Menns overdødelighet

Hans Th. Waaler

HELTEF, Sentralsykehuset i Akershus, Postboks 55, 1474 Nordbyhagen

Telefon 67 92 94 60 Telefax 67 92 94 69 E-post <htwaaler@sia.akershus-f.kommune.no

SAMMENDRAG

Forventet levealder for kvinner er ca. 6 år lenger enn for menn, en forskjell som svarer til en livsvarig dobbel dødelighet for menn. Ratioen mellom kvinners og menns forventede levealder var konstant fra 1840 til 1950. I de siste 50 år har ratioen økt betydelig og varierende med alderen. De siste ti årene har igjen ratioen vært fallende. I NOU 13:1999 om Kvinners helse i Norge framheves en langvarig diskriminering mot kvinner i forskning og i helsetjenestens møte med kvinner som et problem. Hvis det er riktig så kan man neppe si at det har gitt mennene en fordel mht. helse.

Waaler HT. **The excess mortality of men in Norway.** *Nor J Epidemiol* 1999; 9 (2): 97-100.

ENGLISH SUMMARY

The excess mortality of men has been observed for a long time and figures are presented from Norway since 1850. The ratio between females and males as to life expectancy was rather constant from the middle of the last century up to about 1950. For the last 50 years the ratio has increased considerably and differently for the varying age groups. A recent Official Report on Females' Health in Norway underscores the discrimination against women from the medical research and the health services over the generations. The increasing gap in life expectancy between females and males doesn't support this claim or at least doesn't seem to have given the males an advantage. One consequence of the difference in mortality is the widow/widower ratio which takes the value of about four in all adult age groups.

INNLEDNING

Forventet levealder for kvinner er i dag ca. 6 år lengre enn for menn. Denne forskjell svarer til en overdødelighet gjennom hele livet med en faktor på to, dvs. en livsvarig dobbelt dødsrisiko. Man kan altså godt si at mannen er det svake kjønn.

I NOU 1999:13 (1) er fokus satt på kvinners helse. Dette er berettiget fordi den medisinske historie er preget av mannsdominert forskning og, med visse unntak, spesiell interesse for sykdommer som rammer menn. Man har interessert seg for kvinners reproduktive helse og for unge menns helse: soldater skulle produseres og deres helse ivaretas av hensyn til nasjonens makt. NOU'en underslår ikke forskjellen i middellevetid for menn og kvinner, men utdyper ikke dette poenget. Man trenger kanskje et korrektiv og et supplement.

METODE

Det beste og enkleste mål på dødeligheten i en befolkning er middellevetiden eller forventet levealder. Det er et såkalt summarisk dødelighetsmål. Det er en entydig funksjon av de aldersspesifikke dødssannsynligheter og er lett å beregne. Det er uavhengig av den aktuelle alderssammensetning og et dødsfall i ung

alder teller mer enn et dødsfall i høy alder. Et ekstra dødsfall i første leveår betyr f.eks. ni ganger (for menn) og seks ganger (for kvinner) så meget i redusert levealder som et ekstra dødsfall i 70 års alderen.

OBSERVASJONER

Kjønnsforskjellene

Vi ser først på forholdet mellom dødeligheten for menn og kvinner etter alder i 1995 (Figur 1). Mennenes overdødelighet gjelder alle aldersgrupper, men i varierende grad fra nesten 3,5 ganger i aldersgrupper omkring ti-års alderen til nesten ikke eksisterende for ettåring og 100-åring. Figuren er også preget av ulykkesdødsfall i tidlig 20-årene som stort sett rammer mennene og den mannlige dominans av hjertekarsykdommer fram til 70-års alderen hvoretter forskjellene gradvis utjevnes.

Aldersgradient

Forventet levealder gis vanligvis for nyfødte, men det er viktig informasjon også i tallene for andre aldersgrupper. I Figur 2 har jeg gitt utviklingen av middellevetiden for de to kjønn for fire aldre (0, 20, 50 og 80) over en periode på 150 år. Kvinner har gjennom hele denne perioden hatt høyere levealder enn menn.

Figur 1. Forholdet mellom menns og kvinners dødelighet etter alder, 1995.

Forskjellen har økt de siste 50 årene. En tilsvarende figur er forøvrig gitt i NOU'en om kvinners helse (1). Bildet blir ennå klarere dersom vi beregner ratioen mellom menn og kvinners middellevetid (Figur 3). I denne figuren ser vi at mens ratioen har vært varierende, uten en klar tidstrend i de første 100 årene, skjedde det en radikal endring etter 1950.

Kvinnens middellevetid var før 1950 omkring 5 til 10% høyere enn menns middellevetid og stiger nå til verdier mellom 10 og 30% høyere. Man observerer en virkning av den annen verdenskrig med overdødelighet av menn og dermed relativt høyere levealder for kvinnene. Det er interessant å observere at disse ratioene nå blir meget aldersavhengige. Middellevetiden for 50-årige kvinner vokser til å være 20% høyere enn for menn og 30% høyere for 80-årige kvinner. For de tre yngste av aldersgruppene kan man se en begynnelsen nedgang igjen de siste ti-året.

Kjønnsproporsjonen og enke/enkemann-proporsjonen

Det blir som kjent født flere gutter enn jenter (ca. 105/100). Figur 4 viser konsekvensen av forskjellen i dødelighet for kjønnsproporsjonen. Forskjellen gjør at proporsjonen blir mindre enn 1 i en alder litt over 50 år. Deretter avtar den radikalt og i 80-årsalderen er det dobbelt så mange kvinner som menn. En annen viktig følge av mennenes overdødelighet som ytterligere forsterkes ved at mennene generelt er eldre enn kvinnene ved inngåelse av et partnerskap, er at antall enker i alle aldersgrupper er ca. 4 ganger antall enkemenn (Figur 5).

Livskvalitet

Kvinnene lever lengre enn mennene. Hva med kvaliteten av disse ekstra leveårene? I SSB's helseundersøkelser spørres det bl.a. om egenvurdert helse. Med slike tall som grunnlag kan man beregne det forventede

antall leveår med nedsatt helse etter egen oppfatning (2). Figur 6 viser slike beregninger fra 1995-undersøkelsen. For nyfødte kvinner forventes nesten 15 år av livet å være år med nedsatt helse, for menn er verdien ca. 9 år, dvs. 6 år kortere.

DISKUSJON

Er en forskjell i middellevetid på noen år noe å bry seg om? Gjelder det ikke bare de siste leveår som allikevel er fylt med elendighet? Dette ville være en feil fortolkning av tallene. En forskjell i middellevetid vedrører ikke bare slutten av livet. Den reflekterer forskjeller i dødssannsynlighet over alle aldre. Figur 7 viser hva en forskjell i middellevetid svarer til uttrykt som livsvarig overdødelighet gjennom hele livet. Når kvinner lever 6 år lengre enn mennene svarer det til om mennenes dødssannsynlighet gjennom hele livet skulle være nesten det dobbelte av kvinnenes dødssannsynlighet.

Selv om hjerteinfarkt – den største enkeltårsak til død blandt menn – ble utryddet som dødsårsak blant menn, gir det knapt 4 års forlenget levealder (3)!

Dødeligheten er lik produktet av insidens og fatalitet. Og det kan jo være slik at kvinner og menn har den samme insidens, men at menn har større fatalitet. Forholdet mellom insidens og fatalitet varierer fra sykdom til sykdom og er ofte kjønnsespesifikk. Kvinner tåler f.eks. både høyt blodtrykk og overvekt bedre enn menn (4,5). På den annen side kan skadevirkningen av alkohol og tobakk være større hos kvinner. Nettoresultatet er i alle fall at dødeligheten blant kvinner er lavere enn dødeligheten blant menn, et forhold som gjelder alle aldersgrupper og i Norge så langt tilbake man har tall (6).

Jeg henviste ovenfor til en analyse basert på Statistisk Sentralbyrås helseundersøkelse fra 1995 som konkluderer med at nyfødte kvinner ved fødselen må forvente flere år med nedsatt helse enn menn.

Figur 2. Utviklingen av middellevetiden for menn og kvinner i fire aldre fra 1846 til 1995.

Figur 3. Forholdet mellom middellevetiden for kvinner og menn i fire aldre fra 1846 til 1995.

Kvinnens lengre levetid spises faktisk opp av år med dårligere helse. De lever 6 år lengre, men har 6 år flere med nedsatt helse!

Forholdet mellom dødeligheten for menn og kvinner forandret seg radikalt etter krigen. Har etterkrigs-tidens kvinnefrigjøring tatt livet av mennene? Dette vil være en feilaktig og usaklig konklusjon. Middellevetiden øker i denne perioden for begge kjønn; det interessante er at forskjellen mellom kjønnene øker. Den generelle samfunnsutviklingen med økt materiell leve-standard, bedre og optimal ernæring og bekjempelse av smittsomme sykdommer må antas å være ganske kjønnsuavhengig. Det gjør at ratioen mellom middellevetid for de to kjønn er av spesiell interesse.

Bortsett fra en kort periode i 60-årene har middellevetiden for menn vokst jevnt og trutt i 150 år. Poenget er at stigningen har vært enda mer markert for kvinnene. En nærmere analyse av dette må være døds-årsaksspesifikk og det er det ikke plass til her.

Det framheves i NOU'en om kvinners helse (1) at medisinen både i forskning og praksis og helsetjenesten i møte med pasienten har vært mest opptatt av menneskets biologi. Det kan nesten se ut som om helsetjenesten og medisinen favoriserer av mennene har gitt kvinnene en helsemessig fordel (sic!)! Det er i alle fall ikke lett, på basis av disse observasjonene, uten videre å hevde at helsetjenesten etter krigen har favorisert mennene og deres helseproblemer.

Jeg foreslår at det lages en NOU-rapport om Mennenes overdødelighet!

Sett på bakgrunn av at menn og kvinner er to ulike biologiske vesener og i vårt samfunn to ulike sosiale vesener så er det ingen *a priori* grunn til at deres helse ved sykdom og dødsrisiko skulle være den samme. Kvinnens sentrale plass i forplantningen med «bare» tredivde års fertilitet og biologisk mulighet til å gjennomgå maksimalt 20 svangerskap, mens mennene

har >60 års fertilitet og i teorien nærmest ubegrenset forplantingsevne gjør det rimelig av «naturen» å favorisere kvinnes helse, gjøre dem sterke til å gjennomgå disse svangerskap. Det er kvinnen som er flaskehalsen i artens utbredning. Dette er en styrke de beholder når de i våre dager «lurer» naturen med å begrense seg til 0-3 svangerskap! Dette er vel litt amatørmessig darwinisme, men bare fremkastet som en hypotese til forklaring av kvinnes systematiske iboende lavere dødelighet. Og jeg bøyer meg ubetinget for bedre hypoteser!

Det er en alminnelig erfaring at kvinner er mindre aggressive enn mennene. Det er helt sikkert slik at mennenes overdødelighet i forhold til kvinnene i en viss utstrekning kan «forklares» ved «maskuline» dødsårsaker knyttet til en «maskulin» livsstil preget av tobakk, alkohol, skytevåpen, bilkjøring og annen risikoadferd? Risikoadferd har vært antatt å være kjønnsavhengig. Med avtagende dødelighet av smittsomme sykdommer og andre kjønnsuavhengige sykdommer vil disse «maskuline» dødsårsaker innta en mer dominerende plass. Dette vil kunne forklare våre observasjoner til en viss grad, men er ikke tilstrekkelig til å forklare hele forskjellen. Og det er en viss fare for at de nye kvinnegenerasjoner vil skusle bort verdien av sin medfødte feminine helsefortrinn ved etteraping av mennenes adferd. Sitat fra NOU 13:1999: *En røykende kvinne har dødelighet som en ikke-røykende mann!* Endel av nedgangen i kurvene i Figur 3 de siste 10-år kan være en begynnelse på en slik utvikling.

Figur 4. Antall menn i forhold til antall kvinner (kjønnsproporsjonen) etter alder, 1995.

Figur 5. Antall enker og enkemenn etter alder, 1995.

Figur 6. Forventet antall «gode leveår» for menn og kvinner, 1995.

Leveårstap

Figur 7. Beregnet leveårstap svarende til varierende relativ dødelighet.

REFERANSER

1. NOU 13:1999, Kvinners helse.
2. Waaler H, Grøtvedt L. Forventede gode leveår, Manuskript.
3. Waaler HT, Hjort PF. Tapte leveår: hva betyr de enkelte dødsårsaker? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1978; **14**: 720-725.
4. Waaler H. Height, weight and mortality. *Acta Med Scand* 1984; Suppl 679.
5. Waaler H, et al. Høyt blodtrykk: Behandlingsprogram, utbytte, kostnader. Gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr 5/1978.
6. Statistisk Sentralbyrå. Historisk Statistikk.