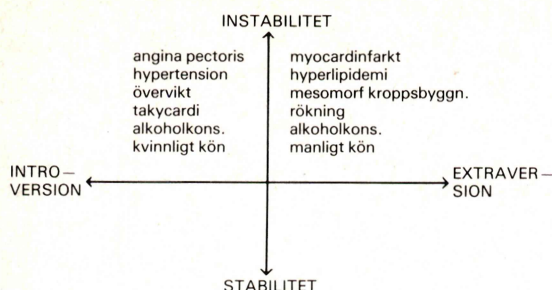


Fig 1. Samband mellan psykologiska beteendemässiga och somatiska faktorer.



sonligheter" visade preferens för angina pectoris, hypertension, takycardi och kvinnligt kön. (Fig 1)

Två riskfaktorer har redan angivits visa en könsdifferens till männens nackdel, rökning och obehandlad hypertoni. Båda kan i detta sammanhang räknas till gruppen beteendemässiga faktorer. Det är ju tendensen att inte behandla sin hypertoni som visar könsskillnad, inte hypertoni i sig.

Det är inte troligt att dessa faktorer till någon väsentligt grad kan förklara den existerande och ökande skillnaden mellan män och kvinnor med hänsyn till dödlighet i koronarkärslsjukdom. Skulle då orsaken till könsdifferensen framför allt stå att finna bland de psykosociala faktorerna? Det är svårt att finna ett entydigt svar på den frågan. I den ovan angivna undersökningen, där uppgifter om psykosocial störning grundar sig på personernas

egna uppgifter framkommer inget stöd för ett sådant antagande.

Bengtsson (3) rapporterade däremot att män oftare angav att de upplevde psykisk stress.

Det är nödvändigt att här övergå till några mer spektakulära reflexioner. Som ovan angivits föreligger ingen skillnad beträffande angina pectoris, vilket dock är fallet beträffande dödlighet i koronarkärslsjukdom. Diagnosen angina pectoris ställs som bekant framför allt (och i dessa undersökningar enbart) på anamnestiska uppgifter. Det är knappast långsökt att ana en association mellan benägenheten att ange bröstsmärtor och benägenheten att yppa reellt föreliggande psykosociala problem. Kvinnor skulle således ha lättare och män svårare att tala om att de har problem eller känner smärta.

Vi vet redan att mannen inte behandlar sin hypertension. Tränger han också bort sin angina pectoris för att i stället avlida i infarkt? Problemet med mannens större dödlighet i koronarkärslsjukdom har kanske två dimensioner. Dels talar han inte om sina bekymmer (ingrediens i den manliga könsrollen?) dels maskerar denna tystlåtenhet en hög frekvens psykosociala störningar bland männen. Sett ur detta perspektiv blir den ökande dödligheten bland männen i hjärtinfarkt en parallell till andra utslagningsmekanismer i samhället, som också visat en entydig tendens att öka.

Könsskillnader vid alkohol- och narkotikaberoende

Vid studiet av alkohol- och narkotikaberoende är metodproblemen särskilt tydliga. Olika datainsamlingsmetoder ger olika resultat, bortfallsproblemet är svårlöst etc.

Man finner i de flesta kulturer markanta skillnader mellan männens och kvinnornas alkoholbeteende. Eftersom alkoholen har funktionen att underlätta emotionella kontakter medför mansrollen större "behov" av alkohol. Genetiska faktorer, klasstillhörighet, urbaniseringsgrad

och alkoholattityder är några av faktorerna bakom alkoholkonsumtionen.

Vad gäller narkotikamissbrukare överväger män över kvinnor vad gäller icketerapeutisk men ej vad gäller terapeutisk narkomani. Narkotika är till skillnad från alkohol ej socialt accepterat och missbruket mest utbrett i speciella befolkningsgrupper tex ungdomar och kriminella. Social misär – primär eller sekundär – är vanlig. Till en del omfattas samma personer av såväl alkohol- som narkotikamissbruk.

Man finner i de flesta kulturer markanta skillnader mellan män och kvinnor avseende alkoholbeteende. Enligt alkoholstatistiken 1971 sakföllades år 1969 15 per tusen män över 15 år mot 0,5 per tusen kvinnor. Enligt Myrsten et al 1972 når kvinnor en högre blodalkoholhalt än männen pga mindre blodvolym och detta inverkar sannolikt på alkoholkonsumtionen. Alkoholens subjektiva verkan är relaterad till blodalkoholnivån men även andra faktorer ligger säkert bakom skillnaden män/kvinnor i alkoholkonsumtion.

ALKOHOL

Sociala könsskillnader

I västerländska samhällen gäller så gott som generellt att män oftare är konsumenter och konsumerar mer än kvinnor. Kvinnorollen karakteriseras av emotionalitet, mansrollen av instrumentalitet (dvs beteenden som utgör medel för att nå vissa uppställda mål).

Alkoholen har funktionen att underlätta emotionella kontakter (Boalt/Jonsson 1969) – sålunda medför mansrollen större "behov" av alkohol?

Man har påpekat att kvinnor är mer negativa till berusning än män, ev pga könsrollerna: den gifta kvinnans arbetsdag varar hela dagen och kvinnorollen innebär att hon skall visa omtänksamhet och känna ansvar för andra. Sexualmoralen kräver dessutom renhet av kvinnan – berusning ökar risken att hämningarna försvagas (Knutper 1964).

Övriga faktorer av betydelse

Genetiska faktorer har möjligen samband med extrema konsumtionsbeteenden. Sociala åldersskillnader inverkar. I Sydeuropa är det vanligt med vin-konsumtion bland barn. I Sverige är konsumtionen högst i åldrarna strax över 21 år. Klasstillhörighet har betydelse, ju högre socialgrupp desto lägre andel icke-konsumenter. Avhållsamhet hos föräldrarna, tidig debut, restriktiv lagstiftning, urbaniseringsgrad, prispolitiska åtgärder och alkoholattityder är några av faktorerna bakom alkoholkonsumtionen.

Andelen icke-konsumenter är större bland kvin-

norna än bland männen. Männens medelkonsumtion är högre än kvinnornas.

Tabell 4. Respondenterna efter kön och konsumtionsindex (% fördelning)

Kön	Konsumtionsindex			(0=icke-konsument)
	0	1-3	4-5	Summa
Män	12,4	67,5	20,1	100
Kvinnor	27,6	69,9	2,5	100

Andelen konsumenter bland ungdomarna är ungefär lika stor för båda könen men att kvinnorna genomgående är mer måttliga än männen.

Tabell 5. Totalkonsumtion

Kön	Andel av konsumenter % (a)	Andel av konsumtion % (b)	b/a
Män	56,1	79,9	1,42
Kvinnor	43,8	20,1	0,46

Männen svarar således för c:a 80% av konsumtionen.

En liten andel storkonsumenter svarar för en stor andel av totalkonsumtionen. Få kvinnliga storkonsumenter väger tungt.

Tabell 6. Mediankonsumtion i liter av olika alkohol-drycker i olika åldersklasser

Ålder:	16-25 år		26-45 år		46-70 år	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Öl	12	2	17	2	8	0
Lättvin	0,3	0,4	0,2	0,3	0,1	0,1
Starkvin	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0
Sprit	1,1	0,2	1,2	0,1	0,5	0

Männen har högre konsumtion av de alkoholsvaga och -starkaste dryckerna. Vinkonsumtionen ungefär lika mellan könen. Av starksprit föredrar männen whisky/brännvin, kvinnorna likör.

I åldersgruppen 16-25 år ses relativt större vin-konsumtion bland kvinnorna än männen, omvänt beträffande starksprit. Här föredrar man vodka framför brännvin.

Flera män än kvinnor uppger storkonsumtionstillfällen det senaste året (dvs minst 37,5 cl sprit eller 75 cl vin vid samma tillfälle)

Män debuterar 2–3 år tidigare än kvinnor beträffande alla alkoholdrycker, skillnaden dock minst för vin.

Tabell 7. Totalkonsumtion inom socialgrupp

Social-grupp	Andel av			
	konsumenter		konsumtion	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
		%		%
I–II	31	30	47	16
III	25	14	33	4
Totalt	56	44	80	20

Kvinnorna i socialgrupp III utgör en extrem lågkonsumtionsgrupp.

I socialgrupp I sker vindebuten oftast tillsammans med föräldrarna, i socialgrupp II–III oftare med jämnåriga kamrater. Vid spritdebuten är sistnämnda sällskap vanligast oavsett socialgrupp (både för män och för kvinnor).

Andelen konsumenter är betydligt högre i storstad än på landet: män 92 resp 81 %, kvinnor 90 resp 55 %. I åldersgruppen 16–25 år ses dock ingen större könsdifferens.

Påverkas alkoholbeteendet måttligt av genetiska faktorer (möjl influens betr extrema konsumtionsbeteenden). Män är oftare konsumenter, dricker mer och debuterar tidigare än kvinnor. Sociala faktorer viktiga. Debutåldern har sjunkit 1947–68 (mest tydligt i lägre soc.grp, bland kvinnorna och på landsbygd).

Tabell 8. Användning av narkotika (SIFO 1968)

Fråga: har du prövat knark?

	12–15 år		16–19 år		20–24 år		Summa	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ja	2	3	8	4	7	5	6	4
Nej	98	97	91	96	92	94	94	96
Tveksam			1					

NARKOTIKA

Under 1969 publicerades två statliga utredningar om narkotikaproblemet SOU 1969: 52 och 53. Senare utkom Nils Bejerots sk stickmärksundersökning 1965–1969.

Narkotika är ett juridiskt begrepp som inrymmer dels ämnen upptagna i den internationella narkotikakonventionen av 1961 (ex morfin, kokain), dels ämnen nationellt klassade som narkotika. Från 1/7-72 ingår t ex vissa sömnmedel m m i den svenska lagstiftn.

Man använder olika indelningsgrunder för narkomanierna. Enligt en modell kan dessa delas upp i terapeutiska, dvs på grundval av medicinsk behandling, och epidemiska, som följd av "smitta". Dessa grupper skiljer sig åt med avseende på åldersfördelning, medelåldern 40 resp 27 år, könsproportioner, män/kvinnor 1/1 resp 3–8/1, utbredning, enskilda spridda resp anhopning i storstadsomr, typ av droger, mest centralstimulantia och morfinbas resp sedativa och hypnotika m m (Bejerot 1969 och -72).

Hur vanlig är narkomani?

Bland nära 2 500 obducerade vid Statens Rättsläkarstation i Stockholm 1967 påträffades 45 säkra läkemedelsmissbrukare (32 män, 13 kvinnor) och 37 misstänkta (Hogstedt & Eriksson 1969).

Antalet intravenösa missbrukare uppskattades till 4 000 1965, 10 000 1968 och 12 000 1973 (Narkomavårdskommitten, Bejerot m fl).

I Sverige är narkotika till skillnad från alkohol icke socialt accepterat. Missbruk ses oftast i speciella befolkningsgrupper (ungdomar, kriminella etc) medan alkoholmissbruket är mer jämnt fördelat. Kokainism i Sydamerika, haschrökning i Nordafrika är exempel på socialt mera accepterad narkomani. (Bejerot 1969, -72).

Biologiska könsskillnader

Man har vid försök med apor kunnat framkalla narkomani exakt lik den hos etablerade narkomaner (Seevers 1968).

Frekvensen narkomaner är högre bland män än bland kvinnor – utom vid "terapeutiska" fall som möjligen är vanligare bland kvinnor (Bejerot 1969). Ev bakomliggande biologiska skillnader är dåligt penetrerade.

Sociala könsskillnader

Tabell 9. Patienter vårdade vid Beckomberga sjukhus 1967 under diagnosen *abusus alii*.

Ålder	Intravenösa missbrukare		Tablettmissbrukare	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
15–20	10	11	0	2
21–25	30	13	2	3
26–30	11	4	3	4
31–35	8	2	5	5
36–40	8	2	3	5
41–45	6	0	10	3
46–50	1	2	8	5
51–55	0	0	7	3
56–60	1	0	4	2
61–65	0	0	3	1

Siffrorna för pojkar ligger något högre än de för flickor. Uppgifter för övriga ålderskategorier saknas. Narkotika kan i vissa kretsar ha funktionen att underlätta kontakter dvs ha samma funktion som alkohol?

C:a 50 % av icke terapeutiska konsumenter anger att konsumtionsgrupperna består av lika många pojkar som flickor, 28 % att pojkarna överväger, 15 % att endast pojkar är närvarande och 1 % endast flickor. (Narkomanvårdskomm 1969, ungdomsmat).

Männen överväger. De intravenösa missbrukarna är huvudsakligen 15–25 år medan tablettmissbrukarna för männen har ett maximum i åldrarna 41–55 och för kvinnorna är relativt jämt fördelade över åldrarna.

Missbruksmönstret är uppenbarligen olika för män och kvinnor i olika åldrar. (Tabell 10).

Missbruksmönstret är sådant att cannabis är det i särklass vanligaste debutpreparatet, åtminstone bland ungdomar (Narkomanvårdskommittén 1969).

I en studie av 3027 personer rapporterade som narkotikamissbrukare 1967 gav följande bild: 3/4 män och 1/4 kvinnor, 75 % bosatta i Stockholm, medianålder 23,6 år, andelen ogifta och fränskilda oproportionerligt stor, 98 % svenska medborgare, socialgrupp III dominerande, minst 1/4 arbetslösa, c:a 1/4 alkoholmissbrukare, inj av centralstimulantia vanligaste missbrukssättet, tämligen utbrett blandmissbruk (Narkomanvårdskommittén 1969).

Av 74 efterundersökta personer, vårdade för hepatit på Roslagstulls sjukhus 1964, hade 56 st någon nykterhetsanmärkning, 53 st vid något tillfälle uppburet socialhjälp och 69 st varit sjukskrivna vid något tillfälle efter 1964 (Narkomanvårdskommittén 1969).

År 1972 var bland svenskar (under 45 år) gripna av Stockholmspolisen enl BrB 54 % av männen och 67 % av kvinnorna missbrukare (Bejerot 1972).

Tabell 10. Missbruksmönster i olika ålderskategorier. (Narkomanvårdskommittén 1969). Gäller personer som gripits av polis.

	Ålder						
	–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–
Cannabis	9,1	25,7	20,7	1,1	—	—	—
Opiater	—	—	—	1,1	2,2	3,3	—
Centralstim	2,3	11,5	33,8	57,1	37,7	30,0	25,3
Sed/Hypnotika	—	2,3	13,1	17,6	35,5	53,3	63,9
Lösn.medel	88,6	37,6	5,5	5,5	2,2	—	—
Andra+okänt	—	0,5	—	2,2	4,4	—	1,2
Kombination	—	22,4	27,0	15,4	17,7	16,5	9,6

Könsskillnaden beror ev på att brottslighet är vanligare hos män och risken att gripas större varför männen omhändertas i tidigare stadier (Bejerot 1972).

Fö är narkotikamissbruket svårare att överblicka än alkoholmissbruket pga ofta snabba tidsmässiga

variationer beträffande preparat, intagningssätt, utbredning etc. För både alkohol och narkotika gäller dessutom att man, pga frågans känslighet mm, tvingas till tämligen grova uppskattningar av det verkliga missbruksläget.

Könsrollernas betydelse för sjuklighet och dödlighet

Vilken betydelse kan könsrollerna misstänkas ha för skillnader mellan män och kvinnor i mortalitet och morbiditet?

De sjukdomar där patientens sociala situation kan väntas spela en betydande roll har studerats beträffande dödstalen. Dessa sjukdomar är mentala rubbningar, skador och förgiftningar, ischemisk hjärtsjukdom, magsår, gastrit och levercirrhos. Dödligheten i dessa diagnoser utgör 42 % av alla dödsfall. Under 70 års ålder svarar männen för ca 50 % av dödsfallen i dessa sjukdomar mot enbart 29 % för kvinnorna.

Valet av diagnoser som kan anses speciellt kopplade till den sociala situationen kan diskuteras. I stort framgår dock att sjukdomar med särskild koppling till sociala faktorer spelar en markant roll för män i aktiv ålder.

Man kan spekulera över om detta sammanhänger med att mansrollen inte ger utrymme för att visa ångest och oro. På det sättet kan mannens prestationsinriktade och emotionellt torftiga könsroll misstänkas ha stor betydelse för hans högre morbiditet och mortalitet speciellt i aktiva åldrar.

Individens sociala situation, hennes arbete, utbildning och relationer till andra människor, har stor betydelse för hennes fysiska och psykiska hälsa. Magsår, yrkesskador och kärlekskramp är väl kända exempel på detta.

När vi studerar skillnader i sjuklighet och dödlighet mellan könen måste vi därför ta hänsyn till de

sociala olikheterna mellan män och kvinnor, olikheter som skapas och bevaras av vad vi dagligt tal kallar *könsroller*.

Av kvinnor i aktiv ålder står c:a 30 % utanför arbetslivet. De som yrkesarbetar är i dominerande utsträckning hänvisade till låglöneyrken. Förhållandena inom sjukvården är ett talande exempel. Barnsköterskor, sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden, köksbiträden och städare utgöres till mellan 90 och 100 % av kvinnor. Av läkarna däremot är 20 % kvinnor. Kvinnliga läkare undviker specialiteter med besvärliga arbetsförhållanden, långa arbetstider och omfattande jourtjänstgöring, t ex kirurgi, ortopedi, öron och röntgen.

Vad menar vi då när vi talar om könsroller? Uppslagsboken definierar begreppet som "ett system av sociala normer, mönster och förväntningar rörande kvinnors och mäns beteenden" som "återverkar på uppfostran, utbildning, yrkesval etc".

Den allmänna debatten om könsroller har så gott som helt begränsats till att gälla kvinnan. Om mannens könsroll finns nästan ingenting skrivet. Ett undantag är Marit Paulsen, Sture Andersson och Georg Sessler som grundat sin bok "Rätten att vara människa" på ett 50-tal intervjuer med män i olika samhällspositioner. (16) Trots stora skillnader i social ställning och ålder bland de intervjuade männen, fann författarna flera likheter i deras situation. En av dessa är bristen på vänner att tala med om vardagliga problem. De intervjuade upplevde en kän-