

Helbred og dødelighed hos mænd og kvinder – et paradoks

Professor Kaare Christensen & seniorforsker Knud Juel

Syddansk Universitet, Institut for Sundhedsforskning, Epidemiologi, og Statens Institut for Folkesundhed

Der er en påfaldende uoverensstemmelse mellem mænds og kvinders helbred og dødelighed. Mænd er generelt stærkere, rapporterer om færre sygdomme og har færre begrænsninger i deres daglige aktiviteter. Alligevel er mændenes dødelighedsrater væsentligt højere end kvindernes i alle aldre, fra 0 år til 100 år.

Årsagerne til denne tilsyneladende uoverensstemmelse – at kvinder lever længere end mænd, men oplever at have et dårligere helbred – skal uden tvivl søges blandt både biologiske, sociale og psykologiske faktorer. Blandt forklaringerne på paradokset er de hyppigst fremsatte: biologiske faktorer, sundhedsvaner, risikoadfærd, sociale roller, helbredsrapportering, lægers diagnosticeringsmønster og forskelle i brug af sundhedsvæsenet.

I denne statusartikel beskrives en række centrale danske kønsforskelle i helbred ved hjælp af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 [1], og mulige forklaringer på disse forskelle diskuteres.

Kønsforskelle

Kønsforskelle i helbred og dødelighed i Danmark i 2005
Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne har været gennemført siden 1987 og omfatter en tilfældig stikprøve blandt danskere over 15 år. I 2005-undersøgelsen deltog 7.076 mænd og 7.490 kvinder.

Figur 1 og **Figur 2** illustrerer paradokset: I alle aldersgrupper over 16 år er andelen af mænd med hhv. langvarig sygdom og langvarig sygdom, der er hæmmende for daglige gøremål, lavere, end den er for kvinder, og alligevel har mænd en højere dødelighed i alle aldre.

Kønsforskelle i dødelighed: historisk og internationalt

Siden 1700-tallet har der været dødelighedsstatistikker i en række vestlige lande, og et gennemgående mønster har været, at kvinder har haft en lidt længere middellevetid på trods af betydelig dødelighed i forbindelse med fødsel og barsel. Med udviklingen i levevilkår og levevaner i forbindelse med den økonomiske fremgang er kvindernes forspring øget op gennem de første tre fjerdedele af det 20. århundrede i de fleste vestlige lande, inklusive Danmark, mens udviklingen har været uensartet i de seneste 25 år. Mand-kvinde-forskellene

i dødelighed snævrede således ind i de fleste europæiske lande fra 1980, men kønsforskellen blev endnu større i Japan i samme periode. I Danmark var forskellen størst i 1970'erne og 1980'erne, da mænd i alderen 65-74 år havde en dødelighedsrate, som var næsten fem gange højere end de jævnaldrende kvinders. Herefter har en gunstigere udvikling i den mandlige dødelighed ført til formindskede kønsforskelle i dødelighed, men endnu i 2005 var kvindernes middellevetid 80,2 år, hvorimod mændenes var 75,6 år [2].

Kønsforskelle i selvrapporteret helbred, daglige gøremål og målinger af fysisk formåen

I langt de fleste studier, om end ikke alle, har man fundet ringere selvrapporteret helbred blandt kvinder end blandt mænd [3]. Kvinder har med alderen også sværere ved at udføre de daglige gøremål (*activities of daily life* (ADL)), de har en større risiko for at få alvorlig funktionsindskrænkning end mænd, og de har en højere andel af begrænsende, længerevarende sygdomme end mænd. I longitudinelle studier har man påvist, at kvinder sammenlignet med mænd på alle alderstrin har både større incidens og prævalens af fysiske funktionsindskrænkninger. I Danmark er middellevetiden for kvinder som nævnt næsten fem år længere end for mænd, men antallet af leveår uden funktionsindskrænkning er næsten den samme hos mænd og kvinder [4].

Kønsforskelle i sygelighed

Spørgsmålet om kønsforskellene i sygelighed er mere komplekst pga. forskelle i definitioner af sygdom, diagnostiske procedurer og aldersrelaterede ændringer i incidensrate for mange sygdomme. Eksempelvis sker incidensstigningen i kardiovaskulære sygdomme ca. ti år tidligere hos mænd end

Faktaboks

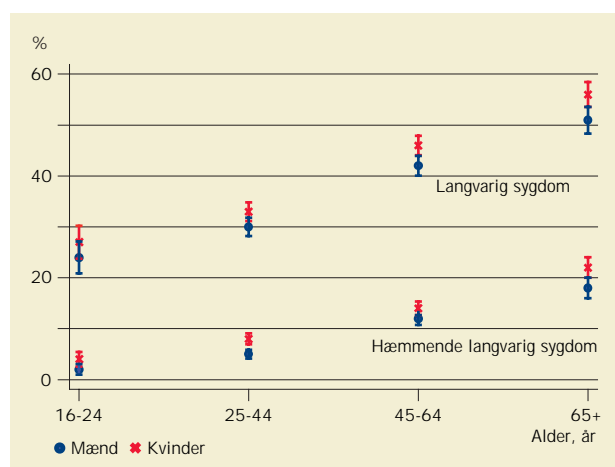
Mænd har færre sygdomme og helbredsproblemer end kvinder

Mænd har færre funktionsindskrænkninger

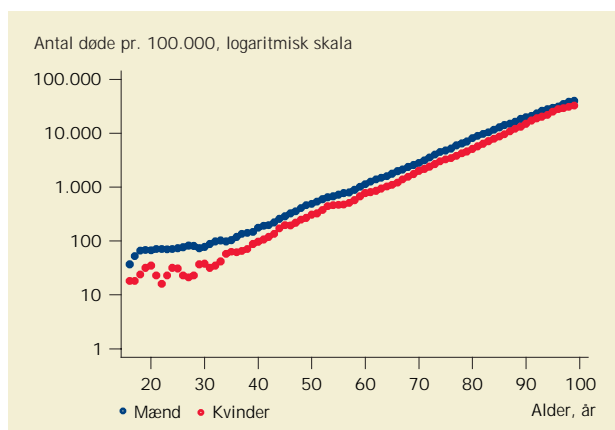
Alligevel har mænd i alle aldre en højere dødelighed end kvinder

Baggrunden for paradokset er uden tvivl multifaktoriel med biologiske (hormonelle, immunologiske og genetiske), adfærdsmæssige (rygning, risikoadfærd og sygdomsadfærd) og sociale årsager (manderoller).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL



Figur 1. Aldersspecifikke andele af mænd og kvinder med hhv. langvarig sygdom/lidelse og langvarig sygdom, der er hæmmende for arbejdsfunktioner og/eller daglige gøremål (95% konfidensintervaller er angivet) [1].



Figur 2. Aldersspecifikke mortalitetsrater for mænd og kvinder i Danmark 2004-2005 (Danmarks Statistik).

hos kvinder, og dødeligheden er omtrent dobbelt så høj for mænd som for kvinder blandt midaldrende, men den mandlige overvægt af kardiovaskulær sygdom og dødelighed reduceres efter 60-årsalderen, og efter 80-årsalderen er forskellen beskedent [5]. I nogle studier har man fundet et højere antal aterosklerotiske plaques hos mænd i næsten alle aldersklasser end hos kvinder, hvorimod man i andre studier har påvist sværere apopleksier hos kvinder end hos mænd.

Akut myokardieinfarkt er alvorligst hos enten mænd eller kvinder afhængigt af, hvilken målemetode der bliver brugt til at evaluere sygdommens sværhedsgrad [6]. Det betyder, at kønsforskelle ved sygdom kan afhænge af, hvilken sygdom og aldersgruppe man undersøger, og hvilke udfald og procedurer man anvender til at måle sværhedsgraden med.

Generelt finder man i befolkningsstudier, at kvinder har et signifikant højere gennemsnitligt antal rapporterede symptomer og en højere prævalens af migræne, bevægeapparat-sygdomme og autoimmune sygdomme. Kvinder har således en overvægt af sygdomme, der er forbundet med lav dødelig-

hed, mens mænd har en øget forekomst af kardiovaskulære sygdomme, som er forbundet med en betydelig dødelighed. Indtil 1950'erne havde mænd og kvinder samme cancerdødelighed, som kvinder stort set har bibeholdt, mens mændenes cancerdødelighed er steget – hovedsageligt på grund af ryge-relaterede cancere [7].

Forklaringer på helbreds- og dødelighedsparadokset hos mænd og kvinder

Biologiske forklaringer

Blandt de mest fremtrædende biologiske forklaringer er hormonelle, autoimmune og genetiske forskelle.

Østrogen

Hos kvinder stiger forekomsten af hjerte-kar-sygdomme markant efter klimakteriet. Da endogen østrogen sænker lavdensitetslipoprotein og øger højdensitetslipoprotein samt har en gunstig indflydelse på en række degenerative processer, mest udtalt osteoporose, har det ført til den hypotese, at østrogen er en central faktor i paradokset [8]. Indtil for få år siden var det en almindeligt accepteret hypotese, at hormonbehandling (HRT) reducerede postklimakterielle kvinders risiko for at få kardiovaskulære sygdomme. Imidlertid har man i nyere, randomiserede, kliniske forsøg påvist en øget risiko for at få kardiovaskulær sygdom, lungeemboli og apopleksi blandt ikkehysterektomerede, postklimakterielle kvinder, som får HRT, sammenlignet med en placebo-gruppe, skønt der også kunne påvises en beskyttende effekt over for kolorektal cancer og uterus-cancer samt osteoporose.

Mens østrogenhypotesen kan være en forklaring på helbreds- og dødelighedsparadokset blandt midaldrende og yngre ældre, synes den at være mindre velegnet til at forklare forskellene hos de ældste kvinder, hvis menopause indtrådte flere tiår tidligere, og hos hvem forekomsten af hjerte-kar-sygdomme er omtrent som hos mænd.

Immunkompetence

Incidensen og prævalensen af sygdomme i bevægeapparatet er højere hos kvinder end hos mænd, og især de autoimmune systemiske sygdomme er hyppigere hos kvinder [9]. Testosteron virker immunkomprimerende og den lavere mandlige »immunkompetence« har været foreslået som en central mekanisme i helbred/dødelighed-paradokset. Højere dødelighed blandt mænd i forbindelse med infektion ses i nogle lande (men ikke udtalt i Danmark, fraset aids), men omvendt kan det reducerede immunrespons være årsagen til, at mænd sjældnere får autoimmune sygdomme. Men da infektionssygdomme er en relativt sjælden dødsårsag, synes immunkompetence kun at være forklaring på en mindre del af paradokset.

x-kromosomet: kvinder har to chancer

Kvinder er en mosaik af to genetisk forskellige cellelinjer: en linje, hvor det paternelle x er aktivt, og en linje, hvor det

maternelle x er aktivt. Dette er åbenlyst en fordel ved kønsbundne sygdomme, men det har også været foreslået, at det generelt er en fordel at have to cellelinjer i alle organer. Der er en øget andel af kvinder, der med alderen kun har den ene cellelinje tilbage i blodet. Studier af perifere blodceller hos ældre, monozygote, kvindelige tvillinger har vist en stærk tendens til, at den samme cellelinje bliver dominerende med alderen hos to tvillingesøstre, hvilket tyder på, at den ene cellelinje er »stærkere« end den anden hos mange kvinder. Kvinder har således to cellelinjer og dermed et »backupsystem«, når den ene cellelinje uddør [10].

Kønsforskelle i adfærd og sociale roller

Kønsforskelle i morbiditet og mortalitet kan til dels henregnes til kønsforskelle i risici, som kan være erhvervet gennem sociale roller og social adfærd samt sundhedsvaner, rapporteringsadfærd, sygdomsadfærd og lægens adfærd såvel som brug af sundhedsvæsenet.

Man har i talrige undersøgelser fundet, at mænd langt hyppigere har dårligere sundhedsvaner (cigaretter og alkohol), udviser højrisikoadfærd og har mere stressende eller farligere erhverv end kvinder. Der er generel enighed om, at cigaret-rygning er den største, kendte enkeltfaktor, der medvirker til forskellen i middellevetid for mænd og kvinder, men også at det ikke forklarer hele forskellen, da der også ses betydelig forskel i middellevetiden for mænd og kvinder, der aldrig har røget, og der var forskelle, inden rygning blev et betydeligt helbredsproblem [9].

Det er blevet foreslået, at manderoller og sociale normer har en betydelig indflydelse på mænds tilbøjelighed til at søge lægehjælp og til at vurdere symptomer og sygdom som svagelighed.

Litteraturen viser dog inkonsistente resultater med hensyn til kønsrelaterede forskelle i rapportering af symptomer og henvendelse til sundhedssektoren [11]. I de fleste studier har man fundet, at kvinder gør signifikant mere brug af sundhedssystemet og lægemidler end mænd, skønt kønsforskellene ofte er små, når det drejer sig om mere alvorlige helbredsproblemer eller hospitalsindlæggelser. Analyser af danske registerdata tyder dog på, at mænd sjældnere end kvinder henvender sig til en praktiserende læge, men at de har en højere indlæggelsesrate, også når der ses bort fra kønsspecifikke sygdomme. Disse fund tyder på, at danske mænd oftere ignorerer tidlige sygdomstegn og udsætter besøg hos lægen i de tidlige faser af sygdommens udvikling til et tidspunkt, hvor den kræver mere komplekse interventioner, som er mindre effektive i henseende til overlevelse samt er mere omkostningskrævende.

Litteratur

1. Ekholm O, Kjoller M, Davidsen M et al. Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
2. Juel K, Christensen K. Kønsforskelle i dødelighed i Danmark 1840-2005. Ugeskr Læger 2007;169:2398-403.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997;38:21-37.
4. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark 1987-2000. Eur J Public Health 2005;15:20-5.
5. Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. Hjertestatistik 2004. København: Hjerteforeningen, 2004.
6. Iezzoni LI, Ash AS, Shwartz M et al. Differences in procedure use, in-hospital mortality, and illness severity by gender for acute myocardial infarction patients: are answers affected by data source and severity measure? Med Care 1997;35:158-71.
7. Juel K. Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
8. Austad SN. Why women live longer than men: sex differences in longevity. Gen Med 2006;3:79-92.
9. Case A, Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. Demography 2005;189-214.
10. Christensen K, Kristiansen M, Hagen-Larsen H et al. X-linked genetic factors regulate hematopoietic stem-cell kinetics in females. Blood 2000;95:2449-51.
11. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behavior: literature review. J Adv Nurs 2005;49:616-23.