

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

P8_TA(2017)0028

Propagowanie równości płci w odniesieniu do zdrowia psychicznego i badań klinicznych**Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie propagowania równości płci w odniesieniu do zdrowia psychicznego i badań klinicznych (2016/2096(INI))**

(2018/C 252/10)

Parlament Europejski,

- uwzględniając Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, w szczególności jego art. 19 i art. 168, który wśród celów wszystkich działań politycznych UE wymienia zapewnienie „wysokiego poziomu ochrony zdrowia ludzkiego”,
- uwzględniając Kartę praw podstawowych Unii Europejskiej, a w szczególności jej art. 21, 23 i 35,
- uwzględniając rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE,
- uwzględniając dyrektywę 2001/20/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zbliżania przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich odnoszących się do wdrożenia zasady dobrej praktyki klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania przez człowieka („dyrektywa w sprawie badań klinicznych”),
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 3 marca 2010 r. zatytułowany „Europa 2020: Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu” (COM(2010)2020),
- uwzględniając zieloną księgę Komisji pt. „Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej” (COM(2005)0484),
- uwzględniając „Kompas UE” dotyczący działania na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego,
- uwzględniając Kompleksowy plan działania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2013-2020,
- uwzględniając Globalną strategię WHO w zakresie zdrowia kobiet, dzieci i młodzieży na lata 2016-2030,
- uwzględniając deklarację o ochronie zdrowia psychicznego w Europie z 2005 r., podpisaną przez WHO, Komisję Europejską oraz Radę Europy,
- uwzględniając Europejski plan działań WHO na rzecz ochrony zdrowia psychicznego na lata 2013-2020,
- uwzględniając Europejski pakt na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego z 2008 r.,
- uwzględniając przedstawione przez Komisję wspólne działanie w dziedzinie zdrowia i dobrostanu psychicznego (2013-2016),
- uwzględniając uwagę ogólną nr 14 Komitetu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ dotyczącą prawa do najwyższego osiągalnego stanu zdrowia (U.N. Doc. E/C.12/2000/4) oraz jego uwagę ogólną nr 20 dotyczącą niedyskryminacji w zakresie praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych (U.N. E/C.12/GC/2009),
- uwzględniając zalecenie CM/Rec(2010)5 Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie środków zwalczania dyskryminacji ze względu na orientację seksualną lub tożsamość płciową,

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

- uwzględniając art. 52 Regulaminu,
 - uwzględniając sprawozdanie Komisji Praw Kobiet i Równouprawnienia oraz opinię Komisji Rozwoju (A8-0380/2016),
- A. mając na uwadze, że prawo do możliwie najwyższego osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego jest podstawowym prawem człowieka i zawiera ono w sobie nakaz niedyskryminacji; mając na uwadze, że każdy powinien mieć dostęp do opieki zdrowotnej; mając na uwadze, że dostęp do opieki w zakresie zdrowia psychicznego ma kluczowe znaczenie dla poprawy jakości życia obywateli europejskich, lepszego włączenia społecznego oraz zapewnienia rozwoju gospodarczego i kulturalnego Unii;
- B. mając na uwadze, że w sytuacji panującej obecnie na świecie, naznaczonej trwającym kryzysem gospodarczym oraz gwałtownym wzrostem bezrobocia, zwłaszcza wśród osób młodych i kobiet, stale rośnie liczba przypadków zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, schizofrenia, stany lękowe i demencja;
- C. mając na uwadze, że WHO określa zdrowie psychiczne jako stan pełnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie tylko brak występowania chorób lub ułomności; mając na uwadze, że zdaniem WHO termin „zaburzenia psychiczne” oznacza szereg zaburzeń psychicznych i dysfunkcji behawioralnych, takich jak depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, schizofrenia, stany lękowe, demencja i autyzm; mając na uwadze, że WHO definiuje zdrowie psychiczne jako stan pełnego komfortu emocjonalnego i psychicznego, w którym osoba jest w stanie wykorzystywać swoje zdolności poznawcze i emocjonalne, spełniać swoją rolę w społeczeństwie, odpowiadać wymaganiom codziennego życia, nawiązywać satysfakcjonujące i dojrzałe relacje z innymi, konstruktywnie uczestniczyć w zmianach zachodzących w otoczeniu, dostosowywać się do warunków zewnętrznych i konfliktów wewnętrznych;
- D. mając na uwadze, że zdrowie psychiczne należy postrzegać i zajmować się nim w ujęciu holistycznym, z uwzględnieniem czynników społecznych, gospodarczych i środowiskowych, co wymaga psychospołecznego, obejmującego całe społeczeństwo podejścia do osiągania najwyższych osiągalnych standardów dobrostanu psychicznego wszystkich obywateli;
- E. mając na uwadze, że holistyczna strategia dotycząca zdrowia i dobrostanu psychicznego musi obejmować perspektywę cyklu życia, przy uwzględnieniu różnych czynników wpływających na poszczególne osoby w różnym wieku; mając na uwadze, że należy uwzględnić szczególne narażenie nastolatków, jak i starszych kobiet;
- F. mając na uwadze, że zdrowie fizyczne i psychiczne są wzajemnie powiązane i oba te aspekty stanu zdrowia są kluczowe dla ogólnego dobrostanu; mając na uwadze, że uznaje się, iż zły stan zdrowia psychicznego może prowadzić do przewlekłych chorób fizycznych, zaś przewlekłe choroby fizyczne zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia chorób psychicznych; mając na uwadze, że pomimo znanych powiązań pomiędzy tymi dwoma aspektami badania nad zdrowiem fizycznym często mają pierwszeństwo przed badaniami nad zdrowiem psychicznym;
- G. mając na uwadze, że na zdrowie psychiczne kobiet i dziewcząt wpływa wiele czynników, w tym rozpowszechnione stereotypy płciowe i dyskryminacja, uprzedmiotowienie, przemoc i napastowanie na tle płciowym, środowisko pracy, równowagą między życiem zawodowym a prywatnym, warunki społeczno-ekonomiczne, brak lub niski poziom edukacji poświęconej zdrowiu psychicznemu oraz ograniczony dostęp do opieki w zakresie zdrowia psychicznego;
- H. mając na uwadze, że prawie 9 na 10 osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym twierdzi, że doświadczają stygmatyzacji i dyskryminacji, a ponad 7 na 10 takich osób wskazuje, że stygmatyzacja i dyskryminacja obniża jakość ich życia;
- I. mając na uwadze, że należy uwzględnić czynniki geograficzne warunkujące zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny, w tym różnice między środowiskiem wiejskim a miejskim, między innymi w ich aspekcie demograficznym, w zakresie dostępu do opieki i świadczonych usług;
- J. mając na uwadze, że zmiany hormonalne następujące w trakcie perimenopauzy oraz po menopauzie mogą mieć wpływ na zdrowie emocjonalne kobiety oraz prowadzić do problemów ze zdrowiem psychicznym, w tym depresji i lęków; mając na uwadze, że nadwrażliwość na objawy może utrudniać szybkie wykrywanie i odpowiednie leczenie;

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

- K. mając na uwadze, że czynniki determinujące zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny różnią się między kobietami i mężczyznami oraz między poszczególnymi grupami wiekowymi; mając na uwadze czynniki takie jak brak równouprawnienia płci, rozdzwięk w wysokości wynagrodzeń, większe narażenie kobiet na ubóstwo i nadmierne obciążenie pracą, dyskryminację społeczno-ekonomiczną, przemoc uwarunkowana płcią, niedożywienie oraz głód sprawiają, że kobiety są w jeszcze większym stopniu narażone na zaburzenia zdrowia psychicznego; mając na uwadze, że według WHO nie istnieją znaczące różnice pomiędzy płciami w przypadku poważnych zaburzeń psychicznych, lecz wśród kobiet częściej występują depresja, stany lękowe, stres, somatyzacja oraz zaburzenia odżywiania, zaś mężczyźni wykazują większą skłonność do nadużywania substancji uzależniających i do zaburzeń społecznych; mając na uwadze, że depresja jest najpowszechniej występującym zaburzeniem neuropsychiatrycznym i choruje na nią znacznie więcej kobiet niż mężczyzn; mając na uwadze, że depresja jest także najczęściej występującą chorobą wśród kobiet w wieku od 15 do 44 lat;
- L. mając na uwadze, że choroby psychiczne oraz stan zdrowia psychicznego są często niedostrzegane, ignorowane lub zatajane z uwagi na stygmatyzację, uprzedzenia oraz brak świadomości lub zasobów; mając na uwadze, że w związku z tym wiele osób cierpiących na choroby psychiczne nie zgłasza się na leczenie, a lekarze nie potrafią zdiagnozować pacjenta lub niekiedy stawiają błędną diagnozę; mając na uwadze, że diagnozowanie chorób psychicznych jest silnie uwarunkowane płciowo, przy czym występowanie niektórych chorób jest bardziej prawdopodobne u kobiet niż u mężczyzn;
- M. mając na uwadze, że w szczególności lesbijki i kobiety biseksualne oraz osoby transpłciowe i interseksualne borykają się ze szczególnymi problemami ze zdrowiem psychicznym wynikającymi ze stresu mniejszościowego określanego jako wysoki poziom lęku i stresu powodowanego uprzedzeniami, stygmatyzacją oraz doświadczaniem dyskryminacji, a także medykalicacją i patologizacją; mając na uwadze, że osoby LGBTI mogą borykać się ze szczególnymi problemami ze zdrowiem i dobrostanem psychicznym, co musi zostać uwzględnione w każdej strategii na rzecz zdrowia psychicznego;
- N. mając na uwadze, że spośród form somatyzacji występujących i diagnozowanych częściej wśród kobiet niż u mężczyzn wymienia się fibromię i chroniczne zmęczenie, których głównymi objawami są ból i wyczerpanie, choć wiele objawów występujących u kobiet jest też wspólnych dla innych schorzeń;
- O. mając na uwadze, że tożsamość transpłciowa nie jest patologiczna, choć niestety wciąż postrzegana jest jako zaburzenie psychiczne, a większość państw członkowskich wymaga takiej diagnozy w celu zapewnienia dostępu do prawnego uznania płci lub do opieki zdrowotnej związanej z transpłciowością, mimo iż badania dowiodły, że zdiagnozowanie zaburzenia tożsamości płciowej powoduje znaczne cierpienie u osób transpłciowych;
- P. mając na uwadze, że zaburzenia depresyjne stanowią 49,1 % wszystkich przypadków niepełnosprawności wynikającej z zaburzeń neuropsychiatrycznych wśród kobiet, w porównaniu z 29,3 % wśród mężczyzn;
- Q. mając na uwadze, że WHO szacuje, że na świecie na depresję cierpi 350 milionów osób; mając na uwadze, że do 2020 r. choroba ta będzie drugą najważniejszą przyczyną niezdolności do pracy;
- R. mając na uwadze, że dzieci płciowo nienormatywne, które jeszcze nie osiągnęły dojrzałości, wciąż są poddawane niepotrzebnym i szkodliwym praktykom diagnostycznym, choć każde dziecko powinno mieć możliwość bezpiecznego samodzielnego odkrywania i wyrażania własnej tożsamości płciowej;
- S. mając na uwadze, że ze względu na różne czynniki, głównie odnoszące się do różnych ról związanych z płcią oraz nierówności i dyskryminacji w traktowaniu płci, depresja blisko dwa razy częściej dotyka kobiety niż mężczyzn, a osoby transpłciowe wykazują znacznie większe skłonności samobójcze oraz częściej podejmują próby samobójcze; mając na uwadze, że badania dowodzą, iż tradycyjne role narzucone płciom negatywnie oddziałują na zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny kobiet;
- T. mając na uwadze, że w systemie edukacji w państwach członkowskich czy w miejscu pracy niedostatecznie dużo uwagi poświęca się zdrowiu i dobrostanowi psychicznemu, przy czym stan zdrowia psychicznego często bywa powodem poważnej stygmatyzacji lub pozostaje tematem tabu; mając na uwadze, że edukacja dotycząca zdrowia psychicznego walczy z napiętnowaniem dotyczącym tej kwestii i powinna dotyczyć podatności uwarunkowanych płciowo, stereotypów płciowych oraz dyskryminacji wobec kobiet i dziewcząt;

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

- U. mając na uwadze, że mężczyźni oraz chłopców dotyczą choroby psychiczne uwarunkowane płciowo; mając na uwadze, że w Europie mężczyźni popełniają samobójstwa niemal pięciokrotnie częściej niż kobiety, a samobójstwo jest najpowszechniejszą przyczyną śmierci u mężczyzn poniżej 35 roku życia; mając na uwadze, że mężczyźni trzykrotnie częściej niż kobiety uzależniają się od alkoholu, a także częściej sięgają po narkotyki (i umierają z ich powodu); mając na uwadze, że mężczyźni są mniej skłonni niż kobiety, by poddać się leczeniu psychiatrycznemu; mając na uwadze, że mężczyźni i chłopców otaczają stereotypy związane z męskością, które mogą skłaniać ich do tłumienia emocji lub uciekania się do agresji oraz mają wpływ na zdrowie psychiczne mężczyzn, jak również na zjawisko przemocy na tle płciowym;
- V. mając na uwadze, że w UE dochodzi co roku do ok. 58 000 samobójstw, z których jedną czwartą popełniają kobiety, oraz mając na uwadze, że samobójstwo wciąż pozostaje przyczyną znacznej liczby zgonów;
- W. mając na uwadze, że psychospołeczne, obejmujące całość społeczeństwa podejście do zdrowia psychicznego wymaga spójności polityki na rzecz dobrostanu, koordynacji polityki w zakresie opieki zdrowotnej, edukacji, zatrudnienia, polityki gospodarczej i społecznej, aby mogło skutkować poprawą poziomu dobrostanu psychicznego;
- X. mając na uwadze, że zaburzenia łaknienia, takie jak anoreksja i bulimia, są rosnącym zjawiskiem wśród nastolatków i młodych kobiet;
- Y. mając na uwadze, że długoterminowy wpływ zaburzeń odżywiania, takich jak anoreksja i bulimia, na zdrowie fizyczne i psychiczne jest dobrze udokumentowany, tak samo jak wymiar płci ich przyczyn;
- Z. mając na uwadze, że w środowisku pracy kobiety są bardziej narażone na akty mobbingu lub molestowania seksualnego, które wywołują problemy psychofizyczne u osób będących ich ofiarami;
- AA. mając na uwadze, że modele opieki społecznej przewidujące walkę z chorobami psychicznymi poprzez sport, sztukę lub działalność społeczną powinny być uwzględniane w programach na rzecz zdrowia publicznego w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji;
- AB. mając na uwadze, że osoby niepełnosprawne są narażone na pogłębiające się choroby psychiczne;
- AC. mając na uwadze, że edukacja seksualna oraz w zakresie pożycia w związkach stanowi klucz do zwalczania stereotypów płciowych, przeciwdziałania przemocy na tle płciowym oraz poprawy stanu zdrowia i dobrostanu psychicznego dziewcząt i chłopców oraz kobiet i mężczyzn;
- AD. mając na uwadze, że choroby i schorzenia psychiczne są jedną z głównych przyczyn niezdolności do normalnego funkcjonowania wpływającą negatywnie na zdrowie, edukację, gospodarkę, rynek pracy oraz systemy zabezpieczenia społecznego w UE, powodując ogromne koszty ekonomiczne i są szkodliwe dla gospodarki UE, co ponagla do rozwiązania kwestii opieki w zakresie zdrowia psychicznego w sposób całościowy, kompleksowy i uwzględniający aspekt płci; mając na uwadze, że według Europejskiego Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Depresją (EDA) 1 na 10 pracowników w UE korzystał ze zwolnień z powodu depresji, co generuje szacunkowe koszty w wysokości 92 mld EUR wynikające głównie ze strat produkcyjnych;
- AE. mając na uwadze, że bardziej niż od cech biologicznych zdrowie psychiczne kobiet zależy od czynników, takich jak odebrane wychowanie, stopień przyswojenia wartości, norm i stereotypów społecznych i kulturowych, sposób, w jaki przeżywają i akceptują swoje doświadczenia, ich stosunek do siebie samej i innych osób, pełnione role, a także przeszkody i presja, z jakimi się stykają;
- AF. mając na uwadze, że uwzględnienie różnorodności kobiet oraz faktu, że różnią się one od mężczyzn pod względem psychicznym, a także uwzględnienie tych czynników w polityce zdrowotnej skierowanej do kobiet, zarówno w zakresie profilaktyki, jak i leczenia, w tym poszczególnych środków skierowanych do grup szczególnie wrażliwych i marginalizowanych, wzmocniłoby skuteczność tej polityki;

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

- AG. mając na uwadze, że z różnych powodów kobiety wykluczano z badań w dziedzinie toksykologii oraz badań biomedycznych i klinicznych oraz że z powodu dużej rozbieżności w reprezentacji płci w badaniach nasza wiedza na temat różnic między zdrowiem kobiet i mężczyzn pozostaje ograniczona; mając na uwadze, że w rezultacie w badaniach biomedycznych zaznaczała się tendencja do odzwierciedlania głównie męskiego punktu widzenia oraz pokutowało błędne założenie, że kobiety i mężczyźni są tacy sami w sferach, w których występują jednak różnice psychologiczne między nimi; mając na uwadze, że brakuje badań naukowych dotyczących szczególnych potrzeb kobiet interseksualnych;
- AH. mając na uwadze, że wykluczenie oraz niedostateczna reprezentacja kobiet jako obiektów bądź też płci fizycznej i społeczno-kulturowej jako czynników badań biomedycznych i klinicznych stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia kobiet;
- AI. mając na uwadze, że rozporządzenie (UE) nr 536/2014 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi wprowadziło wymogi w zakresie uwzględniania płci w badaniach, ale należy poddać ocenie stan wdrażania tego rozporządzenia; mając na uwadze, że rozporządzenie nie określa w związku z kobietami żadnych okoliczności innych niż ciąża czy karmienie piersią;
- AJ. mając na uwadze, że Europejska Agencja ds. Leków (EMA) nie opracowała konkretnych strategii wdrażania wytycznych w zakresie badania i oceny różnic związanych z płcią w ocenie klinicznej leków, mimo że uznała, iż „niektóre czynniki, które wpływają na oddziaływanie leku wśród populacji, mogą mieć istotne znaczenie przy rozważaniu potencjalnych różnic w reakcji kobiet i mężczyzn” oraz że „oddziaływanie uzależnione od płci również może odgrywać istotną rolę w działaniu leku”⁽¹⁾;
- AK. mając na uwadze, że wpływ leków i wyrobów medycznych, takich jak środki antykoncepcyjne, antydepresanty i środki uspokajające, na zdrowie fizyczne i psychiczne kobiet jest wciąż mało znany i wymaga dalszych badań naukowych w celu wyeliminowania niepożądanych skutków ubocznych oraz poprawy skuteczności świadczenia opieki zdrowotnej;
- AL. mając na uwadze, że aspekty zdrowia związane z płcią biologiczną i kulturowo-społeczną powodują, że na przestrzeni całego życia kobiety napotykać szereg konkretnych zagrożeń dla zdrowia;
- AM. mając na uwadze, że brakuje porównywalnych danych na temat dostępnej, przystępnej cenowo, wysokiej jakości opieki zdrowotnej związanej z transpłciowością, a produkty stosowane w hormonalnej terapii zastępczej nie są należycie przebadane ani licencjonowane;
- AN. mając na uwadze, że wskaźnik umieralności matek jest uważany za główny wskaźnik wydajności, jakości i skuteczności systemów opieki zdrowotnej;
- AO. mając na uwadze, że brak dostępu do praw seksualnych i reprodukcyjnych, w tym do bezpiecznej i legalnej aborcji, zagraża życiu i zdrowiu kobiet, dziewcząt oraz wszystkich osób mających zdolności rozrodcze, zwiększa umieralność i zachorowalność matek oraz prowadzi do odmowy udzielenia opieki ratującej życie i do wzrostu liczby nielegalnych zabiegów przerywania ciąży;
- AP. mając na uwadze, że we wszystkich krajach, dla których dostępne są dane, występują spore różnice w stanie zdrowia pomiędzy grupami społeczno-gospodarczymi oraz pomiędzy kobietami a mężczyznami, przy czym wśród osób o niższym poziomie wykształcenia, wykonujących mniej płatne zawody oraz o niższych dochodach utrzymują się wyższe wskaźniki zachorowalności i śmiertelności; mając na uwadze, że te nierówności w zakresie zdrowia należą obecnie do głównych wyzwań publicznej polityki zdrowotnej; mając na uwadze, że złe warunki społeczno-gospodarcze, ubóstwo i wykluczenie społeczne mają negatywny wpływ na zdrowie i dobrostan psychiczny;
- AQ. mając na uwadze, że kompleksowa, dostosowana do wieku, oparta na dowodach, odpowiednia pod kątem naukowym i obiektywna edukacja seksualna, dobrej jakości usługi w zakresie planowania rodziny oraz dostęp do środków antykoncepcyjnych pomagają zapobiegać nieplanowanym i niepożądanym ciążom, zmniejszają liczbę aborcji, przyczyniają się do zapobiegania zakażeniu wirusem HIV oraz rozprzestrzenianiu się chorób przenoszonych drogą płciową; mając również na uwadze, że nauczanie młodzieży odpowiedzialności za własne zdrowie seksualne i reprodukcyjne przynosi długoterminowe skutki, trwa przez całe ich życie oraz wywiera pozytywny wpływ na społeczeństwo;

⁽¹⁾ EMA/CHMP/3916/2005 – ICH http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2010/01/WC500059887.pdf

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

- AR. mając na uwadze, że dzisiaj co czwarty noworodek w UE przychodzi na świat przez cesarskie cięcie i, statystycznie rzecz ujmując, narastają związane z tym problemy zdrowotne matek i dzieci;
- AS. mając na uwadze, że zamykanie szpitali położniczych i znaczne zmniejszenie liczby położnych i lekarzy położników w niektórych państwach członkowskich UE już powoduje niebezpieczne luki w opiece położniczej;
- AT. mając na uwadze, że ograniczenia i cięcia budżetowe dokonywane przez rządy krajowe w obszarze zdrowia publicznego i edukacji również utrudniają dostęp do opieki zdrowotnej, w tym opieki psychiatrycznej, co nieproporcjonalnie mocniej dotyka kobiet, w szczególności samotnych matek, oraz rodzin wielodzietnych;
- AU. mając na uwadze, że migrantki, uchodźczynie i kobiety ubiegające się o azyl mogą czasem cierpieć na bardzo poważne schorzenia z powodu niewłaściwego leczenia lub borykać się z konkretnymi problemami związanymi ze zdrowiem reprodukcyjnym, takimi jak powikłania ciąży i porodowe, a także mogą być narażone na dodatkowe urazy psychiczne, takie jak depresja przed- i poporodowa, jak również są zagrożone traumatycznymi doznaniem lub konsekwencjami wynikającymi z aktów przemocy (seksualnej) i wykorzystywania (seksualnego) oraz narażone na określone zagrożenia dla zdrowia i dobrostanu psychicznego; mając na uwadze, że świadczenie opieki psychiatrycznej tym kategoriom osób wiąże się z licznymi wyzwaniem, a jej zakres zależy od szeregu czynników, w tym od miejsca pochodzenia uchodźców oraz ilości czasu spędzonego w kraju ojczystym;
- AV. mając na uwadze, że kobiety chorują na niektóre formy nowotworów takie jak rak piersi, macicy i szyjki macicy, które występują głównie lub wyłącznie u kobiet;
- AW. mając na uwadze, że kobiety dotknięte chorobą nowotworową i poddane zabiegom chirurgicznym i leczeniu inwazyjnemu, takiemu jak radioterapia i chemioterapia, są z reguły bardziej narażone na depresję;
- AX. mając na uwadze, że 10 państw członkowskich UE wyznaczyło cel zakładający objęcie 100 % populacji kobiet badaniami przesiewowymi w kierunku raka piersi, oraz mając na uwadze, że osiem państw realizuje taki cel dotyczący badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy;
- AY. mając na uwadze, że choroby takie jak osteoporoza i dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego oraz choroby ośrodkowego układu nerwowego, takie jak choroba Alzheimera lub demencja, mają związek ze zmianami hormonalnymi, których kobiety doświadczają w okresie menopauzy lub wcześniej w związku z leczeniem hormonalnym; mając na uwadze, że choć wiadomo, iż choroby te częściej dotyczą kobiety niż mężczyźni, w poświęconych im badaniach aspekty związane z płcią są rzadko uwzględniane;
- AZ. mając na uwadze, że endometrioza jest nieuleczalną chorobą, która dotyka 1 na 10 kobiet i dziewcząt (tj. około 180 milionów kobiet na całym świecie i 15 milionów w UE); mając na uwadze, że choroba ta często prowadzi do niepłodności i powoduje bardzo nasilony ból oraz problemy związane ze zdrowiem psychicznym, co niezwykle utrudnia kobietom funkcjonowanie w wielu aspektach związanych z pracą, życiem prywatnym i społecznym;
- BA. mając na uwadze, że fizyczna i psychiczna przemoc ze względu na płeć oraz przemoc wobec kobiet oraz jej wpływ na zdrowie ofiar stanowią podstawową przeszkodę w osiągnięciu równości płci oraz w zapewnieniu kobietom korzystania w pełni z wolności zapewnianych podstawowymi prawami człowieka;
- BB. mając na uwadze, że kobiety i dziewczęta, które są ofiarami okaleczenia narządów płciowych, są narażone na poważne krótko- i długoterminowe skutki dla ich zdrowia fizycznego, psychicznego, seksualnego i reprodukcyjnego;
- BC. mając na uwadze, że osoby interseksualne poddawane zabiegom okaleczania narządów płciowych również borykają się z ich skutkami dla zdrowia psychicznego, psychologicznego, seksualnego i reprodukcyjnego;
- BD. mając na uwadze, że w związku z procedurami uznawania płci osoby transpłciowe wciąż są poddawane przymusowej sterylizacji w 13 państwach członkowskich;

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

- BE. mając na uwadze, że systematyczne gromadzenie odpowiednich danych na temat przemocy wobec kobiet jest kluczowe dla zapewnienia skutecznego prowadzenia polityki w tej dziedzinie zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym i lokalnym, a także dla zapewnienia skutecznego monitorowania wdrażania ustawodawstwa;
- BF. mając na uwadze, że kobiety, które doświadczyły przemocy na tle płciowym, borykają się z jej konsekwencjami dla zdrowia fizycznego i psychicznego często przez całe życie; mając na uwadze, że zgodnie raportem WHO na temat przemocy i zdrowia ⁽¹⁾ przemoc na tle płciowym wobec kobiet może nieść różnego rodzaju skutki: konsekwencje fizyczne (stłuczenia, złamania, syndromy chronicznego bólu, niepełnosprawność, fibromialgia, złamania, zaburzenia żołądkowo-jelitowe itp.); konsekwencje psychologiczne i behawioralne (nadużywanie alkoholu i narkotyków, depresja i stany lękowe, zaburzenia odżywiania i snu, poczucie wstydu i winy, fobie i zespół lęku napadowego, niska samoocena, stres pourazowy, zaburzenia psychosomatyczne, skłonności samobójcze i autodestrukcyjne, niepewność w późniejszych związkach itp.); konsekwencje seksualne i reprodukcyjne: zaburzenia ginekologiczne, niepłodność, powikłania podczas ciąży, poronienia, dysfunkcje seksualne, choroby przenoszone drogą płciową, niechciana ciąża itp.); a także konsekwencje śmiertelne (zabójstwo, samobójstwo, śmierć w wyniku choroby przenoszonej drogą płciową itp.);

Równouprawienie płci w kontekście zdrowia psychicznego

1. apeluje, aby w następstwie „Kompasu UE” dotyczącego działań na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego Komisja i państwa członkowskie przyjęły ambitną nową strategię na rzecz zdrowia psychicznego, promującą holistyczne, psychospołeczne podejście obejmujące całość społeczeństwa z silnie zaakcentowanym aspektem płci społeczno-kulturowej, zapewniającą spójność polityki w dziedzinie zdrowia psychicznego;
2. zwraca uwagę, że w UE 27 % dorosłej ludności – zarówno kobiet, jak i mężczyzn – doświadczyło co najmniej jednego epizodu choroby psychicznej;
3. wzywa państwa członkowskie, by przyjęły środki i przyznały wystarczające zasoby mające zapewnić dostęp do usług opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie zdrowia psychicznego – w tym do schronisk dla kobiet – wszystkim kobietom niezależnie od ich statusu prawnego, niepełnosprawności, orientacji seksualnej, tożsamości płciowej, cech płciowych, rasy, pochodzenia etnicznego, wieku lub religii; wzywa państwa członkowskie i Komisję do wyeliminowania nierówności w zakresie dostępu do świadczenia opieki zdrowotnej w UE;
4. zwraca uwagę, że potrzebne są dalsze badania naukowe na temat wpływu przemocy na tle płciowym – w tym przemocy werbalnej i psychicznej, napastowania i zastraszania – na zdrowie psychiczne;
5. wzywa Komisję, państwa członkowskie oraz władze lokalne do zadbania o uwzględnienie w strategiach na rzecz zdrowia psychicznego wyzwania w zakresie zdrowia psychicznego, z jakimi zmagają się osoby LGBTI; zachęca państwa członkowskie do wdrożenia zaleceń zawartych w dokumencie Rady Europy CM/Rec(2010)5 oraz do uwzględnienia szczególnych potrzeb lesbijek, osób biseksualnych i osób transpłciowych w toku opracowywania polityki, programów i protokołów w zakresie zdrowia;
6. wzywa państwa członkowskie do wsparcia tworzenia ośrodków wsparcia psychologicznego dla pacjentów onkologicznych, tak by udzielać im wsparcia psychologicznego w trakcie leczenia i rehabilitacji;
7. zwraca uwagę na trudne położenie kobiet niepełnosprawnych, które częściej narażone są na problemy związane bezpośrednio nie tylko z niepełnosprawnością, lecz także ze zwiększoną izolacją społeczną i wymuszonym brakiem aktywności; wzywa państwa członkowskie do systematycznego zwiększania dostępności prewencyjnej opieki psychologicznej dla kobiet niepełnosprawnych i do zapewnienia wsparcia psychologicznego kobietom opiekującym się dziećmi o znacznym stopniu niepełnosprawności; podkreśla potrzebę przyjęcia strategii oraz wymiany najlepszych praktyk w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego kobiet i dziewcząt niepełnosprawnych;
8. zachęca Komisję Europejską i państwa członkowskie do promowania kampanii informacyjnych i zapobiegawczych oraz innych inicjatyw w celu uwrażliwienia opinii publicznej na problemy związane z chorobami psychicznymi i eliminowania stygmatyzacji; wzywa państwa członkowskie i Komisję do inwestowania w formalną, nieformalną i pozaformalną edukację poświęconą zdrowiu i dobrostanowi psychicznemu dla wszystkich grup wiekowych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób psychicznych uwarunkowanych płciowo, jak depresja, lęki czy uzależnienia; apeluje do państw członkowskich o dopilnowanie, by w szkołach wdrożono odpowiednie ramy w zakresie identyfikacji i wspierania osób cierpiących na problemy ze zdrowiem psychicznym, z uwzględnieniem aspektu płci, oraz by zadbano o dostępność opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego; zwraca uwagę, że u 70 % dzieci i młodzieży z problemami psychicznymi nie podjęto właściwej interwencji w odpowiednio młodym wieku;

⁽¹⁾ Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002 r.

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

9. wzywa Komisję, państwa członkowskie oraz Europejski Instytut ds. Równości Kobiet i Mężczyzn (EIGE) do wzmożonego regularnego gromadzenia danych dotyczących zdrowia psychicznego, w szczególności danych dotyczących częstości występowania depresji, przy czym dane te powinny być segregowane przynajmniej ze względu na płeć biologiczną i społeczno-kulturową, grupę wiekową i status społeczno-ekonomiczny, w tym zawierać wskaźniki dotyczące zdrowia reprodukcyjnego;

10. uważa, że działania podejmowane na szczeblu UE na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego muszą angażować ważne postaci życia politycznego, służby zdrowia, edukacji, służby socjalne i partnerów społecznych oraz organizacje społeczeństwa obywatelskiego; uważa, iż ważne jest, by zdrowie psychiczne przestało być uznawane za temat tabu w niektórych środowiskach;

11. podkreśla, że związek pomiędzy warunkami społeczno-gospodarczymi a zdrowiem i dobrostanem psychicznym jest kluczowy dla spójności polityki na rzecz zdrowia psychicznego, gdyż ubóstwo i wykluczenie społeczne prowadzą do nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym; zwraca uwagę, że feminizacja ubóstwa oraz polityki oszczędnościowe mające nieproporcjonalny wpływ na kobiety stwarzają większe zagrożenie dla dobrostanu psychicznego kobiet;

12. podkreśla istotność społecznej terapii i opieki w zakresie zdrowia psychicznego, m.in. poprzez sport, muzykę, sztukę i działalność kulturalną, jako ważny element świadczenia usług opieki zdrowotnej, zmniejszający koszty gospodarcze i koszty ludzkie, jakie mogą generować problemy psychiczne dla jednostki i całego społeczeństwa; wzywa Komisję i państwa członkowskie do zwiększenia inwestycji w programy opieki w zakresie zdrowia psychicznego, jak np. włączanie w programy aktywności społecznej („social prescribing”);

13. z niepokojem zauważa, że według danych WHO zaledwie 13 państw członkowskich UE posiada krajowe strategie na rzecz zapobiegania samobójstwom; wzywa Komisję i państwa członkowskie do ustanowienia i wdrażania krajowych strategii zapobiegania samobójstwom oraz do podjęcia środków na rzecz ograniczenia czynników ryzyka związanych z samobójstwem, takich jak nadużywanie alkoholu, narkotyki, wykluczenie społeczne, depresja i stres; ponadto zwraca się o ustanowienie mechanizmów wsparcia dla osób po próbach samobójczych;

14. dostrzega wpływ mediów, a zwłaszcza internetu i mediów społecznościowych, na zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny, w szczególności wśród młodych kobiet i dziewcząt, oraz zwraca uwagę, że należy poświęcić temu zagadnieniu więcej badań naukowych; zwraca uwagę, że kultura mediów kładąca nacisk na wiek kobiet i ich wygląd potencjalnie powoduje odwrotne do zamierzonych skutki dla zdrowia i dobrostanu psychicznego kobiet i dziewcząt, takie jak lęki, depresję czy zachowania obsesyjne; podkreśla, że należy opracować skuteczne narzędzia, w tym środki prawne, aby przeciwdziałać internetowemu nękananiu, napastowaniu i uprzedmiotowianiu; podkreśla potrzebę opracowania ambitnej strategii poświęconej e-zdrowiu i dobrostanowi psychicznemu oraz potrzebę wspierania zainteresowanych podmiotów i współpracy z nimi w celu rozwijania nowych metod e-leczenia; uważa, że w strategii mediów dotyczącej zdrowia psychicznego muszą uczestniczyć wszystkie zainteresowane podmioty, w tym wydawcy i branża medialna, które muszą przyjąć normy etyczne, tak by unikać uprzedmiotowienia kobiet i upowszechniania stereotypów dotyczących płci;

15. zaznacza, że w niektóre kobiety postrzegają swój wizerunek w wypaczony sposób z powodu mediów, reklam utrwalających stereotypy i presji społecznej oraz zapadają na zaburzenia łaknienia i zachowania, takie jak anoreksja, bulimia, ortoreksja, napady gwałtownego objadania się i bigoreksja; popiera uwzględniające różnicę płci podejście do zaburzeń odżywiania oraz potrzebę jego włączenia do debaty na temat zdrowia i uwzględnienia w informacjach skierowanych do ogółu społeczeństwa; wzywa państwa członkowskie do tworzenia w szkołach punktów pomocy i wsparcia dla zapewnienia wsparcia psychologicznego uczniom, a zwłaszcza nastoletnim dziewczętom, które są najbardziej narażone na wystąpienie zaburzeń łaknienia;

16. z zadowoleniem odnosi się do faktu, że po raz pierwszy w historii przywódcy światowi oficjalnie uznają promowanie zdrowia i dobrostanu psychicznego, a także zapobieganie uzależnieniom za priorytety zdrowotne w ogólnej światowej agendzie rozwoju;

17. wyraża poważne obawy co do zapewnienia usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz udogodnień dla kobiet i dziewcząt uchodźczyń w Europie, zwłaszcza dla tych żyjących w prowizorycznych warunkach w poszczególnych państwach członkowskich; podkreśla, że przetrzymywanie uchodźców i osób ubiegających o azyl bez wydajnego i skutecznego rozpatrywania ich wniosków o udzielenie azylu stanowi naruszenie prawa międzynarodowego oraz ujemnie wpływa na ich zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny; wzywa państwa członkowskie do ochrony kobiet ubiegających o azyl umieszczonych w ośrodkach detencyjnych oraz podkreśla, że kobietom tym należy udzielić niezwłocznie ochrony, w tym natychmiast zaprzestać przetrzymywania w ośrodkach detencyjnych, przyspieszyć relokację oraz promować wsparcie i doradztwo; wzywa państwa członkowskie do oddzielenia polityki zdrowotnej od polityki kontroli imigracyjnej przez umożliwienie dostępu do podstawowych usług opieki zdrowotnej oraz nienakładanie na personel opieki zdrowotnej

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

obowiązku zgłaszania imigrantów nieposiadających dokumentów; ponadto zwraca się do państw członkowskich o wdrożenie ponad-agencyjnych wytycznych w sprawie ochrony i wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego uchodźców, osób ubiegających się o azyl i migrantów w Europie, przygotowanych przez WHO/Europa, UNHCR oraz IOM;

18. podkreśla, że kobiety często są zmuszone do pracy na dwa etaty, jeden w miejscu zatrudnienia a drugi w domu, ponieważ mężczyźni nie angażują się wystarczająco w obowiązki domowe oraz wychowanie córek i synów, co u wielu kobiet powoduje depresję, stany lękowe i stres oraz poczucie winy związane z niezdolnością do zapewnienia rodzinie właściwej opieki, co jest tradycyjnie przypisywaną rolą kobiety;

19. potępia nowy, szeroko rozpowszechniony seksistowski stereotyp, zgodnie z którym nowoczesna kobieta powinna wyróżniać się na studiach i w pracy, nie przestając jednak spełniać tradycyjnych oczekiwań dotyczących bycia dobrą żoną i gospodynią domową, doskonałą matką i osobą atrakcyjną fizycznie, które to oczekiwania powodują u wielu kobiet stres i stany lękowe;

20. wzywa Komisję, państwa członkowskie i władze lokalne do opracowania konkretnych, dostosowanych do potrzeb strategii w celu świadczenia usług opieki psychologicznej grupom szczególnie wrażliwych kobiet w zmarginalizowanych społecznościach oraz kobiet dotkniętych dyskryminacją krzyżową, takich jak uchodźczynie, migrantki, kobiety dotknięte ubóstwem i wykluczeniem społecznym, osoby interseksualne i transpłciowe, kobiety z mniejszości etnicznych, kobiety niepełnosprawne, kobiety starsze i kobiety na obszarach wiejskich;

21. podkreśla istotność podejścia zorientowanego na cały cykl życia do kwestii zdrowia psychicznego, uwzględniającego potrzeby wszystkich grup wiekowych w spójny i kompleksowy sposób, ze szczególnym uwzględnieniem dorastających dziewcząt i starszych kobiet, wśród których odnotowuje się przeciętnie niższy wskaźnik zadowolenia z życia niż u mężczyzn w tych samych grupach wiekowych;

22. zaleca, aby kobiety, które zaszły w ciążę, były obejmowane opieką w zakresie zdrowia psychicznego jak najszybciej w pierwszym trymestrze ciąży, tak aby umożliwić rozpoznanie określonych warunków, które mogą wymagać kontroli, a także wykrycie problemów społecznych wymagających udzielenia kobietom pomocy społecznej lub psychologicznej oraz informowanie kobiet o kwestiach związanych z ciążą; domaga się zagwarantowania większej kompleksowej pomocy położniczej świadczonej na szczeblu lokalnym – w tym ze strony samodzielnych położnych i lekarzy położników – we wszystkich państwach członkowskich UE, i podkreśla szczególne znaczenie tego wyzwania dla obszarów wiejskich; podkreśla, że psychologiczna opieka zdrowotna jest równie ważna jak fizyczna opieka zdrowotna, i zwraca uwagę, że ok. 10–15 % kobiet w UE bezpośrednio po porodzie cierpi na depresję poporodową; podkreśla znaczenie dostępności opieki psychologicznej i medycznej dla kobiet, które poroniły, oraz potrzebę zapewnienia im wrażliwego i indywidualnego podejścia; wzywa Komisję i państwa członkowskie do promowania, rozwoju oraz zapewniania wczesnego wykrywania i leczenia psychozy i depresji poporodowej;

23. podkreśla, że polityka społeczna i polityka zatrudnienia, a w szczególności polityka dotycząca równowagi między życiem zawodowym i prywatnym musi uwzględniać holistyczne podejście do zdrowia i dobrostanu psychicznego kobiet, oraz wzywa Komisję i państwa członkowskie do współpracy ze związkami zawodowymi, pracodawcami, pracownikami służby zdrowia i społeczeństwem obywatelskim w celu ukształtowania holistycznego i uwzględniającego aspekt płci podejścia do kwestii dobrostanu psychicznego w miejscu pracy; zwraca uwagę na istotność szkoleń w zakresie zdrowia psychicznego dla kadr zarządzających zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym;

24. uznaje istotną rolę formalnych i nieformalnych opiekunów, którymi przeważnie są kobiety, w opiece w zakresie zdrowia psychicznego; apeluje, by zwrócić szczególną uwagę na rolę formalnych i nieformalnych opiekunów w leczeniu psychiatrycznym, a zwłaszcza rolę kobiet będących opiekunkami, jak również na działania służące ochronie zdrowia i dobrostanu psychicznego samych opiekunów;

25. wzywa Komisję i państwa członkowskie do uwzględnienia problemów w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego, z jakimi zmagają się mężczyźni i chłopcy z powodu stereotypów związanych z płcią, które zwiększają prawdopodobieństwo nadużywania substancji odurzających oraz samobójstw w porównaniu z kobietami; podkreśla, że polityka w zakresie zdrowia psychicznego mężczyzn winna również uwzględniać perspektywę wieku i cyklu życia, warunki społeczno-gospodarcze, wykluczenie społeczne oraz czynniki geograficzne;

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

Równość płci w kontekście badań klinicznych

26. podkreśla, że badania kliniczne produktów farmaceutycznych zarówno na kobietach, jak i mężczyznach są konieczne oraz że powinny one mieć charakter włączający i niedyskryminacyjny, a także powinny być przeprowadzane w warunkach równości, integracji i braku marginalizacji oraz w rozsądny sposób odzwierciedlać część populacji, która używałaby danych produktów; sugeruje, że badania kliniczne powinny uwzględniać również konkretne bardziej narażone grupy społeczne, na przykład pacjentów pediatrycznych i geriatrycznych, oraz osoby należące do mniejszości etnicznych; uważa, że dane segregowane ze względu na płeć powinny być gromadzone również po wprowadzeniu produktów do obrotu, aby umożliwić obserwowanie różnych efektów ubocznych, jak również powinny być przeprowadzane badania naukowe oraz gromadzone dane dotyczące wdrażania przez państwa członkowskie odpowiedniego prawodawstwa UE;

27. wyraża głębokie zaniepokojenie wobec faktu, że brak lepszej reprezentacji kobiet w badaniach klinicznych i biomedycznych zagraża ich zdrowiu i życiu, oraz podkreśla, że metodyka i projekt badań klinicznych powinny umożliwiać analizy w rozbiciu na płeć i grupy wiekowe; podkreśla zatem pilną konieczność wprowadzenia zróżnicowania ze względu na płeć w klinicznym leczeniu zaburzeń psychicznych;

28. podkreśla znaczenie publikacji wyników badań klinicznych dla zapewnienia przejrzystości i dostępności metodyki;

29. przypomina, że najwyższy odsetek chorób zakaźnych (np. HIV i malaria), a także niepomyślnego zakończenia ciąży (np. urodzenie martwe) odnotowuje się w krajach o niskim i średnim dochodzie; domaga się uwzględniania kobiet ciężarnych w badaniach klinicznych w celu obniżenia poziomu zachorowalności i umieralności matek i noworodków;

30. domaga się, aby etykiety na produktach farmaceutycznych wyraźnie informowały o tym, czy przeprowadzono badania na kobietach oraz czy kobiety i mężczyźni mogą spodziewać się różnych efektów ubocznych; wzywa państwa członkowskie do promowania badań naukowych nad długofalowymi skutkami wyrobów stosowanych w hormonalnej terapii zastępczej;

31. zwraca się do Komisji o stworzenie na szczeblu UE zachęt w odniesieniu do projektów ukierunkowanych na sposób traktowania kobiet w badaniach klinicznych; uważa, że w tego rodzaju projekty powinny zaangażować się organy służby zdrowia na wszystkich szczeblach oraz przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego, poprzez opracowanie konkretnych strategii służących realizacji wytycznych w zakresie badań i oceny różnic płciowych w badaniach klinicznych;

32. wzywa Komisję i państwa członkowskie do inwestowania w kampanie uświadamiające oraz do zachęcania kobiet do udziału w badaniach klinicznych;

33. apeluje do EMA o opracowanie oddzielnych wytycznych dla kobiet uczestniczących w badaniach klinicznych jako szczególnej grupy populacji;

34. wzywa państwa członkowskie, aby w toku stosowania rozporządzenia (UE) nr 536/2014 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi wykorzystywały podejście metodologiczne gwarantujące równą reprezentację kobiet i mężczyzn w badaniach klinicznych oraz zwróciły szczególną uwagę na przejrzystość w zakresie udziału obu płci w badaniach, a także – przy rozważaniu prawidłowego wdrożenia tego rozporządzenia – dokładnie monitorowały poziom reprezentacji mężczyzn i kobiet;

35. wzywa państwa członkowskie, EMA oraz odpowiednie zainteresowane strony do zagwarantowania uwzględnienia czynników dotyczących płci biologicznej i społeczno-kulturowej na jak najwcześniejszych etapach badań i rozwoju leków, jeszcze przed etapem badań klinicznych; podkreśla potrzebę lepszej wymiany związanych z tym najlepszych praktyk między instytucjami badawczymi oraz świadczeniodawcami opieki zdrowotnej w Europie;

36. podkreśla, że konieczne są pilne działania w celu wyeliminowania rozbieżności w reprezentacji płci w badaniach klinicznych w obszarach zdrowia, w których takie rozbieżności są szczególnie groźne, m.in. w zakresie leków na Alzheimera, raka, leczenia udarów, antydepresantów oraz chorób układu sercowo-naczyniowego;

37. podkreśla, że wymagane jest podjęcie wspólnych działań przez badaczy oraz wszystkie zainteresowane podmioty w celu wyeliminowania szkodliwych, dotyczących w szczególności kobiety skutków ubocznych leków, jak w przypadku antydepresantów i środków antykoncepcyjnych, aby poprawić stan zdrowia kobiet oraz podnieść jakość opieki zdrowotnej;

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

38. z niepokojem zauważa, że w krajach rozwijających się ma miejsce dyskryminacja ze względu na płeć oraz istnieją nierówności, jeżeli chodzi o badania naukowe z zakresu opieki zdrowotnej i socjalnej, co wpływa ujemnie na opracowywanie odpowiednich i ukierunkowanych metod leczenia; zwraca w szczególności uwagę, że pacjenci w krajach rozwijających się są niedostatecznie reprezentowani podczas badań farmakologicznych; zauważa, że podczas opracowywania leków na gruźlicę zaniedbano niektóre, szczególne grupy ludności, w tym dzieci i kobiety ciężarne; podkreśla potrzebę gromadzenia i przechowywania próbek do testów farmakogenetycznych, z zachowaniem podziału według płci, na potrzeby badań klinicznych prowadzonych w przyszłości; przypomina, że odmienne uwarunkowania biologiczne i fizjologiczne kobiet wymagają właściwych informacji na temat wpływu leków na ich organizm;

39. z niepokojem zauważa, że coraz częściej obserwowane przenoszenie testowania leków do Afryki i innych regionów słabiej rozwiniętych może stać się powodem poważnych naruszeń etycznych i łamania podstawowych zasad Unii, takich jak prawo do ochrony zdrowia i leczenia; zwraca uwagę, że brak dostępu do przystępnej opieki zdrowotnej, ubezpieczeń zdrowotnych, a także do niedrogich leków powoduje, że osoby znajdujące się w trudnej sytuacji, szczególnie kobiety, nie mają wyboru i biorą udział w badaniach klinicznych, aby móc odbyć leczenie, niejednokrotnie bez świadomości związanego z nimi ryzyka;

40. zaznacza, że udowodniono, iż kobiety spożywają więcej substancji psychotropowych niż mężczyźni, przeprowadzono jednak niewiele badań dotyczących różnic w ich działaniu w zależności od płci, a takie same dawki są przepisywane kobietom i mężczyznom bez żadnego rozróżnienia; wyraża zaniepokojenie, że kobiety cierpią w większym stopniu z powodu skutków ubocznych leków psychotropowych, ponieważ są one wykluczone z badań klinicznych, w związku z czym nie uwzględnia się kobiecej fizjologii; podkreśla też, że kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z pomocy psychoterapii, aby rozwiązać swoje problemy ze zdrowiem psychicznym;

Uwagi ogólne

41. wzywa Komisję i państwa członkowskie do:

- a) promowania opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie łatwego dostępu do usług oraz dostarczenie odpowiednich informacji dostosowanych do specyficznych potrzeb mężczyzn i kobiet oraz wymiany najlepszych praktyk w zakresie zdrowia psychicznego i badań klinicznych;
- b) uwzględnienia konkretnych potrzeb zdrowotnych kobiet i mężczyzn oraz zapewnienia włączenia perspektywy płci do swojej polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych oraz badań – począwszy od ich opracowywania i planowania aż po ocenę oddziaływania i planowanie wydatków;
- c) zapewnienia strategii w zakresie profilaktyki skierowanych do kobiet zagrożonych dyskryminacją krzyżową, takich jak kobiety romskie, kobiety niepełnosprawne, lesbijki i kobiety biseksualne, migrantki i uchodźczynie, kobiety żyjące w ubóstwie, a także osoby transpłciowe i interseksualne;
- d) uznania przemocy na tle płciowym i przemocy wobec kobiet za kwestię związaną ze zdrowiem publicznym – jak stwierdzono w rezolucji WHO WHA49.25 z dnia 25 maja 1996 r. – która wpływa bezpośrednio na zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny kobiet;
- e) zapewnienia szybkiego opracowania ogólnounijnego badania sondażowego na temat powszechności występowania przemocy na tle płciowym w celu przeprowadzenia go w ramach europejskiego systemu statystycznego, potwierdzonego w planie prac Eurostatu na 2016 r., a także gromadzenia danych dotyczących w szczególności występowania depresji, które powinny być segregowane przynajmniej ze względu na płeć biologiczną i społeczno-kulturową, grupę wiekową i status społeczno-ekonomiczny;
- f) wsparcia społeczeństwa obywatelskiego i organizacji kobiecych promujących prawa kobiet oraz podjęcia działań w celu zapewnienia, by kobiety miały głos w kwestiach związanych z europejską i krajową polityką zdrowotną oraz by polityka unijna i krajowa w dziedzinie zdrowia wychodziła naprzeciw ich potrzebom;
- g) zachęcania do realizacji programów koncentrujących się na konkretnych potrzebach kobiet związanych z chorobami takimi jak osteoporoza i dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego oraz chorobami ośrodkowego układu nerwowego takimi jak choroba Alzheimera lub demencja, w tym programów mających na celu informowanie kobiet o metodach profilaktycznych i programów szkoleniowych skierowanych do personelu medycznego;
- h) szczególnej troski o specyficzne potrzeby kobiet ze zdiagnozowanym syndromem przewlekłego zmęczenia lub fibromialgią, poprzez zapewnienie im usług opieki zdrowotnej wysokiej jakości;

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

i) zwiększenia środków na wspieranie badań poświęconych przyczynom i możliwym metodom leczenia endometriozy oraz na sporządzanie wytycznych klinicznych i tworzenie ośrodków referencyjnych; promowania kampanii informacyjnych, zapobiegawczych i podnoszących świadomość w zakresie endometriozy oraz zapewnienia środków na szkolenie wyspecjalizowanej kadry medycznej i na realizację inicjatyw badawczych;

42. wzywa państwa członkowskie do przyjęcia polityki służącej poprawie przeciętnego stanu zdrowia ludności poprzez eliminację nierówności w tym zakresie, występujących na niekorzyść defaworyzowanych grup społeczno-gospodarczych; w związku z tym wzywa do czynnego zaangażowania w wielu dziedzinach polityki, nie tylko polityki w zakresie zdrowia publicznego i systemów opieki zdrowotnej, ale także polityki w dziedzinie edukacji, zabezpieczenia społecznego, równowagi między życiem zawodowym a prywatnym i planowania urbanistycznego, zawsze w uwzględnieniu wyraźniej perspektywy równości płci;

43. wzywa rządy krajów rozwijających się do uwzględniania problematyki płci w polityce dotyczącej zdrowia psychicznego, a także do opracowywania strategii i programów ukierunkowanych na szczególne potrzeby kobiet w zakresie leczenia chorób psychicznych i eliminowania społecznych przyczyn zakłóceń równowagi psychicznej; z zaniepokojeniem zauważa, że szczególnie w krajach najsłabiej rozwiniętych wykluczanie kobiet z badań biomedycznych wynika często z braku kampanii informacyjnych i uświadamiających, z wypełniania przez kobiety roli matek i opiekunek, a także z braku swobody decyzyjnej w rodzinie; jest głęboko przekonany, że lepsze zrównoważenie ról i obowiązków w obrębie płci, bezpieczeństwo finansowe, równy dostęp do kształcenia, integracja na rynku pracy, skuteczniejsze środki umożliwiające godzenie życia osobistego i zawodowego, przede wszystkim w przypadku samotnych matek, rozwój siatek bezpieczeństwa socjalnego oraz ograniczanie ubóstwa przyczynią się do dalszego likwidowania rozbieżności pomiędzy płciami w dziedzinie zdrowia psychicznego;

44. uważa, że prawa seksualne i reprodukcyjne obejmują dostęp do legalnej i bezpiecznej aborcji oraz niezawodnej, bezpiecznej i przystępnej cenowo antykoncepcji, a także kompleksową edukację seksualną oraz edukację w zakresie pożycia w związkach;

45. wyraża ubolewanie, że w szeregu państw członkowskich UE prawa seksualne i reprodukcyjne są poważnie ograniczone lub mają zastosowanie jedynie pod określonymi warunkami;

46. jest zdania, że rosnąca liczba lekarzy, którzy odmawiają przeprowadzania aborcji w państwach członkowskich, stanowi kolejne zagrożenie dla zdrowia i praw kobiet; wzywa państwa członkowskie do zapewnienia, by w szpitalach utrzymywana była przynajmniej minimalna liczba lekarzy dostępnych do przeprowadzenia zabiegów aborcyjnych;

47. wzywa państwa członkowskie do zapobiegania przymusowej sterylizacji kobiet, która jest problemem dotyczącym w szczególności kobiety niepełnosprawne, osoby transpłciowe i interseksualne oraz kobiety romskie, do wprowadzenia zakazu jej wykonywania oraz ścigania tego procederu;

48. podkreśla fakt, że badania przesiewowe prowadzone na wczesnym etapie choroby nowotworowej, a także programy informowania są uważane za jedne z najskuteczniejszych środków profilaktyki nowotworowej, i apeluje do państw członkowskich, by zadbały o udział wszystkich kobiet i dziewcząt w takich badaniach przesiewowych;

49. zauważa, że wzmocnienie pozycji kobiet i wspieranie równouprawnienia płci ma kluczowe znaczenie dla przyspieszenia zrównoważonego wzrostu, w związku z czym zniesienie wszelkich form dyskryminacji wobec kobiet i dziewcząt, łącznie z dyskryminacją w dziedzinie zdrowia psychicznego i badań klinicznych, jest nie tylko podstawowym prawem człowieka, ale również wywiera efekt mnożnikowy na wszystkie inne dziedziny rozwoju (cel zrównoważonego rozwoju ONZ nr 5);

50. uważa, że państwa członkowskie są zobowiązane do zagwarantowania opieki położniczej w pobliżu miejsca zamieszkania jako usługi publicznej i zapewnienia dostępności położnych także na obszarach wiejskich i w regionach górskich;

51. wzywa organy opieki zdrowotnej państw członkowskich, by uznały endometriozę za chorobę uniemożliwiającą normalne funkcjonowanie, gdyż umożliwiłoby to kobietom dotkniętym tą chorobą bezpłatne leczenie, nawet w przypadku kosztownych zabiegów lub operacji, a także korzystanie ze specjalnego zwolnienia lekarskiego w najtrudniejszych okresach choroby w celu uniknięcia stygmatyzacji w miejscu pracy;

52. wzywa państwa członkowskie, Komisję i właściwe agencje do zapewnienia pełnego dostępu do wysokiej jakości opieki w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego wszystkim uchodźcom, osobom ubiegającym się o azyl i migrantom w szczególności narażonym kobietom i dziewczętom, jako prawa przysługującego na mocy powszechnych praw człowieka, a w dłuższej perspektywie – do odpowiedniego przygotowania krajowych systemów opieki zdrowotnej dla napływających uchodźców i osób ubiegających się o azyl; podkreśla potrzebę uwzględniającego aspekt płci szkolenia w zakresie zdrowia psychicznego dla pracowników i urzędników zajmujących się imigracją, azylem oraz pracowników i urzędników organów ścigania pracujących z uchodźcami, w tym w szczególności dla tych, którzy pracują z narażonymi kobietami

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

i dziewczętami; uważa, że te nieodzowne środki w zakresie opieki zdrowotnej powinny obejmować świadczenia takie jak bezpieczne zakwaterowanie i udogodnienia sanitarne dla kobiet i dzieci, doradztwo prawne i dostęp do usług oraz praw w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego, w tym antykoncepcji, wsparcie dla ofiar przemocy seksualnej oraz bezpieczne i legalne aborcje;

53. wzywa UE i państwa członkowskie do natychmiastowego zaprzestania polityki oszczędnościowej oraz cięć w wydatkach publicznych przeznaczonych na usługi kluczowe dla uzyskania wysokiego poziomu ochrony opieki zdrowotnej dla wszystkich kobiet i mężczyzn, dziewcząt i chłopców w UE, bez względu na ich pochodzenie lub status prawny;

54. wzywa państwa członkowskie do zapewnienia bezpłatnego dostępu do usług zdrowotnych kobietom bezrobotnym, kobietom mieszkającym na obszarach wiejskich, kobietom przebywającym w zakładach karnych oraz emerytkom i rencistkom o niskich dochodach, których nie stać na opłacenie badań lekarskich oraz kosztów leczenia;

55. zaleca, aby kobiety po urodzeniu dziecka niepełnosprawnego lub dotkniętego chorobą zagrażającą jego życiu miały zapewnione szczególnie wsparcie, obejmujące zwłaszcza bezpłatny dostęp do pediatrycznej opieki długoterminowej i świadczonej w domu, pediatrycznej opieki paliatywnej, a także wyspecjalizowanej i łatwo dostępnej pomocy psychologicznej;

56. podkreśla, że urzeczywistnienie prawa do zdrowia dla wszystkich jest ważniejsze niż ochrona praw intelektualnych i zależy m.in. od inwestycji w europejskie badania naukowe w dziedzinie zdrowia, w tym technologie medyczne i leki służące leczeniu chorób wynikających z ubóstwa i chorób zaniedbanych;

57. ubolewa nad cięciami w budżetach państw członkowskich przeznaczonych na publiczną służbę zdrowia oraz wyraża rozczarowanie faktem, że roczne budżety na programy mające na celu zapobieżenie przemocy na tle płciowym i wobec kobiet we wszystkich państwach członkowskich są znacznie niższe od faktycznych kosztów takiej przemocy, czy to o charakterze ekonomicznym, społecznym czy moralnym; wspiera państwa członkowskie w zwiększaniu wydatków na wsparcie programów zapobiegania przemocy wobec kobiet oraz w efektywnej pomocy i ochronie ofiar;

58. apeluje do państw członkowskich o podjęcie działań w zakresie opieki zdrowotnej w obszarze wczesnego wykrywania i zapewniania pomocy ofiarom przemocy na tle płciowym oraz o stosowanie protokołów medycznych dotyczących przemocy, jakiej doświadczyły ofiary, przekazywanych następnie odpowiednim sądom w celu usprawnienia postępowania sądowego; zwraca się też do państw członkowskich o zagwarantowanie prawa dostępu do informacji i zintegrowanych usług socjalnych w formie stałej pomocy w nagłych wypadkach oraz wyspecjalizowanych, profesjonalnych świadczeń wielodyscyplinarnych;

59. z zadowoleniem przyjmuje działania Komisji w kierunku ratyfikacji przez UE konwencji stambulskiej oraz ubolewa, że wiele państw członkowskich jeszcze jej nie dokonało; wzywa Radę do zapewnienia jak najszybszego przystąpienia UE do konwencji stambulskiej;

60. podkreśla, że prostytutka jest również problemem zdrowotnym, jako że ma ona szkodliwy wpływ na zdrowie osób prostytutujących się, które są bardziej podatne na urazy wynikające ze stanu zdrowia seksualnego, fizycznego oraz psychicznego, na uzależnienie od narkotyków i alkoholu, na utratę szacunku do samego siebie, oraz w przypadku których odnotowuje się wyższy współczynnik umieralności niż w przypadku ogółu populacji; dodaje i podkreśla, że wielu nabywców usług seksualnych domaga się świadczenia usług seksualnych bez zabezpieczenia, co zwiększa ryzyko szkodliwych skutków dla zdrowia, zarówno dla osób świadczących usługi seksualne, jak i dla nabywców takich usług;

61. wzywa państwa członkowskie do zapobiegania okaleczaniu żeńskich narządów płciowych i okaleczania narządów płciowych osób interseksualnych oraz jego zakazania i ścigania, a także do zapewnienia wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego, w tym opieki psychologicznej dla ofiar oraz osób, które mogą paść ofiarami tego procederu;

62. zachęca Komisję i państwa członkowskie do poświęcenia szczególnej uwagi grupom najbardziej narażonym i znajdującym się w najbardziej niekorzystnej sytuacji oraz do uruchomienia programów interwencyjnych na ich rzecz;

63. uważa, że brak porównywalnych, kompletnych, wiarygodnych i regularnie aktualizowanych danych segregowanych ze względu na płeć powoduje dyskryminację zdrowia kobiet;

Wtorek, 14 lutego 2017 r.

64. przypomina, że opieka zdrowotna i polityka zdrowotna należą do kompetencji państw członkowskich, a rola Komisji jest uzupełniająca w stosunku do polityk krajowych;

o

o o

65. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie oraz Komisji.
