LÄS MER *Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning http://ltarkiv.lakartidningen.se*

Stora skillnader mellan mäns och kvinnors åldrande

Dock är den interindividuella spridningen inom respektive kön större

BERTIL STEEN, professor emeritus, Sahlgrenska akademin, Göteborgs universitet, Göteborg
bertil.steen@comhem.se

För en tid sedan höll jag inledningsanförandet »The ageing male – challenges ahead« vid en internationell urologikongress. Titeln var organisatörernas förslag. När jag började fundera över vad jag skulle tala om, erinrade jag mig historien om de två epidemiologerna (Den förste epidemiologen: »How is your wife?« – Den andre epidemiologen: »Compared to what?«). Varje företeelse bör jämföras med någonting annat. Vad var naturligare att jämföra den åldrande mannen med än den åldrande kvinnan – och så fick det bli. Denna översiktsartikel är en bearbetning av sagda föredrag.

Demografi och överlevnad

I Sverige – liksom i de flesta (dock alls inte alla!) länder – fortsätter den förväntade överlevnadstiden från födelsen att öka. År 2003 var den 78 år för pojkar och 82 år för flickor. Sedan 1990 hade den då ökat med tre år hos pojkar och två år hos flickor, och skillnaden mellan flickor och pojkar hade minskat från 5,6 till 4,5 år sedan dess [1].

Överlevnaden i hög ålder har ökat, och det tycks i huvudsak röra sig om goda år, mätt som subjektiv hälsa och fysisk förmåga – trots att vi lever längre med sjukdom. Ännu fler goda år torde kunna vinnas med förändringar i livsstil såsom ytterligare minskad rökning, men också till exempel genom att igenkänna och behandla sjukdomar såsom depression hos äldre [2].

Katarina Wilhelmsons doktorsavhandling [3] innehåller en stor mängd data från våra göteborgska befolkningsundersökningar av äldre, H70 (se nedan), vad gäller överlevnad i olika ålderskohorter. Könsskillnadsmässigt kunde hon visa att kvinnor tycks ha en bättre utveckling mellan kohorter vad gäller sjuklighet än män – också framhållet från Jyväskylä i Finland [4]. Kvinnor synes ha erövrat fler friska år än män.

Det är mycket som relaterar till sjuklighet – sjukdom naturligtvis, men också många andra faktorer. H70-data om detta kommer att att presenteras längre fram i denna artikel. Ett annat exempel – från våra undersökningar i fyra länder i Asien, Australien och Europa [5], del av en studie »Food habits in later life« i tio länder i fyra världsdelar [6]: Minnesfunktion och medelhavskost relaterade till lägre dödlighet i den studien, liksom resultaten från ADL- och hälsoskattningar. Rökning och manskön var relaterade till ordentligt högre mortalitetsrisk. Den oberoende och starka inverkan av kostmönster på överlevnad i vår undersökning tvärkulturellt i Asien, Australien och Europa är en ny och – tycker vi – viktig iakttagelse när det gäller kost- och hälsopolicy. Det är ju också väl känt att kostmönster varierar mellan könen [7], och att livsmedelsval varierar mellan utbildnings- och yrkesgrupper hos båda könen. Kostkvaliteten varierar med socioekonomiska faktorer hos män men inte hos kvinnor [8].

De välkända skillnaderna i överlevnad mellan civilståndsgrupper är också betydelsefulla i detta sammanhang, inte minst på grund av de stora könsskillnaderna. Vid en jämförelse [9] mellan tjugoen länder i alla världsdelar fanns de största andelarna änkor i Indonesien, Korea och Marocko, och de lägsta i Dominikanska republiken och Sverige – men i alla länderna var änkorna mångdubbelt fler än änkemännen.

Kvinnor lever längre än män. Många har diskuterat om detta är övervägande »genetiskt« (äkta könsskillnad) eller »miljömässigt«, betingat av yttre omständigheter. Den allmänna överlägsenheten hos kvinnor vad gäller överlevnad finns beskriven av de flesta, men dess »äkthet« har ifrågasatts av författare som Morley [10]. Han hävdar att hos djur i fångenskap finns det föga bevis för en sådan »äkta« könsskillnad utom hos gnagarna. Visserligen, säger han, lever europeiska och amerikanska kvinnor längre än män, men i delar av Afrika och Indien föreligger föga könsskillnad. Han pekar i stället på skillnader vad gäller rökning, alkoholkonsumtion och kostvanor mellan könen, och studier hos sjundedagsadventister i USA och Nederländerna har funnit blott små överlevnadsskillnader mellan män och kvinnor [11].

De gerontologiska och geriatriska studierna i Göteborg

De tidigare nämnda gerontologiska och geriatriska populationsstudierna i Göteborg (H70) har pågått sedan 1971 [12, 13], och med sina sex kohorter födda mellan 1901 och 1930 kan de avslöja såväl longitudinella som kohortmässiga skillnader – och naturligtvis könsskillnader. Hittills har vi över 600 originalartiklar och närmare femtio doktorsavhandlingar. En sammanfattande bok från dessa tre decennier har nyligen publicerats [14]. Den finns också tillgänglig i en svensk version [15].

Oral hälsa, nutrition och angränsande områden

Ett exempel på en tydlig kohortskillnad – olika för könen – är rökning. Andelen 70-åriga rökare minskade hos män från 50

SAMMANFATTAT

I en översiktsartikel – till största delen baserad på de gerontologiska och geriatriska populationsstudierna i Göteborg (H70) – redovisas exempel på skillnader mellan äldre män och äldre kvinnor från skilda forskningsfält.
Sådana könsskillnader kan iakttas inom olika områden, såväl tvärsnittsmässigt, kohortskillnadsmässigt som longitudinellt.
Ett flertal av dessa resultat kan ha betydelse för gerontologin i sig, men också för geriatrisk hälso- och sjukvård och dess planering.
Men – även om dessa genomsnittliga könsskillnader är intressanta och ofta av praktiskt intresse – är skillnaderna mellan män och skillnaderna mellan kvinnor naturligtvis större än dessa genomsnittliga skillnader mellan könen. Vi är ju alla människor, och mänskligheten låter sig inte med skohorn pressas in i dikotoma grupper, såsom män/kvinnor, höga/låga inkomster, bra/dålig utbildning, feta/magra, svenskar/icke-svenskar etc.

procent till 19 procent mellan 1971 och 2000, men ökade hos kvinnor från 12 procent till 20 procent! [16]. Men hos gruppen högutbildade kvinnor var tendensen liknande den hos män [17].

Oral hälsa

En av de mest uttalade kohorteffekterna uppvisas av oral hälsa [18]. Total tandlöshet (vad gäller egna tänder) har minskat i H70 från 52 procent 1971/72 till 8 procent 2000/01 hos 70-åringar. Tandhälsan är vidare anmärkningsvärd inte bara som indikator för mortalitet och inte minst vad gäller psykosociala faktorer och livsstilsfaktorer [19] utan också för sina nära relationer till ett flertal funktionella mått [20]. Fler, och tidigare inte beaktade faktorer – kanske rentav en gemensam konstitutionsfaktor – kan ha större betydelse för funktionellt åldrande än man tidigare antagit. Och i en sidoundersökning av H70, den tvärnordiska studien NORA [21], har tandstatus visat sig nära relaterat till funktionella kapaciteter av mycket skilda slag [22].

I H70:s tidiga kohorter på 1970- och 1980-talen var kvinnornas tandhälsa sämre än männens vad gäller tandlöshet. Denna könsskillnad har nu utjämnats [19]. Detta kan också registreras på det svenska riksplanet [23].

Kroppssammansättning och kroppsvikt

Nu till longitudinella förändringar (även i ett könsperspektiv), nämligen rörande kroppsvikt/BMI (body mass index) och relationen till överlevnad. Kroppsvikten minskar under livets åttonde decennium hos båda könen – 5–6 kg hos män och 3–4 kg hos kvinnor [24, 25]. Alla vet att mycket gamla människor ofta är mycket magra. Ibland fick man tidigare höra att detta vore ett resultat av selektiv mortalitet hos de överviktiga, men det torde till stor del också röra sig om en fysiologisk utveckling under denna period i livet, som vi visat i longitudinella studier hos samma individer [24].

Kroppscellmassan (varav tre fjärdedelar är muskulatur) minskar longitudinellt mellan 70 och 81 års ålder hos män, men inte hos kvinnor [24]. Skillnaden torde till en del bero på att männen börjar med en större muskelmassa vid 70 års ålder, men säkert också på att i den aktuella generationen män minskade sin fysiska aktivitet efter pensioneringen (sofflocket?) mer än kvinnor som fortsatte sitt hemarbete som förut mer än män på den tiden, annat är det nu!

Man kan också se en liten minskning av kroppsfett under dessa år, men den stora förändringen är en större minskning av kroppsvatten [24]. Vi blir torrare med stigande ålder – av betydelse för uttorkningsrisker och för farmakodynamiken [26]. Pojken i skämteckningen är inte helt fel ute när han säger till sin mamma : »Do not bother about Dad – he is just 70 per cent water.« Embryot har 90 procent vatten, den nyfödde 80 procent (som färsk gurka faktiskt), och sedan minskar det [27].

Förlust av kroppsvikt är en riskfaktor för död hos båda könen i våra studier, medan viktökning inte kunde beslås med att vara en riskfaktor hos något av könen [28].

När cancer och rökning konstanthölls i de statistiska analyserna var både undervikt och till viss grad fetma relaterade till högre dödlighet mellan 70 och 85 års ålder. Men den lägsta mortaliteten återfanns i det så kallade överviktsområdet (BMI 25–30) hos båda könen! Vi tror att viss »övervikt« inte är i sig farlig för de äldre, utan kan kanske till och med kan betraktas som en hälsomarkör. Det är låg kroppsvikt, och särskilt viktförlust, som är alarmsignalerna!

BMI-områdena med ett minimum av dödlighet mellan 70 och 85 års ålder är i våra studier 27–29 hos män och 25–27 hos kvinnor (vid 70 års ålder), [28] – det vill säga vad vissa i läroböckerna kallar övervikt. Jag talar här om dödlighet och överlevnad, men som brasklapp måste ju infogas att inte bara fetma utan även »övervikt« (BMI 25–30) har betydelse för till exempel belastningssjukdomar, sockersjuka, högt blodtryck och det metabola syndromet.

En intressant könsskillnad vad gäller övervikt/fetma har Helena Sandberg i Lund påvisat i en avhandling. Hon analyserade hur övervikt behandlades i svenska medier. Medierna rapporterade övervikt som ett hälsoproblem men nästan lika ofta som ett skönhetsdilemma – och här fanns betydande könsskillnader. Överviktiga män och kvinnor porträtterades på olika sätt. För det första presenterades övervikt mest som ett kvinnoproblem, och för det andra (mer uppseendeväckande?) är den uppvisade bilden i medierna den att kvinnor minskar sin vikt för skönhets skull, medan männen gör det för hälsans [29]!

Här uppställer sig ett par frågor. Först: »Är feta mindre attraktiva än magra?« Jag skulle tro att man får mycket varierande svar från olika kulturer och olika tidsperioder i historien. Vad gäller hälsan tror jag att alla idag skulle vilja säga att fetma är otillfredsställande. Men hur är det med moderat övervikt hos äldre? (se ovan).

Kost och kostvanor

Kost och kostvanor (och nutrition i vidare bemärkelse) har varit ett av huvudintressena i H70 från begynnelsen 1971. Elisabet Rothenberg har i sin doktorsavhandling [30] och senare lagt ner stor möda på ett snårigt arbete att också validera metoderna – något som är ett generellt problem i långlivade longitudinella populationsstudier – inte bara vad gäller kostanalyser.

Kostintagen – energi och näringsämnen – är generellt sett goda (men med betydande spridning!) jämfört med de rekommendationer som finns – ett undantag är vitamin D.

I ett kohortjämförelseperspektiv ser vi trender, till exempel en mycket tydlig tendens till diversifiering av livsmedlen; under en tjugotvåårsperiod minskade konsumtionen av socker och potatis och ökade densamma av pasta och färska grönsaker. Kvinnorna åt mer grönsaker än männen under hela perioden. För mig är detta inte huvudsakligen nutritionsdata, utan mer ett uttryck för att de äldre beter sig som resten av befolkningen.

Ett par mer rent geriatriska områden

Urininkontinens. Detta är naturligtvis ett fält där könsskillnaderna är stora. Här skall bara nämnas några få data från H70 och närliggande studier (Ulla Molander och hennes grupp). Förekomsten (med den använda definitionen) var 17 procent hos män och 48 procent hos kvinnor vid 70 års ålder [31]. Förekomsten ökade inte longitudinellt upp till 97 års ålder [32]. Detta kan synas överraskande och rentav förbryllande, men det är ett vanligt epidemiologiskt fynd i longitudinella studier. Personer som kommer år efter år till dessa undersökningar är oftast friskare, mer aktiva och därför inte påverkade så mycket, och om så är fallet kan de tänkas söka hjälp oftare.

I dessa studier har också visats att dementa män (50 procent) och kvinnor (60 procent) oftare var urininkontinenta än icke-dementa (18 procent respektive 35 procent) vid 85 års ålder [33].

Psykiatri. H70 har en mycket aktiv psykiatrigrupp under ledning av Ingmar Skoog.

Vid 85 års ålder var 27 procent av männen dementa, och vid 95 års ålder 37 procent – jämfört med 31 procent respektive 56 procent hos kvinnorna [34, 35].

Vid 95 års ålder var förekomsten av demens alltså lägre hos män än hos kvinnor, men detta gällde inte för 85-åringarna.

Man kan tänka sig olika förklaringar till denna könsskillnad. En är att färre män överlever till de högsta åldersgrupperna och att män i dessa åldrar därför utgör en elit mer än motsvarande kvinnor [35]. En annan är att dementa kvinnor lever längre än dementa män [36].

Dessa undersökningar har också visat att andelen lindrig demens bland dem med demens minskade med åren [35]. 95-åringens hjärna är sannolikt mer vulnerabel, och den funktionella utförsbacken därför nog mer uttalad än hos yngre äldre.

Metabola syndromet

Metabola syndromet är på sätt och vis nygammalt. Till allt annat har det också ett urologiskt intresse. Prostatacancer har kallats »another aspect of the insulin-resistance syndrome« [37]. Och åtminstone medelålders män med metabola syndromet har i prospektiva populationsstudier visats ha en ökad risk för att utveckla prostatacancer [38].

I våra egna undersökningar i H70 har en av fem 70-åringar metabola syndromet – och förekomsten är högre hos männen [39]. Och eftersom dessa individer har en ökad risk att få kardiovaskulära åkommor och, som sagt, prostatacancer, bör behandlingsmetoder sökas, till exempel livsstilsförändringar och/eller läkemedel. Och ytterligare vinster kan nås genom att fokusera på insulinresistens, ett viktigt underliggande drag hos metabola syndromet [39]. Ett frågetecken är dock de många definitionerna på metabola syndromet – och med den definition vi och många med oss använder ramlar många in i syndromet på grund av ett måttligt förhöjt blodtryck.

Inom och utom H70 har Ingrid Bergh hos oss analyserat smärta och smärtupplevelse hos äldre i sin doktorsavhandling [40]. Förekomsten av smärta i 70-årsåldern var hos kvinnorna större både i ett kortsiktigt och i ett långsiktigt perspektiv än hos männen – och kvinnorna rapporterade också en högre frekvens av smärtepisoder. Å andra sidan var relationen mellan depressiva symtom och smärtupplevelse mer tydlig hos män än hos kvinnor [41] – kanske beroende på kvinnornas större konsumtion av antidepressiva medel.

Slutord

Flera av de skillnader som här presenterats mellan äldre män och äldre kvinnor är stora och av betydelse i det kliniska arbetet. Dock är det naturligtvis så att dessa genomsnittliga könsskillnader är mindre än den stora interindividuella spridning som uppvisas av individer inom respektive kön.

Även ur en annan aspekt måste de genomsnittliga skillnaderna mellan jämnåriga män och kvinnor mellan könen kritiskt granskas. Kvinnor lever längre. Om biologisk ålder definieras som omvänt proportionell mot återstående livslängd, innebär det att kvinnor vid samma kronologiska ålder har en lägre biologisk ålder än män. Därtill kommer olika livserfarenhet och exponeringar under livet både mellan individer och genomsnittligt mellan könen.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

2. Wilhelmson K, Allebeck P, Berg S, Steen B. Mortality in three different cohorts of 70-year olds: The impact of social factors and health. Ageing Clin Exp Res. 2002;14:143-51.
3. Wilhelmson K. Longer life – better life? Studies on mortality, morbidity and quality of life among elderly people [dissertation]. Göteborg: Sahlgrenska Academy at Göteborg University; 2003.
5. Wahlqvist ML, Darmadi-Blackberry I, Kouris-Blazos A, Jolley D, Steen B, Lukito W, Horie Y. Does diet matter for survival in long-lived cultures? Asia Pac J Clin Nutr. 2005;14:2-6.
7. Rothenberg E, Bosaeus I, Steen B. Food habits and nutrient intake in three 70-year old free living populations in Göteborg, Sweden. A 22-year cohort study. Scand J Nutr. 1996;40:104-10.
10. Morley JE. Gender and longevity. In: Morley JE, Armbrecht HJ, Coe RM, Vellas B. The science of geriatrics. Vol.I Paris: Serdi Publisher; New York: Springer Publishing Company ; 2000. p. 143-52.
12. Rinder L, Roupe S, Steen B, Svanborg A. Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. Acta Med Scand. 1975;198:397-407.
14. Steen B, editor. To become old. The gerontological and geriatric population studies in Göteborg, Sweden 1971–2002. Göteborg: Department of Geriatric Medicine, Sahlgrenska Academy at Göteborg University; 2004.
16. Steen B. The elderly yesterday, today and tomorrow: Aspects on cohort differences from the gerontological and geriatic population studies in Göteborg, Sweden (H70). In: Maugeri D, Zs.-Nagy, editors. Successful aging. Arch Gerontol Geriatr. 2002; Suppl 8:359-70.
17. Cabrera C, Wilhelmson K, Allebeck P, Wedel H, Steen B, Lissner L. Cohort differences in obesity-related health indicators among 70-year olds with special reference to gender and education. Eur J Epidemiol. 2003;18:883-90.
19. Österberg T, Johanson C, Sundh V, Steen B, Birkhed D. Secular trends of dental health in five 70-year-old cohorts between 1971 and 2001. Community Dent Oral Epidemiolol. 2006;34:446-54.
20. Österberg T, Mellström D, Sundh V. Dental health and functional ageing. A study of 70-year-old people. Community Dent Oral Epidemiol. 1990;18:13-8.
22. Österberg T, Era P. Gause-Nilsson I, Steen B. Dental state and functional capacity in 75-year-olds in three Nordic localities. J Oral Rehabil. 1995;22:653-60.
24. Steen B, Lundgren BK, Isaksson B. Body composition at age 70, 75, 79 and 81. A longitudinal population study. In: Chandra RK, editor : Nutrition, immunity and illness in the elderly. New York: Pergamon Press;1985. p. 49-52.
25. Steen B. Body composition and ageing. Nutr Rev. 1988;46:45-51.
28. Dey DK, Steen B. Overweight and obesity in the aged. In: Watson RR, editor. Handbook of Nutrition in the aged. 3rd edition. London; New York, Washington DC: CRC Press, Boca Raton; 2001. p. 179-90.
30. Rothenberg E. Nutrition in the elderly. Dietary intake and dietary assessment methods [dissertation]. Göteborg: Sahlgrenska Academy at Göteborg University; 1997.
31. Molander U, Milsom I, Ekelund P, Mellström D. An epidemiological study of urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. Maturitas. 1990;12:51-60.
34. Skoog I, Nilsson L, Palmertz B, Andreasson LA, Svanborg A. A population-based study of dementia in 85-year-olds. N Engl J Med. 1993; 328:153-8.
39. Gause-Nilsson I, Gherman S, Dey DK, Kennerfalk A, Steen B. Prevalence of the metabolic syndrome in an elderly Swedish population. Acta Diabetol. 2006;43:120-6.
40. Bergh I. Pain in the elderly. Rating scales, prevalence and verbal expression of pain and pain relief [dissertation]. Göteborg: Sahlgrenska Academy at Göteborg University; 2003.

Har ni sett vår nya hemsida?

www.lakartidningen.se

Utmanande saklig Läkartidningen