

## Jämställdhet och mäns medellivslängd

**Könsdiskriminering skördar alltför många liv världen över bland kvinnor och barn. Även i Sverige är ökad jämställdhet en viktig förutsättning för ökad livslängd för bägge könen – paradoxalt nog i synnerhet för män.**

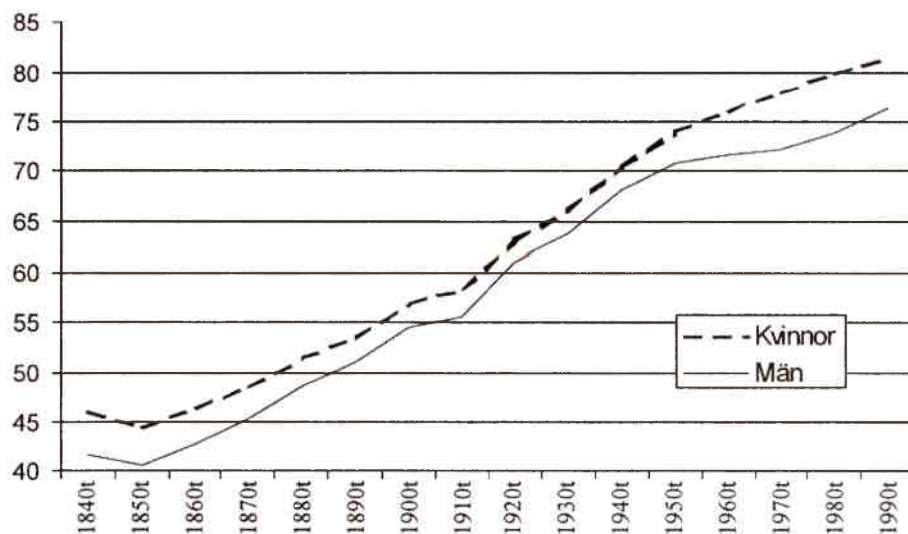
**MARIA DANIELSSON**

I Sverige är kvinnors medellivslängd 4,5 år högre än männens: 82,07 respektive 77,54 år 2001 (scb 2002). Ur folkhälsosynpunkt är det en mycket stor skillnad. Män har idag samma medellivslängd som kvinnor hade på 1950-talet (figur 1). Vad beror denna stora skillnad i överlevnad mellan kvinnor och män på?

Mitt område, folkhälsovetenskapen och socialmedicinen, som handlar om sociala faktorerens betydelse för folkhälsan, har hittills inte problematiserat orsaker till könsskillnad i livslängd.<sup>1</sup> På ett sätt är det förvånande med tanke på skillnadens storlek och därmed den stora potential som finns beträffande möjlig-

heter att förebygga ohälsa. Om män skulle kunna uppnå samma medellivslängd som kvinnor har idag, så vore det en dramatisk förändring i manlig ohälsa.

Det förutsätter att orsaker till förtida död bland män går att förebygga. Huruvida så är fallet diskuteras knappast varken inom folkhälsovetenskapen eller inom medicinen för övrigt. I till exempel två betydelsefulla aktuella dokument, den Nationella folkhälsorapporten (Socialstyrelsen 2001) som redovisar kunskapsläget beträffande folkhälsans utveckling och de nationella mål för hälsoutvecklingen som utarbetats av Nationella folkhälsokommittén (2000), diskuteras över-



FIGUR 1 Medellivslängd 1840-tal till 1990-tal (genomsnitt per decennium) för kvinnor och män i Sverige.

huvudtaget inte varför könsskillnader i dödlighet existerar. I bägge dessa dokument framhålls däremot sociala skillnader i medellivslängd. I Nationella folkhälsorapporten konstateras att inte ens någon sjukdomsgrupps försvinnande (till exempel hjärt-kärlsjukdomar) skulle ha så stor inverkan på medellivslängden som en social förbättring, det vill säga en förbättring som skulle innebära att den livslängd som högre tjänstemän har idag gällde hela befolkningen.<sup>2</sup>

Att könsskillnad i medellivslängd inte problematiseras har sannolikt att göra med att man i grunden ser skillnader mellan kvinnors och mäns medellivslängd som naturliga. De ses som naturliga därför att män och kvinnor har olika biologiska förutsättningar som kan antas ligga bakom dessa skillnader. Det är inte så att man i folkhälsovetenskapen verkligen har kommit fram till detta utifrån ett vetenskapligt resonemang, utan det är snarare en oreflekterad utgångspunkt. Ett skäl till detta kan vara att mönstret att kvin-

nor lever längre än män är så beständigt att det förefaller vara ett biologiskt faktum.

#### Historiska och geografiska skillnader

Medellivslängden är betydligt högre för kvinnor än för män i nästan alla världens länder, såväl i länder med hög medellivslängd, på närmare 80 år, som länder med medellivslängd ända ner till 40 år. Könsskillnaden i dödsrisk återfinns trots olika nivåer av välfärd, det vill säga sådana skillnader i levnadsförhållanden som är viktiga för folkhälsan, vilket medellivslängden är ett mått på. Det finns dock länder där kvinnor lever kortare tid än män och andra där skillnaden är liten, till exempel Indien, Pakistan, Bangladesh och Iran (The World Bank 1993).<sup>3</sup>

Sverige har världens äldsta folkbokföring och dödsorsaksregister, vilket ger unika möjligheter att studera könsskillnader i dödlighet i ett långt perspektiv. Vi vet därför att åtminstone sedan 1750 har kvinnors medellivslängd överstigit männens.<sup>4</sup>

Det är till och med så att dödsrisken i enskilda åldersgrupper, såsom till exempel 0-4 år och 5-9 år, med undantag för några årtionden, har varit högre bland pojkar och män, än bland flickor och kvinnor i samma åldersgrupp (Danielsson och Lindberg 1996). Det är anmärkningsvärt att denna könsskillnad består trots stora förändringar av levnadsomständigheter och folkhälsa. Förändringarna kan illustreras av att i mitten av 1700-talet dog 20 procent av alla levande födda barn under sitt första levnadsår och ännu i mitten av 1800-talet dog 15 procent av alla spädbarn. Det kan jämföras med spädbarnsdödligheten i dagens Sverige, år 2000, på 0,3 procent.

Mest förvånande är kanske ändå, att kvinnor även i barnafödande åldrar alltid haft en lägre dödsrisk än jämnåriga män. Detta trots att kvinnor på 1700-talet födde många barn under riskabla förhållanden, vilket orsakade stor mödradödlighet. Män måste alltså varit utsatta, eller utsatt sig för risker, som var minst av den storleksordning som barnafödandet innebar.

I flertalet europeiska länder hade däremot flickor i åldern 5-19 år regelmässigt högre dödsrisker än pojkar under hela 1800-talet och ända fram till cirka 1930. Flickors överdödlighet var som störst i slutet av 1800-talet och berodde framför allt på en högre risk att avlida i infektioner, i synnerhet tuberkulos (Taubutin och Willems 1998). Att fler flickor drabbades av infektionssjukdomar, anses kunna ha att göra med bland annat arbete i hemmet under usla boendeförhållanden och trångboddhet, vårdande av sjuka, arbete i textilindustrier, bristande skolgång och bristande kunskaper om hygien, samt flickors låga sociala status överlag (Taubutin och Willems 1998). Redan på 1700-talet var överdödlighet vanligare bland flickor i denna åldersgrupp i Frankrike och i Danmark. Att

flickors överlevnad praktiskt tagit alltid varit högre än pojkars i Sverige kan vara ett historiskt undantag. Den korta period som flickors dödsrisker i Sverige var nära pojkars, och vid några tillfällen till och med högre, sammanfaller dock med både den tidsperiod och åldersgrupp, som överdödlighet bland flickor var som mest uttalad i övriga Europa.<sup>5</sup>

Även dödsorsaker finns registrerade sedan 1750 i Sverige. Att jämföra könsskillnader i dödsorsaker förr och nu försvåras av att uppfattningar och kunskaper om vad som orsakat människors död har förändrats från en tid till en annan. Dödsorsaker som drag-sjuka, vattsot, tvinsot, rödsot, kallbrand, hetsig feber, blodstörtning, håll och styng låter sig inte utan vidare översättas till dagens internationella klassifikation av dödsorsaker.

#### **Välstånd och medellivslängd**

Vad vet man om vilka faktorer som är av betydelse för medellivslängden? Att samhällets ekonomiska utvecklingsnivå har stor betydelse för livslängden framstår klart i jämförelse mellan rika och fattiga länder och mellan historisk tid och nutid. En medellivslängd på 40 år som fanns i Sverige på mitten av 1800-talet, finns idag i de allra fattigaste länderna. En så låg medellivslängd betingas av en hög barnadödlighet – de som överlever barndomen har en betydligt större chans att nå en högre ålder än 40 år.

Ett stort antal studier visar att även fördelningen av välstånd inom länder har betydelse för medellivslängden. Länder med mindre inkomstskillnader har högre medellivslängd än länder med större inkomstskillnader, vid samma ekonomiska nivå mätt i BNP. Orsaker till detta kan vara flera. En mer jämlik inkomstfördelning innebär att andelen fattiga är mindre, vilket har större betydelse för folkhälsan än att det också finns färre som är

rika. En jämnare inkomstfördelning är också ofta förenat med samhällen som präglas av mer sammanhållning och solidaritet, något som anses vara hälsofrämjande i sig, men som också ofta är förenat med bättre tillgång till viktig samhällsservice som utbildning, sjukvård etcetera (Kawachi 2000).<sup>6</sup>

Skillnader i medellivslängd förekommer dessutom regelbundet även mellan befolkningsgrupper inom samhällen beroende på social position. Storleken på klasskillnader i dödlighet och sjuklighet kan sägas avspegla den relativa fördelningen av välfärden inom ett land. Även i Sverige finns påtagliga klasskillnader i både dödlighet och sjuklighet. Skillnaden i medellivslängd mellan arbetare och högre tjänstemän är i storleksordningen 2 år för män och knappt 1 år för kvinnor (Socialstyrelsen 2001).<sup>7</sup> 1 länder där klasskillnader i livslängd inte kan förklaras av en absolut fattigdom såsom brist på föda eller hälsovådliga sanitära förhållanden brukar förklaringen handla om risker med en relativ fattigdom. Orsaker till förtida död som sätts i samband med en relativ fattigdom är att en mindre förmånlig livssituation leder till större påfrestningar och mindre möjligheter att påverka sitt liv. Detta medför i sin tur större utsatthet för hälsorisker och mindre hälsosamma levnadsvanor.

Könsskillnaderna i medellivslängd är i Sverige dock betydligt större än klasskillnaderna, men klasskillnaderna i medellivslängd är förhållandevis små internationellt sett (Socialstyrelsen 2001). Även i USA, där betydande sociala skillnader i levnadsförhållanden avspeglas i skillnader i medellivslängd mellan svarta och vita, är könsskillnaderna mer framträdande. Vita män levde genomsnittligt 8 år längre än svarta män (73 respektive 65 år) år 1990. Vita kvinnor levde 6 år längre än svarta kvinnor (79 respektive 74 år) (u.s. De-

partment of Health and Human Services 1993). Trots att svarta har en betydande överdödlighet i jämförelse med vita, så lever alltså svarta kvinnor längre än vita män.

Kan förklaringar man funnit till skillnad i medellivslängd mellan rika och fattiga länder eller mellan klasser även förklara könsskillnader i medellivslängd? Knappast. Globalt sett lever kvinnor i högre utsträckning än män under både absolut och relativ fattigdom. Det är därför i högsta grad paradoxalt att kvinnor har högre medellivslängd än män fast kvinnor arbetar mer än män, till lägre inkomster, har mindre inflytande över sina liv och i högre grad är fattiga och undernärda.<sup>8</sup> Kvinnor som utgör världens "underklass" överlever världens "överklass". Denna paradox låter sig inte förklaras av etablerade teorier om folkhälsans bestämningsfaktorer.

Däremot brukar kvinnor anses vara sjukare än män. Att kvinnor lever längre än män men ändå är sjukare har setts som motsägelsefullt eftersom sjukdom och död hör samman och döden ofta föregås av en tids sjukdom. Sjukdomsrisk och dödsrisk hör också samman beträffande klasskillnader i hälsa, där högre samhällsskikt är både friskare och lever längre.

Varför sjuklighet och dödlighet visar olika könsmönster har att göra med könsskillnader i sjukdomspanorama. Kvinnors översjuklighet i till exempel led- och muskelvärk leder inte till förtida död i någon högre utsträckning och det gör idag inte heller sjuklighet i samband med graviditet och förlossning i den rika delen av världen. Psykisk och psykiatrisk sjuklighet har också ett annat mönster och andra konsekvenser hos kvinnor än män. Kvinnors översjuklighet i depressioner, ångest- och orostillstånd är inte förknippade med överdödlighet i samma utsträckning som mäns psykiska ohälsa, som

oftare hänger samman med till exempel alkoholkonsumtion, självmord, våld och kriminalitet, än vad fallet är hos kvinnor. Intresserade läsare kan hitta en genomgång av könsskillnader i sjuklighet i Danielsson och Lindbergs bokkapitel (1996, 2001), där också den så kallade hälsoparadoxen diskuteras, det vill säga varför kvinnor kan leva längre än män trots att de anses sjukare.

I denna artikel kommer jag att begränsa mig till att diskutera förklaringar till hur könsskillnader i medellivslängd uppstår. Jag vill visa att könsskillnader i dödsorsak, det vill säga vad kvinnor och män dör av, är nyckeln till att förstå varför män dör tidigare än kvinnor. Utifrån olikheter i kvinnors och mäns dödsorsaksmönster, vill jag diskutera om könsskillnaderna i medellivslängd bäst förstås utifrån biologiska eller sociala skillnader mellan män och kvinnor.

Jag inleder med en analys av de viktigaste skillnaderna i dödsrisker och dödsorsaker mellan män och kvinnor. Eftersom dödsorsaksmönstret skiljer sig åt mellan åldersgrupper, så har jag valt att redovisa yngre och äldre var för sig. Avsnitten inleds med hur könsskillnaderna ser ut i Sverige. I den fattiga delen av världen orsakas könsskillnader i dödsrisker av andra dödsorsaker och dessa beskrivs därefter. Jämförelsen visar också på komplexiteten och föränderligheten i dödsrisker och könsskillnader i dessa.

Trots komplexiteten finns vissa könsskiljande mönster som återkommer, och som jag tar som utgångspunkt för att diskutera hur man kan förhålla sig till uppdelningen mellan biologiska och sociala orsaker till medellivslängd. Jag ifrågasätter syftet med en sådan uppdelning och även möjligheterna att mäta biologins relativa betydelse för könsskillnader i folkhälsa.

Genomgående vill jag framhålla vad kvin-

nors och mäns relativa position i samhället beträffande inflytande och resurser har för inverkan på respektive livslängd. Slutligen menar jag att ökad jämställdhet i Sverige kan ha betytt mer för mäns än för kvinnors ökade livslängd, men har haft en positiv inverkan på medellivslängden för bägge könen.

#### **Dödsorsaksmönster i Sverige bland yngre**

Skillnader mellan mäns och kvinnors dödsorsakspanorama blir tydlig först när man jämför vad kvinnor och män dör av i yngre åldrar. Nedan följer därför en beskrivning av de mest framträdande skillnaderna i dödsorsakspanorama i olika åldersgrupper i Sverige. Överdödlighet bland män återfinns i samtliga åldersgrupper, men dödsorsakerna varierar.

Fler pojkar än flickor avlider under sitt första levnadsår och dödsfallen sker oftast i nära anslutning till födseln. Könsskillnaderna i denna tidiga ålder är av särskilt intresse, eftersom de i dagens Sverige knappast speglar könsskillnader i livsbetingelser utan får antas ha en biologisk bakgrund. Fler pojkar än flickor avlider i samband med förlösningen eller under nyföddhetsperioden. En orsak är att pojkar födda efter samma antal graviditetsveckor är omognare än flickor. Det har särskilt stor betydelse när barn föds för tidigt. För tidigt födda pojkar har svårare att ställa om till ett liv utanför livmodern, att komma i gång att andas, än flickor födda efter lika lång graviditetslängd. Plötslig spädbarnsdöd, som innebär att ett till synes helt friskt spädbarn plötsligt slutar att andas och har med omogenhet i andningskontroll att göra, drabbar också fler pojkar än flickor. Det föds också fler pojkar med dödliga missbildningar. Redan i fosterlivet dör fler pojkar. Varför könsskillnaderna uppkommer vet man dock mycket lite om.<sup>9</sup>

När det gäller lite större barn, i åldrarna 1–

14 år, finns numera knappt några könsskillnader i dödlighet. Tidigare dog fler pojkar än flickor på grund av dödsfall i olyckor, vilket fortfarande är fallet i de flesta europeiska länder. Först under ungdomsåren uppstår en påtaglig skillnad i dödsrisk mellan flickor och pojkar. Mer än dubbelt så många pojkar som flickor i åldern 15–24 år avlider. Pojkarnas överdödlighet beror på fler självmord och dödsolyckor. Framför allt avlider fler unga män än kvinnor i motorfordonsolyckor.

#### **Dödsrisker bland yngre i andra länder**

Studier av ohälsa begränsas starkt av de system som finns för registrering av sjuklighet och dödlighet. Dödsrisker i olika åldersgrupper kan uppskattas i större delen av världen. I utvecklade länder förs register, i andra länder kan en uppskattning göras genom att jämföra folkräkningar. Jämförelser av dödsorsaker mellan länder begränsas av att det saknas systematisk registrering av dödsorsaker i stora delar av världen, till exempel i större delen av Afrika. Ännu svårare blir det förstås att jämföra sjuklighet.

Könsskillnad i risken att dö i enskilda åldersgrupper varierar mer mellan länder och kontinenter, än könsskillnader i medellivslängd. I västvärlden återfinns visserligen numera manlig överdödlighet i samtliga åldersgrupper (dock av varierande storleksordning), men så är inte fallet i stora delar av den övriga världen.

Framför allt i länderna i centrala Sydasien (Indien, Bangladesh, Nepal och Pakistan) är flickors och unga kvinnors överdödlighet betydande. I Indien dör 30–50 procent fler flickor än pojkar i åldern 1–4 år (Claeson, Bos et al. 2000). Könsskillnader i barnadödlighet har dessutom ökat i Indien under 1970 och 1980-talen (UN Secreteriat 1998).

Förenta Nationerna gjorde 1998 en sam-

manställning (UN 1998) som visade att överdödlighet bland flickor som varit känd för centrala Sydasien är ett mer utbrett fenomen som inte uppmärksammats i internationell statistik när man använder ”under-5 mortality” som rutinmätt på barnadödlighet. Eftersom barnadödligheten är högst under spädbarnsåret och då regelmässigt högre bland pojkar, syns inte att flickor kan ha en högre dödlighet under småbarnsåren. Kina har också en överdödlighet bland flickor i åldern 1–4 år, trots att Kina har en relativt låg barnadödlighet.<sup>10</sup> Hälften av jordens befolkning bor i Kina och i ovanstående länder i centrala Sydasien. Även i flertalet länder i Nordafrika och i flera länder i Mellanöstern har flickor, 1–4 år, högre dödlighet än pojkar, men till skillnad mot Indien minskade dock könsskillnaderna (UN Secreteriat 1998).<sup>11</sup>

Den dödsorsak som ligger bakom flickors högre dödsrisker i centrala Sydasien är infektioner, som är den dominerande dödsorsaken i denna åldersgrupp för båda könen. Det som framför allt har visat sig skilja mellan könen är risken att avlida när man väl insjuknat, det vill säga möjligheten att tillfriskna, snarare än risken att insjukna. En viktig orsak är att flickor får sämre omhändertagande och mindre tillgång till medicinsk vård.<sup>12</sup>

Spädbarnsdödligheten (det vill säga i åldern 0–1 år) är som sagt däremot regelmässigt högre bland pojkar. Pojkar runt hela jorden löper högre risk att avlida i samband med förlossning och under den allra första tiden. I Sverige, som har en av världens lägsta spädbarnsdödlighet, dör 26 procent fler pojkar än flickor.<sup>13</sup> Skillnaderna är mindre i större delen av tredje världen och minst i samma regioner som de där flickor 1–4 år har en relativt hög dödsrisk. Det beror på att den överlevnads fördel som flickor har i samband med nyföddhetsperioden till stor del

försvinner under senare delen av spädbarnsåret på grund av högre risk än pojkar att avlida i infektioner (UN Secreteriat 1998).

Hur ska dessa könsskillnader i dödsrisker bland barn uppfattas? Är de uttryck för diskriminering av flickor? För att överhuvudtaget kunna uttala sig om diskriminering som orsak till könsskillnaderna i dödlighet måste man ha en "standard" att utgå från. Man måste göra en uppskattning av hur skillnaderna skulle se ut om pojkars och flickors livsvillkor var jämlika. Någon sådan standard finns inte. I Förenta Nationernas rapport ovan räknar man med att spädbarnsdödligheten borde vara åtminstone 10 procent högre bland pojkar. Bakgrunden till detta är att man i länder med extremt låg spädbarnsdödlighet, som till exempel Sverige, har en högre dödlighet bland pojkar, som inte kan hänföras till könsdiskriminerande omhändertagande. Man hänvisar också till historiska data från norra Europa där spädbarnsdödligheten låg runt 10–20 procent högre bland pojkar under 1800-talet, för att under 1900-talet stiga ytterligare.

I åldern 1–4 år har man inte uppskattat något numeriskt värde på vad som kan vara en ickediskriminerande nivå på könsskillnader i dödlighet. Man menar dock att dödstalen bör vara högre för pojkar. I länder med låg dödlighet i denna åldersgrupp, är risken att dö i infektioner liten och då framträder olycksfall som den viktigaste orsaken till könsskillnader i dödlighet. I rapporten utgår man intressant nog från att denna könsskillnad i olycksfallsbenägenhet är given. Pojkars ökade risk för olycksfall diskuteras kort utifrån en möjlig genetisk bakgrund och man konstaterar att en sådan genetisk påverkan sannolikt finns. I allmänna ordalag nämner man att denna genetiska skillnad sannolikt förstärks av uppfostran, men utvecklar det inte närmare.<sup>14</sup>

Att könsskillnader i dödlighet har ett tydligt regionalt mönster, där flickors överdödlighet finns i länder där kvinnors position är som lägst, tyder på att könsdiskriminering har betydelse för flickors överlevnad. Effekten av flickors sämre position i centrala Syd-asien och Kina har uppskattats leda till att minst 250 000 fler flickor dör varje år, än vad som skulle vara fallet om flickor och pojkar hade mer likvärdiga förhållanden (UN 1998).<sup>15</sup>

Efter barnaåren är den viktigaste direkta orsaken till att unga kvinnor i tredje världen dör komplikationer i samband med graviditet, barnafödande och abort (UN 1991, The World Bank 1993) samt i södra Afrika i ökande grad AIDS. Cirka en halv miljon unga kvinnor dör årligen i samband med graviditet på grund av blödningar, barnsängsfeber, havandeskapsförgiftning, bäckensträngsel och illa utförda aborter – som ofta är fallet särskilt när de är illegala (UN 1995). Undernäring som leder till småvuxenhet medför att flickor, som dessutom ofta inte är färdigvuxna när de blir gravida, har för trånga bäcken för att kunna föda barn.<sup>16</sup> Undernäring leder också till blodbrist och blödningsbenägenhet med risk för livshotande blödningar i samband med förlossning.<sup>17</sup> Många har ingen tillgång till medicinsk hjälp vid graviditet och förlossning. Bakom dessa direkta dödsorsaker ligger inte bara fattigdom utan också i hög grad könsdiskriminering (Menon-Sen och Kumar 2001). I Indien dör fler kvinnor än män ända upp till 30 års ålder (Danielsson och Lindberg 1996, 2001).

I den rika delen av världen löper pojkar och unga män genomgående högre risk att dö till följd av skador, våld, självmord och alkohol. Nivån på dödsrisker varierar högst betydligt, liksom storleken av könsskillnaderna. I Ryssland har unga män (15–24 år) mer än tre gånger högre risk att avlida än jämnåriga

kvinnor (Shkolnikov, McKee et al. 2001), jämfört med dubbla risken i Sverige (trots att risken för dödsfall är nästan dubbelt så hög bland unga ryskor jämfört med svenskor).<sup>18</sup>

Även om dödsfall i skador inte dominerar dödsorsakspanoramat bland yngre i tredje världen, är dödsrisken mycket högre än i de rika länderna i synnerhet bland barn. Exempelvis är risken att avlida i trafikolycka, i åldern 1–14 år, fem gånger högre i Afrika än i EU (UNICEF 2001). Medan dödsriskerna minskar i rika länder trots ökande biltrafik, ökar de kraftigt med tilltagande motorisering i den fattiga delen i världen.

#### AIDS

AIDS drabbar framför allt unga och är redan den främsta dödsorsaken i södra Afrika och riskerar att bli så i stora delar av världens fattigare regioner. AIDS kan komma att förändra relationerna mellan kvinnors och mäns medellivslängd. I flera länder i södra Afrika sjunker medellivslängden kraftigt.<sup>19</sup> I december 2001 hade 40 miljoner HIV/AIDS (varav 17,6 miljoner kvinnor och 2,7 miljoner barn). Under år 2001 infekterades 5 miljoner nya personer varav hälften var ungdomar (15–24 år) (UNICEF 2002). HIV ökar snabbast bland unga, och kvinnornas andel ökar hela tiden. I de mest AIDS-drabbade länderna smittas för närvarande fem till sex gånger fler tonårsflickor än tonårspojkar, och i åldrarna strax över tjugo smittas tre gånger fler kvinnor än män (UNAIDS 2000). Ju längre epidemin har funnits i en region ju mer övergår den från att ha drabbat fler män till att drabba fler kvinnor, vilket nu är fallet i södra Afrika där majoriteten av världens HIV/AIDS drabbade lever (28 miljoner 2001) (UNAIDS och WHO 2001).

Kvinnor blir lättare smittade vid sexuell kontakt än män (två till fyra gånger högre risk). Möjligheter för kvinnor att neka sex-  
ler kräva kondom är i många länder begränsade (WHO 1998a, UNAIDS 2000). En viktig anledning till att fler unga kvinnor än män smittas är att unga kvinnor har samlag tidigare i livet, och med äldre män som med större sannolikhet är smittade (UNAIDS 2000).<sup>20</sup> Okunskapen om HIV och dess smittvägar är också fortfarande mycket stor, i synnerhet bland unga kvinnor.<sup>21</sup> I de värst drabbade områdena i södra Afrika har över 30 procent av alla gravida HIV. Epidemin påverkar också barnadödligheten. Fram till AIDS-epidemin hade barnadödligheten minskat kraftigt de senaste decennierna i tredje världen. Nu ökar barnadödligheten i länder som är hårt drabbade av HIV, till exempel Zimbabwe, Zambia, Kenya, Elfenbenskusten och Kamerun (Adetunji 2000). Det beror framför allt på att barn föds med HIV, men också på att många fler blir tidigt föräldralösa (UNAIDS och WHO 2001).<sup>22</sup> Konsekvenserna av att bli kvar efter att en partner dör är på många håll mycket svårare för kvinnor, eftersom änkor inte har samma rättigheter som ankemän och ibland förlorar rätten till sin egendom. Barns skolgång avbryts oftare för barn vars föräldrar insjuknar i AIDS, särskilt för flickor, som får stanna hemma och sköta om föräldrar och hem (UNIFEM 2000).

I de flesta av Afrikas länder ökar andelen smittade, men i Uganda som drabbades tidigt, har man lyckats minska andelen smittade de senaste tio åren från 14 procent till 8 procent genom breda samhällsinsatser (UNAIDS 2000). I Zambia har man också nått framgångar och minskat andelen smittade tonåringar. Även om man skulle kunna halvera vidare spridning av AIDS, så kommer medellivslängden att sjunka lång tid framöver på grund av att många redan är smittade och kommer att dö i 20–30 årsåldern. Man får samhällen som saknar stora delar av generationer i arbetsföra



och barnafödande åldrar. Konsekvenserna av denna katastrof är inte överblickbara.

Det finns stora risker att AIDS kan nå dessa nivåer i andra delar av världen. Just nu är spridningen mycket snabb i Ryssland, via ett utbrett och ökande drogmissbruk bland ungdomar. Även i Ryssland ökar andelen smittade kvinnor, från att ha varit en kvinna på fyra män, till en på två. I Ryssland har dessutom könssjukdomar som till exempel syfilis ökat kraftigt, vilket gör att sannolikheten är stor att även HIV ska kunna få en snabb sexuell spridning. Motsvarande gäller även de baltiska staterna, Ukraina och de Centralasiatiska republikerna. Till Asien och världens folkrikaste områden kom HIV/AIDS relativt sent. I Indien är mindre än en procent av befolkningen smittade vilket dock motsvarar 3,9 miljoner. I Kina förefaller HIV vara på snabb uppgång och man rapporterar om lokala epidemier.<sup>23</sup> I Indonesien, världens fjärde folkrikaste stat, var HIV i det närmaste okänt fram till nyligen, för att på de senaste åren öka explosionsartat bland injektionsmissbrukare och prostituerade.

I den rika världen förefaller HIV-epidemin bli alltmer koncentrerad till utsatta befolkningsgrupper och utsatta geografiska områden. I USA utgör afroamerikaner 12 procent av befolkningen men 47 procent av AIDS-fallen år 2000. Unga kvinnor med afroamerikansk eller latinsk bakgrund blir smittade i högre grad än unga män med samma ursprung. Hur AIDS-epidemin kommer att utvecklas världen över kommer att ha betydelse för könsskillnader i överlevnad, och sannolikt kommer fler kvinnor än män att drabbas.

#### **Dödsorsaksmönster i Sverige bland äldre**

I Sverige löper män en dubbelt så hög risk att avlida jämfört med kvinnor ända upp till pensionsåldern. I åldern 25–44 år orsakas

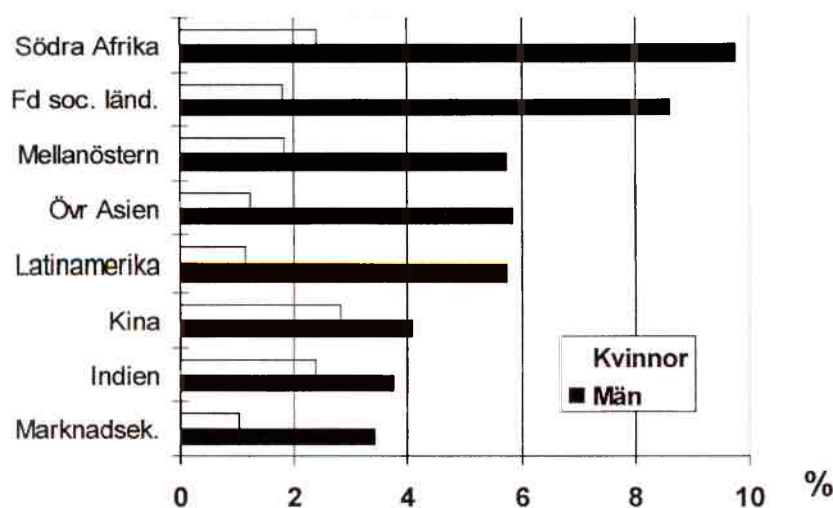
mäns överdödlighet av fler dödsolyckor och självmord, liksom bland ungdomar. Dessutom dör i denna åldersgrupp betydligt fler män än kvinnor i alkoholrelaterade dödsorsaker som alkoholförgiftning, skrumplever etcetera. Alkohol är dessutom inblandad i många dödsolyckor och förknippad med självmord. Cancer är den enda dödsorsak för vilken kvinnor möter en alltför tidig död i större utsträckning än män. Kvinnor avlider i bröst- och livmodercancer som uppträder redan förhållandevis tidigt i livet. Den manligt könsspecifika cancer, prostatacancer, drabbar sällan denna åldersgrupp men är vanlig högt upp i åldrarna.

I åldern 45–64 år återfinns också samma könsbestämda dödsorsaksmönster, det vill säga manlig överdödlighet i självmord, olycksfall och alkoholsjukdomar. I denna åldersgrupp börjar dock hjärt-kärlsjukdomarna att göra sig gällande som den viktigaste dödsorsaken, och könsskillnader i medellivslängd beror till största delen på skillnader i hjärt-kärlödlighet.

I åldrarna över pensionsåldern kommer cancer och hjärt-kärlsjukdomar att vara de dominerande dödsorsakerna för bägge könen. Kvinnor har märkligt nog även i de allra äldsta åldersgrupperna större överlevnadschanser än män. Även efter 90 års ålder löper män högre risk att avlida än jämngamla kvinnor, det vill säga en 90-årig kvinna har större chans att bli 91 år än en 90-årig man.

#### **Dödsrisker bland äldre i andra länder**

I åldrarna över 45 år är manlig överdödlighet entydig världen över (Danielsson och Lindberg 2001). I västvärlden är, liksom i Sverige, framför allt hjärt-kärlsjukdomar den viktigaste dödsorsaken bland män från medellåldern och uppåt och står för huvudparten av könsskillnaden i medellivslängd. Lungcancer



FIGUR 2 Risk (i procent) för en 15-åring att före 60 års ålder avlida till följd av skador. Män och kvinnor i olika regioner 1990 (Danielsson och Lindberg 2001). (Egna bearbetningar av data från Murray och Lopez 1994.)

är också vanligare bland män. Dessa sjukdomar är i hög grad orsakade av rökning. Kvinnor har rökt och röker fortfarande i mindre utsträckning än män i större delen av världen (WHO 1998b, Mackay 1994). Ett annat genomgående drag är att män världen över dricker mer alkohol än kvinnor.

Kroniska sjukdomar som hjärt-kärlsjukdom, cancer och diabetes är inte längre begränsade till västvärlden. Tvärtom minskar exempelvis hjärt-kärlsjukdomar i stora delar av västvärlden medan den ökar kraftigt i flertalet länder utanför vår sfär. Urbanisering, industrialisering, ändrade matvanor, ökad tobaks- och alkoholkonsumtion, ett mer stillasittande liv och en högre andel äldre ligger bakom förändringen. I stora delar av världen sker denna förändring av sjukdomspanoramata utan att infektionssjukdomar har bekämpats, vilket gör att man drabbas av dubbla bördor.

Ett genomgående könsskiljande drag är mäns tendens att dö till följd av skador. Med

skador menas i den internationella klassifikationen dödsfall som inte orsakas av sjukdom det vill säga olycksfall, självmord, mord och våld. Figur 2 visar hur stor risk (i procent) en 15-åring har att avlida till följd av skador före 60 års ålder, i olika regioner 1990. Regionindelningen är densamma som Världsbanken använde i sin analys av folkhälsan i världen relaterad till olika typer av ekonomier. Med marknadsekonomier menas Västeuropa, Nordamerika, Australien och Japan, och med de f.d. socialistländerna avses Östeuropa och f.d. Sovjetunionen.<sup>24</sup>

Män löper större risk att avlida i alla skadekategorier (det vill säga trafikolyckor, våld, mord och självmord) i ovanstående regioner med ett undantag, Kina, där andelen som begår självmord är högre bland kvinnor. Till den mycket höga skadefrekvensen i södra Afrika bidrar krigsskador som också utgör en stor del av skadedödsfallen i Mellanöstern. Mord och våld orsakar förhållandevis många dödsfall i Latinamerika.

### Hur påverkbara är könsskillnader i livslängd?

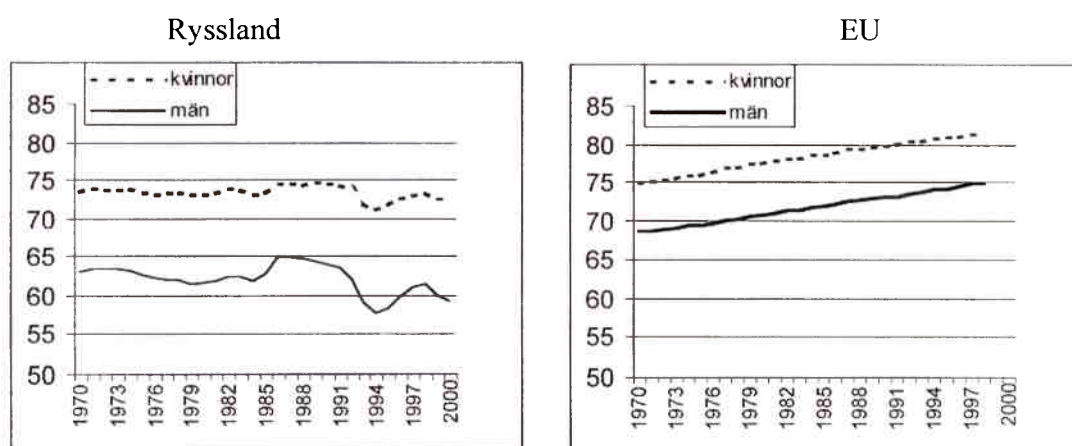
Under det senaste århundradet har dödsorsaksprofilen förändrats från infektionssjukdomar mot kroniska sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar och cancer (den så kallade epidemiologiska transitionen). Förändringen av sjukdomsprofilen har åtföljts av en demografisk förändring med minskade dödstal, hos framför allt barn, och därefter minskade födelsetal.

Eftersom dödsfall i infektionssjukdomar drabbar fler flickor än pojkar i tredje världen idag, liksom under slutet av 1800-talet i Europa, så leder förbättrad levnadsstandard med minskad infektionsdödlighet sannolikt till relativt förbättrad kvinnlig överlevnad. Det betyder inte att den höga dödsrisken som finns bland flickor och unga kvinnor på många ställen i den fattiga delen i världen enbart är ett uttryck för att man befinner sig i början av denna omvandling. Sverige har som sagt genomgående haft lägre dödstal bland kvinnor ända sedan 1750. Det kan inte heller förklara varför Kina, som har låg bar-

nadödlighet ändå har höga dödsrisken hos flickor. I Indien, Bangladesh och Nepal ökade dessutom överdödligheten bland flickor 1–4 år mellan 1970 och 1980, trots sjunkande barnadödlighet (UN 1998).<sup>25</sup> De länder där den kvinnliga dödligheten är relativt hög ligger i gamla jordbrukskulturer från Nordafrika, Mellanöstern, Pakistan, Bangladesh, Indien och Kina. I dessa länder finns uttalade patriarkaliska samhällssystem med en betydande diskriminering av kvinnor (Caldwell och Caldwell 1994).

Hur föränderlig är då manlig överdödlighet till följd av hjärt-kärlsjukdomar, skador, alkohol, våld och självmord? I vårt grannland Ryssland har dramatiska förändringar av dessa typiskt manliga dödsorsaker skett under senaste årtiondet. Figur 3 visar hur medellivslängden bland män och kvinnor förändrats i Ryssland respektive EU från 1970.

En kortvarig uppgång av medellivslängd i Ryssland sammanfaller med en omfattande anti-alkoholkampanj 1985, som bland annat innebar att alkohol endast kunde köpas på ett begränsat antal ställen (WHO 1998b). En



FIGUR 3 Förändringar av medellivslängden under perioden 1970–2000, bland kvinnor och män i Ryssland och EU (HFA 2002).

mycket snabb nedgång i medellivslängd följde i spåren på de stora ekonomiska och sociala förändringarna efter Sovjetunionens sönderfall 1989–1991 och den åtföljande ekonomiska chockterapien 1992. I den europeiska delen av Ryssland minskade medellivslängden mest i de regioner (så kallad oblast) som var mest urbaniserade, hade högre medelinkomst och stora inkomstklyftor, hög kriminalitet och stora förändringar på arbetsmarknaden. Det talar för att det inte var den absoluta fattighedsnivån som varit utslagsgivande utan snarare snabba förändringar och bristande sammanhållande strukturer (Walberg, McKee et al. 1998).

Dödstalen ökade i åldern 15–74 år, och mest i 30–50 årsåldern (Shkolnikov, McKee et al. 2001). Barn och gamlas dödsrisker ökade således inte. De dödsorsaker som står bakom nedgången i medellivslängd är olyckor, självmord, våld, hjärt-kärlsjukdomar och alkoholförgiftning. Dödstalen i alkoholförgiftning har ökat oproportionellt mycket och det mesta talar för att en ökad alkoholkonsumtion även förklarar den största delen av ökningen i olyckor, självmord men även hjärt-kärlsjukdomar (Leon, Chenet et al. 1997) (WHO 1998b). Hjärt-kärlsjukdomar i väst orsakas oftast av åderförkalkning och är då inte kopplat till överkonsumtion av alkohol. I Ryssland har man kunnat visa att hjärt-kärldöd ofta är plötslig, och utan bakomliggande åderförkalkning och orsakas av att stora mängder högkoncentrerad alkohol konsumeras vid ett och samma tillfälle (Chenet, McKee et al. 1998). Dödsfall sker på grund av en direkt toxisk effekt på hjärtat. Efter att marknadsekonomi infördes 1991 ökade handeln med alkohol som blev till och med mer tillgänglig än före 1985, och alkohol var billigt, billigare än mat och andra basförnödenheter (WHO 1998b).

Att medellivslängden vände uppåt efter bottennivån 1994 beror framför allt på minskad alkoholkonsumtion (Shkolnikov, McKee et al. 2001). Varför alkoholkonsumtionen minskade är ännu oklart. Dödstalen minskade kraftigt i den mest drabbade gruppen 30–50 år, men däremot inte bland ungdomar (15–24 år), där död i druckningsolyckor, förgiftningar, självmord och våld kvarstår på en hög nivå (Shkolnikov, McKee et al. 2001).

Dessa förändringar i medellivslängd uppvisar samma mönster för bägge könen, vilket tyder på att bakomliggande faktorer sannolikt är desamma för både kvinnor och män. Även förändringar i de olika dödsorsakerna har varit slående lika mellan könen (Shkolnikov, McKee et al. 2001). Effekten blir dock större för män, eftersom deras dödsrisker i just dessa dödsorsaker redan innan förändringarna legat på en mycket högre nivå. När könsskillnaden i medellivslängd var som störst i Ryssland (1994), var mäns livslängd 13,6 år kortare än kvinnors (HFA 2002). Dödsriskerna är socialt snedfördelade. Lågutbildade kvinnor och män hade redan på 1980-talet en dubbelt så stor risk att avlida i olyckor och våld och en flerdubbel risk i alkoholsjukdomar jämfört med högutbildade. Dessa sociala skillnader ökade under 1990-talet (Shkolnikov, Leon et al. 1998).

Ovanstående förändringar i medellivslängd har varit likartad i hela f.d. Sovjetunionen (WHO 1998b).<sup>26</sup> Men trots att medellivslängden till stor del återhämtats, är dödsrisker i typiskt manliga dödsorsaker mycket höga i jämförelse med Västeuropa. Exempelvis är dödsfall i skador fem gånger vanligare i f.d. Sovjetunionen än i Västeuropa (3 gånger för självmord och 19 gånger för mord) (McKee och Shkolnikov 2001). En mycket stor andel yngre män röker medan andelen kvinnor som röker är betydligt mindre (McKee, Bobak et

al. 1998).<sup>27</sup> Lungcancer är nio gånger vanligare bland män än bland kvinnor i Ryssland (McKee och Shkolnikov 2001).

#### **Natur eller kultur?**

Det finns alltså återkommande skillnader i dödsrisker och dödsorsaksmönster för män och kvinnor genom historien och på olika platser på jorden. Mäns kortare livslängd är till stor del knuten till beteenden som är riskfyllda och som resulterar i förtida död i olycksfall, våld, alkoholmissbruk, rökning och självmord. Cancer är den enda dödsorsak av betydelse i västvärlden där kvinnor har en högre dödsrisk än män. Bröst- och livmodercancer är mer förknippade med kroppsliga könsskillnader än könsskiljande beteende. Överdödlighet bland unga kvinnor i fattiga länder kan också till stor del knytas till sjukdomar förknippade med kvinnors reproduktiva förmåga. Vad ligger bakom dessa återkommande mönster? Vad kan sägas vara knutet till vår biologi? Har vi anledning att tro att dessa mönster även kommer att finnas framöver? Kommer män alltid att ha en kortare livslängd?

Frågan inställer sig om kvinnor har en biologiskt högre potential till ett längre liv. Vi vet ännu mycket lite om vilken maximal livslängd människan som biologisk varelse kan uppnå, det vill säga vad som styr biologiskt åldrande. Att det finns en bortre biologisk gräns förefaller sannolikt att anta. Vi vet att kvinnor har vissa biologiskt grundade fördelar, som under nutida levnadsförhållanden har betydelse för medellivslängden, nämligen att kvinnligt könshormon skyddar mot framför allt hjärt-kärlsjukdomar fram till klimakteriet. Betydelsen av detta skydd är idag sannolikt större än för till exempel hundra år sedan, eftersom det idag är vanligare med andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar, till exempel relaterade

till kost, tobak och bristande fysisk aktivitet, som förr inte medverkade till hjärt-kärlsjukdomar i samma utsträckning.

Biologins relativa betydelse som orsak till könsskillnader i ohälsa är alltså avhängig av de omständigheter under vilka vi lever, vilket ofta förbises. Jag tror att det beror på att man inte skiljer mellan våra genetiska förutsättningar, det vill säga den i mänskligt perspektiv nästan oföränderliga biologin grundad i vår genetik, och biologiska faktorerers inflytande på människan som beror på under vilka övriga omständigheter som den genetiska egenskapen kommer till uttryck.

Cancer är som sagt den enda stora dödsorsak som oftare orsakar förtida död hos kvinnor än hos män i västvärlden. Orsaken till denna könsskillnad är på ett sätt uppenbart biologisk då endast kvinnor kan drabbas av bröst- och livmoderscancer, vilka står för kvinnors ökade risk att avlida i cancer. Å andra sidan har dödligheten i livmodershalscancer minskat kraftigt i Sverige under det sista decenniet till följd av en effektiv hälsokontroll och tidig behandling (Danielsson 1998). Denna dödsorsak är således i högsta grad påverkbar och därmed påverkas även könsskillnad i dödlighet i cancer.<sup>28</sup>

Att kunna skilja på biologiska och sociala orsaker till könsskillnader i ohälsa kan vara svårt, för att inte säga omöjligt. För att ta ytterligare ett exempel på denna svårighet vill jag illustrera med mödradödlighet, som är den vanligaste orsaken till att unga kvinnor avlider i stora delar av världen idag. Kan man säga att det är en biologiskt könsbetingad orsak till för tidig död? Ja, därför att man kan påstå att i ett fattigt land med hög mödradödlighet kan kvinnors relativt höga dödstal i förhållande till män, förklaras av att män inte kan dö i graviditet och förlossning. Nej, för i vårt land har mödradödligheten i det

närmaste bekämpats. Dess bidrag till könsskillnader i dödlighet har upphört. Det beror inte på att kvinnors biologi förändrats, utan naturligtvis på förbättrade omständigheter för barnafödande.

Uttalanden om att könsskillnader i beteende eller hälsa till "70 procent beror på biologi och 30 procent på sociala faktorer" eller tvärtom är ogrundade. Det beror på att vi samtidigt är påverkade av vår biologi och vår sociala miljö. Låt säga som ett fiktivt exempel att mödradödligheten skulle minska med 70 procent om till exempel kvinnor i Afrika födde bara ett barn, vilket i och för sig är en social förändring, men i detta exempel avser jag att säga att den biologiska basen för mödradödligheten minskar. Om man istället uppnådde 100 procent säkra graviditeter och förlossningar i Afrika, skulle mödradödligheten upphöra. Tanken att kunna dela upp biologiska och sociala orsaker i två delar, som var och en för sig har en uppmätt andel av könsskillnader oberoende av den andra, är en feltanke. Denna feltanke omhuldas av humana sociobiologer vars argumentation går ut på att visa att vi är mer styrda av vår biologi än av vår sociala omgivning.

Ett av de få tillfällen under livscykelns där man under vissa förhållanden kan bortse från sociala faktorer till könsskillnader i dödlighet är under spädbarnsperioden. I rika länder med låg spädbarnsdödlighet inträffar dödsfallen ofta i nära anslutning till förlossningen och orsaken är ofta ogynnsamma förhållanden under fosterlivet eller under själva förlossningen. Sådana ogynnsamma förhållanden är visserligen ibland ett resultat av sociala omständigheter, men det förefaller orimligt att tro att de skulle drabba pojkfoster mer än flickfoster eller tvärtom, och därmed ge upphov till könsskillnader i dödlighet.

Frågan om kvinnor har en högre biologisk

potential för ett längre liv är än så länge obesvarad. Om den någonsin låter sig besvaras utifrån forskning på cellulär nivå låter jag vara osagt, men jag vill hävda att folkhälsovetenskaplig forskning aldrig kommer att kunna besvara den frågan. Det finns inget mänskligt liv utan social påverkan att studera för att få svaret. Teoretiskt skulle frågan kunna belysas om könsskillnader i hälsa studerades i ett samhälle där män och kvinnor hade oskiljaktiga livsvillkor, men ett sådant samhälle existerar inte och det är svårt att tro att det någonsin skulle göra det.<sup>29</sup>

Human sociobiologi har utvecklat ett sammanhängande tankesystem kring biologins betydelse för könsskillnader i beteende och könsordningen i samhället, som har stor spridning bland allmänheten. Det bidrar sannolikt även till forskares mer eller mindre oreflekterade föreställningar om könsskillnaders natur. Därför tar jag upp några av de tanketrådar som ligger bakom deras syn på biologiska könsskillnader.

#### Human sociobiologi

Spridda fynd som har sitt ursprung i ett sociobiologiskt tänkande når allmänheten via massmedia och konferenser av typen "våga tänka kvinnligt" och böcker av pseudovetenskaplig karaktär, vilket torde vara känt för många läsare av *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, liksom kritiken mot desamma.<sup>30</sup>

Eftersom könsskillnad i medellivslängd till stor del kan förklaras av könsskillnader i hälsovådliga beteenden, kan sociobiologins syn på orsaker till dessa vara intressanta att belysa. Sociobiologer menar att det inte bara är fysiska egenskaper och enkla förmågor som ärvs (det vill säga har selekterats under evolutionen), utan även komplexa sociala beteenden och sociala system. Det är framför allt beteenden som har med fortplantningen att

göra som står i fokus, det vill säga genetiska orsaker till det sociala samspelet mellan män och kvinnor. Sociala faktorer menar man har en mycket mindre betydelse än biologin för skillnader mellan kvinnors och mäns liv både nu och förr.<sup>31</sup>

Det mänskliga ursamhället, som vår genetik är anpassad till, anses vara ett där männen jagar vilda djur, försörjer sina kvinnor och barn och försvarar dem mot andra män samt har en drift att fortplanta sig med så många kvinnor som möjligt. Evolutionen har hos män framavlat egenskaper som aggressivitet, revirkänsla, dominans och promiskuositet, eftersom dessa anses leda till fler avkommor. För att dessa egenskaper verkligen ska ha större genetisk framgång bland män anses det att kvinnor attraheras av män med dessa egenskaper. Kvinnor skulle således föredra dominanta män som kan skydda deras avkomma. Mäns högre risk att avlida till följd av ett högre risktagande och våldsammare beteenden, skulle kunna förklaras som en tragisk bieffekt av ett evolutionärt sett lönsamt beteende.<sup>32</sup>

Hur kan man då veta vilka mänskliga egenskaper som är genetiska? När är det våra instinkter som styr oss och när är det sociala och kulturella faktorer? Bevisföringen bygger på ett cirkelresonemang. Man väljer en egenskap som man anser utmärkande för könsskillnader i beteende idag, och som också kan förklara rådande könsordning (till exempel arbetsfördelning mellan könen, mäns överordning). Man förklarar därefter hur just den egenskapen skulle kunna ha haft betydelse för en effektivare fortplantning genom evolutionen och därmed gynnats av det naturliga urvalet. Slutligen fastställs att dessa egenskaper måste ha gynnats av det naturliga urvalet, annars hade de aldrig överlevt evolutionen och återfunnits som könsskiljande egenskaper idag. Vetenskaplig kritik mot human

sociobiologi har funnits länge och man har visat på stora brister i resonemanget, och jag har inte för avsikt att upprepa dem här.<sup>33</sup>

#### **Folkhälsovetenskapen och biologin**

Eftersom jag inte tror att man kan skilja biologiska från sociala orsaker till könsskillnader i medellivslängd handlar det snarare om ett val huruvida man vill betona den sociala eller den biologiska aspekten. I vilket sammanhang är det till exempel intressant att diskutera mäns större risk till våldsrelaterad död utifrån till exempel testosteronets eventuella inflytande och när är det intressant att studera sociala faktorerers inverkan?

Vad man väljer beror på vad man vill ha kunskapen till. Därmed vill jag inte på något sätt likställa human sociobiologi med folkhälsovetenskap som vetenskaper, där skillnaden är val av fokus. Folkhälsovetenskapen kan i sina bästa stunder på ett betydligt trovärdigare sätt göra gällande att specifika sociala faktorer i sin sociala kontext har betydelse för till exempel könsskillnader i ohälsa. Uppdraget som sociobiologer har, nämligen att genom evolutionshistorien särskilja biologiskt beständiga drag hos kvinnor och män, låter sig svårligen undersökas. Bevisföringen blir sålunda i högsta grad spekulativ.

Inom folkhälsovetenskapen vill man åstadkomma en bättre folkhälsa och är därför intresserad av förhållanden som vi har möjlighet att förändra. Mäns testosteronnivåer är knappast något som är förändringsbart ur ett befolkningsperspektiv. Humana sociobiologer framhåller däremot testosteronets inverkan just därför att den inte är förändringsbar, för att visa att könsskillnader i beteenden är biologiska och svåra att påverka. Sociobiologer menar ofta att det inte heller är önskvärt att på ett genomgripande sätt försöka påverka könsskillnader i bete-

ende eller könsordningen i samhället, eftersom det är mot naturens ordning.

Folkhälsovetenskapen, och särskilt den del som utgörs av socialmedicin, är den medicinska specialitet som betonar livsvillkorens och strukturella faktorerens betydelse för hälsan. Sedan lång tid tillbaka har det också funnits ett betydande intresse för ojämlikhet i hälsa i relation till socioekonomiska skillnader. Man är således inte främmande inför att skillnader i makt och resurser har betydelse för hälsan. Steget till att tillämpa samma tänkande kring könsskillnader behöver inte vara stort.<sup>34</sup>

Den forskning som har belyst könsskillnader i ohälsa ur ett strukturellt perspektiv har huvudsakligen belyst kvinnors ohälsa. Ur ett maktperspektiv är det ett ganska naturligt fokus, eftersom man vet att ojämlika livsvillkor är en viktig faktor för hälsoskillnader. Om kvinnor åtnjöt motsvarande sociala villkor som män skulle folkhälsan världen över förbättras avsevärt.

Det är mycket ovanligt att man diskuterar manlig överdödlighet ur ett könsperspektiv. När riskbeteenden diskuteras är det nästan uteslutande ur en socioekonomisk synvinkel; man ringar in riskgrupper utifrån ställning på arbetsmarknaden eller social utsatthet i andra avseenden. Könsskillnaden demonstreras och är väl känd för alla inom fältet, men den blir trots detta inte föremål för analys. Jag tror att det beror på att man även inom folkhälsovetenskapen ser dessa typiska riskbeteenden som så starkt förknippade med att vara man och inte kvinna, att det inte faller någon in att jämföra kvinnligt och manligt beteende med varandra i tron att de är förändringsbara.<sup>35</sup>

#### **Kvinnors livslängd och förvärvsarbete**

All forskning om sociala privilegiers inverkan på hälsan, talar för att männen borde vara friskare och leva längre än kvinnor. Männi-

skor tenderar att vara friskare ju högre upp de befinner sig på den sociala skalan. Man kan spekulera i om män framöver kommer att kunna kamma hem denna potentiella hälsovinst.

Utvecklingen i Sverige är intressant ur detta perspektiv. Sedan slutet av 1980-talet ökar medellivslängden snabbare bland män än bland kvinnor. Könsskillnaden i medellivslängd var 6 år 1987 mot 4,5 år 2001. Svenska mäns medellivslängd är nästan högst i världen (japanska och isländska mäns är en aningen högre). Bland världens kvinnor kommer Sverige på sjätte plats efter Japan, Frankrike, Schweiz, Italien och Spanien.<sup>36</sup>

Tankar har funnits om att kvinnors utträde i arbetslivet på 1960- och 1970-talen skulle leda till att kvinnors liv skulle likna männens, och att kvinnor också skulle drabbas av dödsorsaker som förknippats med manligt liv och beteende. Till viss del kan man säga att det besannades såtillvida att kvinnors alkohol- och rökkonsumtion ökade under dessa årtionden. Den viktigaste konsekvens på folkhälsan härav är en ökad lungcancerdödlighet bland kvinnor.

Däremot ökade inte hjärt-kärl dödligheten bland kvinnor, vilket är märkligt med tanke på att många fler kvinnor rökte. Det är i mitt tycke mycket intressant och mycket lite utrett. Det går inte att förklara med att kvinnor har en biologiskt betingad minskad risk fram till klimakteriet, vilket gör att de drabbas i mindre grad än män. Kvinnor drabbas också av hjärtinfarkter före klimakteriet, och dessa är då i mycket stor utsträckning rökare. Ökad rökning i sig leder till ökad och inte minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, även bland kvinnor. Förklaringen måste sökas i hur kvinnors levnadsomständigheter i övrigt förändrats under samma period. Man vet att beträffande hjärt-kärlsjukdomar har



psykosociala faktorer stort inflytande, såsom känsla av kontroll över livssituationen.<sup>37</sup> Kanske är det så att kvinnors ökade förvärvsarbete förde med sig en psykosocial förbättring som var så stor, att den kompenserade för den risk som ökad cigarettkonsumtion måste ha medfört.<sup>38</sup>

#### **Minskade dödsrisiker bland män**

Under de senaste tjugo åren kan man säga att den minskade könsskillnaden i medellivslängd snarare har att göra med att mäns dödsrisiker blir mer lika kvinnors än tvärtom.

Denna utveckling är inte unik för Sverige, utan liknande utveckling finns även i andra västeuropeiska länder. I Sverige är den förbättrade överlevnaden bland män uttalad och livslängden hög, vilket jag tror är ett uttryck för att vi kanske ligger tidigt i en utveckling som är på gång i vår del av världen.

Minskad hjärt-kärlödlighet har haft störst inflytande på den snabbare uppgången av mäns livslängd. Hjärt-kärlödligheten bland män minskar i snabb takt i Sverige sedan 1980. Av stor betydelse är kraftigt minskad rökning. Andelen män som röker har minskat sedan slutet av 1960-talet, och andelen kvinnor sedan slutet av 1970-talet. Andelen rökare bland män är lägst i Sverige av alla Europas länder (17 procent av männen och 21 procent kvinnorna var dagligrökare år 2000) (HFA 2002). Sverige och Norge är de enda länder där fler kvinnor än män röker (HFA 2002).<sup>39</sup> I ett europeiskt perspektiv är andelen rökande kvinnor i Sverige dock måttlig. De länder i Europa som har en lägre andel rökare bland kvinnor, är flertalet stater i gamla Sovjetunionen (inklusive Baltikum) samt Finland, Italien och Portugal (HFA 2002).

Lungcancerödligheten minskar bland män, men ännu inte bland kvinnor. Eftersom det tar cirka tjugo år att utveckla lungcancer,

syns inte effekten av minskad tobakskonsumtion förrän efter denna tid (till skillnad mot hjärt-kärlödligheten som påverkas inom ett par år). Bland män är dödsfall i lungcancer mycket vanligare i alla andra europeiska länder än i Sverige (HFA 2002). Däremot är lungcancer bland kvinnor vanligare i Sverige än Europa eller EU i genomsnitt, vilket avspeglar den tidigare förhållandevis höga nivån rökare bland svenskor.

Det är svårare att få tillförlitlig statistik beträffande alkoholvanor. Ett sätt att få en uppfattning om förändringar i skadliga alkoholvanor är att mäta förändringar av andelen avlidna i skrumplever, eftersom skrumplever i Europa till övervägande delen orsakas av alkohol. Andelen dödsfall i skrumplever i både Sverige och Norge, är bland de lägsta i Europa, för både kvinnor och män. I Sverige ökade dödstaten i skrumplever under hela efterkrigstiden och nådde sin topp i mitten av 1970-talet. Under de sista 25 åren, har nivån sjunkit till en tredjedel av vad den var 1976, för både kvinnor och män (HFA 2002). Eftersom skrumplever är mycket vanligare bland män, så betyder denna nedgång mer för mäns överlevnad. Dryckesmönstret har förändrats i Sverige från spritdrycker till vin och öl (Socialstyrelsen 2001).<sup>40</sup>

Dödsfall till följd av trafikolyckor och andra olycksfall minskar, vilket också påverkar mäns överlevnad mer än kvinnors. Sverige, Norge, Storbritannien och Nederländerna har sedan länge haft EU:s lägsta dödsrisiker i trafiken, för både kvinnor och män (0–64 år) (HFA 2002). Olycksfall bland barn upp till 15 års ålder har mer än halverats de senaste 30 åren i den rika delen i världen (OECD) och i Sverige, Storbritannien, Italien och Nederländerna är riskerna som lägst (UNICEF 2001).

Själv mord har minskat till närmare hälften sedan 1970 bland både kvinnor och män

i Sverige (HFA 2002). Under 1960-talet ökade självmorden för bägge könen, men mest bland kvinnor. Jämförelse mellan länder är osäker beträffande självmord, då mörkertalet kan vara betydande i katolska länder där självmord är förknippade med synd. Enligt rapporterad självmordsstatistik har självmord varit betydligt vanligare i samtliga nordiska länder än i EU i övrigt. Skillnaden är nu inte längre så stor, utom för Finland, där särskilt männen har en hög självmordsfrekvens.

#### **Jämställdhet och mäns livslängd**

De senaste tjugo åren har alltså dödsorsaker knutna till manlig överdödlighet minskat stadigt, det vill säga dödsfall relaterade till alkohol- och tobakskonsumtion, olycksfallsrisker och självmord. Den huvudsakliga trenden har varit densamma för kvinnor och män. Det är alltså inte så att en utjämning av medellivslängden beror på att utvecklingen gått åt olika håll för kvinnor och män. Viktigare är att de dödsorsaker som många fler män än kvinnor drabbas av har minskat. Även när minskningen är lika stor för bägge könen räknat i procent, betyder det i absoluta tal att betydligt fler män än kvinnor räddas till ett längre liv.

Vad kan ligga bakom en sådan utveckling? Börjar mäns liv alltmer likna kvinnornas? För var och en av de ovan nämnda dödsorsakerna, finns flera faktorer som man vet har bidragit till minskade dödsrisker. Exempelvis har en mindre andel dödsolyckor i trafiken, trots ökad trafikmängd, att göra med bälteslag, separering av gång och biltrafik, säkrare bilar, bilbarnstolar, restriktioner mot alkohol, med mera, liksom att självmordfrekvensen har påverkats av till exempel restriktioner av riskfyllda sömnmedel, antidepressiv behandling med mera. Det är naturligtvis en mängd olika

åtgärder som har haft betydelse. Bakom dessa förbättringar i medellivslängd ligger de möjligheter som exempelvis ökat välbstånd, ökade utbildningsnivåer och nya teknologier medger. Men man kan också fråga sig om nedgången i typiskt manliga dödsorsaker dessutom kan ha något med kön att göra.

Man kan spekulera i vad en utveckling mot ett mer jämställt samhälle, kan ha haft för betydelse för livslängden. Kanske har mäns liv börjat likna kvinnors, i avseenden som påverkar hälsan. Om kvinnors utträde på arbetsmarknaden på 1960- och 1970-talen innebar att kvinnor expanderade sitt livs-område till tidigare manliga domäner, så har det lett till att män under 1980- och 1990-talen alltmer tar del av barn och hushåll. Kan detta ha medverkat till förändrade levnadsvanor, som avspeglar sig i förbättrad överlevnad bland framför allt män? Man skulle kunna tänka sig att en anledning till att kvinnor överlag inte tar risker beträffande sin hälsa av samma slag som män, kan ha ett visst samband med kvinnors primära och konkreta ansvar för barn. I så fall är det tänkbart att när män får ett allt mer konkret ansvar för barn, får det betydelse för exempelvis synen på att ta risker i trafiken, överkonsumtion av alkohol och rökning hos män, liksom i samhället i övrigt.

Viktigare ändå är kanske ett större kvinnligt inflytande överlag på vilka frågor som ska prioriteras i samhället. Exempelvis har sannolikt kvinnors relativt starka ställning haft betydelse för att Sverige var tidigt ute med att prioritera säkerhet för barn. Sammantaget skulle man kunna tänka sig att vi får ett samhälle som, vad avser hälsorisker, präglas mer av ett "kvinnligt" förhållnings-sätt än tidigare, att både män och kvinnor anammar ett mer utpräglat säkerhets- och omsorgstänkande, som har betydelse för

hälsoutvecklingen. Eftersom förändringar av dödsrisker i olika dödsorsaker huvudsakligen har en likartad utveckling hos bägge könen (fast av olika storleksordning), är det förhållanden som påverkar bägge könen som verkar varit mest betydelsefulla. Alltså orsaker som har med våra gemensamma livsvillkor att göra snarare än förändringar av köns-specifika förhållanden.

Att könsskillnader i medellivslängd har högst påtagliga orsaker som är åtkomliga för sociala förändringar, hoppas jag har framgått av denna framställning. Det finns i mitt tycke ingen anledning att mystifiera det faktum att kvinnor lever längre än män med att hänvisa till något oåtkomligt i kvinnans biologiska natur. Det ligger en stor och hittills outnyttjad potential i att förstå varför könsskillnader i medellivslängd uppstår, som kan leda till nya perspektiv på vår kunskap om folkhälsans bestämningsfaktorer.

Att större jämställdhet skulle leda till högre medellivslängd är uppenbart, eftersom könsdiskriminering skördar alltför många liv världen över bland kvinnor och barn. Även i vår del av världen är ökad jämställdhet sannolikt en viktig förutsättning för en ökad livslängd för bägge könen, men förefaller paradoxalt nog för närvarande betyda mest för männen. Förbättrad folkhälsa kan vara ett av många argument för ett mer jämställt samhälle.

Tack till Katarina Danielsson, Karen Leander, Lisa Öberg, Maria Wendt Höjer och Ingvar Lundberg för konstruktiva synpunkter på min artikel!

#### NOTER

1. Jag är läkare och specialist i socialmedicin och har arbetat inom området i 15 år.
2. Nationella folkhälsorapporten (Socialstyrelsen 2001) redovisar kunskapsläget beträffande folk-

hälsans utveckling och dess bestämningsfaktorer och ger en i mitt tycke mycket bra bild av kunskapsläget inom folkhälsovetenskaplig forskning. När man i sista kapitlet spekulerar om den framtida folkhälsan så förs ett resonemang om hur mycket medellivslängden skulle förbättras om vissa sjukdomsgrupper hypotetiskt kunde elimineras som all cancer, hjärt-kärlsjukdom etcetera. Man konstaterar att ingen sjukdomsgrupps försvinnande skulle ha så stor inverkan på medellivslängden som en social förbättring. Om dödsriskerna för hela befolkningen för åldrarna 25–74 år minskade till samma nivå som för högre tjänstemän, skulle mäns medellivslängd på 1990-talet bli två år och fem månader längre medan kvinnornas medellivslängd skulle bli ett år och fem månader längre. Något motsvarande resonemang om män hade en dödlighet som kvinnor finns inte, trots att rapporten genomgående visar både köns- och klasskillnader i olika sjukdomsgrupper. Motsvarande kan sägas om ett annat viktigt nationellt dokument om mål för Sveriges hälsoutvecklingen (Nationella folkhälsokommittén 2000).

3. Medellivslängden beräknas som medelåldern på alla som avled ett visst år. Den speglar därmed den årsaktuella risken att avlida i olika åldrar. Medellivslängden utgör den statistiskt sannolika åldern som nyfödda barn skulle uppnå, om dödsriskerna i respektive åldersgrupp förblev lika stora under hela barnets levnad, som under det aktuella året.
4. Folkbokföring infördes tidigt även i Danmark-Norge (1780) och i Finland. Även i Frankrike har man nationella uppgifter om dödlighet från 1700-talet (1740), men utifrån nationella undersökningar. Först på 1800-talet kom fler länder i Europa att upprätta nationella folkbokföringsregister. I de länder och tidsperioder där historiska källor funnits, kan man konstatera att medellivslängden alltid varit högre bland kvinnor än bland män.

5. I Sverige minskade dödstalen snabbare bland pojkar och unga män, än bland flickor och kvinnor i slutet av 1800-talet. Dödsrisken för flickor var till och med något högre än för pojkar under några årtionden. (Så var fallet för åldersgruppen 5–9 år mellan 1891 och 1910, för 10–14 år mellan 1871 och 1930, och för 15–19 år mellan 1881 och 1910.) Spädbarnsdödligheten (det vill säga under 1 års ålder) och dödligheten i åldern 1–3 år har däremot alltid varit högre bland pojkar.
6. Kawachi sammanfattar kunskapsläget i sitt bokkapitel från år 2000. Sedan Wilkinson framförde hypotesen om inkomstfördelningens betydelse för medellivslängden 1992 (Wilkinson 1992), har också en del kritiska röster framförts. För aktuell kritik se Mackenbach (2002).
7. Ungefärlig uppskattning utifrån tabell 2:2 i Nationella folkhälsorapporten (Socialstyrelsen 2001) där skillnaden i förväntat antal levnadsår, mellan ej facklärd arbetare och högre tjänstemän, var 2 år för män och 0,7 år för kvinnor, i åldersgruppen 35 och 84 år, 1996–1999. Se också fotnot 2.
8. Av världens fattiga är 70 procent kvinnor. Kvinnor har längre arbetstider än män, i synnerhet på landsbygden, där kvinnor har i genomsnitt 20 procent längre arbetstid. Obetalt arbete utgör omkring två tredjedelar av arbetstiden bland kvinnor och en tredjedel bland män i industriländer. Motsvarande i utvecklingsländer är två tredjedelar bland kvinnor och en fjärdedel bland män. Bland de kvinnor som har en egen inkomst så tjänar kvinnor i medeltal tre fjärdedelar av mäns lön. Två tredjedelar av alla analfabeter är kvinnor. I medeltal innehar världens kvinnor endast 10 procent av parlamentsplatserna och endast 6 procent i regeringsposterna (UNDP 1996, 1998).
9. Könsskillnader i dödsorsaker i olika åldersgrupper i Sverige beskrivs ingående i antologin ”Kön och ohälsa” och i den uppdaterade engelskspråkiga utgåva. Där finns också ytterligare referenser till de olika utsagorna i detta och kommande avsnitt (Danielsson & Lindberg 1996, 2001).
10. Totalt var barnadödligheten 1985 i åldern 1–4 år i Kina 8 per 1000 barn medan den i Bangladesh var 70 och i Indien 49 per 1000 barn (UN Secreteriat 1998).
11. I övriga Afrika och i Latinamerika har i allmänhet pojkar en högre dödsrisk än flickor men könsskillnaderna är mindre jämfört med västvärlden. I några länder på dessa kontinenter är dödsriskerna till och med högre bland flickor (UN Secreteriat 1998). Medan överdödlighet bland flickor i tredje världen är högst bland 1–4-åringar så visar historiska data från Europa att när överdödlighet bland flickor förekom var de tydligast i tonåren (Taubutin & Willems 1998).
12. Infektioner och undernäring har ett nära samband. De delar samma bakgrundsfaktorer, förknippat med framför allt fattigdom. Infektioner orsakar i sig undernäring och undernäring påverkar i sin tur förmågan att bekämpa infektioner. Graden av undernäring bland barn är direkt relaterad till nivån på barnadödligheten. Risken för barn med svår, medel och lätt undernäring att avlida är 8,4 respektive 4,6 samt respektive 2,4 gånger högre än hos välnärda barn, vilket märkligt nog verkar gälla på platser med skilda sjukdomspanoraman och nivåer på barnadödlighet (UN Secreteriat 1998). Trots detta nära samband förefaller inte könsskillnad i närings-tillstånd vara huvudorsaken till könsskillnad i infektionsdödlighet (Pelletier 1998). Tillgång på effektiv medicinsk vård har däremot visat sig ha viss betydelse i centrala Syd-Asien för flickors överdödlighet (Timaeus, Harris et al. 1998). I Bangladesh och norra Indien får pojkar oftare adekvat medicinsk infektionsbehandling än flickor. Könsskillnader är dock större beträffande vaccinationer. I Bangladesh, norra delen av Indien och Pakistan är det färre flickor än pojkar

- som blir vaccinerade. Mässlingsvaccination är särskilt betydelsefull, eftersom mässling i denna del av världen är förenad med ökade dödsrisker.
13. Uppgiften att spädbarnsdödligheten är 26 procent högre bland pojkar i Sverige baserar sig på ett genomsnittligt värde för åren 1994–1998.
  14. Med genetisk påverkan avser man att pojkars högre nivåer av testosteron leder till att de är mer aggressiva, risktagande och fysiskt aktiva än flickor.
  15. Beräkningarna utgår från lägsta nivå för könskillnader det vill säga att spädbarnsdödligheten bör vara åtminstone 10 procent högre bland pojkar och att dödsrisken är lika stor för pojkar och flickor i åldern 1–4 år.
  16. I många länder i södra Afrika föder hälften av alla flickor barn i åldern 15–19 år. I Indien och Bangladesh är hälften av alla kvinnor gifta före 18 års ålder. Risken att avlida i samband med graviditet ökar kraftigt ju yngre kvinnan är (upp till 200 gånger) (UN 1995).
  17. 60 procent av Indiens kvinnor har blodbrist (Claeson, Bos et al. 2000) och 75 procent under graviditet. Blodbrist är överlag mycket vanlig bland tredje världens kvinnor (UN 1995).
  18. I Ryssland var risken att avlida i självmord 6 gånger högre bland män än kvinnor i åldern 15–24 år, 1998 (Shkolnikov, McKee et al. 2001). I Sverige är självmord drygt 2 gånger vanligare bland män, 15–24 år, än bland jämnåriga kvinnor (beräknat på ett genomsnitt 1992–1998 utifrån data i Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa 2000).
  19. Till exempel i Sydafrika beräknas AIDS orsaka en nedgång av medellivslängden på nära 20 år (47 år istället för 66 år) (UNAIDS & WHO 2001).
  20. Att kunna kräva sex på sina egna villkor försvåras av föreställningar om kvinnan som passiv mottagare av manlig passion, att kvinnor är beroende av män för sin försörjning, att kvinnor hotas av fysiskt våld om man inte ställer upp, till direkta fysiska övergrepp (WHO 1998a). Unga kvinnor som utsätts för sexuella övergrepp löper extra stor risk att bli smittade, eftersom sår lätt uppstår vid påtvingade samlag.
  21. Enligt UNICEF har till exempel 70 procent av somaliska flickor aldrig hört talas om HIV. En studie från 14 länder i Afrika och Sydamerika samt Bangladesh visar att i samtliga studerade länder visste flickor mindre än pojkar (15–19 år) om hur man kan skydda sig mot HIV. Överlag fattas elementär kunskap i alltför hög grad bland dessa unga individer. Undersökningen är refererad i UNAIDS (2000).
  22. 1997 hade 7 procent av alla barn i tredje världen förlorat en eller båda föräldrarna jämfört med 2 procent före AIDS. I vissa afrikanska länder har ända upp till 11 procent av barnen drabbats. Eftersom traditionella nätverk av till exempel släktingar också drabbas av dödsfall och dess konsekvenser för de efterlevande, så är situationen särskilt svår för föräldralösa barn i drabbade länder (UNAIDS 2000).
  23. I Henan-provinsen har sedan början av 1990-talet tiotusentals bybor blivit infekterade med HIV när de sålt sitt blod.
  24. Siffrorna i figuren är egna bearbetningar av bakgrundsmaterial (Murray & Lopez 1994) till den omfattande kartläggning som världsbanken gjorde av hälsan i världen 1997 (The World Bank 1993).
  25. I Indien ökade överdödlighet bland flickor 1–4 år från 11 procent 1970 till 28 procent 1980. Motsvarande siffror var 15 till 24 procent för Bangladesh och 8 till 22 procent för Nepal (UN 1998).
  26. WHOs rapport, *Health in Europe* 1997, visar ingen könsuppdelad statistik. Rapportens fokus är på den katastrofala hälsoutvecklingen i länderna från f.d. Sovjetunionen. Nedgången i medellivslängd är betydligt större bland män än bland kvinnor vilket inte ens nämns.
  27. I Ryssland är andelen rökare bland män 65 procent i åldern 18–24 år, och 73 procent i åldern

- 25–34 år. Andelen bland kvinnor var 27 procent bland 18–34-åringar och mycket få bland de äldre (McKee, Bobak et al. 1998).
28. Dödligheten i bröstcancer har däremot varit i det närmaste oförändrad sedan början av 1980-talet (Socialstyrelsen 2001).
  29. Jag menar inte att det inte går att fastställa vissa sjukdomars genetiska bakgrund eller att det finns nedärvda sjukdomar och att den kunskapen kan vara användbar om man vill fånga risksläkter, bedriva genetisk rådgivning, behandla och införa preventiva åtgärder. Det är en helt annan sak än att framhålla genetiska orsaker till folkhälsa.
  30. Exempel på vad jag menar med populärpseudovetenskapliga böcker på svenska som utgår från sociobiologiskt tänkande är följande referenser (Barash 1981, Gray 1992, Moir & Jessell 1992, Robert & Uvnäs Moberg 1994, Baker 1997). Exempel på kritiska röster återfinns i tidskriftens *bangs* temanummer om hjärnan (*bang* 1999:4). Där finns en beskrivning av konferenser som *Våga tänka kvinnligt* (Norell 1999, Rönnblom 1999). Om det bristande vetenskapliga underlaget om kvinnors påstådda förmåga att använda bägge hjärnhalvorna i högre grad än män (Ledberg 1999) samt existensen av en kraftigare anatomisk förbindelse mellan hjärnhalvorna som skulle främja simultankapacitet (Hamberg 1999). Boken *En riktig kvinna* (Arrhenius 1999) sammanfattar huvuddragen av den feministiska kritiken av nutida biologism.
  31. Sociobiologi är studiet av sociala beteendens evolutionära uppkomst hos djur. Human sociobiologi är dito hos människan men termen sociobiologi enbart används även för studiet av människan (bland andra djur). Humana sociobiologins fader är E.O. Wilson som utkom med boken *Sociobiology: the New Synthesis* 1975 (som nu ges ut som 25-årsjubileumsutgåva, Wilson 2000). Wilson menade att sociobiologin skulle medföra ett paradigmskifte i synen på samhället som medförde att samtliga samhällsvetenskaper skulle komma att inordnas under sociobiologin. Dagens sociobiologer har inte så stora anspråk men det är tydligt att man fortfarande anser att mänsklig kultur är ett resultat av biologin. I nationalencyklopedin (1995) skriver Staffan Ulfstrand, professor i zooekologi, under avsnittet sociobiologi: ”Inte minst har modern sociobiologi fördjupat förståelsen av den biologiska grundvalen för skillnader i uppträdande mellan kvinnor och män. Dessa framsteg har kunnat tas trots att de biologiska faktorer som styr mänskligt beteende skymms av många skikt av traditionella regler och attityder; emellertid är en av de viktigaste poängerna att just dessa kulturyttringar kan förklaras i evolutionsbiologiska termer” (Statens kulturråd 1995).
  32. Moderna svenska exempel på hur människans beteende formats av ”ursamhället” är boken *Savannliv* (Ulfstrand 1999) som spekulerar kring likheter mellan människors och andra svanslösa apors liv och hur ett gemensamt ursprung på den afrikanska savannen kan ha sett ut. En förförisk och underhållande bok som är skriven i en lätt humoristisk ton, där författaren inte förnekar att sambanden bygger på spekulationer, men att slutsatsen ändå är att människans sociala relationer förklaras bäst utifrån sitt biologiska ursprung. Det är en i mitt tycke mycket skrämmande bok, som visar att man fortfarande utifrån evolutionsbiologi kan argumentera för en samhällsordning och etik. Boken *Naturlig etik* (Tullberg & Tullberg 1994) är skriven av en docent i evolutionär ekologi och en civilekonom. Den präglas av en socialdarwinistisk anda, som hörde hemma vid förra sekelskiftet.
  33. En skarpsinnig bok som gör en omfattande analys av svagheterna i sociobiologers vetenskapliga tänkande är *Science and Gender* av Ruth Bleier. Den är fortfarande i högsta grad relevant trots att den är 18 år gammal (Bleier 1984).
  34. Bidragande till detta ointresse är sannolikt även

- ett motstånd mot att uppmärksamma maktskillnader mellan könen, vilket gör att man snarare betraktar systematiska skillnader mellan kvinnors och mäns liv som fria livsval och naturliga, snarare än bundna till aktuella samhällsförhållanden och maktstrukturer. Därtill har forskning kring sjukdomars orsaker under lång tid haft en slagsida åt mäns livsvillkor och mäns kroppar, vilket kritiserats kraftigt och uppmärksamats både internationellt och i Sverige. Samtliga dessa förhållanden hänger förstås intimt samman med maktskillnader mellan kvinnor och män i bland annat det medicinska forskarsamhället, där folkhälsovetenskapen inte utgör något undantag. Utanför huvudfåran har det funnits forskare som lyft fram kvinnors levnadsvillkor och hälsa, med eller utan uttalat maktperspektiv (se Hammarströms artikel i detta nummer).
35. I nationella folkhälsorapporten (Socialstyrelsen 2001) redovisas genomgående både köns- och klasskillnader i olika sjukdomsgrupper i den deskriptiva delen som utgör huvudparten av rapporten. Mot slutet av rapporten presenteras kunskapsläget beträffande folkhälsans bestämningsfaktorer. Man lyfter fram socioekonomiska faktorerens betydelse för hälsan, förmedlade genom uppväxtförhållanden, arbetsmiljö, livsstil, familjeekonomi m.m., och något om betydelse av makroförhållanden som trygghetssystem, socialt kapital, sjukvård etcetera. Familjesituationen, som ensamförälders hälsa finns också med. Något resonemang om bestämningsfaktorer till könsskillnader i folkhälsa finns inte. Den enda mening som berör detta på ett överbyggande plan är på sidan 325 där man säger "Att kvinnor lever längre och även har en annan sjuklighet än män verkar ha delvis en biologisk förklaring, men bestäms också av rådande levnadsomständigheter". Bristen på mer ingående analyser av könsskillnader i folkhälsorapporten anser jag avspeglar motsvarande brister i folkhälsovetenskapen.
36. I jämförelse med övriga Europa rankas medellivslängd bland män i Norge på 9:e, Danmark på 18:e och Finland på 19:e plats. För kvinnor kommer Norge på 9:e plats, Finland på 11:e plats, Danmark på 22:a plats. Uppgifterna avser medellivslängden 1999 utom för Finland som avser 1998.
37. Det finns ett etablerat forskningsfält inom yrkesmedicin som handlar om betydelsen av krav, kontroll och socialt stöd i yrkeslivet och dess inverkan på hjärt-kärlsjukdomar, men också annan ohälsa som till exempel muskel och ledbesvär. Litteraturen är omfattande, för en diskussion om könsskillnader i arbetslivsfaktorer och hjärt-kärlsjukdom se Theorell (1996).
38. Under 1960- och 1970-talen ökade mäns medellivslängd långsammare än kvinnornas. De dödsorsaker som stod för de ökande könsskillnaderna i dödsrisk var framför allt hjärt-kärlsjukdomar men även skador och alkoholrelaterade orsaker. En analys av könsskillnaderna i dödsrisker under denna period finns i en avhandling av Hemström (1998), som är en av de få vetenskapliga arbeten, som problematiserar könsskillnader i dödlighet.
39. I Sverige har det ända sen 1988 varit vanligare att kvinnor än att män röker (Epidemiologiskt Centrum 2002). I Norge är det först år 2000 som fler kvinnor än män röker. År 2000 var andelen dagligrökare bland män respektive kvinnor i Norge 31 respektive 32 procent, i Danmark 32 och 29 procent, och i Finland 27 och 20 procent (HFA 2002). Andelen rökare bland män minskar både i Norge, Danmark och Finland. Andelen kvinnor som röker är i stort sett oförändrad de senaste tjugo åren i Norge och Finland, men minskar i Danmark (HFA 2002).
40. I Finland dör en större andel av både kvinnor och män i skrumplever jämfört med i Sverige och Norge, men en lägre andel än i EU i genom-

snitt. Danmark har en högre andel avlidna i skrumplever än EU, för bägge könen. I Finland och Danmark ökar dödstaten i skrumplever och har så gjort sen 1970 (det vill säga så långt bak i tiden som HFA databasen sträcker sig). I Norge hade man en kraftig uppgång fram till slutet av 1980-talet, men en nedgång under första halvan av 1990-talet, och sedan åter en uppgång. I samtliga länder följer kvinnor och mäns tidstrender varandra, det vill säga förändringarna är lika, men nivån olika. Män har i samtliga dessa länder en cirka tre gånger högre risk att avlida i skrumplever.

#### LITTERATUR

- ADETUNJI, J. (2000) "Trends in Under-5 Mortality Rates and the HIV/AIDS Epidemic", *Bull World Health Organ* 78 (10).
- ARRHENIUS, SARA (1999) *En riktig kvinna: om biologism och könsskillnad*, Atlas.
- BAKER, ROBIN (1997) *Spermakriget: otrohet, sexuella konflikter och andra sängkammarkrig*, övers. Mats Löfgren, Forum.
- bang (1999) tema: Hjärnan, nr 4.
- BARASH, DAVID P. (1981) *Det viskar därinne: den mänskliga naturens ursprung och utveckling*, övers. Erik Dahlberg och Gunnie Jacobsson, LiberFörlag.
- BLEIER, RUTH (1984) *Science and Gender: a Critique of Biology and Its Theories on Women*, Pergamon Press.
- CALDWELL, J. & CALDWELL, P. (1994) "Gender and Family Discrimination and the Role of Women", L. C. Chen, A. Kleinman & N. C. Ware (red.) *Health and Social Change in International Perspective*, Harvard University Press.
- CHENET, L., MCKEE, M. ET AL. (1998) "Alcohol and Cardiovascular Mortality in Moscow; New Evidence of a Causal Association", *Journal of Epidemiological Community Health* 52 (12).
- CLAESON, M., BOS, E.R. ET AL. (2000) "Reducing Child Mortality in India in the New Millennium", *Bull World Health Organ* 78(10).
- DANIELSSON, MARIA (1998) "Sexualitet, reproduktion och kvinnors hälsa", *Stockholms läns kvinnohälsorapport* kapitel 13, Yrkesmedicinska enheten.
- DANIELSSON, MARIA & LINDBERG, GUDRUN (1996) "Skillnader mellan mäns och kvinnors ohälsa – beständiga eller föränderliga", Pirooska Östlin, Maria Danielsson, Finn Diderichsen, Annika Härenstam & Gudrun Lindberg (red.) *Kön och ohälsa: en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsooperspektiv*, Studentlitteratur.
- (2001) "Differences Between Men's and Women's Health: The Old and the New Paradox", Pirooska Östlin, Maria Danielsson, Finn Diderichsen, Annika Härenstam & Gudrun Lindberg (red.) *Gender Inequalities in Health. A Swedish Perspective*, Harvard University Press.
- EPIDEMIOLOGISKT CENTRUM (2002) *Folkhälsan i siffror*, Socialstyrelsen 2002.
- GRAY, JOHN (1992) *Män är från Mars, kvinnor är från Venus*, övers. Synnöve Olsson, Bromberg.
- HAMBERG, KATARINA (1999) "Åsikter och vetande", *bang* 4.
- HEMSTRÖM, ÖRJAN (1998) "Male Susceptibility and Female Emancipation. Studies on the Gender Difference in Mortality", *Department of Sociology*, Stockholm University.
- HFA (2002) *European health for all database*.
- KAWACHI, ICHIRO (2000) "Income Inequality and Health", Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi (red.) *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- LEDBERG, ANDERS (1999) "Hjärnforskning – så funkar det!", *bang* 4.
- LEON, D. A., CHENET, L. ET AL. (1997) "Huge Variation in Russian Mortality Rates 1984–94: Artefact, Alcohol, or What?", *Lancet* 350 (9075).
- MACKAY, JUDITH (1994) *Världens hälsa – atlas: en grafisk översikt i färg över hela världens hälsovård och sjukdomar*, Naturskyddsföreningen.
- MACKENBACH, JOHAN P. (2002) "Income Inequality and Population Health", *BMJ* 324 (7328).
- MCKEE, M., BOBAK, M. ET AL. (1998) "Patterns of



- Smoking in Russia”, *Tob Control* 7 (1).
- MCKEE, MARTIN & SHKOLNIKOV, VLADIMIR (2001) ”Understanding the Toll of Premature Death among Men in Eastern Europe”, *BMJ* 323 (7320).
- MENON-SEN, KALYANI & KUMAR, A. K. SHIVA (2001) *Women in India – How Free? How Equal?*, UN.
- MOIR, ANNE & JESSELL, DAVID (1992) *Brainsex: tänker du manligt eller kvinnligt?*, övers. Eva Trägårdh, Almqvist & Wiksell.
- MURRAY, C. J. L. & LOPEZ, A. D. (red.) (1994) *Global Comparative Assessments in the Health Sector*, Geneva, WHO.
- NATIONELLA FOLKHÄLSOKOMMITTÉN (2000) *Hälsa på lika villkor: nationella mål för folkhälsan: slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén*, Fritzes offentliga publikationer.
- NATIONELLT CENTRUM FÖR SUICIDFORSKNING OCH PREVENTION AV PSYKISK OHÄLSA (2000) *Statistik över självmord i Sverige 1980–1998*, Stockholm, National Swedish Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Health.
- NORELL, KAJSA (1999) ”Peppad av biologism”, *bang* nr 4.
- PELLETIER, DAVID L. (1998) ”Malnutrition, Morbidity and Child Mortality in Developing Countries”, *Too Young to Die: Genes or Gender?*, UN.
- ROBERT, RIGMOR & UVNÄS MOBERG, KERSTIN (1994) *Hon & han: födda olika*, Bromberg.
- RÖNNBLOM, MALIN (1999) ”Våga tänka kvinnligt”, *bang* 4.
- SCB (2002) *Befolkningsstatistik i sammandrag 1960–2001*, SCB.
- SHKOLNIKOV, VLADIMIR, MCKEE, M. ET AL. (2001) ”Changes in Life Expectancy in Russia in the Mid-1990s”, *The Lancet* 357 (9260).
- SHKOLNIKOV, VLADIMIR, LEON, DAVID ET AL. (1998) ”Educational Level and Adult Mortality in Russia: an Analysis of Routine Data 1979 to 1994”, *Social Science Medicine* 47 (3).
- SOCIALSTYRELSEN (2001) *Folkhälsorapport 2001*, Socialstyrelsen.
- STATENS KULTURRÅD (1995) *Nationalencyklopedin* band 17, Bra böcker.
- TAUBUTIN, DOMINIQUE & WILLEMS, MICHEL (1998) ”Differential Mortality by Sex from Birth to Adolescence: the Historical Experience of the West (1750–1930)”, *Too Young to Die: Genes or Gender?*, UN.
- THE WORLD BANK (1993) *World Development Report 1993. Investing in Health*, Oxford University Press.
- THEORELL, T. (1996) ”Arbete och hjärtkärlsjukdom hos kvinnor och män”, Piroska Östlin, Maria Danielsson, Finn Diderichsen, Annika Härenstam & Gudrun Lindberg (red.) *Kön och ohälsa: en antologi om könsskillnader ur ett folkhälsoperspektiv*, Studentlitteratur.
- TIMAEUS, IAN, HARRIS, KATIE ET AL. (1998) ”Can Use of Health Care Explain Sex Differentials in Child Mortality in Developing World?”, *Too Young to Die: Genes or Gender?*, UN.
- TULLBERG, JAN & TULLBERG, BIRGITTA (1994) *Naturlig etik: en uppgörelse med altruismen*, Lykeion.
- ULFSTRAND, STAFFAN (1999) *Savannliv: djurs och människors biologi i vårt afrikanska urhem*, Carlsson.
- UN (1991) *The World's Women 1970–1990*, UN.
- (1995) *The World's Women 1995: Trends and Statistics*, UN.
- (1998) ”The Extent and Causes of Female Disadvantage in Mortality: an Overview”, *Too Young to Die: Genes or Gender?*, UN.
- (red.) (1998) *Too Young to Die: Genes or Gender?*, UN.
- UN SECRETARIAT (1998) ”Levels and Trends of Sex Differentials in Infant, Child Under-5 Mortality”, *Too Young to Die: Genes or Gender?*, UN.
- UNAIDS (2000) *Report on the global HIV/AIDS epidemic – June 2000*, Geneva.
- UNAIDS & WHO (2001) *AIDS Epidemic Update – December 2001*, Geneva.
- UNDP (1996) *Human Development Report 1995. Gender and Human Development*.

UNDP (1998) *Human Development Report 1997. Human Development to Eradicate Poverty*.

UNICEF (2001) *A League Table of Child Injury Deaths in Rich Nations*, UNICEF.

UNICEF (2002) *Young People and HIV/AIDS. 1999*, Unicef End Decade Databases.

UNIFEM (2000) *Gender, HIV and Human Rights: A Training Manual*.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1993) *Health United States*, DHHS.

WALBERG, P., MCKEE, M. ET AL. (1998) "Economic Change, Crime, and Mortality Crisis in Russia: Regional Analysis", *BMJ* 317 (7154).

WHO (1998a) *Gender and Health: Technical Paper*, WHO.

– (1998b) *Health in Europe 1997: Executive Summary*, Regional Office for Europe, WHO.

WILKINSON, R. G. (1992) "Income Distribution and Life Expectancy", *BMJ* 304 (6820).

WILSON, EDWARD O. (2000) *Sociobiology: the New Synthesis*, Harvard University Press.

#### SUMMARY

The average life expectancy of men in Sweden has rapidly approached that of women over the past twenty years. Deaths related to the consumption of alcohol and tobacco as well as to suicide have decreased among both sexes. However, this means that more men than women are being saved to live longer lives, since these causes of death are more common among men than women. Surprisingly, the relatively strong status of women in Swedish society may be an important factor underlying the levelling out of the gender differences in average life expectancy. As women's entry into the labour market during the 1960s and 1970s resulted in an expansion of women's life space into previously male domains, this has also

resulted in men's increased engagement with child care and household work during the 1980s and 1990s. The fact that men have taken on a more concrete responsibility for child care may in turn have significance for attitudes towards taking risks in traffic and the over-consumption of alcohol and smoking, both among men and in society in general. An overall greater impact by women's views on which societal issues should receive high priority is perhaps of even more importance. For example, the relatively prominent position of women in society led to early priority being given to child safety issues. All in all, this means that we have a society where health risks are viewed from a more "feminine" perspective than was previously the case, and that both women and men adopt more pronounced attitudes towards safety and care, which influences trends in health.

This article shows that gender differences in average life expectancy are caused by factors that are highly sensitive to social change. There is no reason to mystify the fact that women live longer than men by attributing it to something inaccessible in women's biological nature. There is a great and still undeveloped potential in the study of how gender differences in average life expectancy arise/exist that can lead to new perspectives in our knowledge about the determinants of public health. Improved public health is one of many arguments for a more gender equal society.

**MARIA DANIELSSON**  
Socialmedicin  
Norrbacka  
172 76 Stockholm  
maria.danielsson@phs.ki.se