

# Helbred og dødelighed hos mænd og kvinder – et paradoks

Det er et paradoks, at mænd er mindre syge end kvinder, men at kvinderne alligevel lever længere. Hvad skyldes disse kønsforskelle, og hvordan viser de sig?

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 sidste 25 år. Kønsforskellene i dødelighed blev således mindre 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.

## Forskelle i sygelighed og funktionsevne

Langt de fleste studier, omend ikke alle, finder ringere selvrapporteret helbred blandt kvinder sammenlignet med mænd (Idler et al., 1997). Kvinder har med alderen også sværere ved at udføre de daglige gøremål (ADL – Activities of Daily Life). De har en større risiko for at udvikle alvorlig funktionsindskrænkning end mænd, og de har en højere andel af begrænsende, længerevarende sygdomme end mænd. Longitudinelle studier viser, at kvinder sammenlignet med mænd på alle alderstrin har større forekomst af fysiske funktionsindskrænkninger. I Danmark er middellevetiden for kvinder mere end fire år længere

end for mænd, men antallet af leveår uden funktionsindskrænkning er næsten den samme hos mænd og kvinder (Brønnum-Hansen, 2005).

Spørgsmålet om kønsforskellene i sygelighed er komplekst pga. forskelle i definitioner af sygdom, diagnostiske procedurer og aldersrelaterede ændringer i forekomsten af mange sygdomme.

Eksempelvis sker stigningen i antallet af kardiovaskulære sygdomme ca. ti år tidligere hos mænd end hos kvinder, og dødeligheden er omtrent dobbelt så høj for mænd som for kvinder blandt midaldrende, men den mandlige overvægt af kardiovaskulære sygdomme og dødelighed reduceres efter 60-årsalderen, og efter 80-årsalderen er forskellen beskeden (Hjerteforeningen 2004).

Nogle studier har fundet et højere antal atherosklerotiske plaques hos mænd i næsten alle aldersklasser, hvorimod andre studier viser sværere apopleksier hos kvinder end hos mænd. Blodprop i hjertet er alvorligst hos enten mænd eller kvinder afhængigt af hvilken målemetode, der bliver brugt til at evaluere sygdommens sværhedsgrad (Iezzoni et al., 1997). 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.

Generelt viser befolkningsstudier, at kvinder har et klart højere gennemsnitligt antal rapporterede symptomer og lider mere af migræne, bevægeapparatssygdomme og autoimmune sygdomme. Kvinder har således en overvægt af sygdomme, der er forbundet med lav dødelighed, mens mænd har en øget forekomst af kardiovaskulære sygdomme, som er forbundet med en betydelig dødelighed. Indtil 1950'erne havde mænd

og kvinder i Danmark samme cancerdødelighed, som kvinder stort set har bibeholdt, mens mændenes cancerdødelighed er steget – hovedsageligt på grund af rygerelateret kræft (Juel, 2004).

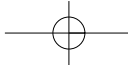
Der er både biologiske og sociokulturelle forklaringer på, at vi ser dette paradoks i forhold til helbredstilstand og dødelighed hos mænd og kvinder.

## Biologiske forklaringer

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

**Østrogen:** Hos kvinder stiger forekomsten af hjerte-kar-sygdomme markant efter klimakteriet. Da østrogen sænker kolesterol samt har en gunstig indflydelse på osteoporose og en række degenerative processer, har det ført til den hypotese, at østrogen er en central faktor i paradokset (Austad, 2006). Indtil for få år siden var det en almindeligt accepteret hypotese, at hormonbehandling (HRT) reducerede postklimakterielle kvinders risiko for at udvikle kardiovaskulære sygdomme. Imidlertid har nyere, kliniske forsøg vist, at der er en øget risiko for at udvikle kardiovaskulær sygdom, lungeemboli og apopleksi (slagtilfælde) blandt kvinder, som er i hormonbehandling efter overgangsalderen, sammenlignet med en placebo-gruppe, skønt der også kunne påvises en beskyttende effekt over for tyktarms- og livmoderkræft samt osteoporose.

Mens østrogen 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 hvor forekomsten af hjerte-kar-sygdomme er omtrent som for mænd.



*Immunforsvarsevnen (immunokompetence):* Forekomsten af sygdomme i bevægeapparatet er højere hos kvinder end hos mænd, og især visse blod- og bindevævssygdomme er hyppigere hos kvinder (Case et al., 2005). Testosteron nedsætter immunforsvaret og den mindre mandlige immunokompetence har været foreslået som en central mekanisme i helbred/dødelighed-paradokset. Højere dødelighed blandt mænd i forbindelse med infektion ses i nogle lande (dog ikke udtalt i Danmark, fraset AIDS), men omvendt kan det nedsatte immunforsvar være årsagen til, at mænd sjældnere får autoimmune sygdomme. Da infektions-sygdomme er en relativt sjælden dødsårsag, synes immunokompetence kun at kunne forklare en mindre del af paradokset.

*X-kromosomet:* Kvinder har to chancer! Kvinder er en mosaik af to genetisk forskellige cellelinjer: en linje, hvor faderens X-kromosom er aktivt, og en linje, hvor moderens X-kromosom er aktivt. Dette er åbenlyst en fordel ved køns-

bundne sygdomme, men det har også været foreslået, at det generelt er en fordel at have to cellelinjer i alle organer. Med alderen er der en øget andel af kvinder, der kun har den ene cellelinje tilbage i blodet. Studier af perifere blodceller hos ældre, enæggede, kvindelige tvillinger viser en stærk tendens til, at den samme cellelinie bliver dominerende med alderen hos de to tvillingesøstre, hvilket tyder på, at den ene cellelinie er "stærkere" end den anden hos mange kvinder. Kvinder har således to cellelinjer og dermed et "back-up" system, når den ene cellelinie uddør (Christensen et al., 2000).

#### Sociokulturelle forskelle

Kønssforskelle i dødelighed og sygelighed kan til dels henregnes til kønsforskelle i risici, som kan være erhvervet gennem sociale roller og social adfærd samt sundhedsvaner, rapporteringsadfærd, sygdomsadfærd, lægens adfærd så vel som brug af sundhedsvæsenet. Talrige undersøgelser har vist, at mænd langt hyppigere har dårligere sundheds-

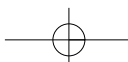
Der er en påfaldende uoverensstemmelse mellem mænds og kvinders helbred og dødelighed. Mænd er generelt stærkere, rapporterer om færre sygdomme og har færre begrænsninger i deres daglige aktiviteter. Alligevel er mænds dødelighedsrater væsentligt højere end kvindernes i alle aldre.

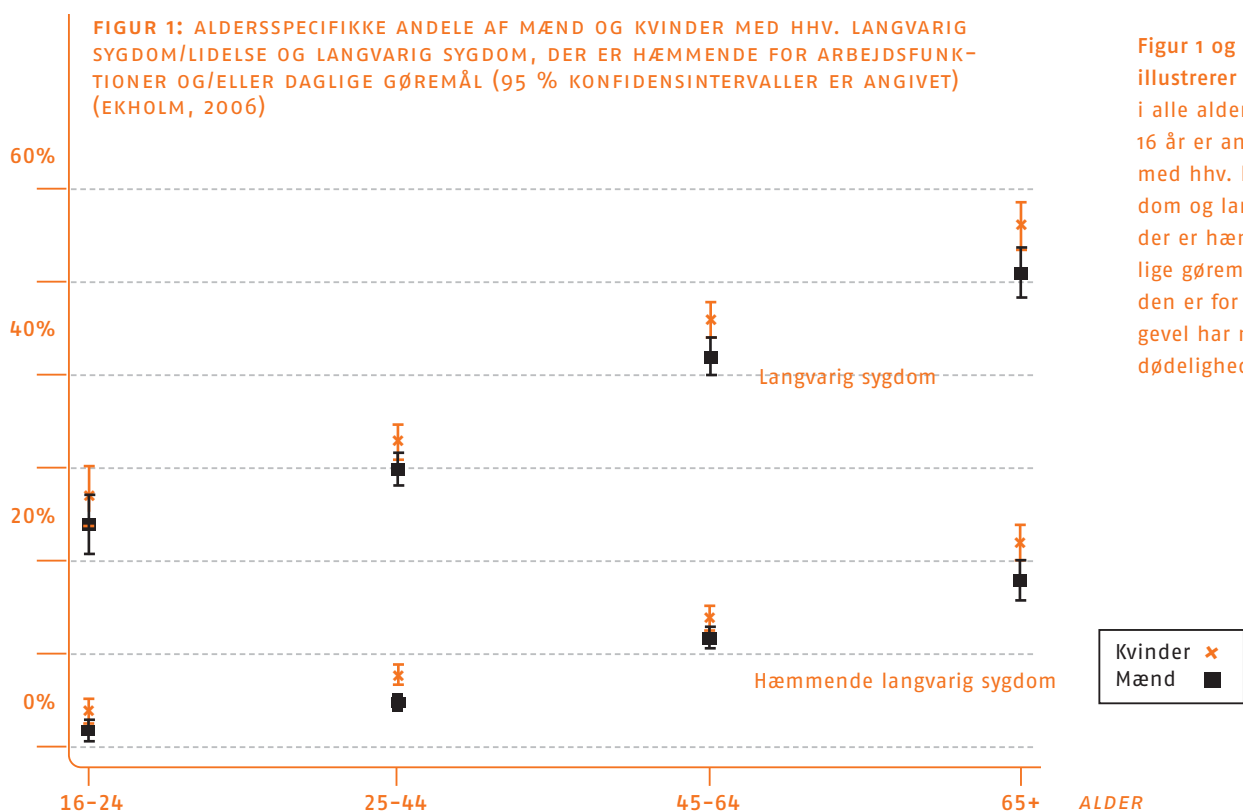
Årsagerne til denne tilsyneladende uoverensstemmelse – at kvinder lever længere end mænd, men oplever at have et dårligere helbred – skal uden tvivl søges blandt både biologiske, sociale og psykologiske faktorer. Blandt forklaringerne på paradokset er de hyppigst fremsatte: biologiske faktorer, sundhedsvaner, risikoadfærd, sociale roller, helbredsrapportering, lægers diagnosticeringsmønster og forskelle i brug af sundhedsvæsenet. Ved hjælp af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 vil vi i denne statusartikel beskrive en række centrale danske kønsforskelle i helbred samt diskutere mulige forklaringer på disse forskelle. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne har været gennemført siden 1987 og omfatter en tilfældig stikprøve blandt danskere over 15 år (Ekholm et al., 2006). I 2005-undersøgelsen deltog 7.076 mænd og 7.490 kvinder. (note 1)

Kaare Christensen er professor i Epidemiologi, Institut for Sundhedsforskning, Syddansk Universitet. kchristensen@health.sdu.dk

Knud Juel er seniorforsker ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet kj@si-folkesundhed.dk

I Danmark er middellevetiden for kvinder mere end fire år længere end for mænd, men antallet af leveår uden funktionsindskrænkning er næsten den samme hos mænd og kvinder





vaner (cigaretter, alkohol), udviser højrisikoadfærd og har mere stressende eller farligere erhverv end kvinder. Der er generel enighed om, at cigaretrykning er den største, kendte enkeltfaktor, der medvirker til forskellen i midlellelevetid for mænd og kvinder, men også at det ikke forklarer hele forskellen, da der også ses betydelig forskel i midlellelevetiden for mænd og kvinder, der aldrig har røget, og der var forskelle, inden rygning blev et betydeligt helbredsproblem (Case et al., 2005).

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 på sygdom som svagelighed. Litteraturen viser dog inkonsistente resultater med hensyn til kønsrelaterede forskelle i rapportering af symptomer og henvendelse til sundhedssektoren (Galdas et al., 2005). De fleste studier finder, at kvinder gør 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 sammenlignet med kvinder sjældnere henvender sig til den 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 en mere kompleks behandling, som er mindre effektiv i henseende til overlevelse og desuden mere omkostningskrævende.

## Referencer

Austad, SN (2006). Why women live longer than men: sex differences in longevity. *Gender Medicine*, vol. 3(2), pp. 79-92.

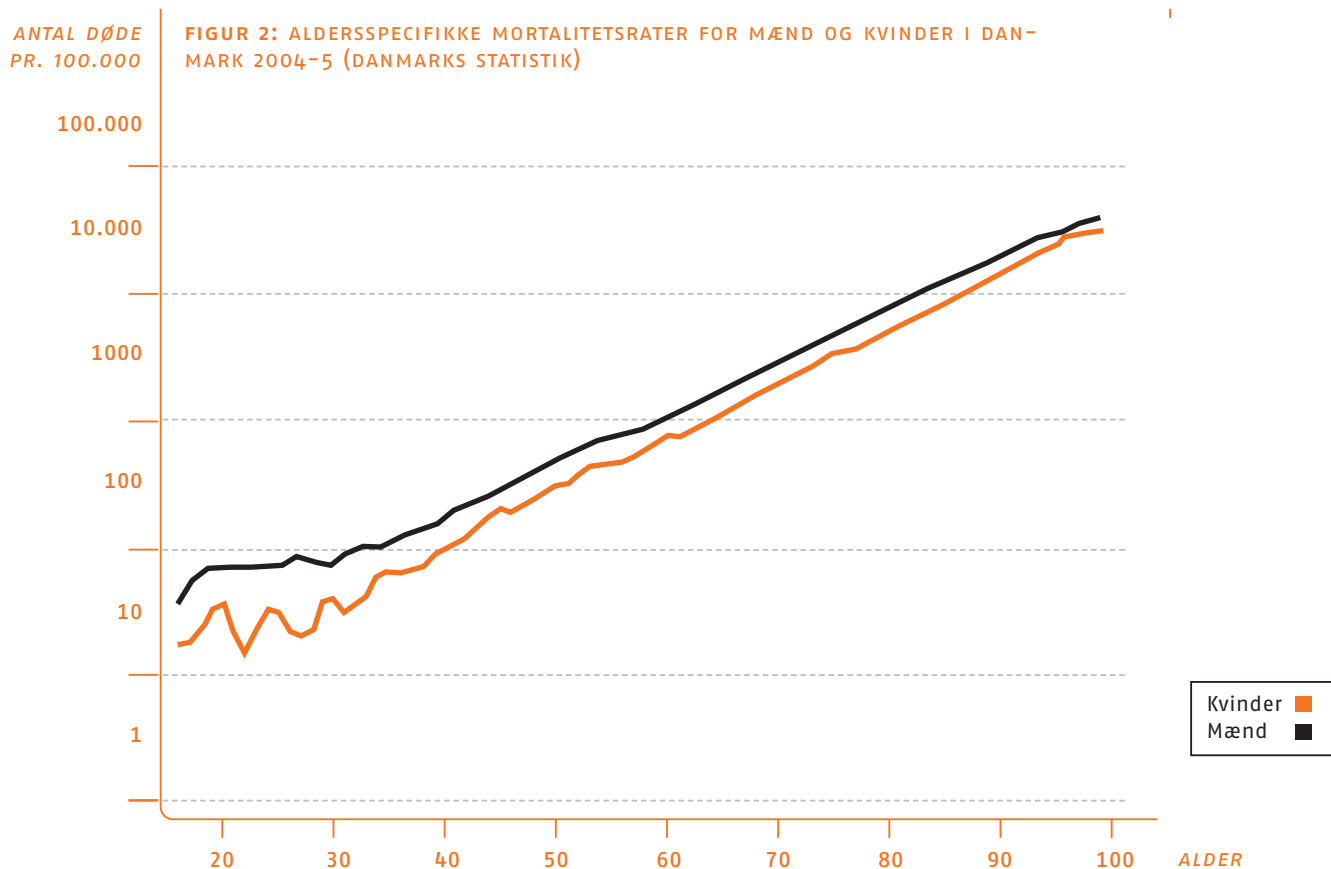
Brønnum-Hansen, H (2005). Health expectancy in Denmark, 1987-2000. *European Journal of Public Health*, vol. 15(1), pp. 20-5.

Case, A et al. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, vol. 42 (2) pp. 189-214.

Christensen, K et al. (2000). X-linked genetic factors regulate hematopoietic stemcell kinetics in females. *Blood*, vol. 95:(7), pp. 2449-2451.

Ekholm, O et al. (2006). *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Hjerteforeningen (2004). *Hjertestatistik*. Udgivet i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed.



Idler, EL et al. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 38(1), pp. 21-37. Review.

lezzoni, LI et al. (1997). 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? *Medical Care*, vol. 35, pp. 158-71.

Juel, K (2004). *Dødeligheden i Danmark gennem 100 år. Danskerne lever længere, men hvorfor 3-4 år kortere end svenske mænd og franske kvinder?* København: Statens Institut for Folkesundhed.

Galdas, PM et al. (2005). Men and health help-seeking behavior: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49:(6), pp. 616-623.

#### Note 1

Dette er en let revideret udgave af en artikel, der blev publiceret i *Ugeskrift for læger* d. 18.6.2007

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, genetiske) og adfærdsmæssige (rygning, risikoadfærd, sygdomsadfærd) og sociale årsager (manderoller)