

Dødelighet av lungekreft – nå høyere hos kvinner enn hos menn under 50 år

Røykevanene har utviklet seg forskjellig hos menn og kvinner. Formålet med studien var å se i hvilken grad denne forskjellen gjenspeiles i dødeligheten av lungekreft.

Antall lungekreftdødsfall og middel-folkemengde er tatt fra offisiell statistikk. Tallene er gruppert i femårsperioder fra 1951–55 til 1991–95 og med en toårsperiode 1996–97. Aldersjustering er gjort med den direkte metode mot verdens standardbefolkning.

Dødeligheten av lungekreft blant menn nådde toppen i 1991–95, mens den blant kvinner er sterkt økende. I aldersgruppen under 50 år er dødeligheten av lungekreft hos kvinner nå høyere enn hos menn, og den er nå så høy som den noensinne har vært for menn. Hvis den aldersspesifikke dødeligheten i dag hadde vært den samme som for 40 år siden, ville vi i Norge hatt 81 % færre dødsfall av lungekreft per år.

Kvinnene betaler nå for sine røykevaner. Ut fra det vi vet om røykevaner over tid, tyder det på at røyking er en sterkere risikofaktor for lungekreft for kvinner enn for menn.

Tobakksrøyking er den viktigste årsaken til lungekreft (1). Røykevanene hos menn og kvinner har utviklet seg forskjellig (2). Tidligere var det langt flere menn enn kvinner som røykte, nå er det flere jenter enn gutter. Blant 40-årige menn er andelen som røyker avtakende i alle fylker, mens den for kvinner er økende i noen fylker (3). Hensikten med denne studien var å se i hvilken grad kjønnsforskjeller i røykevaner har gitt seg utslag i dødeligheten av lungekreft. Det er også gjort sammenlikninger med andre land.

Materiale og metode

Antall dødsfall av ulike årsaker blir hvert år publisert av Statistisk sentralbyrå (4). Statistikken for året 1997 er hentet på Internett (5). Antall dødsfall av lungekreft samt mid-delfolkemengden er samlet i femårsperioder fra 1951, pluss en toårsperiode 1996–97. Aldersjusterte rater ble beregnet mot standard-befolkningen for verden i femårs alders-grupper. Denne standardbefolkningen er den samme for menn og kvinner.

Perioden dekker fire revisjoner av den in-ternasjonale klassifiseringen av sykdommer

Aage Tverdal

aage.tverdal@shus.no

Forskningsavdelingen

Statens helseundersøkelser

Postboks 8155 Dep.

0033 Oslo

Tverdal A.

Mortality from lung cancer – now higher in women than in men under 50 years.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2487–8.

Background. The smoking prevalence in Norway has evolved differently in men and women. This article examines to what extent this difference is reflected in the lung cancer mortality.

Material and methods. Data on lung cancer deaths and mean population have been taken from official publications from Statistics Norway and grouped in five-year intervals from 1951–55 until 1991–95 and the two-year period 1996–97. Age-adjustments have been made by the direct method against the world standard population.

Results. Lung cancer mortality in men peaked in 1991–95, whereas in women it is strongly increasing. In the age group 30–49 years, the mortality in 1996–97 was higher in women than in men, and it is as high as it has ever been in men. If age-specific mortality today had been the same as it was 40 years ago, there would be 81% fewer deaths from lung cancer per year.

Interpretation. Women are now paying the price for their smoking habits. This study suggests that smoking is a stronger risk factor for lung cancer in women than in men.

(ICD). Følgende koder er blitt benyttet som definisjon av lungekreft: ICD-7: 162–163, ICD-8: 162, ICD-9: 162 og ICD-10: C33–C34.

Resultater

Dødelighetskurven for menn har nå flatet ut og er muligens på vei nedover (fig 1). For kvinner er kurven sterkt oppadgående. I 1996–97 var dødeligheten for kvinner på samme nivå som den var for menn 30 år tidligere. Mens dødeligheten for menn har stanset opp, var det for kvinner en økning på 30% fra 1991–95 til 1996–97.

Hvis vi anvender dødelighetsratene i femårs aldersklasser i 1951–55 på befolkningen i 1996–97, ville vi forventet 458 lungekreftdødsfall blant menn, mot observert 2224. De tilsvarende tall for kvinner er 192 forventede og 1180 observerte dødsfall. Dette betyr at 2 754 av lungekreftdødsfallene,

eller 81%, kan tilskrives endringer i dødelighetsratene fra perioden 1951–55.

Figur 2 viser lungekreftdødeligheten for to aldersgrupper: 30–49 år og 50–69 år. I den yngste aldersgruppen har nå kvinnene passert mennene, og de er på god vei til å gjøre det i den eldste aldersgruppen. Det bemerkes at dødeligheten for kvinner i alderen 30–49 år nå er så høy som den noensinne har vært for menn i samme alder.

I 1996–97 var det 41 dødsfall av lungekreft per år i aldersgruppen 30–49 år og 446 dødsfall i aldersgruppen 50–69 år blant menn. De tilsvarende tall for kvinner var 46 og 259 dødsfall. For sammenlikningens skyld nevnes at det var 352 dødsfall per år av brystkreft blant kvinner i alderen 30–69 år.

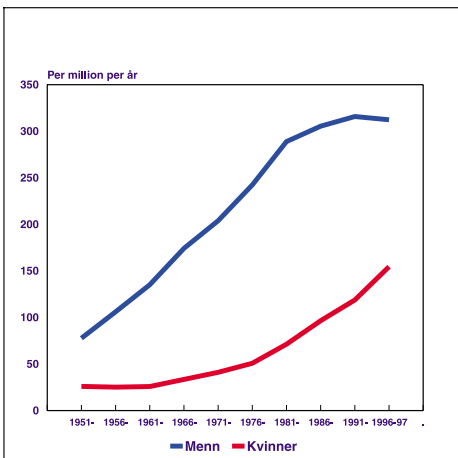
Diskusjon

Studien viser at kvinnene nå betaler for sine røykevaner. Med den pågående tendens i dødelighetsrater for lungekreft og brystkreft vil snart lungekreft kreve flere liv blant kvinner under 70 år enn brystkreft (6).

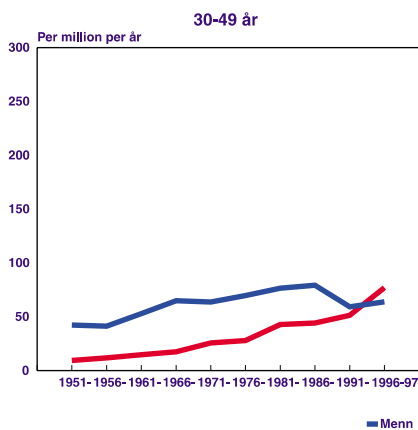
Utflatingen og den påbegynte nedgang i dødeligheten for menn er tilsvarende den som er funnet i 15 EU-land (7). Vi har ikke med strupekreft (ICD-9: 161, ICD-10: C32) i vår studie, og det fremgår ikke om Levi og medarbeidere (7) har med strupekreft i definisjonen av lungekreft. Men rater med og uten strupekreft ville ha en forskjell på under 5%. For øvrig er tallene sammenliknbare, da aldersjusteringen har skjedd mot samme standard. Nivået er lavere for norske menn. Dødeligheten i EU-landene var rundt 30 per 100 000 i 1955 og steg til 50 per 100 000 rundt 1990. I Norge flatet dødelighetskurven ut på et nivå på rundt 30 per 100 000. For kvinner er derimot nivået nå høyere i Norge. Det startet på i underkant av tre per 100 000 og er nå oppe i vel 15 per 100 000. I EU-landene steg dødeligheten fra fem til ti per 100 000.

Gjennomsnittsalderen for røykedebut har gått ned hos begge kjønn, mer for kvinner enn for menn, og for kohorter født etter 1940 er gjennomsnittet nå på under 20 år for både menn og kvinner (2). Da den store majoriteten av lungekreftdødsfall inntreffer i aldersgruppen over 50 år, peker dette mot en gjennomsnittlig eksponeringsperiode for røyk på mer enn 30 år før lungekreften eventuelt rammer. Med et slikt tidsperspektiv vil en trussel om lungekreft kunne fortone seg lite avskrekkende for personer som står ved begynnelsen av en røykekarriere.

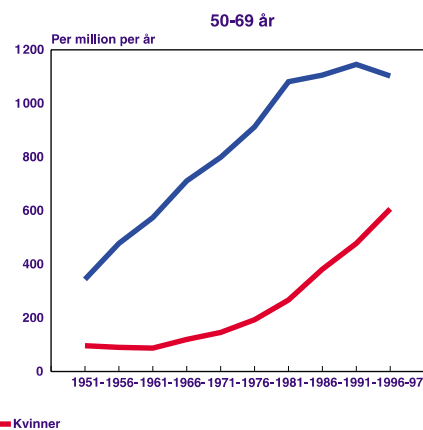
Den nåværende røykeprevalens blant kvinner er lavere enn de tidligere prevalens-



Figur 1 Dødelighet av lungekreft, alle aldre. Aldersjusterte rater. (ICD-7: (1951–68) 162–163, ICD-8: (1969–85) 162, ICD-9: (1986–95) 162, ICD-10: (1996–97) C33-C34)



Figur 2 Dødelighet av lungekreft i to aldersgrupper. Aldersjusterte rater. ICD-koder, konferer figur 1. Merk forskjellig skala for 30–49 år og 50–69 år



tall for menn. Blant røykere har dosene alltid vært lavere blant kvinner. Siden dødeligheten i aldersgruppen 30–49 nå er så høy blant kvinner som den noensinne har vært for menn, peker dette mot at røyking faktisk kan være en sterkere risikofaktor for kvinner enn for menn.

I sum er dødeligheten av lungekreft blant kvinner i Norge blant de høyeste i Europa. Kvinner under 50 år har nå passert menn, og studien tyder på at røyking er en sterkere risikofaktor for lungekreft for kvinner enn for menn.

Jeg takker Ellen Nelson for hjelp til sammenstilling av data, beregninger av aldersjusterte rater og utarbeiding av figurer.

Litteratur

- Engeland A, Haldorsen T, Andersen A, Tretli T. The impact of smoking habits on lung cancer risk: 28 years' observation of 26,000 Norwegian men and women. *Cancer Causes Control* 1996; 7: 366–76.
- Lund KE. Samfunnsskape endringer i tobakksbruk i Norge i det 20. århundre. Avhandling for dr.polit.-graden. Oslo: Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, 1996.

- Wøien G, Øyen O, Graff-Iversen S. 22 år med hjerte- og karundersøkelser i norske fylker. Bør vi være tilfreds med den utviklingen risikofaktorene har hatt? *Norsk Epidemiologi* 1997; 7: 255–66.
- Statistisk sentralbyrå. Dødsårsaker. (Årlige publikasjoner 1954–2000.) Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1954–2000.
- Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak> (8.12.2000).
- Tverdal A. Brystkreftdødelighet i Norge og England. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2703–4.
- Levi F, Lucchini F, La Vecchia C, Negri E. Trends in mortality from cancer in the European Union, 1955–94. *Lancet* 1999; 354: 742–3.

Mye kunnskap om pasientrettighetsloven



Syse A

Pasientrettighetsloven

Med kommentarer. 323 s. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2001. Pris NOK 550
ISBN 82-417-1151-4

Lov om pasientrettigheter trådte i kraft 1. januar 2001. Denne boken presenterer lovens bestemmelser og redegjør for hvordan de skal forstås. Forfatteren Aslak Syse har i mange år virket som lege, og i de senere år som jurist. Han er nå professor ved Institutt for offentlig rett, Universitetet i Oslo.

Bokens første del er viet den historiske utvikling av pasientrettigheter i Norge og det arbeidet som pågikk i mange år med å forberede en samlende lov om pasientrettigheter. Bokens



andre del går igjennom loven kapittel for kapittel: rett til helsehjelp, rett til medvirkning og informasjon, samtykke til helsehjelp, rett til journalinnsyn, barns særlige rettigheter, klage, pasientombud.

Lovbestemmelsene kommenteres i lys av lovens forarbeider, forskrifter gitt med hjemmel i ulike lover, domsavgjørelser, offentlige dokumenter, rettsvitenskapelige referanser og annet rettskildemateriale.

Boken er oversiktlig. Forfatteren bruker et klart språk. Dette er en omfattende kunnskapskilde med hensyn til problemstillinger vedrørende pasientrettigheter.

Boken har litteraturliste, oversikt over relevante offentlige dokumenter, lovregister og domsregister. Stikkordregister mangler, noe som ville vært

til stor hjelp for helsepersonell. Boken har ikke figurer eller tabeller.

Av mange interessante kapitler vil jeg nevne det om rett til helsehjelp. Leseren får god hjelp gjennom dette kompliserte temaet.

I helsevesenets hverdag kan det være avstand mellom regel og virkelighet. Dette forhold kunne vært mer problematisert i fremstillingen. Flere konkretiseringer kunne også bidratt til å lette anvendelsen av lovreglene.

Rolf Hanoa

Nevrokirurgisk avdeling
Ullevål sykehus