Tema:
Kjønnsulikheter i helse

MANNEN DET SVAKE KJØNN?

Det var utfordrende og inspirerende å lese **Waalers** bidrag til dette nummeret. Dette var ikke et innlegg fra en mann som var lei av kvinnemaset, en kategori man kunne frykte fantes etter at man har lest enkelte kommentarer til NOU om kvinnehelse[1] i Tidsskriftets spalter.[2] Nei, dette er en bidrag der utgangspunktet er en erkjennelse av at 'den medisinske historie er preget av mannsdominert forskning'. Waaler gir et nyansert bilde av dødelighetsutviklingen med kjønnsratioen som analytisk kategori. Menns overdødelighet gjelder nesten alle aldersgrupper, men i varierende grad. Når han tar til ordet for en NOU om mennenes dødelighet, ser jeg fram til en slik utredning. Det er mange uavklarte spørsmål om menn. Målet må være å optimalisere forholdene for begge kjønn. Selv om hjerteinfarkt, den største enkeltårsak til død blant menn utryddes, vil dette gi knapt fire års forlenget levealder. Han kobler det også sammen med levde leveår verdt å leve, og viser at kvinners lengre levetid spises opp av år med dårlig helse. Kvinner lever 6 år lenger men har 6 flere år med nedsatt helse.

Kvinners oversykelighet er noe som har opptatt forskere i århundrer. **Nordhagen** siterer John Graunt i 1662, der han forteller at legene sier: 'they have two women patients to one man'. Hvorfor er kvinner mer rammet av sykdom? Nordhagen peker på at kvinners lidelser har blitt gitt mange ulike navn opp gjennom tidene som nevrasteni, hysteri og klorose. Men kvinner bærer også byrdene av å føre slekten videre. Uten kvinner, ingen menneskehet (i hvert fall så lenge man ikke kan få et foster til å vokse til et selvstendig individ *in vitro*, min kommentar) gjør at kvinner kommer i en særstilling innen reproduksjonen. Det er i andre sammenhenger utviklet modeller for å tolke kjønnsulikheter i generell sykelighet.[3] Dette må gå hånd i hånd med det Nordhagen understreker, nemlig også å gå i dybden i de sykdomsspesifikke forskjeller. En annen fare vi står overfor når vi tolker ulikheter, er å gi stereotype beskrivelser som heller bidrar til å sementere kunnskapen enn å utvikle den. Man har en tendens til å forklare menns overdødelighet særlig i yngre aldersgrupper med deres viltre lek. Men Nordhagen trekker fram at det kanskje er knyttet til aktiviteter som måtte gjøres for artens overlevelse, som å dra ut på fiske selv om havet sto i kok. Det høres unektelig mer verdig ut å dø for at familien skal få nok mat, enn å kaste bort livet sitt i unyttig lek.

NÅR KVINNER TRER INN PÅ MENNS ARENA

Et annet eksempel på stereotypier er når forklaringen på økningen i lungekreft blant kvinner reduseres til at de 'etteraper menns adferd'. Det er viktig å nyansere bildet og **Mellingsæter** og **Thoresen** gir i sitt bidrag en gjennomgang av forekomsten og overlevelse av lungekreft i Norge i perioden 1972-1996 med forskjeller mellom kjønnene i fokus. Det er alarmerende når det er 300% økning i lungekreft blant kvinner på de 25 årene studien tar for seg, tilsvarende for menn er 84%. Det er særlig blant kvinner i alderen 60-69 år at økningen er markant i perioden. Det er ikke så enkelt at røyking forklarer alt. Forfatterne refererer til arbeider som viser at det er farligere for kvinner å røyke; insidensen av lungekreft blant kvinner øker mer enn økningen av røyking skulle tilsi. Det er dessuten større økning i lungekreft enn andre røykerelaterte kreftformer blant kvinner. Er det slik at latenstiden er forskjellig blant kvinner og menn? Bidraget belyser også regionale forskjeller. Det har skjedd en 'harmonisering' for de store byer. Mens det tidligere var forskjeller mellom de tre største byene, har det jevnet seg ut. Nye trender starter i storbyer, og da blant høyt utdannede. Nedgangen i insidensraten har vart i tyve år blant menn i Oslo. Dette kan oppfattes som en positiv trend som kan bre seg også til andre regioner. Som forfatterne sier: 'Det kan ta lang tid å vente på at denne trenden skal nå fram til kvinnene i distrikts-Norge'. Siden letaliteten har endret seg lite, er det forebygging som kan endre den situasjonen.

ALLEREDE I MORS LIV

At de bitte små mennene er svake spirer som oftere enn kvinnespirene bukker under når de kommer til verden er noe 'alle vet'. Men hva dette skyldes når det kommer til årsaksspesifikk dødelighet er i mindre grad belyst, noe **Bakketeig, Vik** og **Skjærven** trekker fram i sitt bidrag. Er gutter også mer utsatt intrauterint for uønskede effekter? Ikke klart høyrehendte barn fantes

oftere blant barn av mødre som var ultralydscreenet i svangerskapet, men dette var bare statistisk signifikant hos gutter.

Kroniske lidelser i barneåra er også ulikt fordelt mellom gutter og jenter, skriver **Nystad** i sitt bidrag om astma. Omtrent dobbelt så mange gutter som jenter har diagnosen astma i barnealderen. Senere etter puberteten utjevnes dette. Forekomsten er omtrent lik blant yngre kvinner og menn. Allikevel er det forhold som er av avgjørende betydning når legen skal gi råd til kvinner. Astma er en kronisk sykdom med stor variasjon i symptomintensitet, også gjennom menstruasjonssyklus. Prevensjon kan by på problem, mange astmatikere er allergiske for latex, slik at mange kondomtyper kan utløse anfall. Svangerskap, fødsel og ikke minst amming er perioder i kvinners liv der astma og allergi er viktige tema. Amming kan ha en gunstig effekt på utviklingen av disse tilstander hos barnet. Dette brukes i stor grad i opplysningsarbeid om amming. Ut ifra hva enkelte kvinner forteller meg, kan dette av og til oppleves som en stor byrde når det er problemer med amming. Det bør ikke bare være kvinnen som har ansvar for den oppvoksende slekts helse. Å nyansere opplysningsarbeid i denne fasen av kvinnelivet er en utfordring.

Guttebarna er annerledes bygd ikke bare når det gjelder de kjønnsspesifikke organer. Dimensjonene i nasopharynx og ansiktsskjelett er annerledes hos guttene. Kan det være årsak til at de lettere blir 'ørebarn'? Dette skriver **Kværner** om i sitt bidrag. Hun er også opptatt av de genetiske faktorene som påvirker forekomsten av ørebetennelse. Det kan være at kjønnsbaserte ulikheter i immunapparatet interagerer med genetisk disposisjon. Men miljøet kan også spille en rolle; tradisjonelt har gutter deltatt mer i 'tøffe' leker utendørs under alle mulige værforhold. Lav alder ved første gangs øreinfeksjon, en familiær disposisjon og det å være gutt er de tre viktigste faktorene for å få gjentatte ørebetennelser. Utviklingen i denne tilstanden blir spennende å følge. Vil vi se en kjønnsmessig utjevning når jentene løper ut i lekekassen blant gutta?

DE STORE PARADOKSENE

Det finnes mange paradokser innen kjønnsulikhet og helse, ett av disse er innen mental helse. Blant ungdom er det mange flere jenter som rapporterer selvmordsforsøk enn gutter, men det er langt flere menn som begår selvmord. **Rossow** refererer tallene fra 1995 der i alt 411 menn og 137 kvinner tok sitt eget liv. Det er en økning i selvmord mellom 1960 og 1988 hos begge kjønn, men mest hos menn, særlig blant de unge. Tradisjonelt har menn tatt sitt liv med såkalte definitive metoder som henging og skyting, mens kvinner i større grad har brukt såkalt myke metoder som forgiftninger med legemidler, gass og andre gifter. Men den siste tiden har det skjedd en økning av bruk av henging og skyting blant unge jenter. Dette er urovekkende.

Sosialt nettverk er viktig for både kvinner og menn når det gjelder mental helse. Sivilstatus kan være en faktor som påvirker hvordan kvinner og menn generelt opplever sin helse. Blant 40-42 år gamle kvinner og menn i Aust-Agder rapporterte 24% av de ugifte kvinnene og 17% av de ugifte mennene dårlig helse. **Kreyberg** bruker i sitt bidrag tall fra 40-årsundersøkelsen til Statens Helseundersøkelser og belyser det kompliserte forhold mellom sivilstatus, utdannelseslengde og selvopplevd helse.

En av diskusjonene når det gjelder mental helse og kjønn, er fundert i det forhold at kvinner i langt større grad enn menn får utskrevet psykofarmaka. Dette kan også tolkes dit hen at leger i for liten grad avdekker psykiske lidelser hos menn som dermed blir underbehandlet. Dette forhold kan bidra til den store kjønnsforskjellen i selvmord. Men er kvinner overbehandlet og får dermed flere legemiddelrelaterte bivirkninger? Dette er godt dokumentert både i primærhelsetjenesten og under sykehusopphold, skriver **Nordeng** i sitt bidrag. I følge Norsk reseptstatistikk representerte kvinner 79% av brukerne av antidepressiva, og 70% av anxiolytika. For andre lidelser er det også vist at kvinner er i flertall blant legemiddelbrukere. Nordeng tar for seg modeller som kan bidra til å forklare denne ulikheten. Av eksempler på biologiske faktorer, rapportere hun at bivirkninger kan være forårsaket av at det er kardiale elektrofysiologiske forskjeller mellom kvinner og menn. Dette kan muligens også forklare at kvinner har høyere risiko for brå død under antiarrytmatisk terapi. Kvinner har også høyere andel kroppsfett, noe som kan påvirke distribusjonsvolum av lipofile legemidler. Dette kan påvirke halveringstid og ha praktisk betydning for dosering. Men for enkelte legemidler er det menn som 'får mest'. Fra Sverige viser statistikken at menn ligger høyere blant brukerne av magesårmidler, antidiabetika, lipidsenkende midler og nyere hjertemidler.

KVINNERS HJERTER – IKKE SÅ ULIKE MENNS SOM VI TRODDE?

Det å ha tilgang til den beste behandling når du er hjertesyk også når du er kvinne, har vært et hjertebarn blant kvinnemedisinere i USA. Mange studier har vist en høyere letalitet hos kvinner ved akutt hjerteinfarkt, noe **Njølstad** og **Løchen** rapporterer i sitt bidrag. De påpeker at dette antagelig i mindre grad skyldes ulik behandling når de først kommer til sykehus, enn at det tar lenger tid fra symptomdebut til innleggelse for kvinner med hjerteinfarkt sammenlignet med menn. Dette gir kvinnene er ugunstigere utgangspunkt. Hjerte/kar-epidemiologi har i stor grad vært preget av at det er en forskning om menn og av menn. Dette endrer seg nå hurtig. Njølstad og Løchen påpeker at kjønnsspesifikk forskning der man nøye tar hensyn til både alderssammensetning og komorbiditet, vil kunne belyse mekanismene for de observerte kjønnsulikheter. Også på risikosiden er det kjønnsulikheter, betydnin-

gen av røyking og triglyserider er ulik for kvinner og menn, mens andre faktorer synes å ha lik betydning.

Men hvordan ligger nivået av slike risikofaktorer hos kvinner i de ulike aldersgrupper? **Fevang** rapporterer fra sitt hjemfylke Rogaland med assistanse fra fylkeslege Geir Sverre Braut. I samarbeid med Statens Helseundersøkelser har de kartlagt risikonivå blant alle kvinner i alderen 15-75 år i to kommuner. Men hva betyr det for den enkelte kvinne? Og hva betyr det at 70% av kvinnene totalt hadde en eller flere risikofaktorer? Dette problematiseres av forfatteren som etterlyser mer diskusjon om forebyggingstrategier for kvinner.

'SPRØ' MED ÅRENE – IKKE EN SYKDOM?

Kan det å få høre at man har en risikofaktor føre til at man plutselig føler seg sykere? Det er en vanskelig balanse mellom det å kreve å bli tatt alvorlig av helsevesenet og det å bli sykeliggjort og dermed inndratt i kanskje unødvendige tiltak. Kan det at ben blir sprø med årene føre til 'sprøe' tiltak? Dette er en av bekymringene som **Søgård** deler med oss i sitt bidrag om osteoporose. Det er en fare for at søkelyset på osteoporose kan føre til en medikalisering. Det er mange uavklarte spørsmål vi står overfor når vi ønsker å redusere risikoen for lårhalsbrudd hos eldre. Siden kvinner er i flertall blant de eldre og lårhalsbrudd særlig rammer kvinner, er dette et felt med stort behov for en kjønnsspesifikk tilnærming. Søgård peker på at vi ennå ikke har en definisjon av osteporose hos menn, selv om enkelte hevder at man kan bruke samme definisjon som hos kvinner. Hun understreker også at begrepet osteoporose ikke er en sykdom, men må karakteriseres som en risikofaktor. I seg selv gir lav bentetthet ingen symptomer eller lidelser før det eventuelt oppstår et brudd, og da snakker man om etablert osteoporose. Når det gjelder forebygging, er det betryggende å lese at det vi i Norge setter stor pris på, fysisk aktivitet spesielt koblet til sosial hygge og glede, kan redusere bentap og kanskje øke bentettheten.

Osteoporose og lårhalsbrudd-epidemiologi er blitt kjempet fram som et nytt stort satsningsområde innen norsk epidemiologi. Det er blitt dannet et nasjonalt nettverk (NOREPOS). Dette nettverket blir støttet av Norsk Osteoporoseforening. Bak denne foreningen står Norske Kvinners Sanitetsforening, landets største kvinneorganisasjon, som også i denne saken har vist at ildsjeler utenfor helsevesenet ofte viser vei når det gjelder viktige saker for kvinners helse. Det var da også en fest for epidemiologer og andre innen feltet, da forsker Lisa Forsén disputerte 19 November. Vi er så heldige at hennes eminente selvvalgte prøveforelesning nå allerede foreligger som artikkel. **Forsén** viser i denne artikkelen hvor viktig det er ikke bare å bruke kjønn som en variabel det kontrolleres for, men som en analytisk kategori når man utvikler modeller for å forstå kompliserte prosesser. Forsén gir seg i kast med kjønnsforskjeller innen estimater for tilskrivbar andel. Hun forteller oss at andelen lårhalsbrudd som skyldes røyking er adskillig høyere for menn, men at dette ikke *bare* kan forklares fordi mennene har høyere røykeprevalens: Relativt til ikke-røykere har mannlige røykere en høyere relativ risiko for lårhalsbrudd enn kvinnelige røykere.

LIKEVERD ER MÅLET

Det nærmer seg tusenårsskifte. Mange vil skåle for 'den lille forskjellen' mellom menn og kvinner. Vi har i dette nummeret ønsket å belyse at forskjellen kan være både stor og liten og ha ulik betydning. Bidragene er smakebiter fra et stort felt som vi vil se mer til i det neste århundre og jeg vil med dette utfordre våre medlemmer til å fortsette dette viktige arbeider til beste for begge kjønn i den hensikt å lage en likeverdig helsetjeneste.

Så gjenstår det bare for meg å ønske lykke til med tusenårsskiftet! Men først:

Tusen takk til

Anne Eskild, for det enorme arbeidet du gjorde med å samle inn bidrag til kjønnsulikheter og helse i NOU (1999:13) om kvinnehelse. Tusen takk for ideen til dette spesialnummeret!
Johanne Sundby, forsker og leder av utvalget som laget NOU'en. Det var et virkelig løft å få samlet alle trådene mellom to permer. At det blir diskusjon i kjølvannet er med på å sette saker på dagsorden. Jeg håper at også dette nummeret av Norsk Epidemiologi kan bidra til å spre interessen blant 'mainstream' epidemiologer, slik at Norge også innen dette feltet kan leve opp til sine idealer om likeverd mellom mennesker også mellom menn og kvinner når det gjelder helse.
Inger Stensvold, som har vært en støtte og inspirator i dette arbeidet. Med sin brede bakgrunn som forsker ved Statens Helseundersøkelser, og sitt virke ved Statens Helsetilsyn i gruppen for kvinnehelse, har hun bidratt med innspill og oppmuntringer.

Og så til dem som har holdt i trådene:
Ragnhild Maaø ved Institutt for Samfunnsmedisinske fag har administrert det hele med ryddighet, pågangsmot og pedagogisk innsikt. Tusen takk, Ragnhild, din erfaring og innstilling har vært helt avgjørende!
Så er det **Trond Peder Flaten**. Hans profesjonelle redigeringsarbeid og glød for dette tidsskriftet er helt uvurderlig. Måtte han fortsette med en slik sunn interesse til gavn for foreningen, om dette vil gi han et lengre liv får vi bare håpe på.

Men uten dere bidragsytere hadde det vært lite å lese mellom disse to permene. Tusen takk til dere og også til 'bakmennene' (våre referees av begge kjønn)!

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999:13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
2. Aarseth HP. Kvinnehelsutvalget skyter spurv med kanoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; **119**: 727.
3. Botten G. Kjønnsulikhet i sykelighet og dødelighet. I: Schei B, Botten G, Sundby J (red). *Kvinnemedisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1993: 42-61.

Gjesteredaktør

Berit Schei

Institutt for samfunnsmedisinske fag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim

berit.schei@medisin.ntnu.no