de sterfte aan anorexia nervosa op 6%, die aan boulimie op 3,1%[9]. Bovendien lijden veel vrouwen aan een gedeeltelijk anorexia/boulimiesyndroom of ander afwijkend eetgedrag, waardoor hun gezondheid in gevaar kan komen en zij een hoger risico lopen om werkelijke eetstoornissen te krijgen.

De oorzaken van eetstoornissen zijn niet duidelijk, maar de schuld ligt althans ten dele bij de obsessie van de samenleving voor gewicht en uiterlijk. Uit onderzoek blijkt dat tieners en jonge vrouwen zich bijzonder druk maken om hun gewicht en dat kan wellicht verklaren waarom eetstoornissen in deze leeftijdsgroepen vaker voorkomen. In een Belgische studie[10] is geconstateerd dat scholieres in de tienerleeftijd zich zorgen maken om hun gewicht, ook al hebben zij een ideale Quetelet-index; daardoor leggen zij zich beperkingen op bij het eten en dat is een risicofactor voor het ontstaan van eetstoornissen. Evenzo werd in een Nederlandse studie gevonden dat 41% van de scholieres in de steekproef zichzelf te dik vond, 33% dieet hield, 11% aan een of andere eetstoornis leed en 1,5% aan boulimie of anorexia nervosa[11].

De resultaten van deze en soortgelijke studies[12] worden bevestigd door de uitkomst van de Eurobarometer van 1996. Zoals is aangegeven in **figuur 7.1** en **tabel 7.1**, zegt ongeveer eenderde van de vrouwen tussen 15 en 24 niet tevreden te zijn met hun gewicht; ongeveer 25% volgde het afgelopen jaar een dieet (zie **fig. 7.2** en **tab. 7.2**). Dit varieert nogal van Lid-Staat tot Lid-Staat; in Griekenland zijn de vrouwen het minst tevreden met hun gewicht, in Ierland het meest. Dit zou samen kunnen hangen met verschillen in lichaamsgewicht (zie **hoofdstuk 6.3**). Zoals is aangegeven in **figuur 7.3** is er een sterke correlatie tussen de ontevredenheid over het gewicht en dat gewicht zelf. Vrouwen die ernstig overgewicht vertonen (Quetelet-index van 30 en meer) zullen veel vaker ontevreden over hun gewicht zijn dan vrouwen met ernstig ondergewicht (Quetelet-index kleiner dan 18).

Eetstoornissen kunnen behandeld worden met behulp van voedingsadviezen, psychotherapie, gezinstherapie (aanbevolen voor anorexia nervosa) en cognitieve therapie (aanbevolen voor boulimie). Medisch-psychiatrische hulp wordt meestal verleend in ziekenhuizen met gespecialiseerde poliklinische programma's; ziekenhuisopname vindt alleen plaats als de aandoening levensbedreigend wordt[13]. In sommige Lid-Staten zijn gespecialiseerde klinieken opgericht (b.v. Zweden, Finland, België, VK), maar die kunnen de vraag naar behandeling niet aan.

7.2 HIV/aids en de gezondheid van vrouwen

Infectie met het humane immunodeficiëntievirus (HIV) en de daardoor veroorzaakte ziekte aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome) is een ernstig gezondheidsprobleem voor jonge vrouwen. Sinds begin jaren tachtig de eerste aidsgevallen in de EG geconstateerd werden, is de preventie van HIV-infectie een belangrijk doel voor de volksgezondheid geworden. Aangezien echter de ziekte zich eerst uitbreidde onder homo- en biseksuele mannen, wordt aids pas sinds kort onderkend als een kwestie die ook voor vrouwen van belang is. Op 30 september 1996 hadden in de EG 167 021 mensen aids, onder wie 27 355 vrouwen (17%) (zie **tab. 7.3** en **7.4**[a])[14]. Van de vrouwen waren de meesten (52%)

---

a Het totaal in beide tabellen is niet hetzelfde hoewel zij uit dezelfde bron afkomstig zijn[14]. Hoewel hier geen verklaring voor gegeven wordt, komt dit verschil waarschijnlijk doordat in tabel 7.3 niet bij alle gerapporteerde gevallen het geslacht bekend was.

intraveneuze drugsgebruiksters. De incidentie van aids onder homo- en biseksuele mannen lijkt zich nu te stabiliseren, maar de overdracht bij de heteroseksuele bevolking (zowel mannen als vrouwen) neemt nog steeds toe. Er zijn aanwijzingen voor dat in de EG de meeste gevallen van heteroseksuele HIV-besmetting het gevolg zijn van onveilig vrijen met een HIV-positieve intraveneuze drugsgebruiker[15] en dat de meeste baby's die HIV-positief geboren worden met het virus besmet zijn via perinatale (verticale) overdracht (van moeder op kind), waarbij de moeder intraveneuze drugsgebruikster is of een partner uit een risicogroep heeft.

Er zij echter op gewezen dat de belangrijkste overdrachtsroutes van HIV bij vrouwen niet in alle Lid-Staten hetzelfde zijn (zie **fig. 7.4**). In Spanje, Italië, Portugal en Ierland bijvoorbeeld vindt men de meeste aidsgevallen onder intraveneuze drugsgebruikers, terwijl in België heteroseksuele overdracht de belangrijkste route is.

Als gevolg van de hogere prevalentie van HIV/aids onder mannen is de kennis over het natuurlijke beloop van HIV bij vrouwen tamelijk beperkt. Duidelijk is echter dat zij vatbaarder zijn voor het virus (en voor andere seksueel overdraagbare aandoeningen) dan mannen. Met andere woorden HIV wordt gemakkelijker van mannen op vrouwen overgedragen dan andersom. Verder wordt bij vrouwen de diagnose vaak in een later stadium gesteld omdat de symptomen niet herkend worden. Ook is gebleken dat seksueel overdraagbare infecties van de voortplantingsorganen bijkomende risicofactoren voor de verspreiding van HIV zijn[16].

Vrouwen hebben nog meer problemen om zich tegen infectie te beschermen. Zij bevinden zich in een zwakkere positie dan mannen om aan te dringen op veilig vrijen, ongeacht of dit in een stabiele, occasionele of commerciële seksuele relatie gebeurt. Tegelijkertijd wordt er vaak van uitgegaan dat de vrouw de verantwoordelijkheid voor het gebruik van condooms op zich moet nemen. Het blijkt dat het seksueel gedrag van vrouwen en mannen aan het veranderen is: zij gebruiken vaker condooms en hebben minder wisselende partners. Er wordt echter nog steeds onveilig gevrijd. Vooral voor prostituees is het risico van infectie groot, al blijkt de prostitutie in tegenstelling tot wat algemeen gedacht wordt geen rol van betekenis gespeeld te hebben bij de overdracht van HIV in de EG[17]; bij die groep gaat het er dus veiliger aan toe, wat te danken is aan de ontplooide preventieactiviteiten.

Ondanks de risico's waar vrouwen aan blootstaan, zijn er over het algemeen weinig specifieke preventieactiviteiten voor hen ontwikkeld. Zij kwamen indirect aan bod in het kader van algemene campagnes voor de hele bevolking, of er waren speciale acties voor bepaalde doelgroepen, met name intraveneuze drugsgebruikers en werkers in de seksindustrie. Er moet meer actie worden ondernomen die specifiek op vrouwen is toegesneden, en dan met name op jonge vrouwen onder wie de meeste HIV-besmetting voorkomt of die waarschijnlijk tot een van de risicogroepen zullen gaan behoren.

7.3 Gezinsplanning

Een van de belangrijkste zaken voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd is gezinsplanning. De meeste vrouwen vinden dat zij om zeggenschap uit te oefenen over hun eigen leven zelf moeten kunnen bepalen hoeveel kinderen zij krijgen en wanneer, en zich seksueel ontplooien zonder bang te hoeven zijn voor ongewenste zwangerschap en seksueel overdraagbare ziekten. De verkrijgbaarheid van anticonceptiemiddelen en de mogelijkheid van abortus zijn daarom van groot belang.

Gemakkelijke verkrijgbaarheid van doeltreffende anticonceptiva heeft ertoe bijgedragen dat het vruchtbaarheidscijfer in de EG sterk gedaald is. Sinds 1970 was dat het geval in alle Lid-Staten behalve Finland en Zweden, waar een kleine stijging optrad (zie **tab. 7.5**). Er zijn geen gegevens beschikbaar over het gebruik van anticonceptiemiddelen in Griekenland, Ierland en Luxemburg; in de overige Lid-Staten ligt dit tussen 71 en 81%, behalve in Portugal en Spanje, waar het respectievelijk 66 en 59% is.

Er zijn geen gegevens over het gebruik van anticonceptiemiddelen door tieners, maar wel is bekend dat dat gebruik om allerlei redenen lager ligt dan bij volwassenen. Dit kan veroorzaakt worden door onwetendheid, angst dat de ouders erachter komen dat zij aan seks doen, geen mogelijkheden om anticonceptiemiddelen te verkrijgen, enz. Deze factoren dragen bij aan het ondanks recente dalingen nog steeds relatief hoge geboortecijfer onder tieners in de EG (zie **tab. 7.5**).

De volgende anticonceptiemiddelen worden in de EG toegepast: natuurlijke middelen (b.v. periodieke onthouding, coïtus interruptus), hormonale middelen (pil, prikpil, pleister), barrièremiddelen (mannen- en vrouwencondoom, pessarium, spiraaltje (IUD)), chirurgische methoden (sterilisatie van man of vrouw) en interceptie post coitum (morning-afterpil). De pil is het meest gebruikte anticonceptiemiddel, gevolgd door het condoom. Het condoomgebruik is toegenomen als gevolg van de inspanningen om de verspreiding van HIV te voorkomen[18 19].

De keuze van het anticonceptiemiddel zal worden beïnvloed door de beschikbaarheid, de prijs en de toegankelijkheid, het nationale beleid, de feitelijke verkrijgbaarheid, culturele en religieuze overwegingen, de gezondheidstoestand, de voorkeur van de partner en de sociaal-economische status. Een volgende factor die van invloed is op de keuze zijn de gezondheidsrisico's en/of bijwerkingen van het gekozen middel. Zo zijn de hoge bloeddruk en het verhoogde risico op trombose, zoals inherent aan bepaalde piltypen, en het verhoogde risico op adnexitis bij gebruik van het spiraaltje voor sommige vrouwen voldoende redenen om van deze middelen af te zien. De gemaakte keuze zal in de loop van het vruchtbare leven van de vrouw ook veranderen. Jongere vrouwen zullen eerder de pil of condooms gebruiken, terwijl oudere vrouwen de voorkeur zullen geven aan spiraaltjes en sterilisatie.

In alle Lid-Staten kunnen adviezen over geboorteregeling worden verkregen bij artsen, gespecialiseerde centra, kraamklinieken en consultatiebureaus; de kosten lopen echter sterk uiteen. In sommige Lid-Staten (b.v. Finland, Italië en het VK) worden anticonceptiemiddelen gratis verstrekt[20 21], terwijl dat in andere (b.v. Ierland, Duitsland) voor bepaalde doelgroepen, zoals armen[22] of jongeren[23] het geval is. In een aantal Lid-Staten (b.v. Finland, Nederland, Zweden en het VK) zijn er speciale centra voor geboortebeperking voor seksueel actieve tieners[24].

7.4 Abortus

Dankzij de betere geboorteregeling is het aantal ongewenste zwangerschappen weliswaar gedaald, maar dit komt nog steeds voor. Er is dus ook nog altijd vraag naar abortus provocatus, vooral onder tieners[25]. De redenen hiervoor kunnen zijn een falend anticonceptiemiddel, een al volledig gezin, zwangerschap als gevolg van verkrachting, vastgestelde misvorming van de foetus, gezondheidsrisico voor de moeder en de sociaal-economische omstandigheden.

Abortus is met inachtneming van uiteenlopende criteria en voorwaarden toegestaan in alle Lid-Staten, behalve in Ierland en in Noord-Ierland[a]. In Ierland mogen gezondheidswerkers hun cliënten sinds 1995 verwijzen naar wettelijk toegestane voorzieningen elders in de EG om een abortus te ondergaan, maar alleen als zij volledige voorlichting geven over alle beschikbare opties en niet alleen tot abortus adviseren. Het recht van Ierse vrouwen om zich binnen de EG te verplaatsen teneinde een abortus te ondergaan werd in 1992 vastgelegd.

In de Lid-Staten waar abortus gelegaliseerd is, gelden hiervoor uiteenlopende criteria. Overal geldt een bepaalde termijn: in de regel is abortus gedurende de eerste drie maanden toegestaan, maar gedurende de tweede drie maanden slechts in speciale gevallen. Een gesprek alvorens de abortus wordt uitgevoerd, waarbij op de alternatieven wordt gewezen, alsmede een bedenktijd zijn in alle Lid-Staten verplicht. Verder kan een gezondheidswerker in sommige Lid-Staten een abortus weigeren in verband met morele bezwaren. In een aantal Lid-Staten (Spanje, Duitsland en Frankrijk) is het abortusbeleid de afgelopen jaren enigszins versoepeld, zij het niet zonder slag of stoot, terwijl andere Lid-Staten (Italië en België) dat juist strenger trachten te maken[26].

Het aantal abortussen per 1000 vrouwen varieert over de EG (zie **tab. 7.6**). De hoogste cijfers worden aangetroffen in Zweden (18,3 per 1000 vrouwen), Denemarken (14,3 per 1000 vrouwen) en Frankrijk (13,0 per 1000 vrouwen). In Italië, Nederland en Spanje liggen de cijfers een stuk lager: respectievelijk 8,6, 6,0 en 5,4 per 1000 vrouwen. Een andere vaak gepubliceerde abortusstatistiek is het aantal abortussen per 1000 levendgeborenen. Ook dit cijfer varieert natuurlijk binnen de Gemeenschap, waarbij de hoogste waarden worden aangetroffen in Zweden, Italië, Denemarken, Frankrijk en het VK[27], en de laagste in Nederland, Luxemburg en Spanje (zie **tab. 7.6**). In deze landen bedraagt het cijfer slechts eenderde van dat in de eerste groep.

Indien een abortus onder goede medische omstandigheden wordt uitgevoerd treden er nauwelijks complicaties op. De sterfte aan legale abortussen vóór 8 weken is op 0,5 per 100 000 geschat[28]. Dit staat tegenover een moedersterfte van 7 per 100 000 bij bevallingen (zie hoofdstuk 3.3).

Het ontdekken van trends in abortus in de tijd wordt bemoeilijkt doordat er onvoldoende gegevens zijn en deze niet vergelijkbaar zijn. Uit bestudering van de gegevens van het VK, Nederland en Spanje kan echter worden afgeleid dat er een typisch patroon optreedt nadat abortus in een land gelegaliseerd is: eerst neemt het cijfer toe, vaak behoorlijk, en dan na verloop van tijd treedt een stabilisatie op en kan het cijfer zelfs weer dalen.

7.5 Menopauze

De menopauze – letterlijk het ophouden van de maandelijkse menstruatie – betekent het einde van de vruchtbare periode van de vrouw; in de regel wordt er echter de langere periode (20 jaar of meer) mee aangeduid waarin het vrouwelijke lichaam zich aanpast aan een lagere hormoonspiegel voor en na het ophouden van de menstruatie. De gemiddelde leeftijd waarop de menopauze intreedt is 50 à 52 jaar, wat inhoudt dat vrouwen in de EG kunnen verwachten dat zij dan nog een derde van hun leven voor zich hebben.

---

a In Ierland is abortus niet mogelijk. Er zij echter op gewezen dat het Ierse Hooggerechtshof heeft geoordeeld dat een abortus toegestaan is als er een werkelijk, ernstig gevaar voor het leven van de moeder is dat niet op andere wijze kan worden weggenomen. De Abortion Act van 1967, die van toepassing is op Engeland, Schotland en Wales, werd niet tot Noord-Ierland uitgebreid; daar is abortus alleen toegestaan als het leven van de moeder in gevaar komt.

De gevolgen van de menopauze op de gezondheid van vrouwen lopen uiteen. Naar schatting heeft 75% van de vrouwen overgangsklachten, maar slechts 10-20% raadpleegt daarvoor een arts[29]. Kortdurende effecten van de menopauze zijn vasomotorische symptomen (opvliegingen, nachtelijke transpiratieaanvallen), urogenitale symptomen en stemmingswisselingen. Deze symptomen kunnen worden toegeschreven aan het effect van dalende hormoonspiegels (oestrogenen) waarmee de menopauze gepaard gaat.

Doordat vrouwen in de EG steeds langer leven, komt er meer aandacht voor de mogelijke langetermijngevolgen van de menopauze. Hoewel er momenteel geen bewijzen voorhanden zijn dat er een causaal verband bestaat tussen de hormoonspiegels en de gezondheid na de menopauze, blijkt uit de ziektestatistieken dat hart- en vaatziekten en osteoporose bij postmenopauzale vrouwen vaker voorkomen.

7.5.1 Osteoporose en hart- en vaatziekten

Seniele osteoporose komt zowel bij vrouwen als bij mannen voor, maar meer bij vrouwen als gevolg van de versnelde botafbraak tijdens en na de menopauze. Postmenopauzale osteoporose is in de hele EG een verontrustend verschijnsel, aangezien het gepaard gaat met een verhoogd voorkomen van botbreuken, met name heup- en wervelbreuken, met als gevolg aanzienlijke ziekte, sterfte, mobiliteitsbeperking en verminderde kwaliteit van leven. Onderzoek heeft aanwijzingen opgeleverd dat osteoporose een stijgende lijn vertoont. In een Griekse studie wordt geschat dat 9% van de vrouwen boven de 45 symptomen van osteoporose vertoont[30]. Een Finse studie heeft berekend dat vrouwen van 50 jaar en ouder een kans van bijna 40% lopen om in hun leven een botbreuk als gevolg van osteoporose op te lopen[31]. Uit andere studies komt naar voren dat bij heupfracturen in het eerste jaar een sterfte van 20% optreedt, en in de eerste drie jaar na de fractuur een sterfte van 40%. Verder bereikt meer dan de helft van de mensen die een heup gebroken hebben nooit meer volledig herstel[32].

Preventieve initiatieven waren gericht op manieren om de kwaliteit van leven tot op hoge leeftijd te behouden en om de kosten als gevolg van osteoporose te beperken. Er bestaan in de EG op dit moment geen nationale programma's voor screening op osteoporose, al zijn er in de meeste landen wel plaatselijke screeningsvoorzieningen. Er is nader onderzoek nodig om de kosteneffectiviteit van de preventiemethoden te bepalen; dit omvat primaire preventie door meer lichaamsbeweging en een grotere calciumopname door tieners en premenopauzale vrouwen, secundaire preventie in de vorm van vroegtijdige opsporing (en behandeling) door middel van screening, en tertiaire preventie, in hoofdzaak behandeling bij ongevallen en revalidatie van vrouwen met osteoporose.

Hart- en vaatziekten worden van oudsher beschouwd als een typische mannenziekte, vooral omdat deze aandoeningen bij vrouwen voor de menopauze weinig voorkomen. Bij vrouwen onder de 50 is de incidentie slechts een kwart van die bij mannen van dezelfde leeftijd. Maar naarmate vrouwen ouder worden neemt het risico sterk toe. Op zestigjarige leeftijd is de incidentie al de helft van die bij mannen[33]. Over het hele vrouwenleven genomen vormen hart- en vaatziekten de voornaamste doodsoorzaak. En omdat vrouwen steeds langer leven, leiden deze aandoeningen in de hele EG ook tot steeds meer ziekte.

7.5.2 Preventie en symptoombestrijding

In tal van Lid-Staten wordt nader onderzoek verricht naar de oorzaken van en behandelingen voor osteoporose en hart- en vaatziekten bij postmenopauzale vrouwen. Sinds de jaren tachtig adviseren veel artsen substitutietherapie aangezien hiermee osteoporose, hart- en vaatziekten en, zoals onlangs aangetoond, de ziekte van Alzheimer[34]

zouden kunnen worden voorkomen. De discussie over de kosten en baten van substitutietherapie is echter nog lang niet ten einde. Nauwkeurige gegevens over de toepassing van substitutietherapie in de Lid-Staten zijn niet voorhanden, maar de schattingen lopen uiteen van 2% in Italië[35], 4% in Spanje[36], 15% in Nederland[37], 20% in Oostenrijk[38] en Zweden[39] tot 56% in Finland[40].

Er zijn aanwijzingen dat substitutietherapie geassocieerd is met een hogere sociaal-economische status en het wonen in een grote stad[41]. Ook maken hoger opgeleide vrouwen eerder gebruik van substitutietherapie, wat erop duidt dat de informatie over de baten (en bijwerkingen) van substitutietherapie onder de algemene bevolking onvoldoende bekend zijn. Om dit te onderzoeken is in de Eurobarometer van 1996 aan vrouwen gevraagd of zij vonden dat zij goed (of slecht) over substitutietherapie geïnformeerd waren. De resultaten zijn weergegeven in **figuur 7.5** en **tabel 7.7** en hieruit blijkt dat 61% van de vrouwen meent onvoldoende over substitutietherapie geïnformeerd te zijn. Naar leeftijdsgroepen uitgesplitst blijft deze conclusie overeind, al blijken vrouwen van 50-64 jaar iets beter geïnformeerd te zijn dan vrouwen van andere leeftijden. Dit is wel te begrijpen aangezien substitutietherapie voor deze groep met name van belang is. Uit **figuur 7.5** blijkt verder dat er aanzienlijke verschillen tussen de Lid-Staten bestaan. Het hoogste percentage slecht geïnformeerde vrouwen wordt aangetroffen in Portugal, Ierland, Spanje en Griekenland, het laagste in Finland en Luxemburg, wat tot op zekere hoogte overeenkomt met het gebruik in die landen. Al met al blijkt uit deze resultaten dat er in de Gemeenschap meer (of betere) voorlichting over substitutietherapie nodig is.

7.6 Geweld jegens vrouwen

Geweld jegens vrouwen – door de Algemene Vergadering van de VN gedefinieerd als "elke daad van geweld op basis van gender, die resulteert of kan resulteren in lichamelijke, seksuele of psychologische schade aan of lijden van vrouwen, met inbegrip van de dreiging met dergelijke gewelddaden, dwang of willekeurige vrijheidsberoving, ongeacht of dit plaatsvindt in het openbaar of in de privé-sfeer"[42] – is in de EG steeds meer een punt van zorg[a] [43]. Door het ontbreken van nationale statistieken hierover kan niet worden vastgesteld of de als zodanig ervaren toename van geweld jegens vrouwen reëel is of dat er door de betere bewustwording en acceptatie van de problematiek vaker melding van gemaakt wordt.

Geweld jegens vrouwen werd aanvankelijk beschouwd als een mensenrechtenprobleem, maar krijgt geleidelijk erkenning als een volksgezondheidskwestie. Het Europees Netwerk voor de gezondheid van vrouwen, dat in 1994 in Wenen is opgericht, rekende geweld jegens vrouwen tot een van de zes belangrijkste *gezondheids*problemen. Hoewel geweld jegens vrouwen geen sociaal-economische, culturele, religieuze en raciale grenzen kent, worden sommige groepen, zoals oudere, migrerende en arme vrouwen, als bijzonder kwetsbaar beschouwd.

De oorzaken van geweld jegens vrouwen zijn onduidelijk, maar alcohol- en drugsmisbruik, armoede en overbevolkte woningen zijn bekende factoren die geweldpleging tegen vrouwen kunnen verergeren[44]. Ook is wel geopperd dat de veranderingen in de maatschappij om de positie van vrouwen ten opzichte van die van mannen te verbeteren hebben bijgedragen aan de toename van lichamelijk en seksueel geweld jegens vrouwen[45].

---

a De Commissie heeft onlangs een communautair actieprogramma voorgesteld ter bestrijding van vrouwenhandel voor seksuele exploitatie[44].

7.6.1 Geweld in de huiselijke sfeer

Hoewel de gegevens schaars zijn, wordt nu in alle Lid-Staten ingezien dat geweldpleging tegen vrouwen door een mannelijke partner de meest endemische vorm van geweld is[46,47]. Over het algemeen maken de beschikbare gegevens onderscheid tussen geweld in de huiselijke sfeer en seksueel geweld, al overlappen deze twee elkaar aanzienlijk omdat verkrachting binnen een intieme relatie ook als een vorm van geweld in de huiselijke sfeer beschouwd wordt. Er zijn nauwelijks gegevens over de gezondheidseffecten op lange termijn van geweld in de huiselijke sfeer tegen vrouwen. De weinige beschikbare studies richten zich eerder op de psychologische dan op de lichamelijke gevolgen. Zo wordt geschat dat mishandelde vrouwen vier- à vijfmaal zo vaak psychiatrische behandeling nodig zullen hebben en vijfmaal zo vaak een zelfmoordpoging zullen doen als niet mishandelde vrouwen[48]. In een Deens onderzoek betreffende vrouwen die een poging tot zelfdoding gedaan hadden, werd gevonden dat zij in ernstige mate psychologisch en fysiek geweld ondergaan hadden[49]. Recenter nog zijn in een aantal Lid-Staten studies uitgevoerd om basisgegevens te verkrijgen over het aantal vrouwen dat aan geweld in huiselijke kring is blootgesteld. De schattingen lopen uiteen van 1 op de 5 vrouwen in Ierland[50] en 1 op de 4 in het VK[51] tot 1 op de 3 in Portugal[52] en Duitsland[53].

7.6.2 Verkrachting en aanranding

Verkrachting en aanranding kunnen lichamelijk letsel en ernstige emotionele trauma's tot gevolg hebben. Verder lopen slachtoffers van verkrachting vaak allerlei gezondheidsrisico's, van overlijden/zelfdoding tot ongewenste zwangerschap, SOA's met inbegrip van HIV, chronische aandoeningen en psychologische symptomen, zoals depressie, woede, schuldgevoelens, slaap- en eetstoornissen, angst voor seks en concentratiestoornissen[54].

In de hele EG wordt erkend dat verkrachting een sterk ondergerapporteerde misdaad is. In Finland bijvoorbeeld was in de jaren tachtig het gemiddelde aantal aangegeven gevallen van verkrachting per jaar 345, maar volgens schattingen van de politie ligt dit in werkelijkheid tussen 6000 en 10 000 per jaar[55]. Andere meldingen van het aantal verkrachtingen per jaar variëren tussen 125 in Portugal (1992), 1381 in Zweden (1995), 1599 in Spanje (1992) en 5082 in het VK (1994). In Nederland, waar relatieve cijfers worden gepubliceerd, is het aantal verkrachtingen tussen 1980 en 1988 gestegen van 7 tot 10 per 100 000 vrouwen[56].

7.6.3 Seksuele intimidatie en "stalking"

De bewustwording ten aanzien van seksuele intimidatie – ongewenste intimiteiten – en "stalking" – iemand voortdurend lastig vallen – is in de Lid-Staten de afgelopen jaren toegenomen. Hoewel er geen nationale statistieken zijn, duiden een aantal studies erop dat seksuele intimidatie van vrouwen veel voorkomt. Zo wordt geschat dat in Finland 26% van de vrouwen tussen 18 en 24 jaar met seksuele intimidatie geconfronteerd wordt (tegen 4% van de mannen)[57]. Uit rapportage in Nederland blijkt dat 1 op de 3 meisjes jonger dan 16 jaar met een of andere vorm van ongevraagde seksuele toenaderingspogingen te maken heeft, van seksuele intimidatie tot verkrachting[58].

Referenties

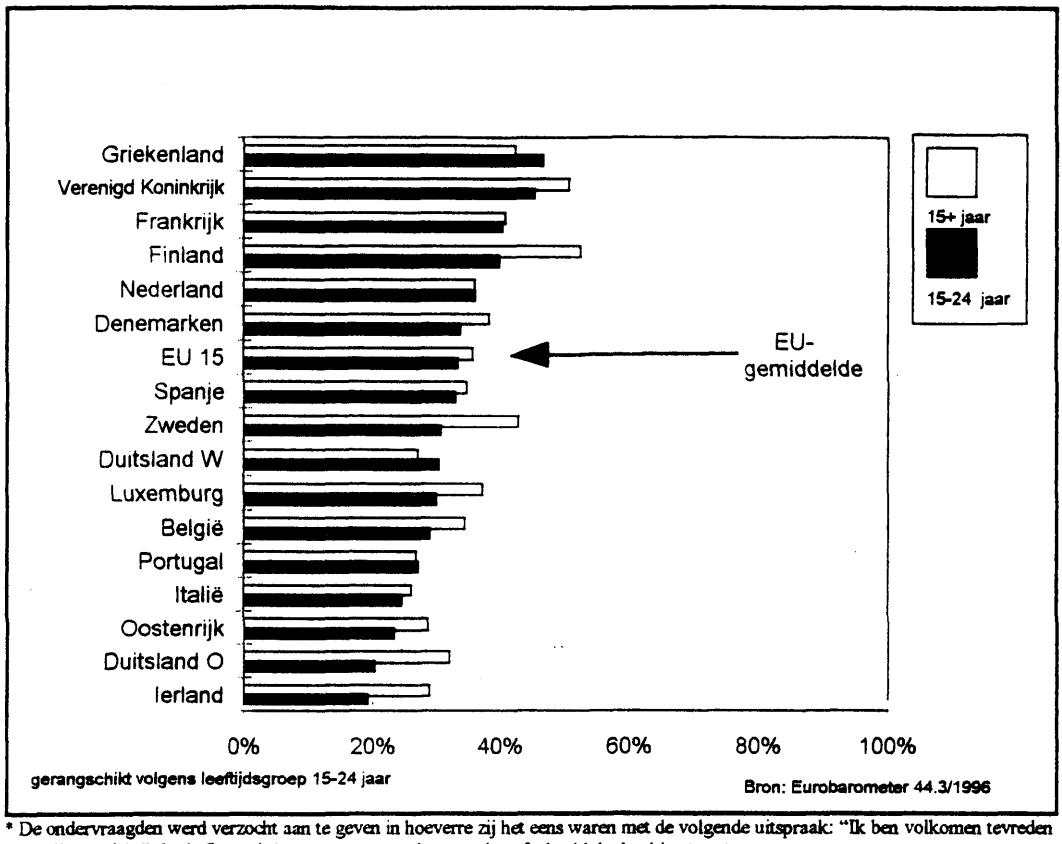
1 West, R. (1994), *Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Londen: Office of Health Economics.
2 ibid.
3 Hoek, H.W. (1995),. "Impact of Urbanization on Detection of Eating Disorders," *Psychiatry*, 152:8, 1272-1278.
4 Thomas, C. (1996), *British Report on Women's Health*, Lancaster: niet gepubliceerd.
5 West, R. (1994), *Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Londen: Office of Health Economics.
6 West, R. (1994), *Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa*. London: Office of Health Economics.
7 Weilandt, C. (1996), *German Report on Women's Health*, Bonn: niet gepubliceerd.
8 Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (1995), *Ett liv av vikt. Regeringens uppdrag av anorexia-bulemia*. Stockholm.
9 West, R. (1994), *Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa*. London: Office of Health Economics.
10 Vervaet, M. et al. (zonder jaartal), *Attitudes of schoolboys and girls toward body-weight and eating habits and eating-style as a risk factor for eating disorders: a pilot study in young females* (niet gepubliceerd).
11 Vermeulen, M. (1996), *Dutch Report on Women's Health*, Amsterdam: niet gepubliceerd.
12 Azevedo, M.H.P., Ferreira, C.P.(1992), "Anorexia Nervosa and Bulimia: A Prevalence Study," *Acta Psychiatry Scandinavica*, 86: 432-436.
Baptista, F., et. al. (1996), "The Prevalence of Disturbances of Eating Behaviour in a Portuguese Female University Population," *European Eating Disorders Review*, 4(0), 144.1-11.
13 West, R. (1994), *Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Londen: Office of Health Economics.
14 Europees Centrum voor de epidemiologische controle op aids, HIV/AIDS Surveillance in the European Community and COST countries Europe: *Quarterly Report*, No 36, 30 september 1996.
15 McKeganey et al. (1992), "Female streetworking prostitution and HIV infection in Glasgow," *BMJ*, 305:801-804.
16 Piot et al. (1988), *HIV infection in female prostitutes*, Antwerpen: Instituut voor Tropische Geneeskunde.
17 Alary, M. (1993), "HIV infection in European female sex workers: epidemiological link with the use of petroleum based lubricants," *AIDS*, 7:401-408.
18 Ditch, J., Bradshaw, J., and Eardley, T. (1994), *Developments in national family policies in 1994*, York: University of York.
19 Nationale verslagen over de gezondheid van vrouwen (1996), niet gepubliceerd.
20 Sinkkonen, S. (1996), *Finnish Report on Women's Health*, Kuopio: niet gepubliceerd.
21 Thomas, C. (1996), *British Report on Women's Health*, Lancaster: niet gepubliceerd.
22 Riper, H., Cowley, H. (1996), *Irish Report on Women's Health*, Limerick: niet gepubliceerd.
23 Weilandt, C. (1996), *German Report on Women's Health*, Bonn: niet gepubliceerd.
24 Nationale verslagen over de gezondheid van vrouwen (1996), niet gepubliceerd.
25 Cocytaux, F.M., Leonard, A.H., Bloomer, C.M. (1993), "Abortion," in: Koblinsky, M., Timyan, J., and Gay, J. (Eds.), *The health of women: a global Perspective*. Colorado: Westview Press.
26 Ditch, J., Bradshaw, J., and Eardley, T. (1994), *Developments in national family policies in 1994*. York: University of York.
27 Saurel-Cubizolles, M.J., Blondel, B. (1996), *La Santé des Femmes*, Flammarion Medecine-Sciences, Parijs.
28 Segal, S., LaGuardia, K.D. (1990), "Termination of pregnancy: a global view," *Baillieres Clin Obstet Gynecol*, 4:235-247.
29 Haas, S., Schiff, I. (1988), "Symptoms of oestrogen deficiency," in: Studd, J.W.W. and Whitehead, M.I. (Eds), *The Menopause*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, blz. 15-23.
30 Kallinikos, G., Roumeliotou, A. (1996), *Greek Report on Women's Health*, Athene, niet gepubliceerd.
31 Kröger, H. (toim.) (1995), "Osteoporoosin diagnoisointi ja hotio Kuopion yliopistollisen sairaalan alueella," *Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja*. (Reeks publicaties van het ziekenhuisdistrict Pohjois-Savo) nr. 22/1995, Kuopio.

32 Stray-Pedersen, B. (1996), "Osteoporosis - The Silent Thief" in: European Institute of Women's Health, *Women in Europe: Towards Healthy Ageing*, conferentieverslag, 16 oktober 1996, Dublin: European Institute of Women's Health.
33 Llewellyn-Jones, D., and Abraham, S. (1988), *Menopause*, Oxford: Penguin Books.
34 Zie b.v. Paganini-Hill, A. (1995), "The risks and benefits of estrogen replacement therapy: leisure world," Int J Fertil Menopausal Stud, 40(suppl 1):54-62; zie ook Boulton, A. (1996), "Hormone therapy may protect against Alzheimer's disease," BMJ, Vol. 313, p. 442.
35 Bailey, J., Kraft van Ermel, L. (1995), "Hormone replacement therapy, current practice and future trends," *European Menopause Journal*, 2(1), 4-7.
36 Martínez, F.J., Varela E., Suarez S. (1994), "The menopause and hormone replacement therapy: its prevalence in the town of Lugo," *Atención Primaria*, 14(9): 1052-7.
37 Vermeulen, M. (1996), *Dutch Report on Women's Health*, Amsterdam: niet gepubliceerd.
38 Birbaumer, A. (1996), *Austrian Report on Women's Health*, Wenen: niet gepubliceerd.
39 Sundh, M., Renck, B. (1996), *Swedish Report on Women's Health*, Karlstad: niet gepubliceerd
40 Sinkkonen, S. (1996), *Finnish Report on Women's Health*, Kuopio: niet gepubliceerd.
41 Topo Päivi, Klaukka Timo, Hemminki Elina ja Uutela Antti (1991), "Use of hormone replacement therapy in 1976-89 by 45-64 year-old Finnish women," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45: 277-280
42 Verenigde Naties (1994), A/RES/48/104.
43 CEG (1996b), *Mededeling van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement over vrouwenhandel voor seksuele exploitatie*, COM(96) 567 def., Brussel: CEG.
44 WHO (1995b),*Investing in women's health: Central and Eastern Europe*, Kopenhagen:WHO Regional Publications, 55.
45 Sundh, M., Renck, B. (1996), *Swedish Report on Women's Health*, Karlstad: niet gepubliceerd.
46 Heise, L. (1993), "Violence against women: the missing agenda,". in: Koblinsky, M., Timyan, J., and Gay, J., (Eds.), *The health of women: a global Perspective*. Colorado: Westview Press.
47 Romkens, R. (1992), *Gewoon Geweld?* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
48 Heise, L., (1993). Violence against women: the missing agenda. In: Koblinsky, M., Timyan, J., and Gay, J., (eds.) The health of women: a global Perspective. Colorado: Westview Press.
49 Arcel, L.T., Mantonakis J., Petersoon, B., et al. (1992), "Suicide attempts among Greek and Danish women and the quality of their relationships with husbands or boyfriends," *Acta Psychiatr Scandinavica*, 85(3), 189-95.
50 Moloney, E. (1996), "Domestic violence 'suffered by 1 in 5 women'," *Irish Independent*, 30 april, 5.
51 Mooney K. (1993), *The Hidden Figure : Domestic Violence in North London*, Islington: Islington Council.
52 Silva, L. (1995). "Entre Marido e Mulher Alguém Meta a Colher". À Bolina: Colecção das Mulheres e dos Homens.
53 Weilandt, C. (1996), *German Report on Women's Health*, Bonn: niet gepubliceerd.
54 Heise, L. (1993), "Violence against women: the missing agenda". In: Koblinsky, M., Timyan, J., and Gay, J., (Eds.), *The health of women: a global Perspective*. Colorado: Westview Press.
55 Sinkkonen, S. (1996), *Finnish Report on Women's Health*, Kuopio: niet gepubliceerd.
56 Nationale verslagen over de gezondheid van vrouwen (1996), niet gepubliceerd.
57 Haavio-Mannila, E., Kontula K. (toim.) (1993), Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuoliclämän muutoksesta. WSOY.
58 Vermeulen, M. (1996), *Dutch Report on Women's Health*, Amsterdam: niet gepubliceerd.

[figuren en tabellen]

Figuur 7.1

Percentage dat niet tevreden is over het gewicht*
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)



* De ondervraagden werd verzocht aan te geven in hoeverre zij het eens waren met de volgende uitspraak: "Ik ben volkomen tevreden met mijn gawicht". In de figuur is het percentage ondervraagden afgebeeld dat het hier (zeer) mee oneens was.

Tabel 7.1

Percentage dat niet tevreden is over het gewicht*
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

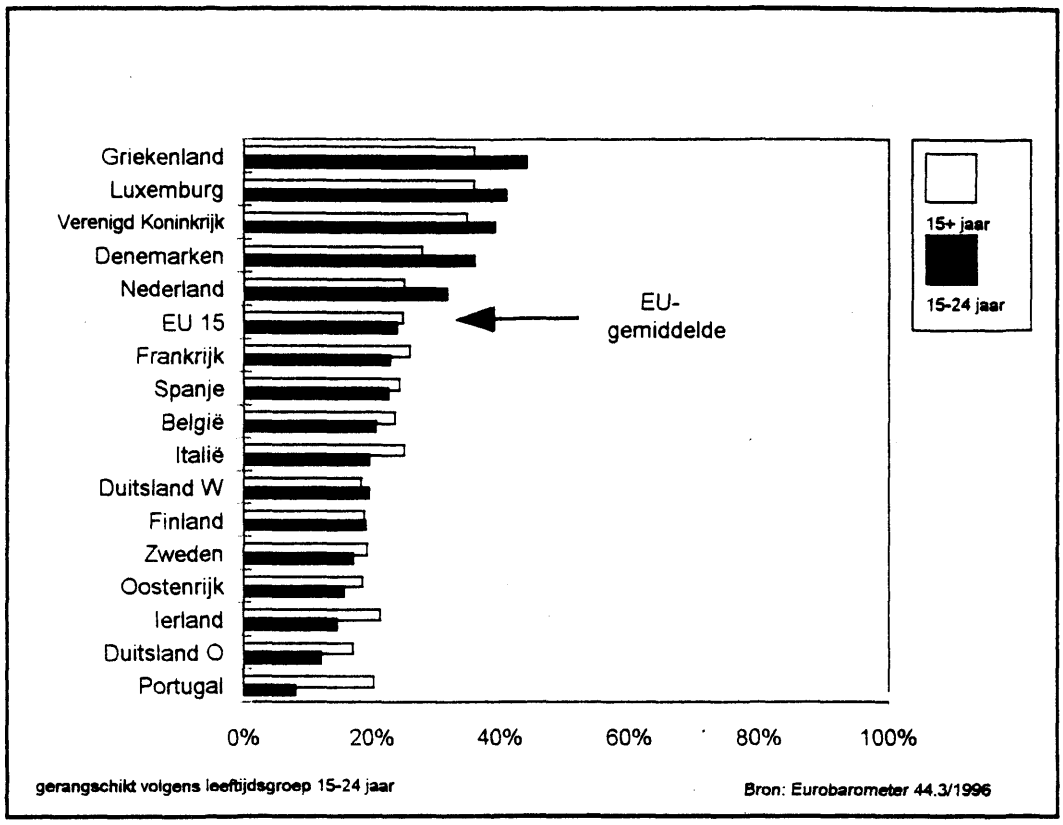
	15-24 jaar	25-34 jaar	35-64 jaar	65 jaar en ouder	Totaal
Griekenland	46,5	35,3	45,9	33,7	42,1
Verenigd Koninkrijk	45,0	43,6	56,9	47,9	50,4
Frankrijk	40,0	41,2	43,7	28,8	40,6
Finland	39,5	52,3	60,0	45,4	52,2
Nederland	35,7	28,7	38,0	42,4	35,6
Denemarken	33,4	32,7	43,8	31,4	38,0
EU 15	**33,3**	**30,6**	**40,1**	**30,7**	**35,4**
Spanje	32,7	31,2	37,8	31,5	34,4
Zweden	30,5	38,2	49,3	39,3	42,6
Duitsland West	30,2	18,1	33,3	19,4	26,9
Luxemburg	29,7	38,8	42,3	26,5	36,9
België	28,5	40,5	35,8	28,5	34,3
Portugal	26,9	27,4	31,0	12,6	26,5
Italië	24,3	19,1	28,3	26,8	25,8
Oostenrijk	23,0	28,0	33,1	40,7	28,3
Duitsland Oost	20,0	23,9	41,2	22,1	31,7
Ierland	18,9	27,1	34,2	26,8	28,6

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

* De ondervraagden werd verzocht aan te geven in hoeverre zij het eens waren met de volgende uitspraak: "Ik ben volkomen tevreden met mijn gawicht". In de figuur is het percentage ondervraagden afgebeeld dat het hier (zeer) mee oneens was.

Figuur 7.2

Percentage dat het voorgaande jaar dieet gehouden heeft
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 7.2

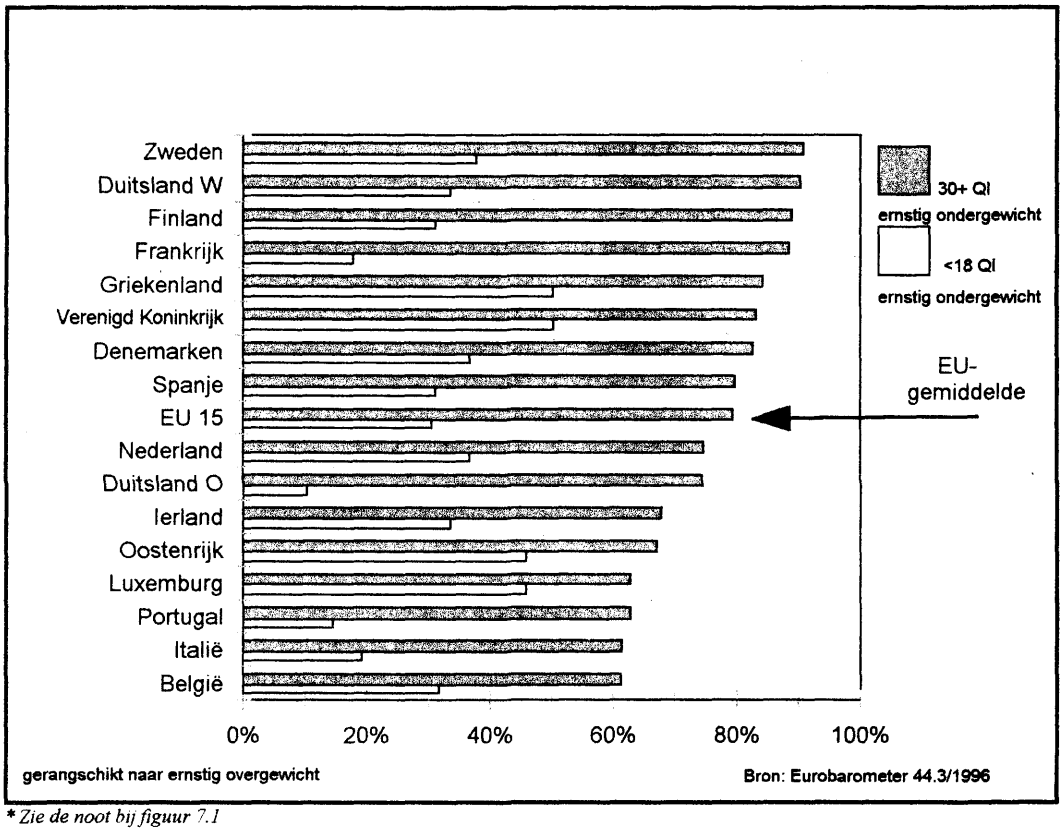
Percentage dat het voorgaande jaar dieet gehouden heeft
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	15-24 jaar	25 jaar en ouder	Totaal
Griekenland	43,7	34,1	35,7
Luxemburg	40,7	34,8	35,8
Verenigd Koninkrijk	39,0	33,7	34,6
Denemarken	35,8	26,4	27,7
Nederland	31,4	23,8	24,8
EU 15	**23,6**	**24,7**	**24,5**
Frankrijk	22,5	26,0	25,4
Spanje	22,1	24,6	24,1
België	20,2	23,7	23,1
Italië	19,2	26,1	24,8
Duitsland West	19,1	17,8	17,9
Finland	18,6	18,5	18,5
Zweden	16,7	19,4	19,0
Oostenrijk	15,2	18,6	18,1
Ierland	14,2	22,7	20,9
Duitsland Oost	11,7	17,4	16,7
Portugal	7,7	22,8	20,0

Bron : Eurobarometer 44.3/1996

Figuur 7.3

Percentage dat niet tevreden is over het gewicht, naar gewichtsklasse* Vrouwen van 18 jaar en ouder, EU 15 (1996)



** Zie de noot bij figuur 7.1*

Tabel 7.3

Cumulatief aantal aidsgevallen naar overdrachtsgroep, EU 15 (1996)

Overdrachtsgroep	Vrouwen		Mannen	
	Cumulatief totaal**	Cumulatief totaal** %	Cumulatief totaal**	Cumulatief totaal ** %
Homo-/biseksuele mannen	-	-	59.260	43,3
Intraveneuze drugsgebruikers(ID)	14.049	51,4	51.535	37,6
Homo-/biseksuele ID	-	-	2.535	1,9
Hemofilie/Stollingsstoornis	71	0,3	2 806	2,0
Besmet door transfusie***	1.439	5,3	1.635	1,2
Heteroseksueel contact	10.199	37,3	12.869	9,4
Overige****/Onbekend	1.597	5,8	6.344	4,6
TOTAAL	**27.355**	**100**	**136.984**	**100**

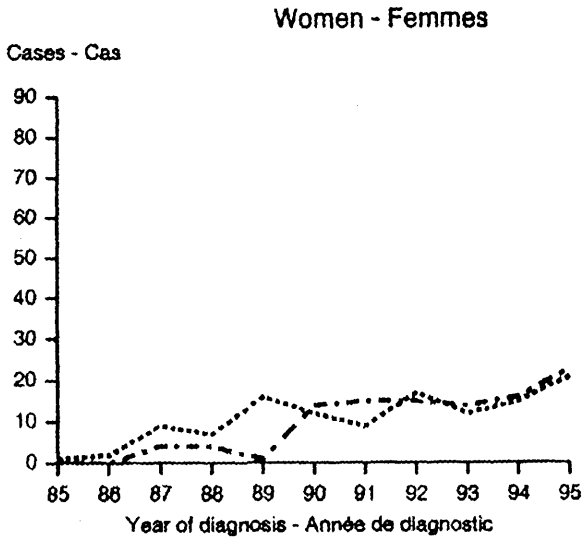
* Van 13 jaar en ouder
** Sinds het begin van de epidemie
*** Met inbegrip van transseksuelen
**** Met inbegrip van ontvangers van bloedbestanddelen of weefsel
Bron : European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, Quarterly Report No. 36, 30 september 1995.

Figuur 7.4

Aidsgevallen bij jongeren* en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995

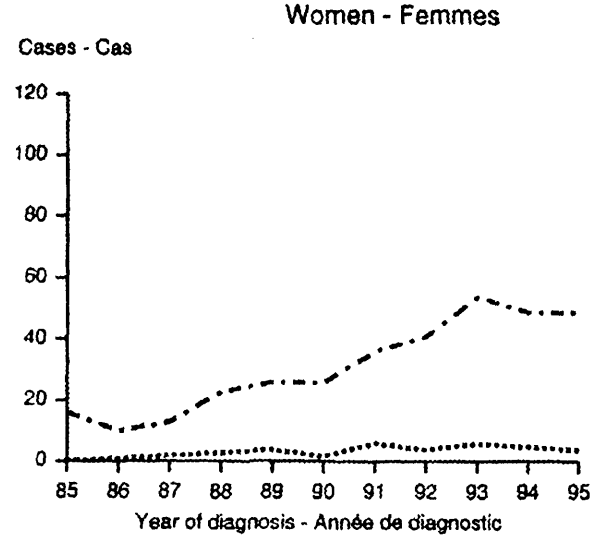
Oostenrijk

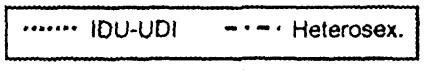
Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



België

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose





IDU = IVD Heterosex. = heteroseksuelen

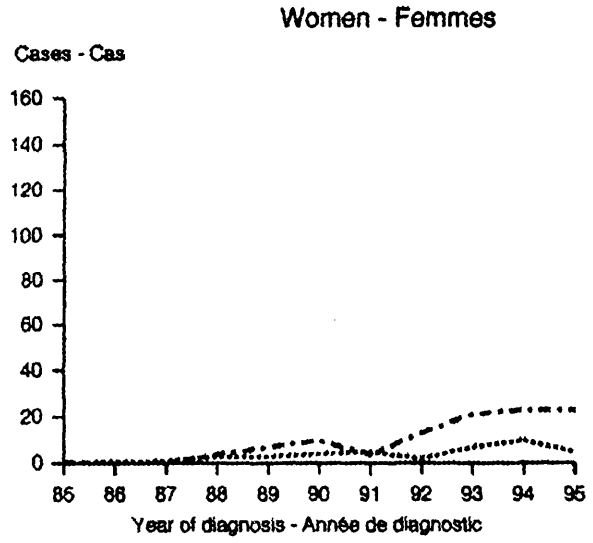
*13 jaar en ouder

**Gecorrigeerd voor late melding (1993-1995)

Aidsgevallen bij jongeren* en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995

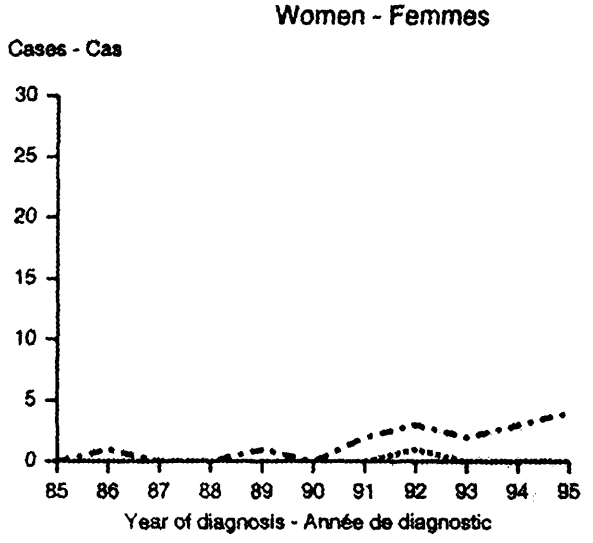
Denemarken

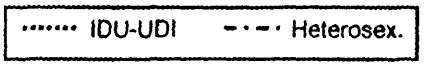
Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



Finland

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose





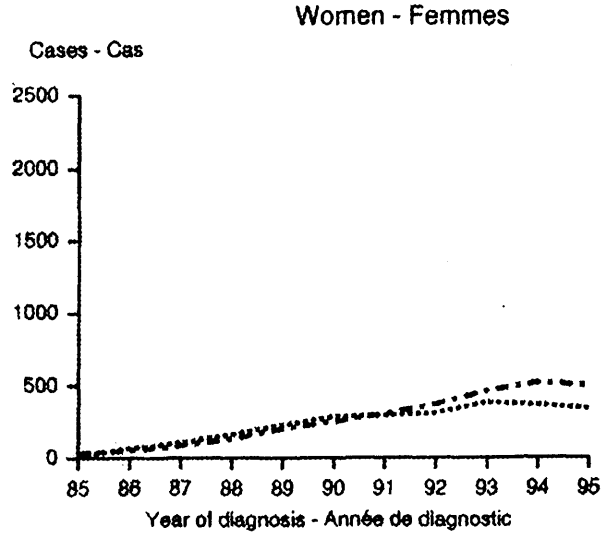
IDU = IVD Heterosex. = heteroseksuelen

*13 jaar en ouder
**Gecorrigeerd voor late melding (1993-1995)

Aidsgevallen bij jongeren* en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995

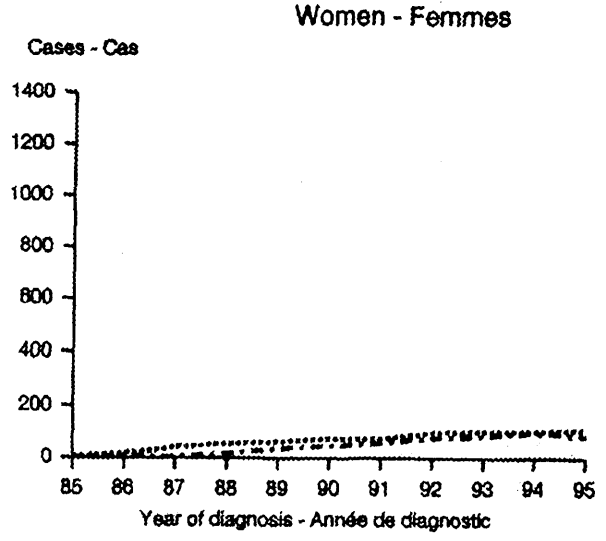
Frankrijk

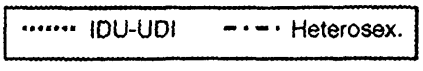
Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



Duitsland

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose





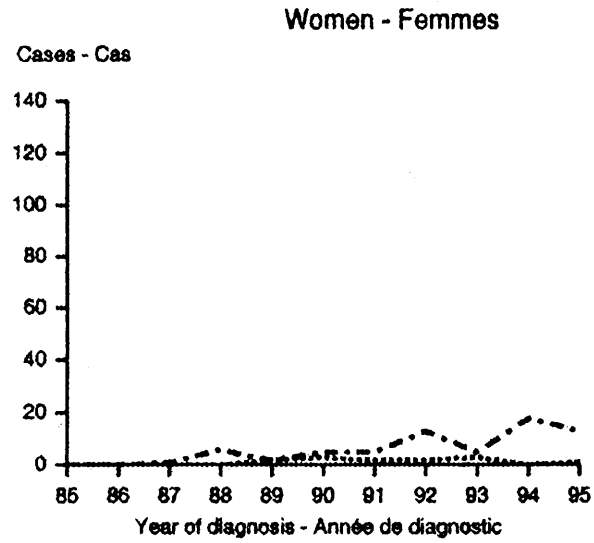
IDU = IVD Heterosex. = heteroseksuelen

*13 jaar en ouder
**Gecorrigeerd voor late melding (1993-1995)

Aidsgevallen bij jongeren* en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995

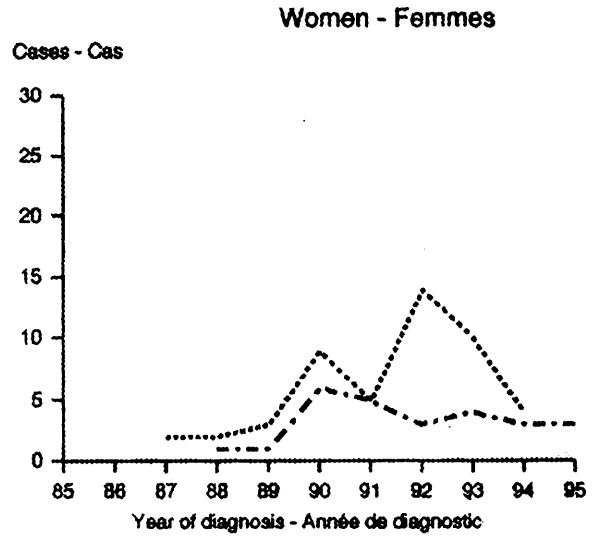
Griekenland

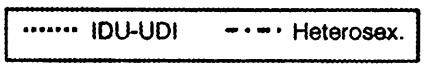
Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



Ierland

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose





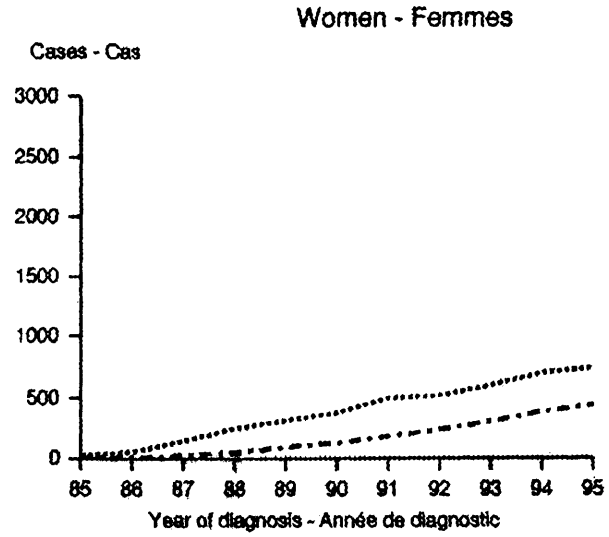
IDU = IVD Heterosex. = heteroseksuelen

*13 jaar en ouder
**Gecorrigeerd voor late melding (1993-1995)

Aidsgevallen bij jongeren* en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995

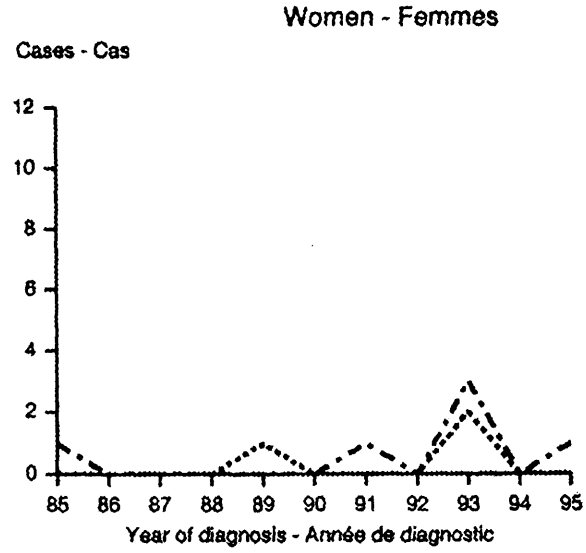
Italië

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



Luxemburg

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



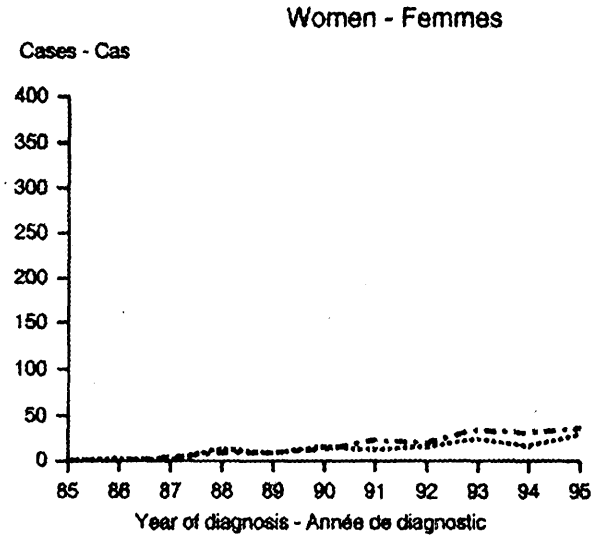
IDU = IVD Heterosex. = heteroseksuelen

*13 jaar en ouder
**Gecorrigeerd voor late melding (1993-1995)

Aidsgevallen bij jongeren* en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995

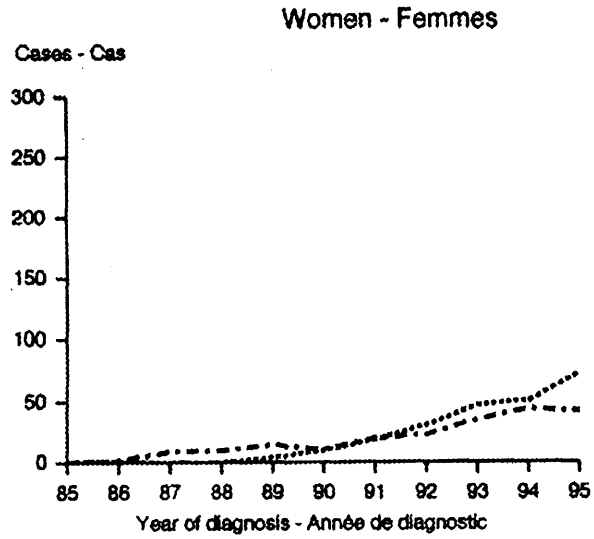
Nederland

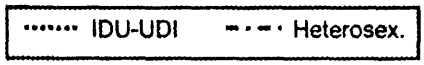
Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



Portugal

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose





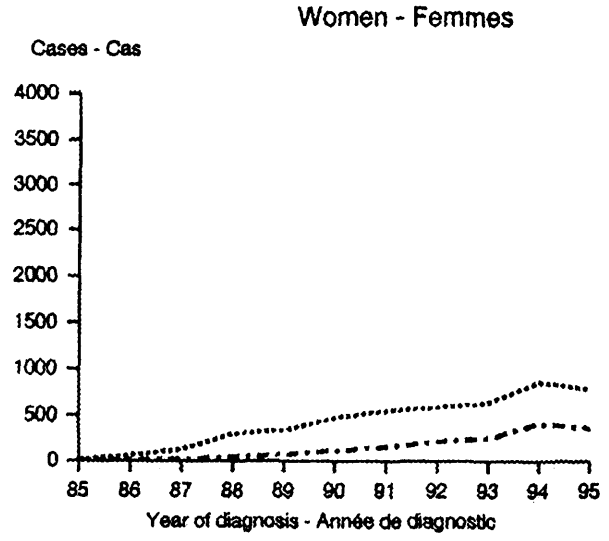
IDU = IVD Heterosex. = heteroseksuelen

*13 jaar en ouder
**Gecorrigeerd voor late melding (1993-1995)

Aidsgevallen bij jongeren* en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995

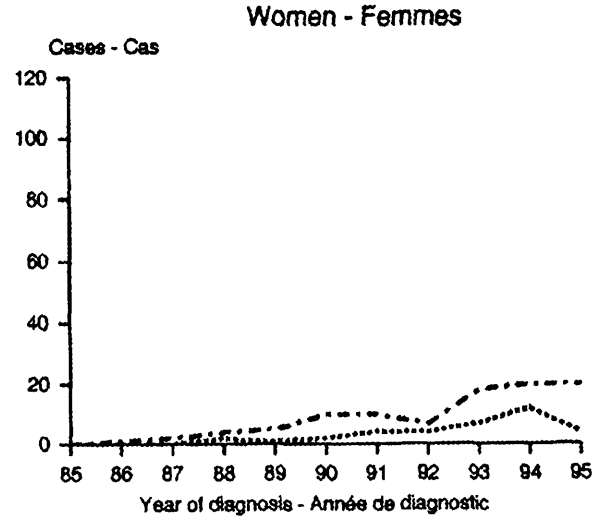
Spanje

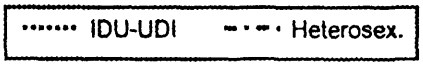
Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



Zweden

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose





IDU = IVD Heterosex. = heteroseksuelen

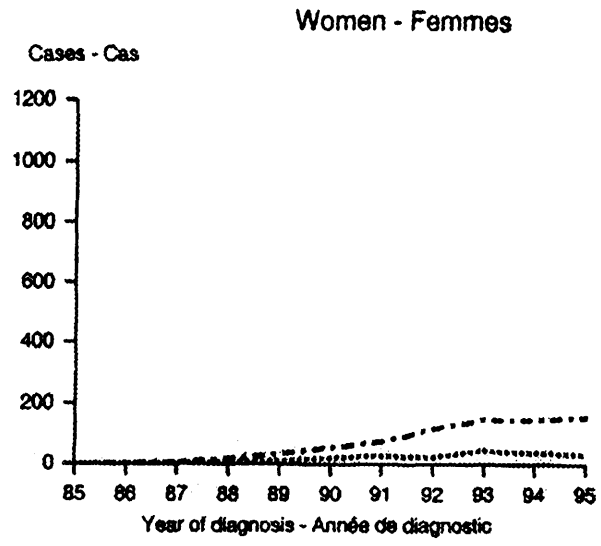
*13 jaar en ouder

**Gecorrigeerd voor late melding (1993-1995)

Aidsgevallen bij jongeren* en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995

Verenigd Koninkrijk

Aantal gevallen** naar jaar van diagnose



IDU = IVD Heterosex. = heteroseksuelen

*13 jaar en ouder
**Gecorrigeerd voor late melding (1993-1995)

Tabel 7.4

Cumulatief aantal aidsgevallen voor beide geslachten*, EU 15 (1996)

Lit-Staat	Cumulatief totaal* 30.09.1996
Oostenrijk	1.609
België	2.203
Denemarken	1.957
Finland	248
Frankrijk	43.451
Duitsland	15.308
Griekenland	1.422
Ierland	549
Italië	35.949
Luxemburg	114
Nederland	4.199
Portugal	3.575
Spanje	41.598
Zweden	1.445
Verenigd Koninkrijk	13.394
TOTAAL EG	167.021

* Sinds het begin van de epidemie

Bron : European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. Quarterly Report No. 36, 30 September 1996

Tabel 7.5

Gebruik van anticonceptiemiddelen en vruchtbaarheidscijfers bij vrouwen, EU 15

Lid-Staat	Gebruiksters van anticonceptie-middelen (%) 1986 - 93	Totaal vruchtbaarheidscijfer 1970	1993	% levendgeborenen bij moeders jonger dan 20 jaar, laatste beschikbare jaar	Vruchtbaarheidscijfer per 1000 vrouwen van 15-19 jaar 1970	1990
Oostenrijk	71	2,30	1,50	5,76 (1992)	61,4	21,3
België	79	2,20	1,70	3,69 (1986)	31,1	12,2
Denemarken	78	1,90	1,70	2,73 (1988)	32,4	9,1
Finland	80	1,80	1,90	2,70 (1992)	32,2	12,1
Frankrijk	81	2,50	1,70	2,40 (1991)	26,4	9,0
Duitsland	75	2,10	1,30	3,36 (1991)	n.v.	n.v.
Griekenland	n.v	2,30	1,40	5,82 (1992)	36,5	26,3
Ierland	n.v	3,90	2,10	4,35 (1987)	16,9	16,0
Italië	78	2,40	1,30	3,00 (1994)	42,8	10,0
Luxemburg	n.v	n.v.	1,70	2,62 (1989)	28,0	11,6
Nederland	76	2,60	1,60	1,87 (1992)	22,6	8,3
Portugal	66	2,80	1,60	10,35 (1985)	29,4	26,3
Spanje	59	2,80	1,20	5,20 (1989)	14,1	16,7
Zweden	78	1,90	2,10	3,11 (1986)	34,0	12,7
Verenigd Koninkrijk	81	2,40	1,80	8,13 (1989)	49,7	33,0

Bron : Human Development Report 1995/HFA. 1996.

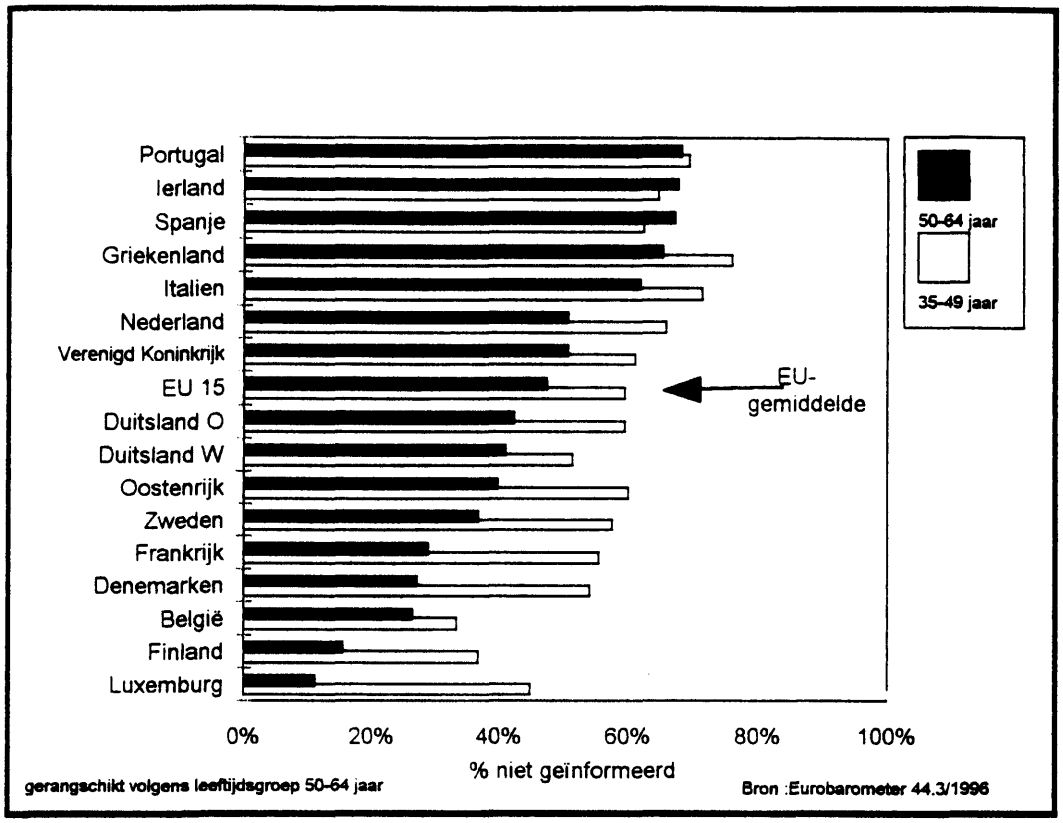
Tabel 7.6
Abortus, EU 15

Lid-Staat	Gelegaliseerd sinds	Abortussen per 1000 vrouwen		Abortussen per 1000 levendgeborenen bij moeders van alle leeftijden		Abortussen per 1000 levendgeborenen bij moeders jonger dan 20 jaar	
Oostenrijk	1975	n.v.		n.v.		n.v	
België	1990	n.v.		n.v.		n.v	
Denemarken	-	14.3	(1993)	278.00	(1992)	1856.07	(1988)
Finland	1970	7.9	(1994)	157.34	(1993)	961.22	(1991)
Frankrijk	1975	13.0	(1990)	254.00	(1990)	1058.00	(1990)
Duitsland	1992/1996	n.v.		146.60	(1992)	n.v.	
Griekenland	1986	n.v		108.25	(1991)	86.47	(1992)
Ierland	Niet gelegaliseerd	n.v		n.v.		n.v.	
Italië	1978	8.6	(1994)	287.30	(1991)	n.v.	
Luxemburg	1979	n.v.		99.0	(1992)	n.v.	
Nederland	1984	6.0	(1994)	98.70	(1992)	558.50	(1988)
Portugal	1984	n.v.		200.00	(1994)	n.v.	
Spanje	1985	5.38	(1994)	92.70	(1990)	n.v.	
Zweden	1938	18.3	(1994)	290.00	(1993)	1701.40	(1993)
Verenigd Koninkrijk	1968	12.18	(1994)*	227.48	(1988)	663.52	(1988)

Bron : Human Development Report 1995/HFA. 1996.

Figuur 7.5

Percentage dat onvoldoende geïnformeerd is over substitutietherapie
Vrouwen van 35 jaar en ouder, EU 15 (1996)



Tabel 7.7

Percentage dat onvoldoende geïnformeerd is over substitutietherapie
Vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15 (1996)

	<35 jaar	35-49 jaar	50-64 jaar	65 jaar en ouder	Totaal
Portugal	77,3	69,2	67,9	67,0	71,5
Ierland	69,8	64,4	67,4	74,7	68,5
Spanje	72,7	62,2	67,0	71,0	68,7
Griekenland	76,7	75,8	65,2	81,0	74,6
Italië	89,7	71,2	61,6	69,0	75,2
Nederland	67,9	65,7	50,5	51,5	62,9
Verenigd Koninkrijk	70,1	60,8	50,5	62,7	62,8
EU 15	**71,7**	**59,3**	**47,1**	**58,5**	**60,9**
Duitsland Oost	64,5	59,2	42,1	65,9	57,5
Duitsland West	67,2	51,2	40,7	54,0	54,7
Oostenrijk	64,7	59,7	39,4	58,2	57,6
Zweden	77,0	57,3	36,5	46,1	57,4
Frankrijk	66,0	55,3	28,6	45,5	51,4
Denemarken	71,4	53,6	26,8	41,9	51,6
België	55,8	33,1	26,0	32,3	39,9
Finland	54,6	36,4	15,2	32,8	36,7
Luxemburg	53,7	44,6	10,8	21,6	40,3

Bron: Eurobarometer 44.3/1996

8. CONCLUSIE

Dit verslag is opgesteld om een overzicht te geven van de gezondheidstoestand van vrouwen en daarmee samenhangende onderwerpen. Het is bedoeld om aan de hand van de meest recente gegevens op Gemeenschapsniveau een aantal voor vrouwen belangrijke gezondheidskwesties toe te lichten om zo de discussie te stimuleren. Het verslag is niet bedoeld om als uitgangspunt te fungeren voor een nieuw communautair actieprogramma voor de gezondheid van vrouwen, maar wel zullen de gedane constateringen waar van toepassing in de bestaande programma's worden verwerkt. Hoewel de beschikbare gegevens verre van ideaal zijn, konden toch voldoende gegevens vergaard worden om een beeld te geven van (enkele van) de vele verschillende dimensies van de gezondheid van vrouwen. Met name komt naar voren dat vrouwen in de EG een goede gezondheid genieten, zowel gemeten aan de levensverwachting, die nu bij 80 jaar ligt, als aan de subjectief ervaren gezondheid. Gemiddeld zegt meer dan 60% van de vrouwen in de EG in goede of zeer goede gezondheid te verkeren.

Deze situatie is bereikt doordat de gezondheid van vrouwen gedurende tientallen jaren beter is geworden, deels als gevolg van de algemene verbeteringen in de levensomstandigheden in de Gemeenschap, en deels doordat de positie van de vrouw in de samenleving is verbeterd. Uiteraard zijn er verschillen tussen de Lid-Staten in de gezondheid van vrouwen, enerzijds omdat de uitgangspunten verschillend waren en anderzijds omdat niet overal even snel vooruitgang geboekt is. Duidelijk is in elk geval dat in sommige van de Lid-Staten waarin de gezondheidstoestand twintig jaar geleden het slechts was, de grootste vooruitgang geboekt is, terwijl in andere Lid-Staten, waar de gezondheid altijd al op een hoog niveau lag, de vooruitgang bescheidener was.

Ondanks de geconstateerde verbeteringen zijn er nog redenen tot verontrusting in verband met de gezondheid van vrouwen. Bijna een op de vier vrouwen in de Gemeenschap zegt enigermate in haar functioneren beperkt te zijn als gevolg van een langdurige aandoening. Verder heeft een groot aantal (en percentage) vrouwen een ongezonde levensstijl (roken, drinken, zittend leven, ongezonde voeding). Deze factoren dragen samen bij aan (een groot deel van) de beperkingen, ziekte en voortijdige sterfte onder vrouwen in de EG.

De voornaamste doodsoorzaken voor vrouwen zijn hart- en vaatziekten en kanker. Beide soorten aandoeningen zijn ook verantwoordelijk voor een groot deel van de voortijdige sterfte, die grotendeels voorkomen kan worden door middel van preventie, primair – een gezondere levensstijl, of secundair – vroegtijdige opsporing van de ziekte, b.v. door middel van screening. Helaas blijken er onder vrouwen behoorlijk wat misvattingen te heersen over de risico's om een hartziekte te krijgen en de voornaamste risicofactoren daarvoor.

Uit de gegevens over gezondheidsbevordering en ziektepreventie blijkt dat er tussen de Lid-Staten grote verschillen bestaan in de faciliteiten die voor vrouwen beschikbaar zijn. Met name is vermeldenswaard dat minder dan de helft van de vrouwen boven de 40 die aan overgewicht lijden, en daardoor een verhoogd risico op diabetes van type II lopen, het voorgaande jaar gescreend is op deze aandoening, die sterk in opkomst en de oorzaak van aanzienlijke ziekte en sterfte is. Opmerkelijk is verder dat de meeste vrouwen, ongeacht hun leeftijd, vinden dat zij onvoldoende geïnformeerd zijn over de mogelijke voor- en nadelen van substitutietherapie. Uit deze en andere bevindingen komt duidelijk naar voren

dat een aantal belangrijke gezondheidskwesties van vrouwen nog de nodige aandacht vereisen.

In het laatste deel van het verslag is getracht een aantal aspecten van actuele gezondheidskwesties aan te geven die voor vrouwen in de verschillende levensfasen van belang zijn. Met name is gebleken dat HIV en aids niet langer een specifiek probleem van (homoseksuele) mannen zijn. In feite zijn vrouwen vatbaarder voor deze ziekte dan mannen, ook al zijn zij onder de aidsslachtoffers nog in de minderheid. Daarom moeten de inspanningen om de uitbreiding van deze aandoening te voorkomen zich ook op vrouwen richten. Een ander, in omvang toenemend gezondheidsprobleem onder jonge vrouwen, dat ernstige gevolgen kan hebben, betreft eetstoornissen.

Onder oudere vrouwen is een van de belangrijkste punten van zorg de toename van osteoporose, deels veroorzaakt door vergrijzing en deels door onvoldoende aandacht voor de preventie- en behandelingsmogelijkheden.

Ter afsluiting dient te worden benadrukt dat met dit verslag over de gezondheidstoestand van vrouwen niet de indruk gewekt wil worden dat de gezondheid van vrouwen meer aandacht verdient dan die van mannen, maar dat er nu eenmaal biologische, maatschappelijke en andere redenen zijn waarom de gezondheidsproblematiek bij vrouwen *anders* ligt en dat dit als gegeven moet worden erkend. Vrouwen leven tegenwoordig dan wel langer dan mannen, maar dit gaat wel gepaard met aanzienlijke ziekte en beperkingen. Erkenning van het speciale karakter van de gezondheidsproblemen van vrouwen is een eerste stap om hun situatie te verbeteren.

Bijlage I

Woordenlijst

Anorexia nervosa:

Een psychologische eetstoornis die vooral vrouwen treft. Gaat gepaard met extreem dieet houden, gewichtsverlies en verhongering, waarbij het lichaamsbeeld gestoord is en verlies van de zelfbeheersing kan optreden; kan de dood tot gevolg hebben[1].

Boulimie:

Een psychologische eetstoornis die vooral vrouwen treft. Hierbij worden in korte tijd grote hoeveelheden voedsel gegeten (vreetbuien), waarbij de patiënt het gevoel heeft zichzelf niet onder controle te hebben, gevolgd door compenserend gedrag om gewichtstoename te voorkomen, b.v. door braken[2].

Gestandaardiseerd sterftecijfer (SDR):

Het aantal sterfgevallen per 100 000, gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van een standaard Europese bevolking. Met behulp van gestandaardiseerde sterftecijfers kunnen vergelijkingen in de tijd tussen landen gemaakt worden, aangezien de hierin uitgedrukte sterfte onafhankelijk is van de leeftijdsopbouw van de populatie. De in dit verslag gebruikte sterftecijfers zijn berekend door de WHO[3].

Incidentie:

Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte in de loop van een bepaalde periode (doorgaans een jaar) als percentage van het aantal inwoners[4].

Levensverwachting:

Het gemiddelde aantal jaren dat een mens heeft te leven wanneer hij een bepaalde leeftijd heeft bereikt, waarbij ervan uitgegaan wordt dat de huidige leeftijdsspecifieke sterftecijfers niet veranderen. De levensverwachting op 65-jarige leeftijd bijvoorbeeld geeft het gemiddelde aantal jaren aan dat iemand die 65 wordt nog kan verwachten te leven[5].

Menopauze:

Het ophouden van de menstruatie, hetgeen het einde betekent van de vruchtbare levensfase van de vrouw. De gemiddelde leeftijd van de menopauze in de EG is 50-52 jaar.

Moedersterfte:

Sterfte van vrouwen bij de bevalling; wordt gewoonlijk per 100 000 opgegeven.

Prevalentie:

Het aantal bestaande ziektegevallen in een populatie op een bepaald ogenblik of in een bepaalde periode[6].

Totaal vruchtbaarheidscijfer:

Het gemiddelde aantal levendgeboren kinderen dat een vrouw gedurende haar leven zou krijgen als zij op elke leeftijd kinderen zou baren overeenkomstig de daarvoor geldende leeftijdsspecifieke cijfers[7].

Verkorting van de levensverwachting t.g.v. overlijden vóór 65 jaar:

De hypothetische toename van de levensverwachting als de sterfte in de leeftijdsgroep 0-64 jaar volledig geëlimineerd zou zijn[8].

Ziekten van de bloedsomlooporganen:

Dit omvat acuut myocardinfarct en andere ischemische myocardaandoeningen. Ischemie is de gelokaliseerde onderbreking van de bloedtoevoer[9].

Zuigelingensterftecijfer:

Het aantal kinderen dat jaarlijks sterft voordat zij hun eerste verjaardag hebben bereikt, per 1000 levendgeborenen[10].

Referenties

1 American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

2 ibid.

3 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG. Eurostat (1995b), *Jaarboek 1995*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

4 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG..

5 CEC (1995b), *The demographic situation in the European Union, 1994*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

6 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG.

7 CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM (95) 357 def., Brussel, CEG.

8 WHO (1996), gegevensbank *Health for All*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO.

9 Eurostat (1995b), *Jaarboek 1995*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

10 Ibid.

Bijlage II

Lijst van figuren

Figuur 1.1: Voldoende aandacht voor de gezondheid van vrouwen, 1996, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15
Figuur 1.2: Voldoende aandacht voor de gezondheid van vrouwen, 1996, vrouwen van 15 jaar en ouder
Figuur 2.1: Verhouding vrouwen/mannen, 1996 (EU-15)
Figuur 2.2: Verhouding vrouwen/mannen in de leeftijdsgroepen 0-19 jaar en 60-plus, 1996 (EU-15)
Figuur 2.3: Gezinnen vroeger en nu, EU 15
Figuur 2.4: Trends in de economische vruchtbaarheidsindicator in de laatste 40 jaar
Figuur 2.5: Veranderingen in de arbeidswereld (EU)
Figuur 2.6: Huidige bevolkingsopbouw en opbouw van de beroepsbevolking
Figuur 3.1: Levensverwachting bij de geboorte, 1970-1995, vrouwen, EU-15
Figuur 3.2: Verkorting van de levensverwachting t.g.v. voortijdig overlijden
Figuur 3.3: Levensverwachting bij de geboorte (in jaar), EU-15 (1995)
Figuur 3.4: Zuigelingensterftecijfer
Figuur 3.5: Moedersterfte
Figuur 3.6: Subjectief ervaren gezondheid, 1996, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15
Figuur 3.7: Subjectief ervaren gezondheid, oudere vrouwen, EU-15 (1996)
Figuur 3.8: Gemiddelde lichaamslengte (in cm), vrouwen van 18 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 3.9: Gemiddelde lichaamslengte (in cm), vrouwen van 18 jaar en ouder naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)
Figuur 3.10: Gemiddelde lichaamslengte (in cm), vrouwen naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)
Figuur 4.1: Percentage met beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 4.2: Percentage met beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte naar leeftijdsgroep en mate van beperking, EU-15 (1996)
Figuur 4.3: Percentage met beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte, vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 4.4: Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van ziekte of letsel, vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-11 (1994)
Figuur 4.5: Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van ziekte of letsel, vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-11 (1994)
Figuur 4.6: Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van emotionele of psychische problemen, vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-12 (1994)
Figuur 4.7: Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee twee weken als gevolg van emotionele of psychische problemen, vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-12 (1994)
Figuur 4.8: Percentage vrouwen dat de laatste twee weken contact had met een arts, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 4.9: Percentage vrouwen dat de laatste twee weken contact had met een arts, naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)
Figuur 4.10: Percentage dat in het voorgaande jaar in het ziekenhuis is opgenomen om andere reden dan bevalling, vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-15 (1996)

Figuur 4.11: Percentage dat in het voorgaande jaar in het ziekenhuis is opgenomen om andere reden dan bevalling, naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)
Figuur 4.12: Gemiddeld aantal nachten in het ziekenhuis in het voorgaande jaar, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 5.1: Voornaamste doodsoorzaken (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.2: Sterfte als gevolg van ongevallen met motorvoertuigen (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.3: Sterfte door zelfdoding en zichzelf toegebracht letsel (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.4: Kankersterfte (1992), vrouwen van 0-64 jaar, EU-15
Figuur 5.5: Kankersterfte (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.6: Kankersterfte onder vrouwen (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.7: Sterfte aan borstkanker (1992), vrouwen van 0-64 jaar, EU-15
Figuur 5.8: Sterfte aan borstkanker (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.9: Sterfte aan borstkanker (1992), alle vrouwen 1970-1992, EU-15
Figuur 5.10: Sterfte aan baarmoederhalskanker (1992), vrouwen van 0-64 jaar, EU-15
Figuur 5.11: Sterfte aan baarmoederhalskanker (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.12: Sterfte aan kanker van de ademhalingsorganen (1970-1992), vrouwen van 0-64 jaar, EU-15
Figuur 5.13: Sterfte aan kanker van de ademhalingsorganen (1992), vrouwen van 0-64 jaar, EU-15
Figuur 5.14: Sterfte aan kanker van de ademhalingsorganen (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.15: Denkbeelden over bij welk geslacht meer longkanker voorkomt, alle vrouwen, EU-15 (1996)
Figuur 5.16: Sterfte door aandoeningen van de bloedsomlooporganen (1992), vrouwen van 0-64 jaar, EU-15
Figuur 5.17: Sterfte door aandoeningen van de bloedsomlooporganen (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.18: Denkbeelden over bij welk geslacht meer hartziekten voorkomen, alle vrouwen, EU-15 (1996)
Figuur 5.19: Sterfte aan ischemische hartziekten (1992), vrouwen van 0-64 jaar, EU-15
Figuur 5.20: Sterfte aan ischemische hartziekten (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.21: Denkbeelden over de belangrijkste risicofactoren voor hartziekten (1996), alle vrouwen, EU-15
Figuur 5.22: Sterfte aan cerebrovasculaire aandoeningen (1992), vrouwen van 0-64 jaar, EU-15
Figuur 5.23: Sterfte aan cerebrovasculaire aandoeningen (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 6.1: Percentage rooksters (1991), vrouwen van 15 jaar en ouder, verschillende Lid-Staten
Figuur 6.2: Aan roken toegeschreven sterfte (1990), vrouwen van 35 jaar en ouder, EU-15
Figuur 6.3: Sterfte aan leverziekten (1992), alle vrouwen, EU-15
Figuur 6.4: Percentage over- en ondergewicht, vrouwen van 18 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 6.5: Percentage dat het voorgaande jaar een hartonderzoek ondergaan heeft, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 6.6: Percentage waarbij het voorgaande jaar een cholesterolbepaling is verricht, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 6.7: Percentage waarbij het voorgaande jaar een diabetestest is verricht, vrouwen van 40 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 6.8: Percentage waarbij het voorgaande jaar een osteoporoseonderzoek is verricht, vrouwen van 50 jaar en ouder, EU-15 (1996)

Figuur 6.9: Percentage dat de voorkeur geeft aan een vrouwelijke arts, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 6.10: Percentage waarbij het voorgaande jaar een baarmoederhalsuitstrijkje gemaakt is, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 6.11: Percentage waarbij het voorgaande jaar de borsten met de hand zijn onderzocht, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15(1996)
Figuur 6.12: Percentage dat voorstander is van mammografische screening, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 6.13: Percentage waarbij in het voorgaande jaar een mammogram is gemaakt, vrouwen van 50-69 jaar, EU-15 (1996)
Figuur 7.1: Percentage dat niet tevreden is over het gewicht, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 7.2: Percentage dat het voorgaande jaar dieet gehouden heeft, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 7.3: Percentage dat niet tevreden is over het gewicht, naar gewichtsklasse, vrouwen van 18 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Figuur 7.4: Aidsgevallen bij jongeren en volwassenen in de twee voornaamste overdrachtsgroepen, 1985-1995
Figuur 7.5: Percentage dat onvoldoende geïnformeerd is over substitutietherapie, vrouwen van 35 jaar en ouder, EU-15 (1996)

Bijlage III

Lijst van tabellen

Tabel 1.1: Voldoende aandacht voor de gezondheid van vrouwen, 1996, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU 15
Tabel 2.1: Vrouwen in de totale bevolking van de Europese Unie, 1993 (EU-15)
Tabel 2.2: Vrouwen en mannen in de EU (15)
Tabel 2.3: Huwelijken en scheidingen in de EU (15), 1960-1995
Tabel 2.4: Geboorten en vruchtbaarheid in de EU (15), 1960-1995
Tabel 2.5: Gebruik van anticonceptiemiddelen en vruchtbaarheid (EU-15)
Tabel 2.6: Arbeidsparticipatie EU-15, (1993)
Tabel 2.7: Deeltijdarbeid als percentage van de totale arbeid, EU-15, (1993)
Tabel 2.8: Werkloosheidscijfers EU-15, (1993)
Tabel 2.9: Seksegerelateerde ontwikkelingsindices
Tabel 3.1: Levensverwachting bij de geboorte (in jaar) EU-15 (1995)
Tabel 3.2: Levensverwachting op 15-jarige leeftijd (in jaar) EU-15 (1995)
Tabel 3.3: Levensverwachting op 45-jarige leeftijd (in jaar) EU-15 (1995)
Tabel 3.4: Levensverwachting op 65-jarige leeftijd (in jaar) EU-15 (1995)
Tabel 3.5: Gezondheidsbeleving 1996 vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15
Tabel 3.6: Gezondheidsbeleving 1996, vrouwen van 65-74 jaar, EU-15
Tabel 3.7: Gezondheidsbeleving 1996, vrouwen van 75 jaar en ouder, EU-15
Tabel 3.8: Gemiddelde lichaamslengte (in cm), vrouwen van 18 jaar en ouder naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)
Tabel 4.1: Beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 4.2: Percentage met beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)
Tabel 4.3: Beperkingen in het lichamelijk functioneren als gevolg van langdurige ziekte, vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 4.4: Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van ziekte of letsel, vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-11 (1994)
Tabel 4.5: Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van ziekte of letsel, vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-11 (1994)
Tabel 4.6: Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van emotionele of psychische problemen, vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-12 (1994)
Tabel 4.7: Percentage met activiteitenbeperkingen in de laatste twee weken als gevolg van emotionele of psychische problemen, vrouwen van 65 jaar en ouder, EU-12 (1994)
Tabel 4.8: Percentage vrouwen dat de laatste twee weken contact had met een arts, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 4.9: Percentage vrouwen dat de laatste twee weken contact had met een arts, naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)
Tabel 4.10: Percentage dat in het voorgaande jaar in het ziekenhuis is opgenomen om andere redenen dan bevalling, vrouwen van 16 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 4.11: Percentage dat in het voorgaande jaar in het ziekenhuis opgenomen is om andere redenen dan bevalling, naar leeftijdsgroep, EU-15 (1996)
Tabel 4.12: Gemiddeld aantal nachten in het ziekenhuis in het voorgaande jaar, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)

Tabel 5.1: Denkbeelden over bij welk geslacht meer longkanker voorkomt, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 5.2: Denkbeelden over bij welk geslacht meer hartziekten voorkomen, alle vrouwen EU-15 (1996)
Tabel 5.3: Denkbeelden over de belangrijkste risicofactoren voor hartziekten (1996) alle vrouwen, EU-15
Tabel 6.1: Percentage rooksters (1991), vrouwen van 15 jaar en ouder, verschillende Lid-Staten
Tabel 6.2: Aan roken toegeschreven sterfte (1990), vrouwen van 35 jaar en ouder, EU-15
Tabel 6.3: Percentage over- en ondergewicht, vrouwen van 18 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.4: Percentage dat het voorgaande jaar een hartonderzoek ondergaan heeft, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.5: Percentage waarbij het voorgaande jaar een cholesterolbepaling is verricht, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.6: Percentage waarbij het voorgaande jaar een diabetestest is verricht, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.7: Percentage waarbij het voorgaande jaar een osteoporoseonderzoek is verricht, vrouwen van 50 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.8: Percentage dat de voorkeur geeft aan een vrouwelijke arts, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.9: Percentage waarbij het voorgaande jaar een baarmoederhalsuitstrijkje gemaakt is, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.10: Percentage waarbij het voorgaande jaar de borsten met de hand zijn onderzocht, vrouwen van 15 jaar en ouder, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.11: Percentage dat voorstander is van mammografische screening, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 6.12: Percentage waarbij in het voorgaande jaar een mammogram is gemaakt, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 7.1: Percentage dat niet tevreden is over het gewicht, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 7.2: Percentage dat het voorgaande jaar dieet gehouden heeft, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)
Tabel 7.3: Cumulatief aantal aidsgevallen naar overdrachtsgroep, EU-15 (1996)
Tabel 7.4: Cumulatief aantal aidsgevallen voor beide geslachten, EU-15 (1996)
Tabel 7.5: Gebruik van anticonceptiemiddelen en vruchtbaarheidscijfers bij vrouwen, EU-15
Tabel 7.6: Abortus, EU-15
Tabel 7.7: Percentage dat onvoldoende geïnformeerd is over substitutietherapie, vrouwen van 15 jaar en ouder, EU-15 (1996)

Bijlage IV

Bibliografie

Abel-Smith, B., Figueras, J., Holland, W., McKee, M., Mossialos, E. (1995), *Choices in Health Policy*. Londen: Dartmouth.

Alary, M. et al. (1993), "HIV infection in European female sex workers: epidemiological link with the use of petroleum based lubricants," *AIDS*, 7:401-408.

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Arcel, L.T., Mantonakis J., Petersson, B., et al. (1992), "Suicide attempts among Greek and Danish women and the quality of their relationships with husbands or boyfriends," *Acta Psychiatry Scandinavica*, 85(3), 189-95.

Azevedo, M. H. P.; Ferreira, C. P. (1992), "Anorexia Nervosa and Bulimia: A Prevalence Study," *Acta Psychiatry Scandinavica*, 86 : 432-436.

Bailey, J., Kraft van Ermel, L. (1995), "Hormone replacement therapy, current practice and future trends," *European Menopause Journal*, 2(1), 4-7.

Baptista, F. et. al. (1996), "The Prevalence of Disturbances of Eating Behaviour in a Portuguese Female University Population," *European Eating Disorders Review*, 4(0), 144.1-11.

Bentham G., et al (1995), "Factors affecting non-response to cervical cytology screening in Norfolk, England," *Soc Sci Med*, 40: 131-35.

Bille-Brahe U., Jessen G. (1994), "Suicide in Denmark, 1922-1991: The Choice of Method," *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (2) 91-96.

Birbaumer, A. (1996), *Austrian Report on Women's Health*, Wenen: niet gepubliceerd.

Blair, S.N. et al. (1989), "Physical fitness and all-cause mortality," *Journal of American Medical Association*, 262(17):2395-2401.

Blumen-Kantz, M. (1996), "Obesity: The World's Oldest Metabolic Disorder," *Mednews*.

Boulton, A. (1996), "Hormone therapy may protect against Alzheimer's disease," *BMJ*, Vol. 313, p. 442.

British Diabetic Association (1996), *Counting the Cost: The Real Impact of Non-Insulin Dependent Diabetes*, London: British Diabetic Association.

British Heart Foundation (1996), persoonlijke mededeling.

Bruggeman, K. (1996), *Belgian Report on Women's Health*, Brussel: niet gepubliceerd.

Bureau voor actie op het gebied van de preventie van tabaksgebruik (1994), *Tobacco and Health in the European Union, an overview*, Brussel: BASP.

Burdorf, A., Swuste, P. Maas, P. v.d. (1988), "Asbest en gezondheid: van patiëntbespreking naar erkenning van beroepsziekten in Nederland," *Ned Tijdschr Geneeskunde*, 132:2162-7.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (1986), "The Periodic Health Examination: 2, 1985 update," *Can Med Assoc J*, 134:724-729.

Cancer screening for patients (1995), *Mednews*, 208/05499, december 1996.

CancerNet (1996a), *Screening for cervical cancer*, 208/04728,. National Cancer Institute.

CancerNet (1996b), *Prevention of cervical cancer*, 208/04734, National Cancer Institute.

Commissie van de Europese Gemeenschappen (CEG) (1990), *Europa tegen kanker: 1990-1994*, tweede actieplan, Luxemburg.

CEG (1992), *Richtlijn 92/85/EEG* van 19 oktober 1992, Brussel: CEG.

CEG (1995a), *Verslag van de Commissie over de gezondheidstoestand in de Europese Gemeenschap, 1995*, COM(95) 357 def., Brussel: CEG.

CEG (1995b), *The demographic situation in the European Union, 1994*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

CEG (1995c), "The fight against cancer: an action plan for 1996-2000," *Social Europe Two years of community social policy: July 1993-June 1995*. Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen, blz.. 101-103.

CEG(1996a), *The demographic situation in the European Union, 1995*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

CEG (1996b), *Mededeling van de Commissie aan de Raad en het Europees Parlement over vrouwenhandel voor seksuele exploitatie*, COM(96) 567 def., Brussel: CEG.

Chou, S.P., Dawson, D.A. (1994), "A study of the gender differences in morbidity among individuals diagnosed with alcohol abuse and/or dependence," *J Subst Abuse*, 6:381-392.

Coeytaux, F.M., Leonard, A.H., Bloomer, C.M. (1993), "Abortion," in: Koblinsky, M., Timyan, J., and Gay, J. (eds.), *The health of women: a global perspective*, Colorado: Westview Press.

Da Silva, L.F. (1996), *Portuguese Report on Women's Health*, Porto: niet gepubliceerd.

Davey-Smith, G., Blane, D., Bartley, M. (1994), "Explanations for socio-economic differentials in mortality. Evidence from Britain and elsewhere," *European Journal of Public Health*, 4: 131-144.

Ditch, J., Bradshaw, J., Eardley, T. (1994), *Developments in national family policies in 1994*. York: University of York.

Donaldson, R.J. and Donaldson, L.J. (1993), *Essential Public Health Medicine*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Dooghe, G. and Appleton, N. (1995), Elderly Women in Europe. Choices & Challenges, Leuven: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies.

Eshøj, O., et al. (1994), "Increased prevalence of insulin-treated diabetes mellitus in Funen County, Denmark," *Journal of Internal Medicine*, 235 (5) 405-10.

Europees Centrum voor de epidemiologische controle op aids, HIV/AIDS Surveillance in the European Community and COST countries Europe: *Quarterly Report* No. 36, 30 september 1996.

European Journal of Cancer Prevention (1994), Vol 3, Supplement 1.

Europese Waarnemingspost voor het MKB, *Vierde jaarverslag, 1996*, blz. 330.

Europese werkgroep (1996), *Environmental tobacco smoke and lung cancer risk*. Trondheim: Europese werkgroep.

Eurostat (1993), *Population and social conditions. Women in the European Community*, Rapid Reports, No. 10, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

Eurostat (1995a), *Women and Men in the European Union: A Statistical Portrait*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

Eurostat (1995b), *Jaarboek 1995*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

Eurostat (1996), *Social Portrait of Europe*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.

Fiebach, N.H., Viscoli, M. and Horwitz, R.I. (1990), "Differences between Women and Men in Survival after Myocardial Infarction: Biology or Methodology?" *JAMA*, Vol. 263, No. 8, 1092-1096.

Fisher, N.J., Nielsen, P.K. (1993), "Death after previous self-inflicted poisonings. A ten-year study from an intensive care unit" (in het Deens), *Ugeskrift for Læger*, 155: 1857-61

Folkhälsoinstitutet & Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (1995), *Alkohol och narkotikautvecklingen i Sverige*. Rapport 95. Stockholm, Zweden.

Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen (1995), *Ett liv av vikt. Regeringens uppdrag av anorexia-bulemia*, Stockholm, Zweden.

Foster, R.S., Constanza, M.C. (1984), "Breast self-examination practices and breast cancer survival," *Cancer*, 53:999-1005.

Foster, W.R., Burton, B.T. (eds) (1985), "National Institutes of Health Consensus Conference: Health Implications of Obesity," *Ann Intern Med*, 103: 977-1077.

Frigo, A.C. (1996), *Italian Report on Women's Health*, Padua: niet gepubliceerd.
Gatrell A., Maddocks A., Kirwan M., Garnett S. (1995), "Making GIS sing and dance to a Purchaser's tune, "*Proceedings AGI 1995*.
Glenn, S.W., Parsons, O.A., Stevens, L. (1989), "Effects of alcohol abuse and familial alcoholism on physical health in men and women," *Health Psychol*, 8:325-341.
Haas, S., Schiff, I. (1988), "Symptoms of oestrogen deficiency," in: Studd, J.W.W. and Whitehead, M. I. (eds.), *The Menopause*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, blz. 15-23.
Haavio-Mannila E., Kontula K. (eds.) (1993*), Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta*. WSOY.
Hall, E.M., Johnson, J.V., Tsou, T. (1993), "Women, Occupation, and Risk of Cardiovascular Morbidity and Mortality," *Occupational Medicine*, Vol. 8, No. 4, 709-719.
Hein, Suadicani, Gyntelberg (1992), "Lung Cancer Risk and Social Class," *Danish Medical Bulletin*, 39:173-6.
Heise, L. (1993), "Violence against women: the missing agenda," in: Koblinsky, M., Timyan, J., and Gay, J. (eds.), *The health of women: a global Perspective*. Colorado: Westview Press.
Hoek, H.W. (1995), "Impact of Urbanization on Detection of Eating Disorders," *Psychiatry* 152:8, 1272-1278.
Irish Department of Health (1995), *Developing a Policy for women's Health: A Discussion Document*. Dublin: Stationary Office.
Kallinikos, G., Roumeliotou, A. (1996), *Greek Report on Women's Health*, Athene: niet gepubliceerd.
Khan, S. et al. (1990), "Increased Mortality of Women in Coronary Artery Bypass Surgery: Evidence for Referral Bias," *Ann Int Med*, 112: 561-567.
King, H., Zimmet, P. (1988), "Trends in the prevalence and incidence of diabetes: non-insulin-dependent diabetes mellitus," *World Health Statistics Quarterly*. Rapport Trimestriel de Statistiques Sanitaires Mondiales, 41 (3-4) 190-6.
Kliewer, E.V., Smith, K.R (1995), "Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada," *Journal of the National Cancer Institute*, 87(15): 1154-1161.
Kröger, H. (ed.) (1995), "Osteoporoosin diagnoisointi ja hotio Kuopion yliopistollisen sairaalan alueella," *Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja*, reeks publicaties van het ziekenhuisdistrict Pohjois-Savo, nr. 22/1995, Kuopio.
Laara, E., Day N.E., Hakama M. (1987), "Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organized screening programmes," *The Lancet*, 8544:1247-9.
Law, M.R., Hackshaw, A.K. (1996), "Environmental Tobacco Smoke," *Br Med Bull*; 52: 22-34.
Lee, P.N. (1992), *Environmental tobacco smoke and mortality*. Bask: Karger.
Le, M.G., Hill, C., Kramar, A., Flamant, R. (1984), "Alcoholic beverage consumption and breast cancer in a French case-control study," *Am J Epidemiol*, 120:350-357.
Le Geyte, M., Mant, D., Vessey, M.P., et al. (1992), "Breast self-examination and survival from breast cancer," *Br J Cancer*, 66:917-918.
Lerner, D.J., Kannel, W.B. (1986), "Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A 26-year follow-up of the Framingham population," *American Heart Journal*, Vol.111, No.2, 383-390.
Llewellyn-Jones, D., and Abraham, S. (1988), *Menopause*. Oxford: Penguin Books.
Marmot, M., Brunner, E. (1991), "Alcohol and cardiovascular disease: the status of the U shaped curve," *BMJ*; 303:565-568.
Martínez, F.J., Varela E., Suarez S. (1994), "The menopause and hormone replacement therapy: its prevalence in the town of Lugo," *Atención Primaria*, 14(9); 1052-7.
McKeganey, N., et al. (1992), "Female streetworking prostitution and HIV infection in Glasgow," *BMJ*, 305: 801-804.

McWilliams, M., Gray, A.M. (1996), *Nothern Irish Report on Women's Health*, Belfast: niet gepubliceerd.
Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994a), *Lifetime in Denmark*, Kopenhagen: Ministerie van Volksgezondheid.
Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994b), *Trends in Sucide Mortality in Denmark*, (in het Deens), Kopenhagen: Ministerie van Volksgezondheid.
Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994c), *Cancer Trends and Cancer Mortality in Denmark*, (in het Deens), Kopenhagen: Ministerie van Volksgezondheid.
Ministerie van Volksgezondheid, Denemarken (1994d), *Heart Disease in Denmark*, (in het Deens), Kopenhagen: Ministerie van Volksgezondheid.
Ministerie van Volksgezondheid, Groothertogdom Luxemburg (1994), *Santé pour Tous*, Luxemburg.
Moloney, E. (1996), "Domestic violence 'suffered by 1 in 5 women'," *Irish Independent*, 30 April, 1996.
Mooney K. (1993), *The Hidden Figure: Domestic Violence in North London*. Islington: Islington Council.
Nordentoft, M., et al. (1993) "High mortality by natural and unnatural causes: A 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts," *BMJ*, 306: 1637-41.
North, C.S. (1996), "Alcoholism in women - more common -- and serious -- than you might think," *Postgrad Med*, 100:221-224.
Nystrom, L., Rutqvist, L.E., Wall, S. et al. (1993), "Breast cancer screening with mammography: an overview of Swedish randomised trials", *Lancet*, 341:973-978.
O'Malley, M.S., Fletcher, S.W. (1987), "Screening for breast cancer with breast self examination," *JAMA*; 257:2197-2203.
Paganini-Hill, A. (1995), "The risks and benefits of estrogen replacement therapy: leisure world," *Int J Fertil Menopausal Stud*, 40(suppl 1):54-62.
Petersson, B. (1996), *Danish Report on Women's Health*, Kopenhagen: niet gepubliceerd.
Peto, R. et al. (1994), *Mortality from smoking in developed countries. 1950-2000. Indirect estimates from vital statistics*, Oxford: Oxford Medical Publications.
Pi-Sunyer, F.X. (1993), "Medical Hazards of Obesity," *Ann Intern Med*, 119:665-660.
Piot, P., et al. (1990), *HIV infection in female prostitutes*, Antwerpen: Instituut voor Tropische Geneeskunde.
Platts et al. (1992), "WHO/EURO Multi-Centre Study on Parasuicide," *Acta Psychiatry Scandinavica*, 85:97-104.
Pukkala (1993), *Women and men in Finland, Living Conditions 1995:1*, Finnish Cancer Registry: Cancer Statistics of NAWH.
Riper, H., Cowley, H. (1996), *Irish Report on Women's Health*, Limerick: niet gepubliceerd.
Roberts, H. (1992), "Introduction: women's health matters," in: *Women's Health Matters*. Roberts, H. (ed.), London: Routledge, blz. 1-10.
Rohan, T.E., McMichael, A.J. (1988), "Alcohol consumption and risk of breast cancer," *Int J Cancer*, 41:695-699.
Romkens, R. (1992), *Gewoon Geweld?* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
Salonen, J.T., Nyyssonen, K., Korpela, H., Tuomilehto, J., Seppanen R., Salonen, R. (1992), "High stored iron levels are associated with excess risk of myocardial infarction in eastern Finnish men," *Circulation*, 86:803-811.
Sanchis, C. (1996) *Spanish Report on Women's Health*, Valencia: niet gepubliceerd.
Saurel-Cubizolles, M.J., Blondel, B. (1996), *La Santé des Femmes*, Parijs: Flammarion Medecine-Sciences.
Schaapveld, K., Hirasing, R.A. (1993), *Preventiegids*, Assen/Maastricht: Van Gorcum.
Scientific American (1996), Special Issue: *What you need to know about cancer*, Vol. 275, No.3.
Screening for cervical cancer (1996), *Mednews* (208/04728), maart 1996.

Segal, S., LaGuardia, K.D. et al., (1990), "Termination of pregnancy: a global view," *Baillieres Clin Obstet Gynecol*, 4:235-247.
Silva, L. (1995), "Entre Marido e Mulher Alguém Meta a Colher". In: À Bolina: Colecção das Mulheres e dos Homens.
Sinkkonen, S. (1996), *Finnish Report on Women's Health*, Kuopio: niet gepubliceerd.
Smith, G.D. and A.N. Phillips (1996), "Passive smoking and Health: Should we believe Philip Morris's 'experts'?" *BMJ*; 313: 929-33.
Stray-Pedersen, B. (1996), "Osteoporosis - The Silent Thief" in: European Institute of Women's Health, *Women in Europe: Towards Healthy Ageing*, Conference Report, 16 October 1996, Dublin: European Institute of Women's Health.
Sundh, M., Renck, B. (1996) *Swedish Report on Women's Health*, Karlstad: niet gepubliceerd.
Sytkowski, P.A., Kannel, W.B., D'Agostino, R.B. (1990), "Changes in risk factors and the decline in mortality from cardiovascular disease," *N Engl J Med*, 322:1635-41.
The National Women's Health Resource Center (1992), *National Women's Health Report*, New York: The National Women's Health Resource Center.
Thomas, C. (1996), *British Report on Women's Health*, Lancaster: niet gepubliceerd.
Thomasson, H.R. (1995), "Gender differences in alcohol metabolism. Physical responses to ethanol," *Recent Dev Alcohol*, 12:163-179.
Thornton, L. (1992), *Smoking in pregnancy: behaviour, belief and attitudes of women attending a Dublin maternity hospital*, Dublin: proefschrift voor het lidmaatschap van de faculteit Public Health Medicine van het Royal College of Physicians, Ierland (niet gepubliceerd).
Topo Päivi, Klaukka Timo, Hemminki Elina ja Uutela Antti (1991), "Use of hormone replacement therapy in 1976-89 by 45-64 year-old Finnish women," *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45: 277-280.
Tunstall-Pedoe, H. et al. (1994), "Myocardial Infarction and Coronary Deaths in the WHO MONICA Project," *Circulation*, 90:583-612.
Verenigde Naties (1991), *The World's Women 1970-1990, Trends and Statistics*. New York: Verenigde Naties.
Verenigde Naties (1994), A/RES/48/104.
Verenigde Naties, Ontwikkelingsprogramma (1995), *Human Development Report 1995*. New York: Oxford University Press.
Vermeulen, M. (1996), *Dutch Report on Women's Health*, Amsterdam: niet gepubliceerd.
Vervaet, M. et al. (zonder jaartal), *Attitudes of schoolboys and girls towards body-weight and eating habits and Eating-style as a risk factor for eating disorders: a pilot study in young females*. (België, niet gepubliceerd)
Vioque J, Fenollar J. (1995), "The distribution of mortality by cervical cancer in Spain from 1981 to 1986. An ecological study," *Medicina Clínica*, 104 (8): 287-92.
West, R. (1994), *Eating disorders: anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Londen: Office of Health Economics.
Wielandt, C. (1996), *German Report on Women's Health*, Bonn: niet gepubliceerd.
World Health Organization (WHO) (1994), *Health in Europe*, European Series, No. 56, Regional Publications, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO.
WHO (1995a), *Highlights on Women's Health in Europe*. Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO.
WHO (1995b), *Investing in women's health: Central and Eastern Europe*. Kopenhagen: WHO Regional Publications, 55.
WHO (1995c), *Highlights on Health in Belgium*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995d), *Highlights on Health in Denmark*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995e), *Highlights on Health in France*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).

WHO (1995f), *Highlights on Health in Germany*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995g), *Highlights on Health in Greece*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995h), *Highlights on Health in Ireland*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995i), *Highlights on Health in Italy*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995j), *Highlights on Health in Luxembourg*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995k), *Highlights on Health in Portugal*, kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995m), *Highlights on Health in Spain*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
WHO (1995n), *Highlights on Health in The Netherlands*, Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe (ontwerp).
WHO (1995o), *Highlights on Health in the United Kingdom*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO (ontwerp).
Willett, W.C., et al. (1987), "Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer," *N Eng J Med*, 316:1174-1180.

Gegevensbronnen

CEG (1995), *The demographic situation in the European Union, 1994*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.
CEG (1996a), *The demographic situation in the European Union, 1995*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.
Europees Centrum voor de epidemiologische controle op aids, HIV/AIDS Surveillance in the European Community and COST countries Europe: *Quarterly Report* No. 36, 30 september 1996.
Eurostat (1995a), *Women and Men in the European Union: A Statistical Portrait*. Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.
Eurostat (1995b), *Jaarboek 1995*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.
Eurostat (1996), *Social Portrait of Europe*, Luxemburg: Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen.
Eurostat-gegevensbank, 1997.
OESO (1994), *Employment Outlook*. Parijs: OESO, juli 1994.
OESO (1995), *The Labour Force Statistics: 1973-1993*. Parijs: OESO.
Peto, R. et al. (1994), *Mortality from smoking in developed countries. 1950-2000. Indirect estimates from vital statistics*, Oxford: Oxford Medical Publications.
WHO (1995p), *1994 World Health Annual Statistics*. Genève: WHO.
WHO (1996), gegevensbank *Health for All*, Kopenhagen: Regionaal Bureau voor Europa van de WHO.

Bijlage V

Coördinatoren in de Lid-Staten

De coördinatoren in de Lid-Staten hebben niet-gepubliceerde verslagen opgesteld over de gezondheid van vrouwen, die als materiaal voor dit verslag zijn gebruikt.

België

Mevr. Katrien Bruggeman
Prof. Mieke van Haegendoren
Nederlandstalige Nationale Vrouwenraad
'De Amazone'
Brussel

Denemarken

Dr. Birgit Petersson
Faculteit Sociale Geneeskunde
Vakgroep Medisch onderzoek betreffende vrouwen
Universiteit van Kopenhagen
Panum-Instituut
Kopenhagen

Duitsland

Dr. Caren Weilandt
Mevr. Adrienne Zeir
Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD)
(Wetenschappelijk instituut van de Duitse artsen)
Bonn

Griekenland

Dr. George Kallinikos
Prof. Anastasia Roumeliotou
Nationale school voor de volksgezondheid
Athene

Spanje

Mevr. Carmen Sanchis
Generalitat Valenciana (Conselleria de Sanitat i Consum)
Institut Valencia d'Estudis en Salut Publica (IVESP)
(Instituut voor de volksgezondheid)
Valencia

Frankrijk

(samenwerking gebaseerd op: Saurel-Cubizolles, M.J., Blondel, B. (1996), La Santé des Femmes. Parijs: Flammarion Médecine-Sciences, zie bibliografie; deze publicatie staat los van het Europees project voor de gezondheid van vrouwen).
Dr. Beatrice Blondel
INSERM
Unité de Recherches Epidemiologiques sur la Santé des Femmes et des Enfants-U 149
(Vakgroep Epidemiologisch onderzoek naar de gezondheid van vrouwen en kinderen)
Villejuif Cedex
Frankrijk

Ierland

Drs. H. Riper
Mrs. H. Cowley
Universiteit Limerick
Limerick

Italië

Prof. Francesco Grigoletto
Dr. Anna Chiara Frigo
Universita' degli Studi di Padova
Instituto di Igiene
Padova

Luxemburg

Drs. H. Riper
Universiteit Limerick
Limerick

Nederland

Mevr. Mary Vermeulen
Stichting Augustus
Amsterdam

Oostenrijk

Mevr. Andrea Birbaumer
Technische Universität Wien
Inst. f. Gestaltungs- und Wirkungsforschung
Abteilung für CSCW
Wenen

Portugal

Prof. Luisa Ferreira Da Silva
Comissão Para a Igualdade e Para os Direitos das Mulheres
(Commissie voor gelijke behandeling en rechten van vrouwen)
Ministerie van Werkgelegenheid en Sociale Zekerheid
Porto

Finland

Prof. Sirkka Sinkkonen
Prof. Katri Vehvilainen-Julkunen
Faculteit Gezondheidsbeleid en -management
Universiteit Kuopio
Kuopio

Zweden

Mevr. Mona Sundh
Mevr. Barbro Renck
Centrum for Folkhälsoforskning
(Centrum voor volksgezondheidsonderzoek)
Karlstad

Verenigd Koninkrijk

Dr. Carol Thomas
Universiteit Lancaster
Faculteit Toegepaste sociale wetenschappen
Lancaster

Noord-Ierland

Dr. Monica McWilliams
Dr. Ann Marie Gray
Universiteit Ulster
Belfast

ISSN 0254-1513

COM(97) 224 def.

DOCUMENTEN

NL 05

Catalogusnummer : CB-CO-97-214-NL-C

ISBN 92-78-19701-7

Bureau voor officiële publikaties der Europese Gemeenschappen

L-2985 Luxemburg