

Trengs det et kjønnsperspektiv på Eldres helse?

Antall og andel eldre i befolkningen øker. Det nevnes imidlertid sjelden at majoriteten av eldre er kvinner. Helseutfordringene knyttet til en aldrende befolkning antas å sette inn for fullt fra ca. 2020. Hvilke tiltak er nødvendig, og hvorfor trengs kjønnsperspektivet for å møte dem?

Siri Vangen

siri.vangen@rikskshospitalet.no
Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse
Oslo universitetssykehus Rikshospitalet
Kvinneklinikken
0027 Oslo
og
Avdeling for folkesykdommer
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Anne Karen Jenum

Diabetesforskningscenteret
Oslo universitetssykehus

Sidsel Graff-Iversen

Avdeling for folkesykdommer
Nasjonalt folkehelseinstitutt
og
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Gro Idland

Helsefag, Høgskolen i Oslo

Statistisk sentralbyrå har laget flere alternative fremskrivninger av befolkningen (fig 1). Alle alternativene viser at vi vil få en betydelig eldre befolkning enn vi har i dag. Andelen av de «eldste eldre» (85 år og eldre) vil øke to til tre ganger. I denne gruppen er det betydelig flere kvinner enn menn (1). Selv om fremtidens eldre antakelig vil ha bedre helse enn dagens, vil livet etter 85 år ofte være preget av sykdom og funksjonstap (2). I gruppen «ugift, enke, skilt eller separert» 90 år og over i Oslo er det nesten seks ganger så mange kvinner som menn. En stor andel av «enslige» eldre kvinner er minstepensjonister. Vi kan dermed få en økende lagdeling i den eldre befolkningen (3).

Helse og sykdom hos eldre

Ved første blick ser det ut til at helsetilstanden er bra hos eldre: I perioden 1985–2005 økte andelen «unge eldre» (65–74 år) med meget god eller god helse fra 59 % til 71 % for menn og fra 54 % til 70 % for kvinner (4). Imidlertid opplever så mye som 30 % av «unge eldre» mindre god eller dårlig helse. Statistisk sentralbyrås fremskrivning viser dessuten at de store folkesykdommene vil øke med 40–60 % frem til 2030. Denne økningen skyldes

i hovedsak demografiske endringer og rammer aldersgruppen 65 år og eldre (5). Fremskrivning til 2020 av de vanligste kreftformene i aldersgruppen over 75 år peker mot kraftig økning, sterkest for brystkreft hos kvinner. Lungekreft er foreløpig hyppigere hos menn enn hos kvinner, men forskjellen avtar fra år til år (6).

Hjerte- og karsykdommer er den største sykdomsgruppen hos eldre. Koronar hjertesykdom rammer kvinner senere i livet, sammenliknet med menn. I alderen 75 år og over døde 2 477 kvinner og 1 963 menn av iskemisk hjertesykdom i 2006. I alderen 80 år og over rapporterte 49 % menn og 53 % kvinner om varig hjerte- og karsykdom (6). Bedre behandling har ført til at en større andel eldre lever med sin sykdom. Vi vet mye om risikofaktorer (røyking, ugunstige nivåer av blodlipider, høyt blodtrykk, bukfedme, lav fysisk aktivitet og diabetes). Utviklingen har lenge vært gunstig for flere av disse faktorene, men ikke for kroppsvekt og diabetes. Det forventes en dobling i forekomsten av type 2-diabetes de neste 15 årene. Foruten å være et helseproblem i seg selv, vil en «diabetesbølge» bidra til økt forekomst av hjerteinfarkt og hjerneslag. Artrose og andre lidelser i bevegelsesapparatet er utbredt hos eldre. Skandinavia ligger på verdensstoppen når det gjelder osteoporose, fall- og bruddskader. Hos personer 80 år og eldre rapporterte 31 % menn og 46 % kvinner muskel- og skjelettsykdommer, og kjønnsforskjellen økte med økende alder (6). Overhyppigheten hos kvinner var særlig knyttet til osteoporose, fall- og bruddskader. Forskning viser at 60 % av kvinner over 70 år har osteoporose målt i underarmen, og at 75 % av alle hoftibrudd inntreffer hos kvinner. Underernæring er en kjent risikofaktor for beinskjørhet blant eldre kvinner som bor alene (7).

Kvinner rapporterer oftere enn menn om psykiske vansker. Angst og depresjon er 2–3 ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn (6). Forekomsten av demens hos personer 90 år og eldre er anslått til 42 %. Fremskrivninger tyder på at forekomsten av nye demenstilfeller vil tredobles fra

2020 frem til år 2060 (3). Mange av dem som har demenssymptomer er utilstrekkelig utredet, og andre samtidige helseproblemer kan gjøre omsorgssituasjonen vanskelig.

Som gruppe er eldre storforbrukere av legemidler. En dansk undersøkelse viste at 20 % av eldre 70 år og eldre tar mer enn fem legemidler samtidig (8). Bruk av flere legemidler samtidig er assosiert med økt risiko for bivirkninger, legemiddelinteraksjoner, medisineringsfeil og nedsatt etterlevelse når det gjelder dosering.

En svensk studie viste at kun 19 % av dem over 90 år ikke hadde noen sykdommer. Det store flertallet i denne aldersgruppen har altså en eller flere kroniske sykdommer (9).

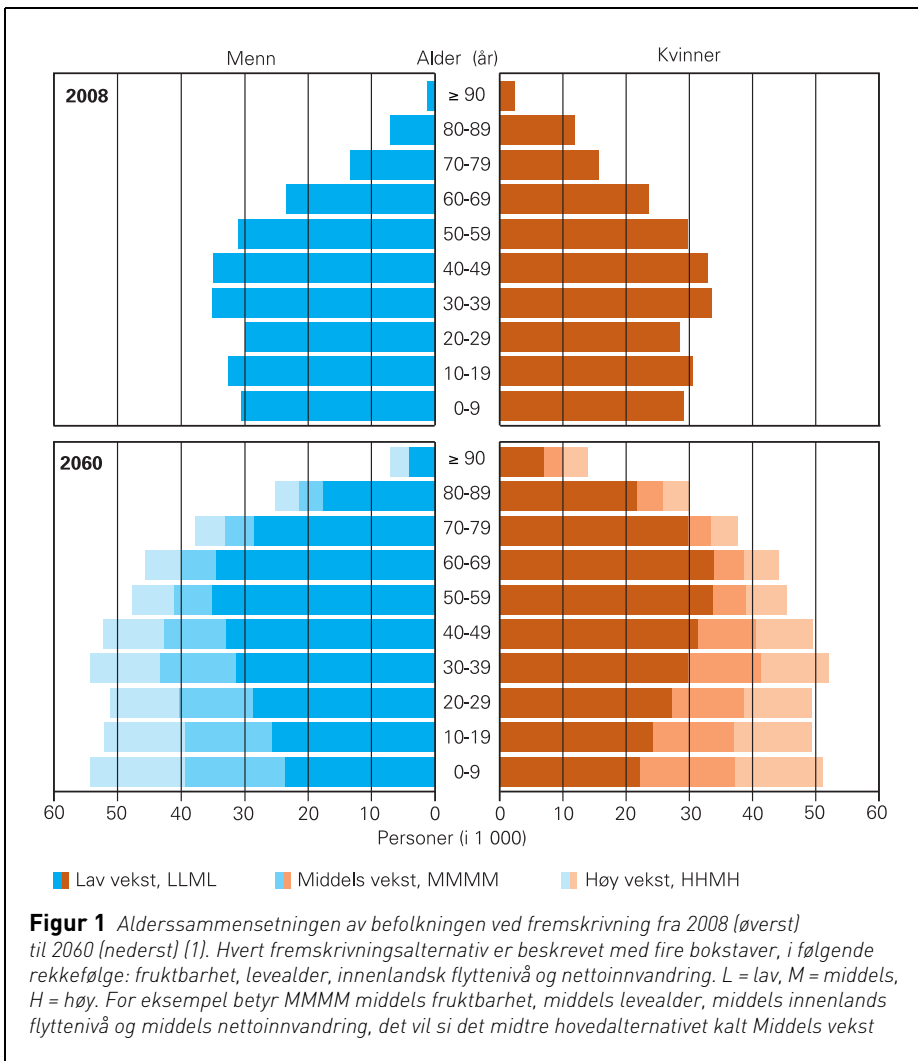
Kjønnsperspektivet

Når funksjonen svikter, er pleiebehovet ganske likt for kvinner og menn. Men mange kroniske sykdommer har et kjønns-spesifikt forløp (10). For eksempel har koronar hjertesykdom tradisjonelt vært oppfattet som en mannssykdom. Fordi kvinner kan ha et annet symptomforløp, forblir sykdommen ofte udiagnostisert og ubehandlet, eller de får mindre tilpasset behandling. Liknende forhold kan gjøre seg gjeldende for osteoporose hos menn.

Forskjeller i levealder, selvrappert helse, sykdomsmønster, og det at kvinnen oftest er yngre enn mannen i parforhold, aktualiserer et kjønnsperspektiv. Vi vil gi noen eksempler for å illustrere dette.

Kvinner

Vil eldre kvinners helse og livskvalitet bedres som resultat av at de «likestilte» generasjonene når høy alder? Noen forhold kan bidra i denne retningen. Flere kvinner mosjonerer regelmessig og mange flere har kompetanse og sosiale nettverk fra yrkeslivet enn husmorgenerasjonen hadde. I dag deltar flere menn i, eller kan overta matstell, innkjøp og andre oppgaver hvis konens helse og funksjon svikter. Likestillingen har i liten grad ført til økt kompetanse hos kvinner i forhold til å ivareta «vaktmesteroppgaver», men de har trolig bedre evne til å kjøpe tjenester. Andre forhold kan bidra i motsatt retning, som mer slitasje og stress fra et langt arbeidsliv, mindre kompetanse i tradisjonelle kvinnelige husstelloppgaver, mindre kontakt med barn og barnebarn og – kanskje viktigst – større risiko for en enslig alderdom i generasjoner med mindre stabile samliv.



lag også minstepensjonister og innvandrerkvinner. Erfaringen fra Primærmedisinsk verksted i Gamle Oslo i 1990-årene hvor innvandrerkvinner underviste i matlaging, kan være et eksempel å følge opp innenfor eldresektoren. En utfordring for kvinnene er å bidra i dette som ressurspersoner, og også som en hjelp til selvhjelp. Men det er et sterkt behov for intervensjonsforskning om effekten av ulike typer forebyggende tiltak, og om evaluering av ulike boformer.

Vi mener at det vil være særlig viktig å tilrettelegge for tiltak for å opprettholde funksjonsevne i eldre år med tanke på økende antall enslige eldre kvinner. Hos de «yngre eldre» kvinnene bør man vektlegge å opprettholde fysisk forlighet, spesielt med tanke på å hindre og utsette plager og ned-satt funksjon i bevegelsesapparatet. Det er også behov for større innsats innen forebygging av fall- og bruddskader, spesielt hos de «eldste eldre» kvinnene. Den demografiske utviklingen tilsier at også tiltak for sosial kontakt og stimulering i stor grad bør ha enslige eldre kvinner som målgruppe.

Et kjønnsperspektiv er nødvendig
For å møte fremtidens helseutfordringer trenger vi absolutt et kjønnsperspektiv på eldres helse. Kjønnsperspektivet er viktig i sykdomsforebyggende arbeid, i omsorg og rehabilitering og i behandling av sykdom hos eldre. Sist, men ikke minst trenger vi mer kunnskap på dette området fordi det blant 90-åringene er nesten tre ganger så mange og i de største byene nesten fire ganger så mange kvinner som menn.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Befolkningsveksten fortsetter. Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2008–2060. www.ssb.no/emner/02/03/folkfram/ (1.4.2008).
2. Baltes PB, Smith J. Multilevel and systemic analyses of old age: theoretical and empirical evidence for a fourth age. I: Bengtson VL, Schaie KW, red. Handbook of theories of aging. New York: Springer, 1999: 153–73.
3. St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer.
4. Norgeshelse. Folkehelseinstituttets interaktive statistikkbank. Egenvurdert helse. www.norges-helse.no (15.2.2007).
5. Statens helsetilsyn. Utredningsserie – 6/1999. Scenarier 2030. Sykdomsutvikling for eldre fram til 2030. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
6. Skei B, Bakketeig LS, red. Kvinner lider – menn dør. Folkehelse i et kjønnsperspektiv. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007.
7. Sosial- og helsedirektoratet. Rapport 12/2005. Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
8. Bjerrum L. Pharmacoepidemiological studies of polypharmacy. Methodological issues, population estimates, and influence of practice patterns. Doktoravhandling. Odense: Universitetet i Odense, 1998.
9. Von SE, Fratiglioni L, Viitanen M et al. Morbidity and comorbidity in relation to functional status: a community-based study of the oldest old (90+ years). J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1462–9.
10. The 3rd International Congress of Gender Medicine. Gend Med 2008; 5: 280–350.

Manuskriptet ble mottatt 8.7. 2008 og godkjent 26.1. 2009. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.

Menn

Langt flere menn enn kvinner har tradisjonelt hatt en samlivspartner også i sine siste år. Forskning viser at de mennene som overlever og når høy alder, har færre sykdommer og et bedre funksjonsnivå enn eldre kvinner (2). Eldre enkemenn har vært og er attraktive som nye partnere for kvinner som er yngre enn dem selv. I årene fremover kan fordelene av en yngre kvinnelig partner øke, ettersom kvinner i økende grad kjører bil, bidrar økonomisk og har sosiale ressurser fra sine yrkesaktive år. Tidligere har mange enkemenn med liten erfaring i husstell og matlaging hatt dårlig helse. Er dagens perspektiv «et godt liv for eldre menn frem til status som pleietrengende»? En liten gruppe enslige eldre menn kan tenkes å falle utenfor dette mønsteret og vil muligens ha et stort behov for hjelp.

Arbeidskraft, kompetanse, forskning

Den største behovsveksten for helse- og omsorgstjenester kommer om 10–15 år. Perioden frem mot 2020 bør derfor brukes til en betydelig styrking av helse- og omsorgstilbudet. I dag har ca. 40 % av de ansatte i helse- og omsorgstjenesten ingen formell utdanning (3). Rekruttering til

helse- og omsorgsfag parallelt med et styrket kunnskapsgrunnlag er nødvendig. Behovet for en styrking av legetjenesten på sykehjem og en økning i utdanningen av geriatriere er presserende allerede i dag, og vil bli forsterket i fremtiden.

I helsesektoren er det behov for mer kjønns spesifikk kunnskap om helse og sykdomsforløp, sykdomsspesifikk forebygging og ikke minst behandling hos eldre. Hjerter- og karsykdom hos kvinner er viktig i denne sammenhengen. Mangelen på kunnskap er særlig stor innenfor alderspsykiatri. Vi trenger også mer kunnskap om behandling av sammensatte lidelser og hensiktsmessig legemiddelbruk, og om forebygging av ernæringssvikt og fysisk inaktivitet. Fysisk aktivitet bedrer styrke og balanse og kan redusere fall. Bedre fysisk funksjon vil bidra til større grad av selvhjelpenhet og gjøre det lettere å delta i sosiale nettverk.

God folkehelse skapes imidlertid først og fremst på andre arenaer enn i helsesektoren. Det er nødvendig å vedlikeholde og utvikle sosiale arenaer hvor eldre inspireres og hjelper andre eldre. Eldresentre, kommunale frivillighetssentraler og andre frivillige organisasjoner bør se en særlig utfordring i å inkludere eldre kvinner fra alle sosiale