

Kvinnens og menns helse i historisk perspektiv

Rannveig Nordhagen

Statens institutt for folkehelse, Postboks 4404 Torshov, 0403 Oslo

Telefon: 22042373 telefax: 22042303 e-post: rannveig.nordhagen@folkehelsa.no

SAMMENDRAG

Det fødes flere gutter enn jenter, men det er helt fra fosterlivet, fødselen og videre i livet en overdødelighet av gutter/menn. Dette mønsteret har holdt seg i dette hundreåret, men ikke for alle sykdommer. Det gjelder blant annet ikke for tuberkulose hos yngre, som i begynnelsen av hundreåret var den største trusselen mot liv og helse. Hvis vi går lenger tilbake enn dette hundreåret synes også kvinner å ha hatt hardere livsvilkår og større dødelighet enn menn. Kvinnens totale dødelighet har imidlertid alltid ligget under menns i vårt land, skal vi dømme etter den første statistikk fra Eilert Sundt i midten av forrige århundre. Overdødelighet av gutter allerede i spedbarnsalderen har stor innvirkning på den gjennomsnittlige levetid, som er omtrent seks år høyere for kvinner enn menn. Overdødelighet av menn i middel- og eldre alder skyldes for en stor del hjerte/kar-sykdommer, og fører til et økende sprik mellom kjønnene i forventet gjenværende levetid. I motsetning til dette bildet, rapporteres det en større sykkelighet av "ikke dødelige" lidelser for kvinner, spesielt innenfor muskel-skjelettlidelser. Kvinner rapporterer også større sykkelighet av hjerte/kar-sykdommer, selv om de har mye lavere dødelighet for disse sykdommene. Det fører til større sykefravær og større andel uføretrygdde. Dette skjer også i de yngre aldersgruppene, og skyldes ikke at kvinner blir eldre enn menn. Årsakene til kjønnsforskjellene i sykkelighet og dødelighet er gjenstand for mange spekulasjoner, uten at man sikkert vet hva det skyldes. Innvirkning av atferdsmønster og faktorer av biologisk, genetisk eller sosioøkonomisk natur er diskutert. Noen rapporter viser at hvis man korreterer for forskjeller i blant annet forhold i arbeidslivet, forsvinner kjønnsforskjellene i forekomst av de mindre alvorlige lidelser.

Nordhagen R. **Women's and men's health in a historical perspective.**

Nor J Epidemiol 1999; 9 (2): 101-106.

ENGLISH SUMMARY

Since the beginning of the twentieth century, mortality rates for both women and men have fallen in the Western industrial countries, but the reduction has been greater for women, which is also the case in Norway. Sex differences in mortality exist even before birth: male foetuses are more likely to be spontaneously aborted. Stillbirth rates, as well as infant mortality, are higher among males. In adults, the higher level of male deaths persists in every age group. The infant mortality has decreased immensely in this century, and has had a great impact on expectation of life at birth, which is about six years longer for women than for men. Trends in this century indicate, however, that the difference between male and female death rates in adults has grown greater. This is mostly due to the death rates of cardiac disease. The morbidity pattern is more complicated. Women report higher rates of illness than men at all ages, and are more often on sick leave or receive disability insurance. Illnesses in the musculoskeletal system dominate the pattern, but women's complaints also comprise cardiac diseases, even if they have a lower mortality. We cannot, at present, explain the reported differences. Both genetic, biological, behaviour and social factors in early or later life have been discussed. Recent reports show that some sex differences in morbidity are eroded by taking account of differences in working circumstances.

INNLEDNING

Uttrykket "kvinner blir syke, menn dør", er nærmest blitt akseptert som en evig sannhet, og ble hevdet tidlig i dette århundre (1). Men lenge før ble dette observert av en av de aller første epidemiologer eller demografer: John Graunt i 1662 (2). Denne kleshandleren

(haberdasher) i London skrev en bok grunnlagt på det han fant i de regelmessige "Bills of Mortality", fordi han mente det var nyttig for samfunnsplanleggerne/politikerne å ha et begrep om endringene i populasjonen. Han hadde observert at det ble født flere gutter enn jenter, men at det døde flere menn enn kvinner. Dette mente han var bra for å opprettholde likevekten

mellom kjønnene, spesielt slik at det ikke lå til rette for flerkoneri, noe som etter hans mening var en forferdelig synd. Men til tross for dette, sier han også at legene forteller at "...they have two women patients to one man". Siden har det vært utallige spekulasjoner rundt dette forholdet. Hvorfor er det en overdødelighet av menn i den vestlige verden, mens det ser ut som kvinner har en oversykkelighet av "ikke dødelige" lidelser? Vi har ikke svaret, og selv om det har vært visse endringer, består mønsteret i hovedsak også i dag (3).

HELSESTATISTIKKER

John Graunt's opptegnelser etter "Bills of Mortality" var en av de første forsøkene på å stille sammen dødelighetsdata som man egentlig ikke hadde benyttet tidligere, og etter hvert har man sett nytten i dette. Her i landet fikk vi en parallell til dette, men først i midten av forrige århundre. Da fikk våre myndigheter engasjert presten Eilert Sundt til å få utarbeidet dødelighetstabeller for Norge (4). Han skriver: "...Til alle tider har dette: "Du skal leve lenge i landet," været betraktet som en av de herligste forjættelser. Det er også ret å betrakte et lang liv som et stort gode". Vi er vel fortsatt av samme mening, og når vi trekker sammenligninger mellom lands helse og levekår, utgjør mortalitet og levealder viktige elementer. Den offisielle registrering av dødsfall i Norge går tilbake til 1685, og det var prestenes oppgave å føre inn dødsfall de fikk kjennskap til. Vår offisielle statistikk går tilbake til 1801, og etter hvert overtok Statistisk sentralbyrå bearbeidelsen av materialet. Legene overtok også registreringen gradvis, og materialet ble i begynnelsen av dette århundret etter hvert mer fullstendig og mindre tilfeldig og med angivelse av dødsårsaker. Dødsårsakene har etter hvert tilpasset seg internasjonal nomenklatur og regelverk (5).

Opplysninger om sykkelighet er mer usikre, fordi vi her ofte har å gjøre med selvoppfattelse og selvrapportering av sykdom og lidelse, ikke bare de merkelige som følger av at vi får en diagnose. Vi kan støtte oss til Statistisk sentralbyrås regelmessige helse- og levekårsundersøkelser som bygger på spørreundersøkelser av individer over 15 år, siste gang i 1995. Likeledes har vi en del registre over spesielle sykdommer, for eksempel Kreftregisteret, hvor Norge var meget tidlig ute med registrering. Medisinsk fødselsregister ble begynt i 1967 etter at man hadde hatt overraskelsen med de uheldige konsekvenser av Thalidomid. I dag er registreringen utvidet med revidert skjema, og man kan få en rekke opplysninger om helse. Et diabetesregister er nettopp instituert, og det er foreslått å gjenopprette blinde/svaksynt-registeret. Noen infeksjonssykdommer er meldepliktige, for eksempel HIV-infeksjon. Statens helseundersøkelser har likeledes utført landsomfattende helseundersøkelser, vesentlig når det gjelder hjerte/kar-sykdommer, nå utvidet med andre undersøkelser. Det utføres også mindre epidemiologiske undersøkelser for spesielle sykdommer som gir oss informasjon.

Gode helseregistre er vesentlig for å ha god oversikt over sykkelighet, og man kunne ønske flere enn vi har i dag. Vi har for eksempel ikke et tilgjengelig utskrivningsregister for sykehusopphold, noe som finnes i mange land.

MORTALITET I FOSTERLIV OG SPEDBARNSTID

Graunt's observasjon at det fødes flere guttebarn enn jente-barn, er gyldig i de vestlige land også i dag. Forskjellen er ikke så stor, ratioen gutter/jenter er angitt til å være ca. 1,06. Tall fra 1996 i Norge viser 51,6% gutter og 48,3% jenter (6). Vi kjenner ikke årsaken til denne overvekten av fødte gutter. Det aborteres flere guttefostere enn jentefostere, og det er flere dødfødsler blant gutter enn jenter (7). I det siste synes det å foreligge en tendens til at fødselsratioen gutter/jenter avtar, og dette har skapt bekymring, fordi man har spekulert over om det er visse eksponeringer i miljøet som fører til dette (8). Det støttes av at tendensen synes å øke ved enkelte yrker hos fedrene (9). Dødeligheten i første leveår er større blant gutter i dag, og det har vært slik i dette hundreåret (10). Det gjelder spesielt dødeligheten tidlig i første leveår. Årsakene til dette er ukjente. Det er spekulert over kjønnsbundne gener som ikke er forenlig med opprettholdelse av liv, men det er ikke kommet gode vitenskapelige data som støtter en slik antakelse.

Dødsårsakene

I begynnelsen av dette århundre var spedbarnsdødeligheten spesielt høy, den hadde vist en økning på slutten av 1800-tallet, hvor den faktisk avtok i andre europeiske land. Dødsårsakene viser at infeksjoner var en vesentlig årsak (10). Imidlertid viste enkelte undersøkelser at gruppen som var død av såkalte "andre årsaker" var meget stor, og det ble hevdet at barna rett og slett sultet i hjel (11). Ved århundreskiftet var Norge et fattig land, hvor sulten ikke var ukjent for mange. Spesielt gikk dette tydelig frem av det faktum at dødeligheten blant barn av ugifte mødre var omtrent dobbelt så stor som barn av gifte. Det sier seg selv at ugifte mødre som måtte tjene til livets opphold, og måtte sette bort barna mens de arbeidet, ikke hadde store muligheter verken til amming eller en tilstrekkelig kunstig ernæring. Fenomenet englemødre eller englebarn var godt kjent, og skrev seg fra at noen fostermødre profiterte på at barna døde, slik at de raskt kunne ta et nytt og få mer penger. Spedbarnsdødeligheten har stor innflytelse på gjennomsnittlig levealder. Spedbarnsdødeligheten var omkring århundreskiftet over 100 per 1000 levende fødte. Dette er tall vi ennå finner i flere utviklingsland. I dag er den ca. 4 per 1000, og den gjennomsnittlige gjenværende levetid ved 0 år (ofte kalt gjennomsnittlig levealder) har økt tilsvarende (tabell 1). Fra å være omkring 50 år, er den i dag nærmere 81 år for kvinner, og 75 år for menn.

Tabell 1. Forventet gjenstående levetid ved forskjellig alder, kvinner og menn, 1866-1994. Kilde: Historisk statistikk, Statistisk sentralbyrå, 1994.

Tidsperiode	0 år		40 år		60 år	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
1866-70	50,65	47,31	30,28	28,53	15,89	14,99
1881-85	48,62	51,07	31,58	30,34	17,00	16,03
1896-00	55,19	51,47	32,55	30,93	17,60	16,57
1906-10	58,40	55,64	33,02	31,61	17,86	16,85
1916-20	57,67	54,50	32,75	31,44	17,69	16,67
1926-30	64,58	61,74	34,11	32,68	18,22	17,14
1936-40	68,32	64,55	35,01	33,17	18,35	17,20
1946-50	72,56	69,25	36,96	35,16	19,45	18,39
1966-70	76,83	71,09	38,81	34,22	20,64	17,33
1986-90	79,73	73,09	41,07	35,36	22,80	18,11
1994	80,64	74,88	41,76	36,62	23,42	18,98

DØDELIGHETSMØNSTRET HOS UNGDOM OG VOKSNE I TIDLIGERE TIDER

En lang levetid er kriterium på gode levekår i et land. På 1700-1800-tallet tyder tilgjengelige statistikker på at kvinner hadde lavere levealder enn menn (12). Spedbarnsdødeligheten har hatt et stort og jevnt fall helt til i våre dager. Når vi ser at spedbarnsdødeligheten for gutter alltid har ligget høyere enn for jenter, kan vi spørre oss hvordan kvinner i tidligere perioder kan ha hatt lavere levealder. Selv om statistikkene er ufullstendige med hensyn til dødsårsaker, blir det hevdet at livet i tidligere tider var hardere for kvinner enn menn (13). Dødsårsakene var meget ofte forbundet med store epidemier av infeksjonssykdommer, og kvinnene bukket oftere under. I fertil alder gjorde mange barnefødsler seg gjeldende, både som direkte dødsårsak, og som disponerende for infeksjonssykdommer. Når det gjelder Eilert Sundts statistikker, viste han at den gjenværende levetid for kvinner i Norge likevel holdt seg høyere enn for menn, selv i forrige århundre. De to kjønn viste tilnærmet lik dødelighet i perioder av dette hundreåret, spesielt i 1930-årene (5).

Dødsårsaker

Vi har hatt en stor endring av årsaker til dødelighet i vårt århundre. Tidligere dominerte infeksjonssykdommer, til dels som store epidemier som sveipet over

mesteparten av befolkningen. Både bakterielle og virale epidemier har herjet. I begynnelsen av århundret var tuberkulosen den store "dreperen", spesielt blant unge mennesker. Når det gjelder dødelighet av tuberkulose i ungdomsårene var det spesielt jentene det gikk ut over, og av denne årsaken hadde vi en klar overdødelighet av jenter. Dette er også referert fra flere andre vestlige land (12). Tall fra Norge viser at dette spesielt gjaldt aldersgruppen 10-19 år (tabell 2). Det er i dag en vedtatt "sannhet" at ernæringstilstand er ganske avgjørende for dødelighet av tuberkulose. Det er spekulert over hvorvidt de unge jentene i begynnelsen av dette hundreåret hadde dårligere ernæring enn guttene, eller om de var utsatt for større smittepress ved at de oftere tok del i omsorgen for de syke. Dødeligheten av tuberkulose avtok sterkt, og sykdommen var nærmest utradert ved midten av dette hundreåret. Vi kan merke oss at nedgangen gjorde seg gjeldende i en periode hvor vi verken hadde antibakterielle midler eller vaksiner, og heller ikke effektive hygieniske tiltak. Det er altså ikke disse faktorene som har bevirket nedgangen. Totaltallene for denne overdødeligheten for jenter ble "kompensert" blant annet av at gutter hadde høyere dødelighet av skader og ulykker. Dødsfall av drukning har vært spesielt hyppig tidligere (5). Det kan kanskje skyldes vår lange og til dels hårdføre kyst, og næring tilknyttet sjøen. Drukningss dødsfall har vi fortsatt, men nå har trafikkulykkene overtatt ledelsen, og også der er de fleste ofrene menn (14). Selvmordsraten har alltid vært, og er, større hos menn, selv om selvmordsforsøkene har vært hyppigere hos kvinner (15).

En stor epidemi som hadde innflytelse på dødeligheten i perioden 1918-20, var spanskesyken. Sett i lys av at vi nå snart kan få en liknende epidemi, er det interessant å studere forløpet av den (16). Spanskesyken hadde stor innvirkning på dødeligheten i perioden omkring 1918, og vi ser at vi har en kortvarig endring av dødelighetsmønsteret. Levealderen er høyere i de nærmeste årene før, enn i årene 1916-20 (tabell 1). Det var spesielt unge mennesker som døde i spanskesyken, særlig aldersgruppen 20-40 år. Menn hadde en overdødelighet, selv om det ble hevdet at gravide kvinner ble særlig hardt angrepet. Det ble også hevdet at særlig robuste og tilsynelatende sterke menn hadde overdødelighet, men det er usikkert. Det faktum at de tilsynelatende sterkeste ble angrepet, gjorde et mye dypere inntrykk i befolkningen.

Tabell 2. Tuberkulosedødelighet i noen barne- og ungdomsklasser ved forskjellige tidspunkt, per 100.000 innbyggere, 1911-1930. Kilde: Historisk statistikk, Statistisk sentralbyrå, 1968.

Alder	1911-15		1916-20		1921-25		1926-30	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
0-4 år	156	180	138	140	105	118	88	94
10-14 år	154	87	133	86	120	73	68	47
15-19 år	333	272	328	266	322	232	216	150
20-24 år	406	488	407	493	422	436	307	321
25-29 år	395	436	375	412	368	436	314	318

Hvor farlig var det å få barn?

Kvinner tidlig i dette århundre hadde en "svøpe" med de mange barnefødsler som både måtte tære på helsa, og medførte stor fare for å dø av komplikasjoner i barselseng. De mange barnefødsler rammet også ofte de bedrestilte mødrene. Det er interessant å merke seg den preventive virkning av ammeperiodene, og at de som hadde råd til "ammer", ble utsatt for hyppigere graviditeter. Mødredødeligheten rammet særlig de yngre mødrene, størst i aldersgruppen 15-19 år, hvor den i begynnelsen av hundreåret var nesten 55 per 10.000 fødte barn. I de følgende femti år sank den til under 4 per 10.000 fødsler (5). Barselbeber utgjorde over halvparten av dødsfallene i forbindelse med svangerskap og fødsel, selv om den rammet mindre i vårt land enn i andre europeiske land, sannsynligvis på grunn av at de fleste av fødslene var hjemmefødsler. I dag er mødredødeligheten praktisk talt utradert.

Endring i dødelighetsmønsteret

Moderne antibakteriell terapi, bedre ernæring og levekår, samt vaksinasjonsprogrammer gav en svær reduksjon av de fleste infeksjonssykdommene i tiden etter annen verdenskrig. Dermed ble infeksjonssykdommer borte som ledende dødsårsak. Det er de mer langvarige og kroniske lidelser som dominerer bildet i dag. Den ubestridte leder når det gjelder årsaker til mortalitet i voksen alder, er hjerte/kar-sykdommene. Vi hadde nok hatt disse også tidligere, men diagnosen "hjerteinfarkt" var nærmest ukjent i første halvdel av sekelet. Dødeligheten av sykdommer som tiltok særlig sterkt etter siste verdenskrig, avspeiles av at i aldersgruppene over 40 år, ble forskjellen mellom kvinner og menns dødelighet større. Vi kan lese dette av tabell 1, ved at den forventede gjenstående levetid i de to eldste aldersgruppene økte mer for kvinner enn for menn, slik at forskjellen mellom kjønnene ble større. Den andre ledende dødsårsak er kreftsykdommene, men her er ikke kjønnsforskjellene uttalte, selv om menn også her totalt har høyere dødelighet enn kvinnene. Dødeligheten for menn av lungekreft har vært, og er ennå, høyere for menn enn for kvinner, men dødsfall av lungekreft øker nå faretruende blant kvinner. Det er imidlertid høyere dødelighet av kreftsykdommer hos kvinner i de noe yngre aldersgrupper (30-50 år), noe som vesentlig skyldes dødelighet av brystkreft og kreft i kjønnsorganene (3).

FORSKJELLER I KVINNER OG MENNS SYKELIGHET – VANSKELIG Å MÅLE

Sykkelighetsmønsteret i dag avspeiler selvsagt til en viss grad også dødelighetsmønsteret, men det er de langvarige lidelsene som dominerer i denne halvdel av hundreåret. Det dreier seg ikke om lidelser som har høy dødelighet, men som gir dårlig livskvalitet og nedsatt funksjonsevne. Statistikkene bygger på selvrapporterte undersøkelser, bruk av helsetjenester og

uføretrygd, sykefravær og epidemiologiske undersøkelser. Hovedtrekkene går ut på at det er langt flere kvinner enn menn som rapporterer langvarige lidelser og sykdom, har nedsatt funksjonsevne og som er uføretrygdet (3). De regelmessige helseundersøkelsene har dokumentert dette, og det er summert av andre tidligere (17). Kvinner ligger lenger på sykehus, men forskjellen er ikke så stor når man korrigerer for opphold i forbindelse med svangerskap og fødsel, og dessuten aldersjusterer (18). Mødredødeligheten er bortimot eliminert, men man har få opplysninger om mødresykkeligheten. Det er flere kvinner enn menn som er uføretrygdet, forskjellen er særlig stor i de noe yngre aldersgrupper 40-59 år (19). I 1995 var det for eksempel 57 per 1000 menn i alderen 40-49 som hadde uføretrygd, og 86 per 1000 kvinner, og tallene for den neste aldersgruppen (50-59) er henholdsvis 130 og 196. Det er også gjort undersøkelser om antallet legekontakter (20). Det er vist at det blant pasientkontaktene er en overvekt av kvinner, og det gjelder alle aldersgrupper unntatt barn. Det gjelder også hvis man ekskluderer kjønns spesifikk diagnose.

Hvilke lidelser dominerer?

Graunt angir i 1662 diagnoser på hva kvinnene søker lege for: "...for that women have either the Green-sickness, or other like Distempers, are sick of Bree-dings, Abortions, Child-bearing, Sorebreasts, Whites, Obstructions, Fits of the Mother, and the like" (2). Bortsett fra sykdommene knyttet til reproduksjonen, ser vi at dette er diagnoser som for oss synes fremmede i dag. Det har heftet mange slags diagnoser til kvinners lidelser gjennom tidene, diagnoser som eksisterer en stund, og så hører man ikke mer om dem. Vi kan nevne nevrasteni, hysteri og klorose (21). Man kan spekulere over om det er lidelsene som er blitt borte, eller om navnene er endret. Det er karakteristisk at det ofte har dreiet seg om noe diffuse lidelser hvor årsaksgrunnlaget har vært usikkert. Men det dreier seg også om mer "alvorlige" lidelser, slik som brystkreft, som nesten utelukkende rammer kvinner. Insidensen av brystkreft hos yngre er økt, selv om ikke dødeligheten avspeiler det samme (22).

Det som gjør utslag på statistikken i dag er muskel-skjelettlidelsene (23,24). Blant disse er det også uklarheter både når det gjelder diagnostiske kriterier og årsaksforhold. Eksemplet fibromyalgi er velkjent. Diagnosen bygger på visse symptomkriterier, og årsaken er ukjent (25). Slik er det også vanskelig å fastslå prevalensen, og de oppgaver vi har er ofte usikre. Ofte kan det ikke festes noen diagnose til symptomene kvinnene har, det dreier seg om "vondter" som vi ikke kan putte i noen diagnosegruppe (26). Noen muskel-skjelettlidelser har mer sikre diagnosekriterier, for eksempel osteoporose med økt brudd-tendens som følge. Men årsakene er også her ukjente (28). Det finnes også en kjønnsforskjell når det gjelder psykisk helse, hvor kvinnene dominerer i trygdestatistikken

(19). Forekomst av psykoser er noenlunde lik for de to kjønn, men for "nevrosor/personlighetsforstyrrelser" er forekomsten langt høyere for kvinner i aldersgruppen 40-59 år. Andre, mindre hyppige lidelser viser også stor overvekt av kvinner, uten at de gjør store utslag på den samlede helsestatistikk. Anorexi/bulemi er et slikt eksempel, hvor forholdet menn/kvinner er omkring 1/10 (29).

"KVINNER BLIR SYKE – MENN DØR" – ÅRSAKSFORHOLD

Vi har i denne artikkelen "malt med bred pensel", dvs. vi har omtalt de sykdommer hvor kjønnsforskjellene har vært markert, slik at det har gitt seg utslag i helhetsbildet når det gjelder mortalitet og morbiditet. Det er utviklingen i den industrialiserte verden vi har sett på. Forskjellene som i dag eksisterer i utviklingsland, kan mer ligne på det vi så for et par hundre år siden i den vestlige verden. Vi finner i dag overdødelighet av kvinner i mange utviklingsland, kanskje av samme årsak som tidlig i vår historie (7). Kvinnene er utsatt for store byrder, og infeksjonssykdommene dominerer fortsatt i disse landene. I de industrialiserte land er det selvsagt ikke de store kjønnsforskjeller for alle lidelser, og vi vet ikke hvor stabilt dagens bilde er. I det store og hele synes altså mønsteret med at kvinner blir syke og menn dør å vare ved, over landegrensene og over tid (13,30-34). Kvinner synes å ha langt flere "ikke dødelige lidelser", mens menn har en overdødelighet, spesielt i spedbarnsalderen og senere av hjerte/kar-sykdommer. Ulykkesdødeligheten er høyere blant menn helt fra ungdomsalder.

Når det gjelder overdødeligheten blant menn i voksen alder i dag, er det hevdet at mye dreier seg om såkalte livsstilssykdommer, og at et liv med mye stress og dessuten "vellevnet" med tillegg av vaner som for eksempel røyking og bruk av alkohol. Det synes imidlertid ikke som om atferd kan forklare alt. Rent biologiske og genetiske årsaker er også diskutert. Det er forbausende at det er spesielt i de noe yngre alders-

gruppene vi ser overvekt av sykkelighet blant kvinner. Det er til og med en overvekt av kvinner som rapporterer hjertelidelser, på tross av at mortaliteten her er mye større for menn. Det er spekulert over om det er slik at kvinner rett og slett klager mer. Det er holdepunkter for at kvinner er mer opptatt av helse, og de forsøker også å ta vare på hele familiens helse (35). Vi kan spekulere over at hvis livsmønstrene til kvinner og menn blir mer og mer like, vil de også nærme seg hverandre i dødelighetsmønstre. Et eksempel på dette kan være at dødeligheten av lungekreft blant kvinner nå har vist en stor økning, og det er hevet over en hver tvil at dette skyldes at røykemønstret hos kvinner har endret seg til "det verre". En historisk sykdom som podagra ble allerede på Hippokrates' tid beskrevet som en sykdom som vesentlig rammet menn, selv om man visste at den kunne ramme kvinner, men mye sjeldnere. På 1500 tallet skrev en berømt tysk lege: "...nowadays because of their offensive excesses some women are afflicted with gout" (36). Denne uttalelsen kan romme noe mer sannhet enn man har lyst til å vedgå. Sosio-økonomiske eller sosio-kulturelle årsaker er imidlertid mer og mer diskutert. Man har antatt at menn er utsatt for både større stress og mer skadelig yrkeseksponering av fysisk natur, og at de dessuten tar flere risikoer enn kvinner. Kvinner har lavere utdanning, dårligere økonomi, lav jobb-autonomi og jobbtilfredsstillelse og mer dobbeltarbeid med hus og hjem. Dette kan man lett tenke seg disponerer for de langvarige plager kvinner har. En ny undersøkelse blant funksjonærer i et universitetsmiljø i England støtter denne antakelsen (37). Den viste en kjønnsforskjell mellom menn og kvinner for de mer trivielle, eller banale plager. Men hvis man korrigerte for faktorer som forhold på arbeidsplassen, jobbtilfredsstillelse, inntekt og plass i hierarkiet, ble kjønnsforskjellene nesten borte.

Årsaksforholdene i det bestående mønsteret er uten tvil sammensatte. Det er imidlertid påfallende at hovedtrekkene i industrilandene har bestått over så lang tid. Det skulle motivere for fortsatte forskningsoppgaver på området.

REFERANSER

1. Fairfield L (1927). Sitert i: Nathanson CA. Sex, illness, and medical care. A review of data, theory, and method. *Soc Sci Med* 1977; **11**: 13-25.
2. Graunt J. Natural and political observations mentioned in a following index and made upon the bills of mortality. Reprint of 1662 ed. European Sociology, London, Arno Press, 1975.
3. Øverås S. Helseboka 1995. Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge. Oslo-Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå, 1995.
4. Sundt E. Dødeligheten i Norge. Christiania, P.T. Hallings Bogtrykkeri, 1855.
5. Statistisk sentralbyrå: Dødeligheten og dens årsaker i Norge 1856-1955. Oslo, Statistisk sentralbyrå, 1961.
6. Medisinsk fødselsregister: Årsmelding 1997. Bergen, Medisinsk fødselsregister, 1998.
7. Miles A. Women, health and medicine. Philadelphia, Open University Press, Milton Keynes, 1991.

8. Davis DL, Gottlieb MB, Stampnitzky JR. Reduced ratio of male to female births in several industrial countries. *JAMA* 1998; **279**: 1018-23.
9. Irgens Å, Irgens LM. Male proportion in offspring of military air pilots in Norway. *Norsk Epidemiologi* 1999; **9**: 47-49.
10. Backer JE, Aagenes Ø. Dødelighet blant spedbarn i Norge 1901-1963, Oslo, Statistisk sentralbyrå, 1966.
11. Johannessen A. De forskjellige dødsårsagers indflydelse paa spædbarnsdødeligheten i Norge. Kristiania Videnskabselskabs skrifter nr. 9, 1907.
12. Ryan Johansson S. Sex and death in Victorian England. I: A widening sphere. Changing roles of Victorian women. Vicinus M, red. London, Indiana University press, Bloomington, 1977.
13. Ryan Johansson S. Welfare, mortality, and gender. Continuity and change in explanations for male/female mortality differences over three centuries. *Continuity and Change* 1991; **6**: 135-77.
14. Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker 1995. Oslo-Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå, 1998.
15. Rossow I. Selvmord og selvpåførte skader. NOU 1999:13. Kvinners helse i Norge: 495-8.
16. Mamelund S-E. Spanskesyken i Norge 1918-1920. Diffusjon og demografiske konsekvenser. Hovedfagsoppgave i samfunnsgeografi, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo, 1998.
17. Botten G. Kønnsulikheter i sykkelighet og dødelighet. I: Schei B, Botten G, Sundby J, red. Kvinnemedisin. Oslo, Ad Notam, Gyldendal, 1993: 42 –60.
18. Statistisk sentralbyrå. Pasientstatistikk 1994. Oslo, Statistisk sentralbyrå, 1995.
19. Rikstrygdeverket. Trygdestatistisk årbok 1996. Oslo, Rikstrygdeverket, 1996.
20. Rokstad K, Straand J, Sandvik H. Pasientkontakter i allmennpraksis. En epidemiologisk undersøkelse i Møre og Romsdal. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; **117**: 659-64.
21. Johannisson K. Den mörka kontinenten. Kvinnan, medicinen och fin-de-siecle. Stockholm, Norstedts Förlag, 1995.
22. Tretli S, Brystkreft, forekomst og leveutsikter. NOU 1999:13, Kvinners helse i Norge: 379-81.
23. Brage S, Nygård JF, Tellnes G. The gender gap in musculoskeletal-related long term sickness absence in Norway. *Scand J Soc Med* 1998; **26**: 34-43.
24. Bruusgård D. Muskelskjelettplager – det store folkehelseproblemet. I: Hurlen P, Nordhagen R, red. Folkehelse i forandring. Oslo, Universitetsforlaget, 1996: 39-52.
25. Wigers SH. Fibromyalgi. NOU 1999:13, Kvinners helse i Norge: 432-41.
26. Malterud K. Vanlige helseplager hos kvinner – ubestemte og diffuse? I: Schei B, Botten G, Sundby J, red. Kvinnemedisin, Oslo, Gyldendal, 1993: 259-72.
27. Malterud K. "Ubestemte" plager. NOU 1999:13, Kvinners helse i Norge: 427-32.
28. Meyer HE. Beinskjørhet og brudd. NOU 1999:13, Kvinners helse i Norge: 419-23.
29. Skårderud F. Spiseforstyrrelser. NOU 1999:13, Kvinners helse i Norge: 490-5.
30. Waldron I. What do we know about causes of sex differences in mortality? A review of the literature. *Population Bulletin of the United Nations* 1985, 18.
31. Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behaviour* 1989; **30**: 282-304.
32. Haavio-Mannila E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986; **22**: 141-9.
33. Verbrugge LM. Gender and health: An update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behaviour* 1985; **26**: 156-82.
34. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med* 1993; **36**: 33-46.
35. Anderssen J. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn. Doktoravhandling, Institutt for sosiologi og Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1998.
36. Benedek TG. Gout in women: a historical perspective. *Bull Hist Med* 1997; **71**: 1-22.
37. Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Gender differences in minor morbidity among full time employees of a British university. *J Epidemiol Community Health* 1999; **53**: 465-75.