



# Jämställdhet och folkhälsa

Ett kunskapsunderlag

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:5

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Anna Månsdotter, Institutionen för folkhälsovetenskap,  
Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-04-3

Karolinska Institutets folkhälsoakademi  
171 77 Solna

E-post: [info@kfa.ki.se](mailto:info@kfa.ki.se)  
Telefon: 08-524 800 00  
[www.ki.se/kfa](http://www.ki.se/kfa)

Rapporten kan beställas/laddas ner från  
Folkhälsoguiden, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## Förord

Könsrollernas omdaning hör till vår tids mest genomgripande sociala förändring. Inte minst gäller detta Stockholms län, där männens andel av det totala föräldrapenninguttaget fördubblades under det senaste decenniet och där hälften av länets landstingsråd är kvinnor. Utvecklingen innebär rimligen radikala effekter på kvinnors, mäns såväl som barns hälsa.

I denna rapport sammanfattas kunskapsläget inom området för första gången i Sverige. Vidare beskrivs jämställdhetsindikatorer för Stockholms läns kommuner och stadsdelar, och dess ekologiska samband med hälsoläget. Inte minst ställs viktiga frågor. Kan processen mot ett jämställt samhälle innebära påfrestningar, med negativa hälsokonsekvenser för båda könen som följd? Är en diffusion, mellan kvinnor och män, av respektive köns relativa fördelar i livsvillkor möjlig och önskvärd? Hur kan, i så fall, insatser på befolkningsnivå främja sådan konvergens?

Rapporten är skriven av med. dr. Anna Månsdotter, Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet, en av Sveriges ledande forskare inom området. Jag hoppas att denna skrift ska vara värdefull för politiker och tjänstemän med ansvar för folkhälsofrågor, liksom för forskare, studenter och en intresserad allmänhet.

Stockholm, september 2009

*Cecilia Magnusson*

Tf föreståndare

Karolinska Institutets folkhälsoakademi



## Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| Förord.....  | 3  |
| Sammanfattning.....  | 7  |
| Introduktion.....  | 9  |
| Grundläggande begrepp.....                                   | 9  |
| Det biologiska och sociala könet.....                        | 9  |
| Genussystemet.....   | 10 |
| Genusperspektiv, feminism och jämställdhet.....              | 11 |
| Jämställdhet och folkhälsa i svensk politik.....             | 11 |
| Jämställdhetspolitiken.....                                  | 11 |
| Folkhälsopolitiken.....                                      | 12 |
| Jämställdhet och folkhälsa – Stockholms län.....             | 13 |
| Jämställdheten i Stockholms kommuner.....                    | 13 |
| Hälsan för kvinnor och män i Stockholm.....                  | 14 |
| Kombinationen jämställdhet och hälsa.....                    | 15 |
| Forskning om jämställdhet och folkhälsa.....                 | 17 |
| Teoretiska utgångspunkter.....                               | 17 |
| Empiriska studier.....                                       | 19 |
| Internationella studier.....                                 | 19 |
| Svenska studier – samhällelig nivå.....                      | 19 |
| Svenska studier – individuell nivå.....                      | 20 |
| Kombinationen jämställdhet på individ- och samhällsnivå..... | 23 |
| Slutsatser.....  | 24 |
| Förslag för framtiden.....                                   | 24 |
| Slutord.....   | 25 |
| Referenser.....  | 27 |



## Sammanfattning

Kvinnor har i allmänhet sundare levnadsvanor och lever i genomsnitt längre än män, medan män som grupp i de flesta avseenden rapporterar bättre hälsa än kvinnor. För Stockholms del kan dessa könsskillnader illustreras med att 6,7 procent av kvinnorna och 12,7 procent av männen har hög alkoholkonsumtion, att 3,8 procent av kvinnorna och 20,6 procent av männen snusar dagligen, att 29,7 procent av kvinnorna och 26,6 procent av männen uppger sämre än god hälsa, och att 21,2 procent av kvinnorna och 14,4 procent av männen lider av psykisk ohälsa (Folkhälsorapport 2007).

En central orsak till könsskillnader i hälsa är det så kallade genusystemet. Med detta avses alla de sociala mekanismer som verkar för att göra flickor och pojkar, kvinnor och män olika i en mängd centrala aspekter av livet. Strategier för jämställdhet syftar till att motverka denna uppdelning genom att öka mäns ansvar för barn och hem, och kvinnors andel av makt och resurser i samhället. Ett rimligt antagande är därmed att ökad jämställdhet också får konsekvenser på såväl könsskillnader som nivåer av hälsa och livslängd. Syftet med detta kunskapsunderlag är att beskriva kunskapsläget om samband mellan jämställdhet och folkhälsa.

Sverige har i många avseende kommit längst i världen när det gäller jämställdhet, men den är långt ifrån fullbordad. Detta bevisas i en analys av jämställdheten i kommuner mätt i andel kvinnor respektive män i kommunfullmäktige, föräldraledighet, deltid, vård- och omsorgsarbete, tillverkningsindustri, chefspositioner och medelinkomster. På en skala där 50 representerar "fullbordad jämställdhet" hamnar Stockholms län på 29,2, vilket är något högre än i Sverige som helhet (26,8). I topp ligger Stockholm (33,4), Solna (31,9) och Sundbyberg (31,8) och i botten ligger Österåker (26,7) och Upplands Bro (27,0).

Nuvarande forskning tyder på att de initiala stegen mot ett jämställt samhälle, då kvinnor garanteras grundläggande rättigheter, är entydigt positivt för både vuxnas och barns hälsa. Men forskning indikerar också att processen mot jämställdhet kan påverka folkhälsan negativt. I en studie baserad på kommundata framkom till exempel att Sverige kan ha nått en punkt där jämställdheten på befolkningsnivå är negativ för båda könen mätt i sjukskrivning och medellivslängd. Detta kan bero på att kvinnor har tagit över traditionellt sett manliga domäner före det motsatta skett, vilket nu missgynnar kvinnan i form av överbelastning och fortsatt underordning i samhället, och mannen i form av fortsatt riskfylld livsstil och förlust av tidigare samhällsprivilegier.

För att förstå mer av sambandet mellan jämställdhet och hälsa konstruerades för några år sedan en kohort av alla föräldrar som fick sitt första gemensamma barn 1978 tillsammans med data om jämställdhet (1978–1980) och hälsa (1981–2001). I en studie visades till exempel att kvinnor som hade en traditionell roll i arbetslivet löpte 32 procent lägre risk för förtidig död jämfört med jämställda kvinnor, medan män som hade en traditionell roll i familjelivet löpte 59 procent högre risk för förtidig död jämfört med jämställda män. Detta ger stöd för hypotesen att jämställdhet leder till ändrade levnadsvanor och livsvillkor, och i förlängningen minskade könsskillnader i livslängd. En annan förklaring kan vara att kombinationen av

jämställdhet i vardagen och jämställdhet i omgivningen påverkar könen olika. Nyligen har till exempel i en svensk studie visats att kvinnliga ”pionjärer i jämställdhet” hade 23 procent högre risk och manliga ”pionjärer i jämställdhet” 26 procent lägre risk för sjukskrivning. En framtidssignal baserad på föräldrakohorten 1978 är att jämställdhet när det gäller vård av barn kan gynna båda könen hälsa.

De flesta håller idag med om att alla människor bör få möjlighet att leva ett så långt liv som möjligt med god hälsa, och att möjligheten att bestämma över sitt liv ska gälla oavsett kön. Ökad satsning på forskning och kunskapsutveckling kan bidra till att undanröja kortsiktiga motsättningar mellan strategier för ökad jämställdhet och en bättre folkhälsa.

Kunskapsunderlaget har författats av Anna Månsdotter, doktor i folhälsovetenskap med inriktning på hälsoekonomi och jämställdhet vid Karolinska Institutet. Det har finansierats av Stockholms läns landsting, och med anslag från FAS (Dnr 2007–0091) och Vetenskapsrådet (Dnr 2007–2805). Värdefulla synpunkter har lämnats av Anne Hammarström och Lisa Harrysson vid Umeå Universitet, samt av Mona Backhans vid Karolinska Institutet. Målgruppen för kunskapsunderlaget utgörs av beslutsfattare vid landsting, kommuner och myndigheter, praktiker inom folkhälsoarbete och jämställdhetsstrategier, samt studenter på grundläggande folkhälsoutbildning.



## Introduktion

Kvinnor lever i genomsnitt längre än män, medan män som grupp har mer makt och resurser, och bättre självrapporterad hälsa, än kvinnor. Detta gäller för befolkningen globalt (United Nations Development Programme 2007, World Health Organisation 2008), i Sverige (Statens folkhälsoinstitut 2005), och inom Stockholms län (Folkhälsorapport 2007).

En central orsak till dessa könsskillnader är att kvinnor och män har olika levnadsvanor, arbetar med olika saker, tar olika stort ansvar för barn och hem, samt har olika grad av inflytande i samhället (Annandale och Hunt 2002). Detta innebär också att jämställdhet i betydelsen minskade skillnader mellan kvinnors och mäns livsföring borde vara avgörande för att nå folkhälsomålet om minskade könsskillnader i hälsa och livslängd. Jämställdhet kan handla om en kvinnas och mans strävan efter delat ansvar och arbetsuppgifter i vardagen, om policy för minskade könsskillnader i karriär och inkomst på arbetsplatser, och om reformer avsedda att minska skillnader mellan kvinnor och män ifråga om makt och inflytande i politik och näringsliv. Både den individuella och omgivande graden av jämställdhet kan antas påverka folkhälsan och dess fördelning. Denna rapport syftar till att beskriva kunskapsläget om hur minskade skillnader mellan kvinnor och män i det privata och offentliga livet relaterar till hälsa och livslängd, eller med andra ord – vad forskningen idag säger om ”jämställdhet och folkhälsa”.

## Grundläggande begrepp

### Det biologiska och sociala könet

Simone de Beauvoir (1949) skrev: ”man föds inte till kvinna – man blir det”. Detta kan anses representera startskottet för den diskussion vi idag känner om det biologiska (medfödda) och sociala (förvärvade) könet. Med andra ord, försöken att förstå vilka skillnader mellan män och kvinnor som är biologisk-genetiska och svåra att förändra, och vilka som är sociokulturellt skapade och i princip möjliga att påverka. I Sverige introducerades genus, som begrepp för det sociala könet och som svar på det engelskans gender, i slutet av 1980-talet av Hirdman (1988). Det har därefter lanserats på bred front i forskning, politik och vardag. Idag syns en återgång till begreppet kön i betydelsen att det biologiska och sociala könet är oundvikligen sammansatta. Genusrelaterade faktorer påverkar biologin (till exempel uppmuntrar föreställningar om maskulinitet fler unga män än unga kvinnor att träna muskler) och biologiska faktorer påverkar genussystemet (till exempel då amning motiverar att mammor tar ut största delen av föräldraledigheten).

Diskussionen om det biologiska respektive sociala könet är synnerligen central för studier av könsskillnader i hälsa av både empiriska (kan de påverkas?) och normativa (bör de påverkas?) skäl (Whitehead 2000). Men även här är det givetvis så att biologisk-genetiska och sociokulturella förutsättningar för hälsa påverkar varandra (Hammarström mfl 2001, Krieger 2003, Rieker och Bird 2005). En tydlig illustration är att män har högre alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet jämfört med kvinnor (World Health Organisation 2005, Statens folkhälsoinstitut 2005). För att förstå och intervensera mot detta folkhälsoproblem krävs både

biologiska och sociala hänsyn (Holmia och Raitasalo 2005, Månsdotter mfl 2008). De biologiska skillnaderna innebär att kvinnors kroppar i allmänhet tål mindre alkohol och att deras konsumtion under graviditet påverkar ett foster, vilket gör att de uppmanas/väljer att vara försiktigare med alkohol än män. Till detta kommer kulturella föreställningar om kvinnor som huvudansvariga för barnens fostran och samhällets moral, och att kvinnor i genomsnitt har sämre ekonomi och mindre frihetsgrad, vilket också bidrar till deras lägre andel av konsumtion, sjuklighet och dödlighet. I en rapport om ”jämsällldhet och folkhälsa” är det de sociokulturella orsakerna till könsskillnader som står i fokus (Östlin mfl 2001, Wamala och Lynch 2002, Annandale och Hunt 2002).

## Genussystemet

Ett avgörande begrepp för frågor om könsskillnader kopplade till makt, resurser och hälsa är det så kallade genusssystemet (Harding 1986, Connell 1987, Okin 1989). Med detta menas det sociala system som ser till att hålla isär kvinnor och män genom ett komplicerat samspel av faktorer. Synen på genusssystemet varierar mellan forskare, men många anser att det kan beskrivas utifrån två grundläggande dimensioner (Hirdman 1988, Okin 1989). Den dikotoma dimensionen verkar för att göra könen olika i fråga om relationer, beteenden och arbeten, medan den asymmetriska dimensionen verkar för att göra könen ojämlika på så sätt att män och maskulinitet överordnas kvinnor och feminitet. Dessa dimensioner kan förövrigt användas för att förstå en vanlig åsiktsskillnad (Kiss 1989). Vissa anser att kvinnor och män är och bör vara olika, men att de skall värderas lika (de vill förändra den asymmetriska dimensionen). Andra hävdar att kvinnor och män har samma medfödda förutsättningar till det mesta i livet och betraktar alla olikheter som problematiska (de vill förändra både den dikotoma och asymmetriska dimensionen).

Den ständiga reproduktionen av genusssystemet i alla nu kända kulturer beror enligt Harding (1986) på samverkan mellan tre primära system. Det *symboliska systemet* innebär att kvinnor och män ges motsatta karaktäristiska såsom privat/offentlig, känsla/intellekt, beroende/oberoende och varm/kall; oftast har den manliga symboliken högre status i samhället än den kvinnliga. Det *strukturella systemet* innebär att samhällets arbetsdelning organiseras för att passa det symboliska systemet så att exempelvis män arbetar med att försvara och bygga landet, medan kvinnor utför den obetalda och betalda omsorgen om barn och äldre. Det *individuella systemet* innebär slutligen att människors identitet formas för att passa kollektiva åsikter om vad som anses passande för kvinnor respektive män, eller med andra ord, vi strävar i allmänhet efter att ”vara vårt kön”. I en liknande ansats hävdar Connell (1987; 2002) tre avgörande genusstrukturer: arbetsdelningen mellan könen, maktskillnaderna mellan könen, och att genusssystemet även strukturerar kärleken och sexualiteten. Med vetskap om mängden faktorer samt mekanismernas styrka och komplexitet är det inte konstigt att det är svårt och trögt att förändra genusssystemet till förmån för ökad jämsällldhet.

Genusssystemets existens kan empiriskt bevisas med data om utbildning, arbetsmarknad, inkomster, rättsväsende, socialtjänst, hälso- och sjukvård, fritid, och så vidare. Däremot innehåller frågor om rättvisa, önskvärda reformer, och prioritering av åtgärder kopplade till skillnader i liv och hälsa mellan kvinnor och män alltid en värderingskomponent (Månsdotter 2004). Den klassiska idén (David Hume, 1711–1776) om att man bör hålla isär fakta och

värderingar är därmed central för all kunskapsutveckling om genussystemet, dess orsaker och konsekvenser.

## **Genusperspektiv, feminism och jämställdhet**

Inom folkhälsoområdet råder viss oklarhet i användningen av begrepp som könsskillnader och genusperspektiv, feminism och jämställdhet (Statens folkhälsoinstitut 2005). Här föreslås att begreppet *könsskillnader* ska användas då man beskriver ohälsa, sjuklighet och dödlighetsmönster för kvinnor respektive män, oavsett om orsakerna är biologisk-genetiska eller sociokulturella. Vidare bör begreppet *genusperspektiv* användas då man försöker förklara dessa könsskillnader utifrån kunskap om genussystemets alla mekanismer och hur dessa interagerar med biologisk-genetiska faktorer (Hammarström och Månsdotter 2008). Det finns en rad olika feministiska synsätt men de har alla gemensamt att de strävar efter kvinnans fulla ekonomiska, sociala och politiska likhet med mannen (Kiss 1998). På folkhälsoområdet skulle därmed *feminism* vara att med hjälp av folkhälsoinsatser försöka minska könsskillnader i de socioekonomiska faktorer som bestämmer hälsa och livslängd (Hammarström 1999, Månsdotter 2004).

Om könsskillnader avser deskription, genusperspektiv förståelse, och feminism förändring, är begreppet *jämställdhet* i sin enklaste form ett uttryck för likhet mellan kvinnor och män. Till detta kan sedan kopplas en individuell åsikt, en politisk målsättning, en filosofisk teori, eller en vetenskaplig fråga. För forskningen om jämställdhet inom folkhälsoområdet finns två basala frågeställningar (Tsuchiya och Månsdotter 2009). Den första frågan, som denna rapport handlar om, är hur ökad likhet mellan könen i fråga om arbetstid, obetalt arbete, inkomst, yrkesposition, etc. påverkar kvinnors och mäns hälsa och livslängd. Den andra frågan är hur folkhälsointerventioner påverkar genussystemet och i förlängningen graden av jämställdhet i samhället.

## **Jämställdhet och folkhälsa i svensk politik**

### **Jämställdhetspolitiken**

Det överordnade målet i svensk jämställdhetspolitik är att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv (Regeringen 2008). Detta kan i sin tur delas in i delmålen om en jämn fördelning mellan kvinnor och män i: 1) makt och inflytande (samma rätt att vara medborgare och forma villkoren för beslutsfattandet), 2) ekonomi (samma möjlighet till utbildning, arbete och ekonomisk självständighet), och 3) hem- och omsorgsarbetet (samma ansvar för hemarbete och samma möjlighet att ge och få omsorg). Jämställdhetsmålen i Sverige harmonierar därmed med statsvetarens Susan Moller Okins definition av ett rättvist samhälle: "a society in which men and women would participate in more or less equal numbers in every sphere of life, from infant care to high-level politics" (sid 171, 1989). Sedan några år ingår också delmålet om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (samma rätt till kroppslig integritet för flickor och pojkar, kvinnor och män) vars betydelse för folkhälsan är uppenbar.

### Faktaruta 1. Milstolpar i svensk jämställdhetspolitik

|      |   |
|------|---|
| 1845 | Lika arvsrätt för män och kvinnor                       |
| 1864 | Mannen förlorar sin lagliga rätt att äga hustrun        |
| 1870 | Kvinnor får ta studentexamen och studera på universitet |
| 1874 | Gift kvinna får rätt att bestämma över sin egen inkomst |
| 1919 | Kvinnor får rösträtt och blir valbara                   |
| 1939 | Förbud att avskeda en kvinna när hon gifter sig         |
| 1940 | Förbud att avskeda en kvinna vid graviditet             |
| 1969 | Rätt till lika lön för lika arbete                      |
| 1971 | Separat beskattning för makar                           |
| 1974 | Föräldraförsäkring som inkluderar även män              |
| 1975 | Kvinnan får rätt att själva bestämma över abort         |
| 1980 | Lag mot könsdiskriminering i arbetslivet                |
| 1983 | Alla yrken öppnas för kvinnor inklusive försvaret       |
| 1998 | Lagen mot kvinnofrid träder i kraft                     |

Källa: Fredrika Bremer-förbundet, [www.fredrikabremer.se](http://www.fredrikabremer.se)

### Folkhälsopolitiken

Folkhälsopolitikens övergripande mål i Sverige är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Regeringen 2007). Annorlunda uttryckt innebär detta både en strävan efter en hög nivå av hälsa och överlevnad i befolkningen, samt att skillnader mellan individer och grupper ska minska. Sedan några år är folkhälsopolitiken baserad på elva målområden vilka har bedömts särskilt viktiga för en god folkhälsa såsom barns och ungas uppväxtvillkor, skydd mot smittspridning, ökad fysisk aktivitet, och minskat bruk av tobak och alkohol. I målområde 1 som avser delaktighet och inflytande i samhället ingår politikområdet jämställdhet. Att jämställdhet bör uppmärksammas i forskning, policy och praktik stärks ytterligare av att Statens folkhälsoinstitut (2005) har identifierat detta som central bestämningssfaktor för folkhälsan och som en huvudindikator för uppföljning av den svenska folkhälsopolitiken.

### Faktaruta 2. Målområden i svensk folkhälsopolitik

|              |   |
|--------------|---|
| Målområde 1  | Delaktighet och inflytande i samhället      |
| Målområde 2  | Ekonomiska och sociala förutsättningar      |
| Målområde 3  | Barns och ungas uppväxtvillkor              |
| Målområde 4  | Hälsa i arbetslivet                         |
| Målområde 5  | Miljöer och produkter                       |
| Målområde 6  | Hälsofrämjande hälso- och sjukvård          |
| Målområde 7  | Skydd mot smittspridning                    |
| Målområde 8  | Sexualitet och reproduktiv hälsa            |
| Målområde 9  | Fysisk aktivitet                            |
| Målområde 10 | Matvanor och livsmedel                      |
| Målområde 11 | Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel |

Källa: Statens folkhälsoinstitut, [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

## Jämställdhet och folkhälsa – Stockholms län

Politiska strategier och praktiska åtgärder för jämställdhet och folkhälsa ska givetvis svara mot den situation som råder. Här illustreras detta med fakta om Stockholms län, som består av 26 kommuner\* med nästan 2 miljoner invånare, varav drygt 800 000 i Stockholms kommun.

### Jämställdheten i Stockholms kommuner

I tabell 1 illustreras graden av jämställdhet i Stockholms län och i Sverige för ett urval av indikatorer åren 2002–2006. Mätningen baseras på en genomsnittlig jämförelse mellan kvinnor och män gällande: ledamöter i kommunfullmäktige, föräldraledighet, deltidsarbetande, vård- och omsorgsarbete, tillverkningsindustri, chefspositioner samt medelinkomst, där skalan går från 1 (”helt ojämnt”) till 50 (”fullbordad jämställdhet”).

Det framgår att Stockholms län hade högre grad av jämställdhet än Sverige som helhet i alla indikatorer utom medelinkomst. Jämställdheten var högst för ledamöter i kommunfullmäktige (44,3) och medelinkomst (41,9), och lägst för andel män i vård- och omsorgsarbete (16,2) och föräldraledighet (20,3). I en analys av spridningen visades också att kommunerna med *högsta* respektive *lägsta* grad av jämställdhet var: Stockholm respektive Vaxholm avseende ledamöter i kommunfullmäktige; Salem respektive Upplands Bro avseende föräldraledighet; Solna respektive Nykvarn avseende deltidsarbetande; Danderyd respektive Nykvarn avseende andel män i vård- och omsorgsarbete; Nykvarn respektive Norrtälje avseende andel kvinnor i tillverkningsindustri; Sundbyberg respektive Nykvarn avseende chefspositioner; Sundbyberg respektive Danderyd avseende medelinkomst. Sammantaget uppgick jämställdheten i regionen mätt i dessa indikatorer till 29,2 och i Sverige till 26,8 på skalan från 1 till 50. Jämställdheten är med andra ord långt ifrån fullbordad i vare sig Stockholm eller Sverige som helhet.

**Tabell 1.** Graden av jämställdhet på en skala från 1–50 baserat på ett urval av indikatorer åren 2002–2006; medelvärde Stockholms län, spridning kommuner, och medelvärde Sverige.

| Jämställdhetsindikator:           | År   | Medelvärde Stockholms län | Spridning kommuner Stockholms län | Medelvärde Sverige |
|-----------------------------------|------|---------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Ledamöter i kommunfullmäktige     | 2006 | 44,3                      | 38,7 – 49,5                       | 42,1               |
| Föräldraledighet                  | 2005 | 20,3                      | 17,7 – 23,5                       | 19,4               |
| Andel deltidsarbetande (25–44 år) | 2004 | 22,5                      | 18,3 – 27,7                       | 20,6               |
| Andel vård- och omsorg            | 2004 | 16,2                      | 10,2 – 25,1                       | 13,2               |
| Andel tillverkningsindustri       | 2004 | 30,9                      | 24,2 – 39,7                       | 24,5               |
| Andel på chefspositioner          | 2002 | 28,5                      | 19,8 – 34,4                       | 25,0               |
| Medelinkomst                      | 2006 | 41,9                      | 34,0 – 44,7                       | 42,9               |
| Sammanfattande jämställdhet       |      | 29,2                      | –                                 | 26,8               |

Källa: Arbetsmaterial till studie av Backhans, Lundberg, Månsdotter (2007)

\*) Botkyrka, Danderyd, Ekerö, Haninge, Huddinge, Järfälla, Lidingö, Nacka, Norrtälje, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Sigtuna, Sollentuna, Solna, Stockholm, Sundbyberg, Södertälje, Tyresö, Täby, Upplands Bro, Upplands Väsby, Vallentuna, Vaxholm, Värmdö och Österåker.

## Hälsan för kvinnor och män i Stockholm

Med utgångspunkt i Stockholms läns landstings folkhälsoenkäter bland åldrarna 16–84 år beskrivs i tabell 2 ett urval av hälsoutfall, livsvillkor och levnadsvanor för kvinnor och män. Det framgår att en större andel kvinnor än män rapporterar sämre än god hälsa (29,7% respektive 26,6%), psykisk ohälsa (21,2% respektive 14,4%) samt smärta (26,6% respektive 17,2%). Kvinnor anger också oftare en kombination av höga krav och låg kontroll i arbetet, och att de har känt sig stressade flera gånger per vecka. Detta kan jämföras med att ohälsotalet år 2007 uppgick till 38 dagar för kvinnor och 27 dagar för män (Försäkringskassan).

En större andel kvinnor (17,5%) än män (15,2%) uppger att de röker dagligen, men för alla andra levnadsvanor (stillasittande fritid, sällsynt frukt och bär konsumtion, diabetes, snusning och alkoholkonsumtion) är män mer drabbade än kvinnor. Andelen män som rapporterade hög alkoholkonsumtion (24 gram 100%-ig alkohol per dag) uppgick till exempel till 12,7 procent, medan andelen kvinnor (15,5 gram 100%-ig alkohol per dag) uppgick till 6,7 procent. En konsekvens av denna skillnad är att det är cirka dubbelt så vanligt att män drabbas av alkoholrelaterad slutenvård och dödlighet än kvinnor (Socialstyrelsen). Ett annat exempel är att 7,5 procent av männen och 2,7 procent av kvinnorna uppger att de bara äter frukt och bär någon gång per månad.

Fler kvinnor (5,4%) än män (3,3%) har försökt ta sitt liv, vilket kan jämföras med att det är dubbelt så vanligt att män begår självmord (Socialstyrelsen). Vidare anger män i högre grad än kvinnor att de har blivit hotade eller utsatta för våld i allmänhet, medan kvinnor i högre grad än män anger att de har blivit hotade eller utsatta för våld i hemmet.

Könsskillnaderna i självrapporterad hälsa och hälsorelaterade utfall inom Stockholms län är alltså betydande. Bilden kan kompletteras med att den svenska medellivslängden idag uppgår till cirka 78 år för män och 83 år för kvinnor. Detta motsvarar skillnaden mellan den kommun som har lägst medellivslängd (Sundbyberg, 78 år) och den kommun som har högst medellivslängd (Danderyd, 83 år) i Sverige (Socialstyrelsen). Det är med andra ord motiverat att ha både kvinnor och män som målgrupp i en folkhälsopolitik och ett folkhälsoarbete inriktat på ökad jämlikhet i hälsa.

**Tabell 2.** Andel (%) avseende ett urval av hälsoutfall och levnadsvanor för kvinnor respektive män i Stockholms län år 2006; 95 procent konfidensintervall.

|  | Kvinnor             | Män                 |
|--|---------------------|---------------------|
| Sämre än god hälsa                                   | 29,7<br>(29,0-30,4) | 26,6<br>(25,9-27,3) |
| Psykisk ohälsa,<br>GHQ12 cut 3                       | 21,2<br>(20,6-21,8) | 14,4<br>(13,8-14,9) |
| Smärta i axlar eller armar, minst 2 dagar per vecka  | 26,6<br>(26,0-27,3) | 17,2<br>(16,6-17,8) |
| Höga krav och låg kontroll i arbetslivet             | 20,9<br>(20,2-21,6) | 17,2<br>(16,5-17,9) |
| Stressad, några dagar eller mer per vecka            | 31,1<br>(30,4-31,8) | 21,5<br>(20,8-22,1) |
| Självordsförsök, någon gång                          | 5,4<br>(5,0-5,7)    | 3,3<br>(3,0-3,5)    |
| Utsatt/hotad med våld, senaste 12 månaderna          | 5,5<br>(5,2-5,8)    | 6,3<br>(5,9-6,7)    |
| Utsatt/hotad med våld i hemmet, senaste 12 månaderna | 1,5%<br>(1,3-1,6)   | 0,8%<br>(0,7-0,9)   |
| Stillasittande fritid,<br>≤ 2 timmar per vecka       | 12,2<br>(11,7-12,7) | 12,9<br>(12,4-13,4) |
| Äter mycket sällan frukt och bär                     | 2,7<br>(2,5-3,0)    | 7,5<br>(7,1-7,9)    |
| Diabetes   | 3,6<br>(3,4-3,9)    | 5,6<br>(5,2-5,9)    |
| Röker dagligen                                       | 17,5<br>(16,9-18,0) | 15,2<br>(14,6-15,7) |
| Snusar dagligen                                      | 3,8<br>(3,5-4,1)    | 20,6<br>(20,0-21,2) |
| Hög alkoholkonsumtion                                | 6,7<br>(6,3-7)      | 12,7<br>(12,2-13,2) |

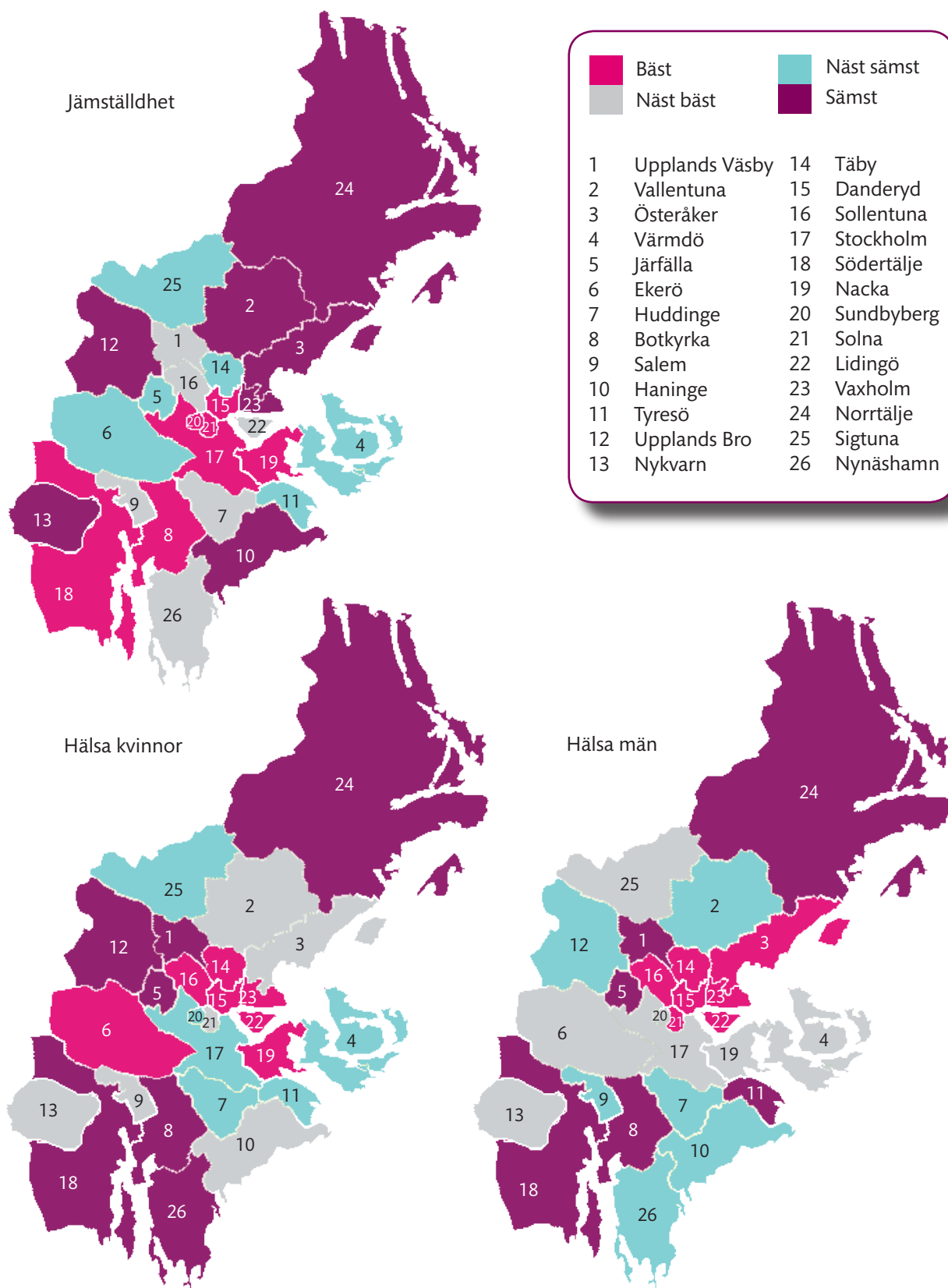
Källa: Stockholms läns landstings folkhälsoenkät 2006, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## Kombinationen jämställdhet och hälsa

I Figur 1 illustreras för Stockholms läns kommuner den *sammanfattande jämställdheten* baserat på kvinnor respektive män i kommunfullmäktige, föräldraledighet, deltid, vård- och omsorgsarbete, tillverkningsindustri, chefspositioner och medelinkomster (2002–2006), samt andel med *sämre än god hälsa* i befolkningen uppdelat på kvinnor och män (2006). Både jämställdhet och hälsa har delats in i fyra kategorier med utgångspunkt i kvartiler. Med ”bra” menas här hög nivå av jämställdhet och låg andel med sämre än god hälsa.

Man kan inledningsvis konstatera att det finns en stor heterogenitet bland kommuner som ligger bäst till i jämställdhet (Botkyrka, Danderyd, Stockholm, Södertälje, Nacka, Sundbyberg och Solna). En annan iakttagelse är att i tolv kommuner hamnar kvinnor och män i samma kategori av hälsa, varav fem i den bästa gruppen (Täby, Danderyd, Sollentuna, Lidingö och Vaxholm). När det gäller kombinationen jämställdhet och sämre än god hälsa kan man för det första konstatera att Botkyrka och Södertälje är bäst på jämställdhet och sämst i båda könen hälsa, att Österåker är sämst i jämställdhet och bäst i mäns hälsa, samt att Vaxholm är sämst i jämställdhet och bäst i båda könen hälsa. I nio kommuner harmonierar jämställdheten och hälsan för något av könen; Danderyd är till exempel bäst i både jämställdhet och kvinnors och mäns hälsa, medan Norrtälje är sämst i både jämställdhet och kvinnors och mäns hälsa. En slutsats är att det krävs mer information om i detta fall kommunala förhållanden för att kunna identifiera samband mellan jämställdhet och folkhälsa.

**Figur 1.** Illustration av sammanfattande jämställdhet, sämre än god hälsa bland kvinnor samt sämre än god hälsa bland män, för kommuner i Stockholms län åren 2002–2006.



Källa: Arbetsmaterial till studie av Backhans, Lundberg, Månsdotter (2007); Stockholms läns landstings folkhälsoenkät 2006, [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)



## Forskning om jämställdhet och folkhälsa

Eftersom både jämställdhet och folkhälsa utgör politiska fastställda målsättningar vore det önskvärt om det fanns ett positivt samband mellan dessa. Om varje steg mot ökad jämställdhet också innebar bättre folkhälsa. Men är det så? Det är utan tvekan så att ökad jämställdhet i betydelsen grundläggande rättigheter för kvinnor när det gäller mat, reproduktion, utbildning, resurser och inflytande leder till bättre folkhälsa (United Nations Development Programme 2002, World Health Organisation 2008). Men ett rimligt antagande är också att processen mot ett jämställt samhälle innehåller påfrestningar på båda könen livskvalitet och livslängd. Jämställdhet handlar om förändring av djupt rotade föreställningar om hur kvinnor och män bör vara, och vad de bör göra, vilket i sig kan skapa oro och stress. Det är inte heller givet, vilket vore önskvärt ur ett folkhälsoperspektiv, att jämställdhet innebär att kvinnor tar efter män vad gäller faktorer kopplade till psykisk hälsa, och att män tar efter kvinnor vad gäller attityder till risk och säkerhet.

### Teoretiska utgångspunkter

| Faktaruta 3. Teorier om jämställdhet och folkhälsa |   |
|--|---|
| Konvergensteorin                                   | Vid fullbordad jämställdhet har kvinnor och män samma attityder och beteende, och samma villkor i hem, arbete och fritid. Detta antas vara förenat med utjämnade eller eliminerade könsskillnader i hälsa och livslängd.                                |
| Multipla roller                                    | Jämställdhet innebär fler roller för både kvinnor och män eftersom båda ska ta hand om barn och hem, och bidra med försörjning. Detta antas gynna hälsa genom ett mer varierat liv fram till en punkt då multipla krav övergår till hälsofarlig stress. |
| Relativ jämställdhet                               | Jämställdhet handlar om såväl ansvars- och arbetsfördelning i vardagen, som hur könen representeras i politik, näringsliv, forskning, etc. Hälsan kan antas bero på kombinationen av individens och omgivningens nivå av jämställdhet.                  |
| Maskulinitet och feminitet                         | Hälsorelaterade livsstilar är avgörande för maskulinitet och feminitet, hur vi uppfattas som man respektive kvinna. Detta kan förklara motstånd till förändring och "kompenserande mekanismer" bakom uteblivna hälsoeffekter vid jämställdhet.          |

Källa: Månsdotter, Lindholm, Lundberg, Öhman (2006); Backhans, Lundberg, Månsdotter (2007)

Genussystemet innebär hälsorisker för kvinnor, vilket i grund och botten hänger samman med att nackdelar i makt, inflytande och resurser innebär ökad risk för ohälsa, sjukdom och död. Men till skillnad från hälsoskillnader mellan andra sociala, ekonomiska och etniska grupper, inrymmer folkhälsan en "genusparadox" (Danielsson och Lindberg 2001). Kvinnor lever längre och har sundare levnadsvanor än män, trots att de representerar en underordnad grupp och rapporterar sämre hälsa än män. Genussystemet innebär alltså också hälsorisker för män. Ett väletablerat antagande är att uppnådd jämställdhet borde associera med mindre eller eliminerade skillnader mellan könen i mått som levnadsvanor, självskattad hälsa, psykisk ohälsa, sjukskrivningar och medellivslängd (Annandale och Hunt 2002). Med andra ord, i ett samhälle utan genussystem skulle kvinnor och män verka utifrån samma villkor i hem, arbete och fritid, med följderna utjämnade könsskillnader i livstidshälsa så långt möjligt utifrån kvinnors och mäns olika kroppsliga förutsättningar. Denna grundläggande teori inom området jämställdhet och folkhälsa kallas *konvergensteorin* (Månsdotter mfl 2006, 2008).

En annan användbar teorisk ansats utgår från begreppet *multipla roller* (Biddle 1986). Till detta kan kopplas stressteorin vilken antar att individer med många ansvarsområden och göromål upplever mer press, konflikt, och ohälsa eftersom människans primära livsroll (t ex försörjare eller vårdare) inte orkar med ytterligare roller (Goode 1960). Expansionsteorin innebär motsatt att individer med många roller har en hälsofördel eftersom de kan kompensera nackdel i en livsroll (t ex föräldraskap) med positiva omständigheter i andra (t ex arbete) (Thoits 1983). I detta sammanhang ska man komma ihåg att processen mot jämställdhet inte är symmetrisk; kvinnor anammar ofta traditionellt sett manliga roller före det motsatta sker (de Beauvoir 1949). Den mesta forskningen om multipla roller visar att flera roller är bra för hälsan, men att det också finns en punkt då detta övergår i hälsofarlig stress (Verbrugge och Madans 1985, Barnett 2004). En vanligt förekommande hypotes baserad på multipla roller, och jämställdhet och folkhälsa av idag, är att kvinnor skulle vinna hälsa om de avlastades ansvar för hem och barn (stresshypotesen) samtidigt som män skulle vinna hälsa på ökad delaktighet i familjen (expansionshypotesen) (Hammarström mfl 2001).

Teorier om *relativ jämställdhet* innebär att det är individens jämställdhet i vardagen i förhållande till målsättningar och förflyttningar mot jämställdhet i det omgivande samhället som påverkar deras hälsa (Sen 2002). Kvinnor som lever i länder med jämställdhetspolitiska mål om båda könen rätt att forma samhället och sina egna liv (Regeringen 2008) kan till exempel drabbas mer av nedsatt välbefinnande på grund av underordning än kvinnor som lever i länder utan sådana mål (Piccinelli och Wilkinson 2000, Strandh och Nordenmark 2006). En annan hypotes är att kvinnor och män påverkas olika av att vara "pionjärer" på området jämställdhet; det har till exempel påståtts att en jämställd fördelning av föräldraledighet innebär att män (hälsosamt) lovordas samtidigt som kvinnor (hälsofarligt) kritiserar (Backhans mfl 2007).

Hälsorelaterade attityder och beteenden är grundläggande för föreställningar om *maskulinitet och feminitet*, om hur vi blir till kvinna respektive man (Courtenay 2000, Connell 1995). Män använder till exempel riskfyllda livsstilar för att demonstrera maskulinitet och makt, medan kvinnor använder omvårdande egenskaper för att demonstrera feminitet och underordning. Det har också hävdats att maskulinitet (i betydelsen karaktärsdrag socialt önskvärda bland män) är hälsosamt för män och att feminitet (i betydelsen karaktärsdrag socialt önskvärda bland kvinnor) är hälsosamt för kvinnor (Holmlund 2006). En annan hypotes är att förmågan till både maskulinitet and feminitet är den bästa förutsättningen för hälsa och överlevnad (Constantinople 1973). Teorier om maskulinitet och feminitet på området jämställdhet och folkhälsa kan användas för att förstå motstånd till förändring, och varför hälsoeffekter uteblir vid jämställdhet. Den traditionellt sett feminina rollen som vårdare av barn är till exempel inte förenligt med hög alkoholkonsumtion, risktagande i trafiken och dåliga matvanor (Waldron 1976). Män som är föräldralediga borde därför kunna utveckla sundare levnadsvanor (Hemström 1998, Danielsson och Lindberg 2001, Månsdotter med fler 2007). Men det kan också vara så att dessa män använder riskfyllda livsstilar för att "kompensera" en hotad maskulinitetsstatus som pappaledig (Månsdotter mfl 2009).

## **Empiriska studier**

Forskning om jämställdhet och folkhälsa bör: 1) inkludera en jämförelse mellan kvinnor och män (på individnivå eller omgivningsnivå), 2) baseras på data om både det privata (t ex hushållsarbete och omsorg om barn) och offentliga livet (t ex utbildning, inkomst och inflytande), samt 3) utgå ifrån att jämställdhet påverkar hälsan för båda könen (Regeringen 2008, Okin 1989). Med utgångspunkt i dessa krav finns det idag mycket lite empirisk forskning. Viktiga förklaringar till denna brist är att data om både privat och offentligt liv saknas, att mannens ansvar för hem och barn saknar självklarhet i ett globalt perspektiv, tillsammans med en allmän brist på folkhälsorelevant genusforskning.

## **Internationella studier**

En idag välkänd studie om jämställdhet och folkhälsa genomfördes av Kawachi med fler (1999) med data på delstatsnivå i USA. Graden av jämställdhet indikerades med hjälp av kvinnors andel av politisk makt och ekonomisk status, samt reproduktiva rättigheter. Resultatet visade ett positivt samband mellan jämställdhet och överlevnad efter kontroll för staternas ekonomi, och att detta gällde för både kvinnor och män. Vidare har i en analys av västeuropeiska och nordamerikanska länder framkommit att män löper ökad risk för förtidig död i ”patriarkala länder”, vilket definierades utifrån omfattningen av mördade kvinnor (Stanistreet mfl 2005). Från USA har också rapporterats att ökad jämställdhet generellt associerar med minskat våld mot kvinnor, förutom i de 20 procent mest jämställda delstaterna där våldet ökade (Yllo 1983). Ett annat exempel på komplext resultat är att delstater med höga nivåer av jämställdhet hade fler våldtäkter på kort sikt, men färre våldtäkter på lång sikt (10–20 år) (Whaley 2001).

Sammantaget stöder dessa studier teorin om att de inledande stegen mot jämställdhet, då kvinnor garanteras grundläggande rättigheter, är gynnsamma för folkhälsan (Sen 1998). Men de indikerar också att sambandet mellan jämställdhet och folkhälsa inte är linjärt, eller med andra ord, att processen mot jämställdhet i samhället också innehåller risker för människors hälsa och livslängd (Backhans mfl 2007).

## **Svenska studier – samhällelig nivå**

Den enda svenska studien om jämställdhet på samhällsnivå och folkhälsa genomfördes med kommundata åren 2001–2002 (Backhans mfl 2007). Graden av jämställdhet i kommunen indikerades genom en jämförelse mellan andelen kvinnor och män i tre avseenden: politiskt deltagande (ledamöter i kommunfullmäktige och kommunstyrelse), arbetsdelning (vård av sjuka barn, deltidsarbete och chefspositioner) samt ekonomiska resurser (medelinkomst och fattigdom). Hälsomåttan var sjukskrivning och medellivslängd, och analyserna justerades för skillnader mellan kommuner vad gäller inkomster, skattesats, förvärvsintensitet, utbildningsnivå, ålderstruktur, samt andelen studenter och utlandsfödda. Resultatet visade att ju mer jämställdhet desto mer sjukskrivning och förtidig död bland både kvinnor och män. En tentativ förklaring som fördes fram var att jämställdheten i Sverige har nått längre än i de flesta andra länder, men att den fortfarande är fortfarande är ”ofärdig”. På befolkningsnivå kan detta innebära att kvinnor har blivit och fortfarande är stressade av dubbelarbete, och att män fortsätter att sakna incitament för mindre riskfyllda attityder och beteenden.

I studien av Backhans med fler (2007) konstaterades också att jämställdhet i deltidsarbete, chefspositioner och ekonomiska resurser var förenat med minskade könsskillnader i sjukskrivning och att jämställdhet avseende vård av sjuka barn var förenat med minskade könsskillnader i medellivslängd. Konvergenhypotesen (Månsdotter mfl 2006, 2008) har också bekräftats av Torsheim med fler (2000) i en studie av tonåringar i Europa och Nordamerika. Indikatorn på jämställdhet var Gender Development Index (United Nations Development Programme 2002, 2007) som mäter könsskillnader i inkomst, utbildning och livslängd, och hälsoutfallet var självrapporterade besvär såsom huvudvärk, ryggsmärta och sömnproblem. Resultaten visade att könsskillnaderna i hälsa var störst i länder med låga nivåer av jämställdhet (låg GDI-ranking).

### Svenska studier – individuell nivå

För att komma åt hälsoeffekter av jämställdhet i betydelsen mer eller mindre likhet mellan könen krävs data om individer (befolkningsdata uppvisar bara grader av ojämställdhet så länge samhället inte är jämställt). Den första individbaserade studien av jämställdhetens hälsokonsekvenser baserades på en population bestående av alla svenska par som fick sitt första gemensamma barn 1978. Graden av jämställdhet bestämdes genom en jämförelse av mammas och pappans inkomster och socioekonomiska position (offentlig sfär), samt föräldraledighet och vård av sjuka barn (privat sfär) under perioden 1978–1980. Föräldraren delades in i fem kategorier: ”mycket traditionella”, ”traditionella”, ”jämställda”, ”otraditionella”, samt ”mycket otraditionella”. Hälsoutfallen var sjukskrivning och dödlighet under perioden 1981–2001 (Månsdotter mfl 2006).

| <b>Faktaruta 4. Studiedesign föräldrakohorten 1978</b> |  |
|--|--|
| Studiepopulation                                       | Alla svenska par som fick sitt första gemensamma barn 1978: 49 120 kvinnor och 49 120 män  |
| Jämställdhetsindikatorer                               | Offentlig sfär: inkomst och socioekonomiska position (1980)<br>Privat sfär: föräldraledighet (1978–79) och vård sjuka barn (1980)  |
| Jämställdhetskategorier                                |  |
| Mycket traditionella                                   | Offentlig sfär: pappan > 80 procent, Privat sfär: mamman > 80 procent  |
| Traditionella  | Offentlig sfär: pappan 60–80 procent, Privat sfär: mamman 60–80 procent  |
| Jämställda   | Offentlig och Privat sfär: både mamman och pappan 40–60 procent  |
| Otraditionella   | Offentlig sfär: pappan < 20 procent, Privat sfär: mamman < 20 procent  |
| Mycket otraditionella                                  | Offentlig sfär: pappan < 20 procent, Privat sfär: mamman < 20 procent  |
| Hälsoutfall  | Dödsfall och sjukskrivning (75e percentilen), 1981–2001  |
| Kontrollfaktorer:                                      | Ålder samt nivåer av inkomst, socioekonomisk position, föräldraledighet och vård av sjuka barn                                     |
| Statistisk analys                                      | Logistisk regression med Oddskvoter som skattning för Relativ Risk, 95 procent konfidensintervall avgörande statistisk signifikans |

Källa: Mansdotter, Lindholm, Lundberg, Öhman (2006)

Kategoriseringen av paren visar att graden av jämställdhet varierar med jämställdhetsindikator (tabell 3). Den största andelen jämställda var i socioekonomisk position (46,9%) och den lägsta andelen var i föräldraledighet (2,1%). Om man ser till hela

bilden är det mätt i vård av sjuka barn som föräldrar nådde mest jämställdhet, exempelvis var 40,3 procent mycket traditionella och 31,1 procent mycket otraditionella.

**Tabell 3 .** Andel (%) i fem kategorier av (o)jämställdhet för olika jämställdhetsindikatorer bland föräldrar 1978.

| Jämställdhetsindikator  | Mycket traditionella | Traditionella | Jämställda | Otraditionella | Mycket otraditionella |
|-------------------------|----------------------|---------------|------------|----------------|-----------------------|
| Inkomst                 | 20,5%                | 44,4%         | 29,7%      | 3,6%           | 1,8%                  |
| Socioekonomisk position | 9,2%                 | 35,7%         | 46,9%      | 7,9%           | 0,3%                  |
| Föräldraledighet        | 92,3%                | 4,8%          | 2,1%       | 0,4%           | 0,4%                  |
| Vård sjuka barn         | 40,3%                | 10,6%         | 10,2%      | 7,8%           | 31,1%                 |

Källa: *Månsdotter, Lindholm, Lundberg, Öhman, Winkvist (2006)*

I tabell 4 redovisas för båda könen resultat gällande dödlighet för mycket traditionella och mycket otraditionella jämfört med jämställda. Det framgår att mycket traditionella kvinnor i offentlig sfär hade 37 procent (inkomst) respektive 32 procent (socioekonomisk position) lägre risk för förtidig död jämfört med jämställda kvinnor, medan mycket otraditionella kvinnor i föräldraledighet hade en nästan tre gånger högre risk att dö i förtid jämfört med jämställda kvinnor. För män framkom inga statistiskt signifikanta resultat avseende jämställdhet i offentlig sfär (inkomst och socioekonomisk position). Däremot hade mycket traditionella män mätt i vård av sjuka barn 59 procent högre risk för förtidig död jämfört med jämställda män.

En förklaring till resultaten som fördes fram var hälsorelaterad selektion – att det är de riskbenägna kvinnorna som aspirerar på makt och resurser och de hälsomedvetna männen som tar ansvar för barnen. Men det betraktades också möjligt att de funna sambanden indikerar kausala mekanismer varav den enklaste skulle kunna vara att familjelivet bidrar till mindre riskfyllda livsstilar än arbetslivet. I studien framkom också att jämställdhet i vård av sjuka barn innebar minskad risk för sjukskrivning bland både kvinnor (14%) och män (27%) Detta stödjer teorin att jämställdhet som också inkluderar familjelivet kan gynna kvinnor genom minskad stress parallellt med att män gynnas av rollexpansion (Hammarström mfl 2001).

**Tabell 4.** Risk för död (1981–2001) uppdelat på kvinnor och män bland mycket traditionella och mycket otraditionella jämfört med jämställda mätt i inkomst, socioekonomisk position, föräldraledighet och vård sjuka barn; 95 procent konfidensintervall (statistisk signifikans också markerat med \*).

| <b>Jämställdhetsindikator:</b>                  | <b>Risk<br/>Kvinnor</b> | <b>Risk<br/>Män</b> |
|---|-------------------------|---------------------|
| <b>Inkomst (offentlig sfär)</b>                 |                         |                     |
| Mycket traditionell                             | 0,63* (0,48–0,82)       | 1,04 (0,92–1,19)    |
| Jämställda (referenskategori)                   | 1                       | 1                   |
| Mycket otraditionella                           | 1,39 (0,93–2,07)        | 0,98 (0,73–1,32)    |
| <b>Socioekonomisk position (offentlig sfär)</b> |                         |                     |
| Mycket traditionella                            | 0,68* (0,50–0,93)       | 1,16 (0,95–1,43)    |
| Jämställda (referenskategori)                   | 1                       | 1                   |
| Mycket otraditionella                           | –                       | 0,79 (0,38–1,61)    |
| <b>Föräldraledighet (privat sfär)</b>           |                         |                     |
| Mycket traditionella                            | 1,61 (0,93–2,78)        | 1,06 (0,69–1,63)    |
| Jämställda (referenskategori)                   | 1                       | 1                   |
| Mycket otraditionella                           | 2,83* (1,27–6,32)       | 0,69 (0,31–1,56)    |
| <b>Vård sjuka barn (privat sfär)</b>            |                         |                     |
| Mycket traditionella                            | 1,14 (0,85–1,52)        | 1,59* (1,26–2,00)   |
| Jämställda (referenskategori)                   | 1                       | 1                   |
| Mycket otraditionella                           | 1,09 (0,80–1,48)        | 1,32* (1,04–1,67)   |

Källa: Månsdotter, Lindholm, Lundberg, Öhman, Winkvist (2006)

Föräldrakohorten 1978 har också använts för att studera om risken för alkoholrelaterad slutenvård eller dödlighet skiljer sig mellan ”i viss mån jämställda” föräldrar – indikerat med heltidsarbete i nära anslutning till barnets födelse bland kvinnor och pappaledighet bland män – och ”traditionella” föräldrar. Analyserna kontrollerades för skillnader i ålder, födelseland, kommun, inkomst, socioekonomisk position, yrke, senare barn, delat boende, samt föräldrapartnerns ålder, socioekonomiska position och alkoholproblem. Resultaten visade att pappalediga (i viss mån jämställda) män hade 18 procent lägre risk för alkoholrelaterad vård eller död än män som inte var pappalediga. Kvinnor som arbetade heltid (i viss mån jämställda) hade 71 procent högre risk för alkoholrelaterad vård eller död än kvinnor som jobbade deltid eller inte alls (Månsdotter mfl 2008). Slutsatsen var att ett mer jämställt föräldraskap associerar med minskade könsskillnader i riskfylld alkoholkonsumtion.

**Tabell 5.** Risk för alkoholrelaterad slutenvård eller dödlighet (1981–2001) bland jämställda jämfört med traditionella föräldrar utifrån arbetstid (kvinnor) och föräldraledighet (män); 95 procent konfidensintervall (statistisk signifikans också markerat med \*).

|                          | <b>Antal</b> | <b>Risk</b>       |
|--------------------------|--------------|-------------------|
| <b>Kvinnor</b>           |              |                   |
| Traditionella            |              |                   |
| Arbetstid 0–34 tim/vecka | 33 108       | 1                 |
| Jämställda (i viss mån)  |              |                   |
| Arbetstid >34 tim/vecka  | 10 342       | 1,71* (1,38–2,19) |
| <b>Män</b>               |              |                   |
| Traditionella            |              |                   |
| pappaledighet = 0 dagar  | 30 136       | 1                 |
| Jämställda (i viss mån)  |              |                   |
| pappaledighet ≥ 1 dagar  | 9 984        | 0,82* (0,68–0,99) |

Källa: Månsdotter, Backhans, Hallqvist (2008)

## Kombinationen jämställdhet på individ- och samhällsnivå

En tidigare oprövad hypotes är att kombinationen mellan jämställdhet på individuell nivå och samhällelig nivå påverkar hälsa. Syftet i en studie av Backhans med fler (2009) var att undersöka om samma grad av jämställdhet i människors vardag innebär olika hälsorisk beroende på om man är i samklang med sin omgivning eller inte. Materialet utgjordes av föräldrahörsgruppen 1978 (1978–1980) tillsammans med data om boendekommun (1980). Individuell jämställdhet bestämdes utifrån mammas och pappans inkomster, socioekonomiska position, föräldraledighet och vård av sjuka barn, medan samhällelig jämställdhet bestämdes utifrån kvinnors och mäns andel av ledamöter i kommunfullmäktige, medelinkomster, arbete i tillverkningsindustri, samt vård av sjuka barn.

Föräldraparen kodades i fyra huvudsakliga kategorier: ”jämställd i samklang” (jämställd i jämställd kommun), ”pionjär” (jämställd i traditionell kommun), ”traditionell i samklang” (traditionell i traditionell kommun), och ”eftersläntare” (traditionell i jämställd kommun). Hälsoutfallet indikerades med sjukskrivning under perioden 1981–2001. I analysen kontrollerades för föräldrarnas inkomster, socioekonomiska position, dagar med vård av sjuka barn, föräldraledighet, yrke och födelseland, samt för kommunens storlek på tillverkningsindustri, andel arbetslösa och andel grundskoleutbildade.

De mest centrala fynden av studien (tabell 6) är att kvinnor som i offentlig sfär var pionjärer eller jämställda i samklang med sin omgivning hade högre risk för sjukskrivning (23% respektive 15%) än genomsnittet. Män som var pionjärer i offentlig sfär eller jämställda i samklang i privat sfär hade däremot lägre risk för sjukskrivning (26% respektive 44%). Den relativa positionen av individens jämställdhet jämfört med omgivningens jämställdhet verkar därmed påverka hälsan, men resultaten går åt olika håll för kvinnor och män (Piccinelli och Wilkinson 2000, Sen 2002, Strandh och Nordenmark 2006).

**Tabell 6.** Risk för sjukskrivning (1981–2001) beroende på kombinationen av föräldrars jämställdhet och kommunens jämställdhet; 95 procent konfidensintervall (statistisk signifikans också markerat med \*).

|                         | Antal | Risk<br>Kvinnor   | Antal | Risk<br>Män       |
|-------------------------|-------|-------------------|-------|-------------------|
| <b>Offentlig sfär</b>   |       |                   |       |                   |
| Genomsnitt = referens   |       | 1                 |       | 1                 |
| Traditionell i samklang | 1,114 | 0,72* (0,56–0,90) | 1,114 | 1,09 (0,93–1,27)  |
| Pionjärer               | 2,807 | 1,23* (1,08–1,38) | 2,801 | 0,74* (0,65–0,85) |
| Jämställd i samklang    | 2,502 | 1,15* (1,02–1,30) | 2,501 | 0,94 (0,84–1,06)  |
| Eftersläntare           | 1,834 | 0,95 (0,80–1,12)  | 1,834 | 1,14 (1,00–1,30)  |
| <b>Privat sfär</b>      |       |                   |       |                   |
| Genomsnitt = referens   |       | 1                 |       | 1                 |
| Traditionell i samklang | 2,233 | 0,94 (0,77–1,14)  | 2,224 | 1,09 (0,90–1,33)  |
| Pionjärer               | 668   | 1,28 (0,96–1,69)  | 677   | 1,09 (0,83–1,43)  |
| Jämställd i samklang    | 138   | 0,74 (0,41–1,23)  | 134   | 0,56* (0,28–0,99) |
| Eftersläntare           | 3,982 | 1,10 (0,93–1,30)  | 3,947 | 1,28* (1,08–1,55) |

Källa: Backhans, Burström, Lindholm, Månsdotter (2009)

## Slutsatser

Sammanfattningsvis gäller för Stockholms län (som för Sverige) att kvinnor har sämre hälsa än män baserat på mått som psykisk ohälsa, arbetsrelaterade besvär, och hälsorelaterad livskvalitet, medan män har sämre hälsa än kvinnor mätt i levnadsvanor och förtidig dödlighet. Med utgångspunkt i teorier formulerade av till exempel Michael Waltzer och John Rawls är det möjligtvis så att dessa skillnader ”tar ut varandra” eftersom både kvinnor och män har både fördelar och nackdelar i hälsa. Men en mer sannolik tolkning av det nationella och regionala folkhälsomålet om en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen är förmodligen att könsskillnaderna i respektive hälsoutfall bör minska – att exempelvis kvinnor inte ska behöva lida mer av psykisk ohälsa än män och att män inte ska behöva dö tidigare än kvinnor.

En central förklaring till könsskillnader i hälsa och livslängd är genussystemet, vilket kort och gott innebär att kvinnor och män i stor utsträckning lever olika liv. Detta bevisas till exempel genom att den sammanfattande jämställdheten mätt i andel kvinnor respektive män i kommunfullmäktige, föräldraledighet, deltid, vård- och omsorgsarbete, tillverkningsindustri, chefspositioner och medelinkomster uppgick till 26,8 i Sverige och 29,2 i Stockholms län på en skala där 50 representerar ”fullbordad jämställdhet”. Trots att Sverige anses ligga bäst till i världen beträffande jämställdhet är den alltså långt ifrån färdig.

Den mest etablerade hypotesen när det gäller jämställdhet och folkhälsa är att minskade könsskillnader i fråga om makt, ekonomi, och familj är förenat med minskade könsskillnader i hälsa och livslängd. De fåtal studier som idag finns stödjer denna teori, exempelvis har visats att kvinnor löper ökad risk för förtidig död om de är jämställda i inkomster och socioekonomisk position, medan män löper minskad risk om de är jämställda i vård av barn. En delförklaring till detta kan också vara att själva pionjärskapet avseende jämställdhet gynnar mäns hälsa och missgynnar kvinnors hälsa.

När det gäller jämställdhetens konsekvenser på genomsnittliga nivåer av hälsa och livslängd – om minskade skillnader beror på att det minst gynnade könet får det bättre eller på att det mest gynnade könet får det sämre – finns det ingen självklar hypotes. Nuvarande forskning tyder på att de initiala stegen mot ett jämställt samhälle är entydigt positivt för kvinnors, mäns och barns hälsa, men också att den fortsatta processen innehåller påfrestningar för båda könen. I en svensk studie har visats att jämställdheten på befolkningsnivå inte längre gynnar folkhälsan. Detta kan bero på att kvinnor har tagit över traditionellt sett manliga domäner före det motsatta skett, och att detta nu missgynnar både kvinnan (t ex i form av överbelastning och fortsatt underordning) och mannen (t ex i form av fortsatt riskfyllda beteenden och förlust av tidigare samhällsprivilegier). Med individdata kan man å andra sidan ana minskad risk för sjukskrivning och förtidig död om också familjelivet inkluderas i definitionen av jämställdhet.

## Förslag för framtiden

Kunskapen om sambandet mellan jämställdhet och folkhälsa är långtifrån tillräcklig. Den omfattar till exempel inte självrapporterad hälsa och levnadsvanor, den ger inte svar på frågan



om selektion och orsakssamband, den inkluderar inte konsekvenser för olika åldrar och socioekonomiska grupper, och den beaktar inte heller barnen. Med den kompetens och empiri som finns inom ramen för Stockholms läns landsting och Karolinska Institutets Folkhälsoakademi finns goda möjligheter till en internationellt sett ledande position inom forskning om jämställdhet och folkhälsa. Detta skulle också bidra till att förbättra effektiviteten i såväl folkhälsoarbetet som jämställdhetsarbetet i regionen.

Prioriterade framtidsprojekt bör vara studier av hur graden av jämställdhet påverkar självrapporterad hälsa och levnadsvanor baserat på Stockholms läns landstings folkhälsoenkät, samt studier av jämställdhet och folkhälsa i kombination med andra sociala, ekonomiska, och etniska förhållanden. Andra projekt för framtiden skulle kunna vara studier om hur människors åsikter om och upplevelse av jämställdhet i familjeliv och arbetsliv påverkar hälsan, samt studier avsedda att utveckla och utvärdera strategier för att underlätta jämställdhet i kvinnors och mäns vardag, och i förlängningen deras hälsa och livslängd.

Goda möjligheter till kunskapsutveckling om jämställdhet och folkhälsa finns också med hjälp av en ny föräldrakohort som har konstruerats inom ramen för ett samarbete mellan Karolinska Institutet, Umeå Universitet och Sheffield University. Denna gång består studiepopulationen av alla svenska föräldrapar som fick sitt första gemensamma barn 1988–1989, inklusive barnen. Syftet är att fortsätta utforska hur jämställdhet i det tidiga föräldraskapet associerar med hälsa och överlevnad. Men den nya kohorten innehåller även data som exempelvis möjliggör analys av om föräldrar som väljer att leva jämställt har mer hälsosamma livsstilar före föräldraskapet, hur graden av jämställdhet påverkar framtida arbetsförhållanden och inkomster bland föräldrarna, samt om det finns skillnader i skolprestationer, hälsa och andra välfärdsfaktorer mellan barn från jämställda respektive ojämställda familjeförhållanden.

## **Slutord**

De flesta håller idag med om att alla människor bör få möjlighet att leva ett så långt liv som möjligt med god hälsa, och att möjligheten att bestämma över sitt liv ska gälla oavsett kön. Den summerade erfarenheten från teoretisk och empirisk forskning är att insatser för jämställdhet i fråga om makt, ekonomi och familj kan bidra till minskade skillnader i ohälsa och dödlighet mellan kvinnor och män. Utifrån kunskap om värdet av delaktighet och inflytande i olika sfärer av livet är det rimligtvis också så att jämställdhet på sikt höjer folkhälsans nivå. Men förändring riskerar påfrestningar på båda könen livskvalitet och livslängd, varför forskning om jämställdhet och folkhälsa borde få ökad uppmärksamhet.



## Referenser

- Annandale E, Hunt K** (redaktörer). *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press 2002.
- Backhans M, Lundberg M, Månsdotter A**. Does increased gender equality lead to convergence of health outcomes? A study of Swedish municipalities. *Social Science and Medicine* 2007, 64(9): 1892–1903.
- Backhans M, Burström B, Lindholm L, Månsdotter A**. Pioneers and laggards – is the effect of gender equality on health dependent on context? *Social Science and Medicine*, 2009, 68(8): 1388–1395.
- Barnett RC**. Women and multiple roles: myths and reality. *Harvard Review of Psychiatry* 2004, 12: 158–164.
- de Beauvoir S**. *Le deuxième sexe*. Paris: Editions Gallimard 1949.
- Biddle BJ**. Recent development in role theory. *Annual review of sociology* 1986, 12: 67–92.
- Connell RW**. *Gender and power*. Cambridge: Polity Press 1987.
- Connell RW**. *Masculinities*. California: University of California Press 1995.
- Connell RW**. *Gender*. Cambridge: Polity Press 2002.
- Constantinople A**. Masculinity-femininity: an exception to a famous dictum. *Psychological bulletin* 1973, 80(5): 389–407.
- Courtenay WH**. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine* 2000, 50: 1385–1401.
- Danielsson M, Lindberg G**. Differences between men's and women's health: the old and the new gender paradox. In: Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G (redaktörer). *Gender inequalities in health, a Swedish perspective*. Boston: Harvard School of Public Health 2001.
- Goode WJ**. A theory of role strain. *American Sociological Review* 1960, 25: 483–496.
- Hammarström A**. Why feminism in public health? *Scandinavian Journal of Public Health* 1999, 27(4): 241–244.
- Hammarström A, Härenstam A, Östlin P**. Gender and health: concepts and explanatory models. In: P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Härenstam & G. Lindberg (redaktörer), *Gender inequalities in health: a Swedish perspective*. Boston: Harvard University Press 2001.
- Hammarström A, Månsdotter A**. Varför behövs genusforskningen inom folkhälsoområdet? *Socialmedicinsk tidskrift* 2008, 3: 250–257.
- Harding S**. *The science question in feminism*. London: Cornell University Press 1986.
- Hemström Ö**. *Male susceptibility and female emancipation. Studies on the gender differences in mortality*. Dissertation. Department of Sociology, Stockholm University, 1998.
- Hirdman Y**. Genussystemet: reflexioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1988, 9: 49–63.
- Holmia M, Raitasalo K**. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* 2005, 100(12): 1763–1769.

- Holmlund U.** Change and stability of masculinity-femininity from adolescence to adulthood in a sample of Swedish women. *European Journal of Personality* 2006, 6(3): 237–244.
- Kawachi I, Kennedy BP, Gupta V, Prothrow-Stith D.** Women's status and the health of women and men: A view from the States. *Social Science & Medicine* 1999, 48(1): 21–32.
- Kiss E.** Justice. In: Jaggar AM, Young AM (redaktörer). *A companion to feminist philosophy*. Great Britain: Blackwell Publishers Ltd, 1998.
- Krieger N.** Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 2003, 32: 652–657.
- Månsdotter A, Lindholm L, Öhman A.** Women, men and public health – how the choice of normative theory affects resource allocation. *Health Policy* 2004, 69: 351–364.
- Månsdotter A, Lindholm L, Lundberg L, Öhman A, Winkvist A.** Parental share in public and domestic spheres – a population study on gender equality, death and sickness. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006, 60: 616–620.
- Månsdotter A, Lindholm L, Winkvist A.** Paternity leave in Sweden – costs, savings and health gains. *Health Policy* 2007, 82: 102–115.
- Månsdotter A, Backhans M, Hallqvist J.** The relationship between a less gender-stereotypical parenthood and alcohol-related care and death: A registry study of Swedish mothers and fathers. *BMC Public Health* 2008, 8:312.
- Månsdotter A, Lundin A, Falkstedt D, Hemingsson T.** The association between masculinity rank and mortality patterns: a prospective study based on the Swedish 1969 conscript cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2009, 63(5): 408–413.
- Okin Moller S.** *Justice, gender and the family*. New York: Basic Books 1989.
- Piccinelli M, Wilkinson G.** Gender differences in depression. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2000, 177: 486–492.
- Regeringen.** *En förnyad folkhälsopolitik*. Prop. 2007/08:110.
- Regeringen.** *Budgetproposition för 2009*. Prop. 2008/09:1.
- Rieker PP, Bird CE.** Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 2005, 60(2): 40–47.
- Sen A.** Mortality as an indicator of economic success and failure. *Economic Journal* 1998, 108: 1–26.
- Sen A.** Health: perception versus observation. *BMJ* 2002, 324(7342): 860–8611.
- Stanistreet D, Bambra C, Scott-Samuel A.** Is patriarchy the source of men's higher mortality? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005, 59: 873–876.
- Statens folkhälsoinstitut.** *Folkhälsopolitisk rapport*, 2005:5.
- Stockholms läns landsting.** *Folkhälsrapport 2007*. Centrum för folkhälsa, 2007.
- Strandh M, Nordenmark M.** The interference of paid work with household demands in different social policy contexts: perceived work-household conflict in Sweden, the UK, the Netherlands, Hungary, and the Czech Republic. *The British journal of Sociology* 2006, 57(4): 597–617.

- Thoits PA.** Multiple identities and psychological well-being. *American Sociological Review*, 1983, 48: 174–187.
- Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Välimaa R, Danielson M, Overpeck M.** Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science and Medicine* 2006, 62: 815–827.
- Tsuchiya A, Månsdotter A.** Towards the genderless society: equitable for female wellbeing and male health? *Sheffield University, Health Economics and Decision Science (HEDS)*, Discussion paper series, 2009:1.
- United Nations Development Programme.** Human Development Report 2002, *Deepening democracy in a fragmented world*. New York: Oxford University Press 2002.
- United Nations Development Programme.** Human Development Report 2007/2008, *Fighting climate change: Human solidarity in a divided world*. New York: Palgrave Macmillan 2007.
- Verbrugge LM, Madans JH:** Social roles and health trends of American women. *Milbank The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society* 1985, 63: 691–735.
- Waldron I.** Why do women live longer than men? *Journal of human stress* 1976, 2: 2–13.
- Wamala S, Lynch J** (redaktörer). *Gender and social inequities in health*. Lund: Studentlitteratur 2002.
- Whaley RB.** The paradoxical relationship between gender inequality and rape – Toward a refined theory. *Gender & Society* 2001, 15(4): 531–555.
- Whitehead M.** *The concepts and principles of equality and health*. Copenhagen: World Health Organization 2000.
- World Health Organization:** *Gender, Health and Alcohol Use*. Department of Gender, Women and Health, and Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva 2005.
- World Health Organisation.** World Health Report 2008: *Primary care now more than ever*. Geneva: Geneva: WHO Press 2008.
- Yllo K.** Sexual equity and violence against wives in American states. *Journal of Comparative Family Studies* 1983, 14: 67–86.
- Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G** (redaktörer). *Gender inequalities in health: a Swedish perspective*. Boston: Harvard Press 2001.





ISBN 978-91-86313-04-3

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



**Karolinska  
Institutet**