

# Kvinnor är sjukare än män men lever längre – biologiskt och sociokulturellt kön i samspel!

Gunilla Krantz

Kvinnor är större sjukvårdskonsumenter än män men lever längre - är det en paradox? Biologiska orsaksmekanismer behöver kompletteras med sociokulturella förklaringar. Kön och genus i samspel.

Gunilla Krantz, M.D., MPH, Ph. D. allmänläkare och, specialistkompetent även i socialmedicin är universitetslektor på NHV.

## Kvinnors och mäns hälsoutveckling

Sedan 1970-talet har intresset växt sig allt starkare för att undersöka och förklara observerade skillnader i mäns och kvinnors hälsoutveckling. Det är ju ett välkänt faktum att kvinnor konsumerar mer hälso- och sjukvård än män, men istället har en högre medellivslängd. Detta har på ett träffande sätt uttryckts som så att "Women are sicker, but men die quicker" av den kände kvinnoforskaren Louise Verbrugge (1). Det man kan notera då man granskar hälso- och sjukvårdsstatistik är att kvinnor oftare går till läkare, tar mer läkemedel samt i högre utsträckning än män är långtidssjukskrivna och förtidspensionerade (2). I gengäld så överstiger kvinnors medellivslängd män-

nens med fem år i Sverige och i stort sett samma förhållande råder i de övriga nordiska länderna samt i västliga industrialiserade länder.

Detta förhållande brukar omnämnas som den så kallade hälsoparadoxen i det att det ser ut som en paradox att de som har störst behov av hälso- och sjukvårdens insatser är de som lever längst. Man skulle kanske kunna invända att just detta faktum att kvinnor är större sjukvårdskonsumenter än män bidrar till den högre medellivslängden för kvinnor, men som framgått av annan artikel i detta nummer så kan inte hälso- och sjukvårdens insatser på ett så avgörande sätt påverka medellivslängden. Istället föreligger den situationen att sjuklighet, mätt som läkarbesök, läkemedelskonsumtion och sjukskrivning inte förefaller vara direkt associerat med dödlighet. Är detta en paradox eller hur kan det förklaras?

Skillnader i hälsa mellan kvinnor och män kan förklaras dels med rent biologiska skillnader, dels med sociokulturella förhållanden i samhället som medför olika villkor för män och kvinnor i arbetsliv, i parrelationer, i familjeliv och i deltagande i samhällsaktiviteter. Även val av *livsstil*, hälsobeteende, inverkar på den skilda hälsoutvecklingen för män och kvinnor.

## Biologiska orsaksfaktorer

Biologiska skillnader mellan män och kvinnor förklarar till viss del olikheter i sjukdomsförekomst (hjärtinfarkt incidens, diabetes, reumatiska sjukdomar) och den observerade skillnaden i medellivslängd som föreligger mellan män och kvinnor i alla länder, undantaget sådana länder där en regelrätt diskriminering av kvinnor/flickor sker (Kina, Indien, Taiwan, Nordkorea m.fl).

Den observerade skillnaden i medellivslängd kan tillskrivas hormonella mekanismer där framför allt det kvinnliga könshormonet östrogen har betydelse, men sådana sociala faktorer som kvinnors mer utvecklade sociala nätverk och stöd, kvinnors multipla roller (maka, mor, förvärvsarbete) och olika livsstil/hälsobeteende för män respektive kvinnor har också betydelse för skillnaden i medellivslängd.

De skillnader som observerats i sjukdomsförekomst och medellivslängd för män och kvinnor förklaras således av ett troligen ganska komplicerat samspel mellan biologiska och sociala faktorer.

## Sociokulturella orsaksfaktorer

Sociokulturella orsaksfaktorer kan vara strukturella och individuella. *Strukturella faktorer* som påverkar såväl sjuklighet som dödlighet hos män respektive kvinnor är sådana förhållanden som att kvinnor och män har *olika position (makt)* och *olika roller (arbetsdelning)* i samhället. Till de *individuella faktorerna* hör val av *livsstil* och olika *vårdsökandebeteende* för män och kvinnor.

### Makt och arbetsdelning

Sedan början av 1960-talet, då cirka 43% av kvinnorna i förvärvsaktiv ålder hade förvärvsarbete så har kvinnor nu i lika hög ut-

sträckning som män ett betalt arbete. Dock har fler kvinnor än män en underordnad position i arbetslivet med mindre möjlighet att påverka arbetets innehåll och utformning, likaväl som befordringsgång och löneutveckling. Det faktum att kvinnor har lägre lön än män för likvärdigt arbete medför mindre makt för kvinnor i betydelsen mindre möjlighet att påverka sin egen livssituation.

Trots hög förvärvsfrekvens för kvinnor så är det fortfarande kvinnor som har huvudansvar för hem och barn och ett socialt omsorgsansvar för äldre anhöriga och andra närstående. Under de 40 åren som gått sedan kvinnorna gick ut i arbetslivet så har inte män i samma utsträckning gått in i hemmen för att dela det obetalda hemarbetet med kvinnorna. Av detta följer att män och kvinnor har olika position och olika roller i samhället vilket i sin tur medför olika hälsoutveckling.

Många kvinnor löper risk att drabbas av stress och otillfredsställdhet på grund av hög total arbetsbörda och svårigheter att påverka sina egna livsvillkor, vilket kan leda till symtomutveckling och behov av hälso- och sjukvårdsinsatser samt långa sjukskrivningsperioder utan att för den skull medföra förkortad livslängd (2).

Fördelningen av det obetalda hushållsarbetet mellan män och kvinnor i Sverige illustrerar hur de olika rollerna kan se ut.

---

---

*Många kvinnor löper risk att drabbas av stress och otillfredsställdhet på grund av hög total arbetsbörda och svårigheter att påverka sina egna livsvillkor*

---

---

---

---

## *Kvinnor i Sverige utför 2/3 av allt obetalt hushållsarbete*

---

---

### Fördelning av det obetalda hushållsarbetet

Det är relativt stor skillnad mellan hur mycket tid män respektive kvinnor använder på det obetalda hushållsarbetet. Kvinnor i Sverige utför 2/3 av allt obetalt hushållsarbete och renodlar man det till att gälla dagliga sysslor såsom att tvätta, diska, städa, handla och laga mat så utför kvinnor i genomsnitt 75% av detta arbete (3). I en svensk studie visade det sig att 70% av de tillfrågade kvinnorna uppgav att de hade ansvaret för ¾ av allt obetalt hemarbete (4). Endast 6% av kvinnorna svarade att de delade lika med mannen eller att mannen hade mer ansvar än de själva. 28 % av kvinnorna sa att de hade allt ansvar (4).

Man kan förvåna sig över att situationen inte är mer jämställd i ett land som Sverige som ju brukar betraktas som avancerat då det gäller jämställdhet mellan könen, men bilden är likartad i de flesta andra länder. I studier från USA och Australien finner man att ansvarsfördelningen är något sämre än här i Norden, dvs kvinnor utför majoriteten av allt hushållsarbete oavsett om de har förvärvsarbete eller ej. I en studie från Australien fann man att faktorer såsom social klass och utbildningsnivå påverkade fördelningen av det obetalda arbetet, där högre utbildade män deltog mer i hushållsarbetet (5).

Andra studier diskuterar fördelningen av det obetalda hushållsarbetet i termer av makt relaterad till kvinnors förvärvsarbete och kvinnors löner (6). En studie visade att när män och kvinnors insatser i hushållet bör-

jar närma sig varandra så berodde det huvudsakligen på att förvärvsarbetande kvinnor utförde mindre hushållsarbete än tidigare, snarare än att männen tog på sig ett större ansvar (7). Det visade sig också att när mannens och kvinnans lön blev mer lika så blev arbetsfördelningen också bättre (7). Den slutsats man kan dra av detta är att det ännu inte är en tillräcklig orsak att kvinnor förvärvsarbetar i lika hög utsträckning som män för att åstadkomma en rättvisare fördelning av det obetalda hemarbetet utan andra faktorer måste också till.

### **Multipla roller**

När nu detta är sagt är det dock också viktigt att framhålla att just denna situation som kvinnor oftast befinner sig i – att ha många roller - också har gynnsamma effekter ur hälsosynvinkel. Kvinnors och mäns livsvillkor skiljer sig åt på det viset att kvinnor oftare än män har flera olika roller att uppfylla såsom att vara maka, mor och förvärvsarbetande medan män har sin starkaste roll i offentligheten, den som förvärvsarbetande. Man brukar tala om 'the multiple role hypothesis' samt om 'the role accumulation hypothesis' för att förklara kvinnors totala arbetsbörda men också de gynnsamma hälsoeffekterna av att ha flera arenor att vara aktiv på (8, 9).

'The multiple role hypothesis' handlar om att vara maka-mor-förvärvsarbetande. Att ha flera roller kan leda till rollkonflikt och

---

---

*Det är inte en tillräcklig orsak att kvinnor förvärvsarbetar i lika hög utsträckning som män för att åstadkomma en rättvisare fördelning av det obetalda hemarbetet utan andra faktorer måste också till*

---

---



överbelastning vilket i sin tur kan leda till trötthet, utmattning, sjuklighet och i förlängningen död (8). Mekanismen bakom brukar beskrivas så att det uppstår för många förväntningar på kvinnan eftersom varje roll i sig bär med sig flera andra uppgifter och att det kan vara svårt för kvinnan att klara alla de uppgifter som läggs på henne och i vissa fall uppstår en rollkonflikt (8).

Men det är inte bara frågan om rollkonflikt utan också om överbelastning vilket har med tidsåtgång och behov av kraft och energi för att klara alla uppgifterna att göra (8).

De positiva sidorna av att ha flera roller överväger dock, innebärande högre status, privilegier i de olika rollerna, mer resurser för att utvecklas, personlig utveckling och personlig belöning (8).

'The role accumulation hypothesis' innebär att det är en fördel med många roller och att detta i sig medför bättre hälsa och lägre dödlighet (9). I kvinnornas fall har inträdet på arbetsmarknaden inneburit att få egen inkomst medförande ökade valmöjligheter, förbättrat socialt nätverk, ökat självförtroende och att ett misslyckande i en roll kan kompenseras genom framgång i en annan roll, samtidigt som hon till viss del blir befriad från lågstatus hushållsarbete. Den gynnsamma effekten på hälsoutvecklingen brukar förklaras med att bemästringsförmågan

---

*De positiva sidorna av att ha flera roller överväger dock innebärande högre status, privilegier i de olika rollerna, mer resurser för att utvecklas, personlig utveckling och personlig belöning*

---

---

*Män skulle vinna hälsofördelar genom att dela det obetalda hemarbetet med kvinnorna*

---

(coping) förbättras, likaså motståndet mot påfrestningar och att man tillägnar sig en hälsosammare livsstil (9).

Kanske finns här någon hälsovinst för män att göra?

Det har visat sig att män i många fall har svårare att anpassa sig till en arbetslöshets-situation än kvinnor (10). Förlust av socialt nätverk och identitet har visat sig ge allvarigare konsekvenser hos män då de oftast inte i samma utsträckning som kvinnor har så många andra roller att utveckla (10). En slutsats kan vara att män skulle vinna hälsofördelar genom att dela det obetalda hemarbetet med kvinnorna och på så sätt få en starkare position i rollerna som make och far än vad som oftast är fallet idag.

Andra exempel på olika roller för män och kvinnor som kan medföra ohälsa är att män i större utsträckning än kvinnor har farliga och utsatta arbeten som kan medföra arbetsskador och arbetsrelaterade sjukdomar. Kvinnor i sin tur, som återfinns i mansdominerade yrken, löper risk att behöva använda arbetsverktyg och arbetsställningar som utvecklats för män och inte dimensionerats för kvinnor, vilket i sin tur också kan leda till arbetsskador och arbetsrelaterade sjukdomar.

### **Livsstil/hälsobeteende**

Det är ett välkänt faktum att pojkar/män tar större risker, råkar mer ut för olyckor och gör fler fullbordade självmord än flickor/kvinnor. Till detta kan också läggas att män lider mer alkoholrelaterad sjuklighet och död medan fler kvinnor än män är rökare i Sverige idag.

Vårdsökande beteende skiljer sig också mellan män och kvinnor. Kvinnor gör fler besök i hälso- och sjukvården och som förklaring till detta brukar framföras att kvinnor känner efter mer, är mer observanta på sin kroppssymtom och att det inte är förknippat med prestigeförlust för en kvinna att på detta sätt bejaka sina symtom. För män är det många gånger liktydigt med svaghet att behöva gå till läkare, eftersom det inte är i överensstämmelse med den traditionella mansrollen. Kvinnors högre läkemedels konsumtion kan delvis förklaras av det större antal besök kvinnor gör hos läkare men även av det faktum att kvinnor i högre utsträckning än män lider av oro, depression och ångest samt av sådana sjukdomar som diabetes och reumatiska sjukdomar.

Man kan alltså konstatera att män och kvinnor som lever i samma samhälle och kultur har olika position i arbetslivet och olika roller i hemmet samt uppvisar olika livsstil och olika vårdsökande beteende. Hur kan detta förklaras?

### **Biologiskt och sociokulturellt kön**

Under de senaste dryga hundra åren har kunskapsutvecklingen gått från en situation där alla observerade skillnader mellan män och kvinnor skulle förklaras av skilda biologiska mekanismer, till insikten om sociokulturella förhållandens stora betydelse för skapandet av maskulinitet och femininitet. Denna utveckling har skett på grund av att framför allt kvinnoforskare systematiskt kunnat visa att gamla sanningar kräver nya förklaringar i en tid då kvinnors förmågor inte längre inskränkt sig till att uppfylla den reproduktiva rollen.

Idag talar man om mäns och kvinnors bio-

logiska respektive sociokulturella kön som förklaringsmekanismer, där det sociokulturella könet ofta benämns som genus.

De olikheter som observeras i mäns och kvinnors hälsobeteende beror framför allt på den så kallade socialiseringsprocessen, innebärande att flickor och pojkar av sin omgivning fostras, eller socialiseras, in i en roll som ska vara förenlig med det biologiska kön som individen har, samt är tidsrespektive kulturspecifik (11, 12). Denna process startar direkt efter födelsen och leder till att flickor och pojkar tidigt uppvisar olika beteenden. Det kan uttryckas så att de sociokulturella könsroller (genus) som pojkar respektive flickor har att växa in i (maskulinitet resp. femininitet) svarar mot de förväntningar som det omgivande samhället ställer på dem. I en överväldigande majoritet av alla samhällen så betyder det också att det feminina är underställt det maskulina, eller annorlunda uttryckt att det maskulina har tolkningsföreträde framför det feminina, vilket tar sig uttryck i olika positioner och olika roller för män respektive kvinnor.

Av detta följer att genus huvudsakligen är en sociokulturell konstruktion och att det biologiska systemet har ringa betydelse i skapandet av den traditionella maskulina respektive feminina beteendet.

### **Begreppen kön och genus**

Begreppen kön (sex) och genus (gender) har i Sverige fått en något annorlunda definition än i anglosachsisk nomenklatur. I Sverige har ledande genusteoretiker definierat 'kön' som det strikt biologiska könet medan 'genus' står för det sociokulturella könet (13). Detta synsätt är allmänt accepterat och helt klart är att denna dikotomi

---

---

*Det biologiska systemet har ringa betydelse i skapandet av den traditionella maskulina respektive feminina beteendet*

---

---

varit fruktbar ur pedagogisk synvinkel då den tydliggjort skillnader i sjukdomsförekomst som beror av biologiska respektive sociokulturella faktorer.

Denna strikta uppdelning i köns- respektive genusrelaterade orsaker till sjukdom och ohälsa återfinns ofta inte i anglosachsisk litteratur. Begreppet 'gender' har här betydelsen *kön och genus*, det vill säga man inkluderar sjukdomstillstånd beroende på såväl biologiska som sociokulturella faktorer i begreppet 'gender', och man talar om gender-related illnesses.

I Sverige pågår en fortlöpande diskussion om begreppens innebörd och det finns en kritik mot dikotomin kön – genus som innebär att dessa två orsaksmekanismer är så beroende av varandra att de borde sammanfattas i ett begrepp, 'kön', eftersom det som är biologiskt bestämt också är socialt bestämt, och man menar att det biologiska och det sociala könet måste analyseras samtidigt. Detta har dock inte slagit igenom utan dikotomin kön-genus används ofta just för att tydliggöra förklaringsmekanismer till observerade olikheter i sjukdomsförekomst, medellivslängd och vårdökande beteende som män och kvinnor uppvisar.

En viktig skillnad mellan biologiska respektive sociokulturella förklaringar till olikheter i hälsa är att biologiska mekanismer är oföränderliga medan sociokulturella förklaringsfaktorer (genus) är föränderliga över tid och tar sig olika uttryck i olika kulturer. Detta innebär att mäns och kvinnors hälso-

utveckling kommer att närma sig varandra då levnadsvillkoren blir alltmer lika (14).

## **Hälsoparadoxen – en sammanfattning**

Påståendet att kvinnor är större vårdkonsumenter än män men lever längre kan således tillskrivas såväl biologiska som sociokulturella orsaker. Det ser ut att vara en biologisk fördel att vara kvinna om det är ett långt liv som eftersträvas. Samtidigt lider kvinnor mer av kroniska tillstånd som innebär långdraget lidande som inte direkt leder till död, men medför många besök i hälso- och sjukvården. Biologiska såväl som sociokulturella mekanismer bidrar till denna situation.

Kvinnors position i genusystemet är fortfarande den underordnades, vilket betyder att på strukturell nivå så är kvinnor betydligt sämre representerade på beslutande positioner, vilket i Sverige blir speciellt tydligt inom näringslivet och även i universitetsvärlden. Kvinnor har ofta också mindre möjlighet att påverka sin egen livssituation genom att ha mindre inflytande och lägre lön.

Likaså fostras män och kvinnor olika på så sätt att män uppmuntras till att ta risker och vara starka och kvinnors socialiseringsprocess gör det mer tillåtet att vara sjuk, söka vård och ta emot behandling. Dessutom medför kvinnors underordnade position högre förekomst av sådana tillstånd som oro, ångest och depression (15, 16, 17, 18). På detta sätt kommer så hälso- och sjuk-

---

---

*Mäns och kvinnors hälsoutveckling kommer att närma sig varandra då levnadsvillkoren blir alltmer lika*

---

---



vårdsstatistik att se olika ut för män och kvinnor, med bland annat större antal olyckor och högre alkoholkonsumtion för män och större hälso- och sjukvårdsutnyttjande för kvinnor. Den så kallade hälsoparadoxen förklaras således huvudsakligen av sociokulturella förhållanden som medför olika position, olika roller och olika beteenden för män respektive kvinnor och de biologiska mekanismerna är här inte så betydelsefulla.

Dessa mönster är dock inte statistiska utan föränderliga över tid och ser olika ut i olika kulturer. I Sverige observeras nu hur mäns och kvinnors medellivslängd närmar sig varandra genom att mäns medellivslängd ökar mer än kvinnors och detsamma gäller nyttjandet av hälso- och sjukvård – ett tecken på allt mer lika livsvillkor för män och kvinnor!

### Står sig hälsoparadoxen än idag?

Allteftersom mäns och kvinnors levnadsvillkor närmar sig varandra så behöver påståendet att kvinnor har mer symtom och söker mer hälso- och sjukvård än män men lever längre regelbundet undersökas. Sammanfattningsvis så kan man konstatera att trots att mäns och kvinnors levnadsvillkor närmar sig varandra, så rapporterar fortfarande kvinnor överlag högre sjuklighet än män när det gäller besvär såsom ångest, oro, sömnsvårigheter, kronisk smärta och den största ökningen ses hos unga kvinnor i arbetarklass (2, 19, 20, 21).

### REFERENSER

1. Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Women Health* 1987;12:103-43.
2. Hälsa på lika villkor – andra steget mot nationella folkhälsomål (Equity in health - a second

step towards national goals in public health). Report by the National Public Health Committee, Department of Social Affairs. Stockholm: Statens offentliga utredningar (SOU) 1999;137:95-6.

3. På tal om kvinnor och män. Programmet för jämställdhetsstatistik. Statistiska Centralbyrån. Örebro: SCB-tryck, 1996.
4. Krantz G, Östergren P-O. Double exposure: the combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *Eur J Public Health* 2001;11:413-9.
5. Antill JK, Cotton S. Factors affecting the division of labour in households. *Sex roles* 1988;9/10:531-53.
6. Baxter J. Power attitudes and time: the domestic division of labour. *J Comparative Family Studies* 1992;23:165-79.
8. Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. *Annu Rev Public Health* 1987;8:235-51.
10. Verbrugge LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav* 1983;24:16-30.
12. Berggren A. Om medicinsk kvinnoforskning, hälsa och genus. Stockholm: FRN,1995.
13. Hirdman Y. Genussystemet – reflexioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift* 1988;3:49-63.
14. Frankenhaeuser M. The psychophysiology of sex differences as related to occupational status. In: Frankenhaeuser M, Lundberg U, Chesney M, editors. *Women, work and health: stress and opportunities*. NewYork: Plenum Press, 1991:39-61.
15. Popay J. 'My health is all right, but I'm just tired all the time'. Women's experience of ill health. In: Roberts H, editor. *Women's health matters*. London: Routledge; 1993.p. 99-120.
19. Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, work conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Soc Sci Med* 1999;48:33-48.
21. Dunnell K, Fitzpatrick J, Bunting J. Making use of official statistics in research on gender and health status: recent British data. *Soc Sci Med* 1999; 48: 117-27

Fullständig referenslista kan fås av författaren.