



## MÆNDS SUNDHED

– en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder

2010

## Mænds sundhed

– en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
URL: <http://www.sst.dk>

Del 1 – epidemiologisk gennemgang af mænds sundhed er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af: Mette Kjølner, Michael Davidsen & Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Del 2 – effektive interventioner med fokus på forbedring af mænds sundhed er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af: Anna Bachmann Boje & Christina Stentoft Hoxer

Faglig referencegruppe:

Psykolog Hanne Jensen, Rigshospitalet  
Professor dr. phil. Hans Bonde, Københavns Universitet  
Projektleder Jonna Winther, Aarhus Kommune  
Professor dr.med. Kaare Christensen, Syddansk Universitet  
Speciallæge Leif Skive, Amadeus Speciallægecenter Brøndby  
Klinisk professor Dr. med. Merete Osler, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed  
Chefpsykolog ph.d Svend Aage Madsen, Rigshospitalet  
Direktør Søren Ekman, Gotvedskolen

Kategori: Faglig rådgivning

Emneord: Mænd, mænds sundhed, tidlig opsporing, regioner, kommuner, forebyggelse, patientrettet forebyggelse, sygehus, praksissektor, sundhedsfremme

Sprog: Dansk

Version 1.0 – uden bilag  
Versionsdato: 18. november 2010

Format: pdf

Oplag: 1000

Fotokredit: RODE PHOTO (forsiden, s6, 15, 42, 59, 90, 94, 101, 107, 108, 116), Mikael Rieck (s. 20, 52, 73), Gabor Budai (s. 27), Mikael Harder (s. 34), Halfdan Mouritzen (s. 63) og Tue Kristensen (s. 93 og bagsiden)

Grafisk tilrettelæggelse og tryk:  
Rosendahls-Schultz Grafisk

ISBN: 978-87-7104-138-5 (trykt uden bilag)  
ISBN: 978-87-7104-137-8 (elektronisk med bilag)

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, november 2010

Copyright: Sundhedsstyrelsen. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Publikationen kan bestilles hos:

Rosendahls-Schultz Distribution  
Telefon 70 26 26 36  
E-mail: [sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk](mailto:sundhed@rosendahls-schultzgrafisk.dk)  
Hjemmeside: [www.rosendahls-schultzgrafisk.dk](http://www.rosendahls-schultzgrafisk.dk)

## MÆNDS SUNDHED

– en oversigt over mænds sundhedstilstand og  
en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder



## Forord

Det er et velkendt paradoks, at mænd rapporterer færre sygdomme og helbredsproblemer end kvinder, ligesom de vurderer deres eget helbred og mentale sundhed mere positivt end kvinder. Alligevel har mænd i alle aldre en højere dødelighed end kvinder. Danske mænd har en middellevetid der er godt fire år kortere end kvindernes. Forskellen på kønnes middellevetid er ikke udelukkende et dansk fænomen, også internationalt er der opmærksomhed på mænds sundhed.

Rapporten er et led i Sundhedsstyrelsens projekt ”Tidlig opsporing af kronisk sygdom og risikofaktorer”. Ønsket med denne rapport er at sætte fokus på mænds sundhed i Danmark og belyse muligheder for at fremme mænds sundhed.

Rapporten henvender sig først og fremmest til kommunale og regionale sundhedsplanlæggere, praktikere og politikere, der på grundlag af de kommunale sundhedsprofiler skal fastlægge de kommende års forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for borgerne.

Rapporten har to dele. Første del beskriver danske mænds sundhedstilstand og brug af sundhedsydelser, og inddrager sammenligninger med kvinder, hvor det er relevant. Som et supplement til den allerede eksisterende viden, forsøger nye analyser at belyse, om samlivsstatus og uddannelsesniveau kan forklare nogle af kønsforskellene i livsstil og brug af sundhedsvæsenet.

I rapportens anden del gennemgås litteraturen for effektive metoder og indsatser til fremme af mænds sundhed. Der peges desuden på oplagte arenaer for konkrete interventioner.

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke de forskere, der har udarbejdet rapporten og den referencegruppe, der har bistået styrelsen i projektet om mænds sundhed. Det er håbet, at rapporten vil bidrage til at styrke den tidlige opsporing af mænds risikofaktorer og sygdomme samt til at kvalificere og inspirere det fortsatte arbejde med at fremme mænds sundhed.

Annemarie Knigge  
*Konstitueret Centerchef*

# Indhold

Forord	3
Resume	7
Summary	10
<b>Del 1</b>	<b>13</b>
<b>Kapitel 1 Baggrund og formål</b>	<b>15</b>
Formål	15
Datakilder	16
Sundhed og sygelighed	18
Læsevejledning	18
<b>Kapitel 2 Socio-demografisk beskrivelse af danske mænd</b>	<b>21</b>
Alder, civilstand, samlivsstatus og etnicitet	21
Uddannelse og erhvervsaktivitet	23
Boligforhold og disponibel indkomst	24
Befolkningsfremskrivning 2010-2040	26
<b>Kapitel 3 Restlevetid og dødelighed</b>	<b>28</b>
Middellevetid/restlevetid	28
Dødelighed	29
Dødelighed af specifikke årsager	30
Tabte gode leveår	32
<b>Kapitel 4 Brug af sundhedsvæsenet</b>	<b>35</b>
Sygehusforbrug – somatiske sygehuse	36
Sygehusforbrug – psykiatriske sygehuse	37
Brug af praktiserende læge og speciallæge	39
Brug af receptpligtig medicin	39
<b>Kapitel 5 Selvrapporteret sygelighed</b>	<b>43</b>
Langvarig sygdom	43
Specifikke sygdomme	45
Forekomst af smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode	46
Ulykker	47
Aktivitetsbegrænsning	47
Genoptræning	48
Brug af medicin	48
Sygelighed, uddannelsesniveau og samlivsstatus	50
<b>Kapitel 6 Helbredsrelateret livskvalitet</b>	<b>53</b>
Godt selv vurderet helbred og frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til	53
Stress	54
Mentalt helbred	55
Tandstatus	56
Helbredsrelateret livskvalitet, uddannelsesniveau og samlivsstatus	57
<b>Kapitel 7 Sociale relationer</b>	<b>60</b>
Strukturelle og funktionelle sociale relationer	60
Deltagelse i forenings- eller fritidsaktiviteter	61
Sociale relationer, uddannelsesniveau og samlivsstatus	62

<b>Kapitel 8 Sundhedsadfærd og sundhedsvaner</b>	<b>64</b>
Rygning	65
Alkohol	66
Fysisk aktivitet	68
Kost	70
BMI	70
Euforiserende stoffer	71
Sundhedsvaner, uddannelsesniveau og samlivsstatus	
<b>Kapitel 9 Kønsforskelle i et socio-demografisk perspektiv</b>	<b>74</b>
Analyser af kønsforskelle i brug af sundhedsvæsenet	75
Sygehusindlæggelser	76
Brug af praktiserende læge	80
Analyser af kønsforskelle i livsstil	82
Sammenfatning	84
Diskussion	85
<b>Referenceliste</b>	<b>87</b>
<b>Del 2</b>	<b>89</b>
<b>Introduktion</b>	<b>91</b>
Formål	91
<b>Metode</b>	<b>92</b>
Om litteraturstudiet og identifikation af relevante artikler	92
Vurdering af studierne	92
Fund	95
Rygeophør	96
Kost og fysisk aktivitet	96
Risikofaktorer for hjertekarsygdomme (CVD/CHD)	97
Screening for prostatakræft	97
Screening for testikelkræft	98
Screening	99
Hudkræft	99
Alkohol	100
Metaboliske risikofaktorer	100
<b>Diskussion</b>	<b>102</b>
Trends for fremtidig udvikling	104
<b>Konklusion</b>	<b>109</b>
<b>Referenceliste</b>	<b>111</b>
<b>Bilag</b>	<b>117</b>
Bilag 1: Metodebeskrivelse	117
Bilag 2: Litteratursøgning	121
Bilag 3: Gennemgang af studier	124
Bilag 4: Arenaer for de forskellige identificerede interventioner	142

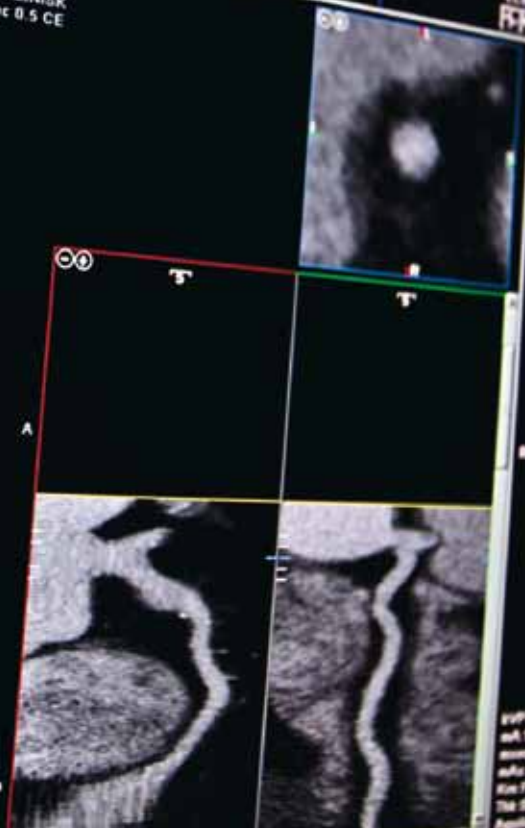
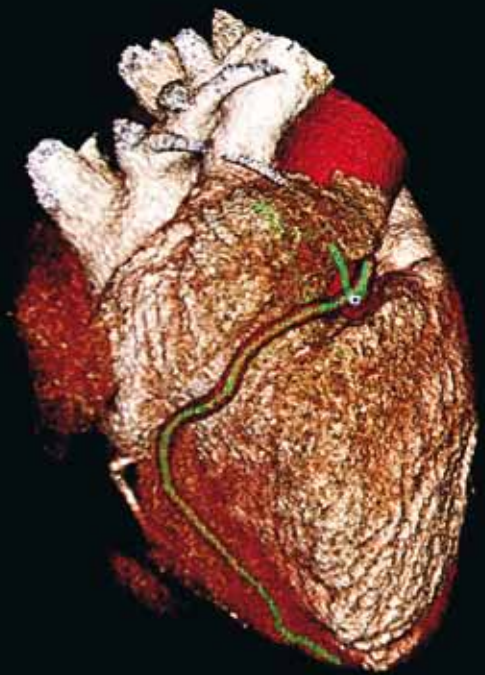


kVP:120  
mA:157  
msec:350  
mAs:111  
Krn:FC03  
Thk:0.5 mm  
Aquilion ONE

SEN  
e:50 years  
Nov 2009  
03:40

Rigshospitalet  
CT  
KLINISK  
HALF 836ms 1.11s Cardiac 0.5 CE

Vitreab  
WL 200/150  
Transmission  
LCC  
PPF  
01.01.10  
2012/10  
Age 50 years  
M  
25 Nov 2009  
09:01:40



Vitreab  
WL 200/150  
Seamless

kVP:120  
mA:157  
msec:350  
mAs:111  
Krn:FC03  
Thk:0.5 mm  
Aquilion ONE



## Resumé

Rapporten består af to dele. Formålet med 1. del af rapporten er dels at udarbejde en grundlæggende beskrivelse af mænds fysiske og mentale sundhedstilstand og af udvalgte determinanter og risikofaktorer, dels at analysere om uddannelsesniveau og samlivsstatus kan bidrage til at forklare forskellene i mænds og kvinders brug af sundhedsvæsenet (indlæggeshyppighed samt brug af alment praktiserende læge) og forskellene i mænds og kvinders sundhedsvaner.

I 2. del af rapporten foretages en litteraturgennemgang der søger at pege på effektive interventionsmetoder og arenaer for sundhedsfremme og forebyggelse blandt mænd. Nedenfor opsummeres resultaterne fra de to dele af rapporten.

Beskrivelsen af mænds sundheds- og sygelighedstilstand baseret på mænds egne oplysninger viser generelt, at mænd har bedre helbredsrelateret livskvalitet og bedre mental sundhed end kvinder. Således vurderer en større andel blandt mænd end blandt kvinder eget helbred som værende virkelig godt eller godt, større andele blandt mænd end kvinder tilkendegiver, at de har godt psykisk velbefindende og føler sig vitale, og mænd vurderer, at deres mentale helbredstilstand er bedre end kvinders.

Mænd rapporterer mindre sygelighed end kvinder – det gælder såvel forekomsten af langvarig sygdom som forekomsten af en række specifikke sygdomme og forekomsten af gener og symptomer inden for en 14-dages periode. Generelt stiger sygeligheden med stigende alder. De hyppigst forekommende langvarige sygdomme hos mænd er muskel- og skeletsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, sygdomme i åndedrætsorganer, skader, sygdomme i nervesystem og sanseorganer samt stofskiftesygdomme. De hyppigste former for gener og symptomer hos mænd er muskel- og skeletmerter, træthed, søvnproblemer og hovedpine. Mænd rapporterer mindre forbrug af såvel håndkøbs- som receptmedicin end kvinder, og færre mænd end kvinder har sygdomsbetingede aktivitetsbegrænsninger.

Beskrivelsen viser også, at mænd har mere uhensigtsmæssige sundhedsvaner end kvinder. Det gælder rygevaner, brug af alkohol, kostvaner, BMI, brug af euforiserende stoffer og stillesiddende fritidsbeskæftigelse – dog er flere mænd end kvinder moderat til hårdt fysisk aktive i fritiden. Der er ikke forskel i mænds og kvinders sociale relationer. Den selvrapporterede sygelighed hos mænd stiger med stigende alder. Generelt falder sygeligheden med stigende uddannelsesniveau. Med undtagelse af alkoholvaner stiger andelen af mænd med hensigtsmæssige sundhedsvaner med stigende uddannelsesniveau. Der er ikke entydige sammenhænge mellem samlivsstatus og sundhedsvaner – men generelt synes gifte at have den mest hensigtsmæssige (sundhedsfremmende) adfærd.

Baseres beskrivelsen af mænds sundhed på registerbaserede oplysninger, ses på basis af Dødsårsagsregisteret en middellevetid på 76,5 år for mænd og 80,8 år for kvinder og en højere dødelighed blandt mænd i alle aldersgrupper end blandt kvinder. De hyppigste dødsårsager er kredsløbssygdomme, kræft, sygdomme i åndedrætsorganer, psykiske

lidelser og sygdomme i fordøjelsesorganer. For flere dødsårsager er mænds dødelighed 1,5-2,5 gange højere end kvinders – det gælder i relation til selvmord, ulykker og sygdomme i urinveje og kønsorganer.

På basis af Landspatientregisteret ses generelt, at kvinder har flere heldøgnsindlæggelser (inkl. kønsspecifikke sygdomme) og ambulante kontakter end mænd, men færre skadestuebesøg. Indlæggelsesraten for mænd stiger med stigende alder. De hyppigste indlæggelsesårsager hos mænd er kredsløbssygdomme, traumer og forgiftninger, kræft, sygdomme i fordøjelsesorganer og sygdomme i åndedrætsorganer. De relative forskelle i indlæggelsesårsager mellem mænd og kvinder er størst i relation til sygdomme i kredsløbsorganer, psykiske lidelser og dernæst følger sygdomme i hud og underhud, sygdomme i åndedrætsorganer samt infektionssygdomme.

På basis af Det Psykiatriske Centralregister ses, at de hyppigste indlæggelsesårsager blandt mænd er skizofreni og skizofrenilignende tilstande, psykiske lidelser ved misbrug samt affektive lidelser (depression, mani). Mere end dobbelt så mange mænd som kvinder var indlagt pga. psykiske lidelser ved misbrug, og relativt flere mænd end kvinder var indlagt for skizofreni eller skizofrenilignende tilstande, børne- og ungdomspsykiatriske lidelser og psykiske udviklingsforstyrrelser.

Sygesikringsregisteret viser, at mænd gennemsnitligt har færre kontakter til praktiserende læge end kvinder, men at det gennemsnitlige årlige antal kontakter til praktiserende speciallæge næsten er ens for mænd og kvinder. Det gennemsnitlige antal kontakter til praktiserende læge stiger stejlt med stigende alder, mens der næsten ikke er aldersmæssige variationer i kontakt til praktiserende speciallæge.

Lægemiddelregisteret viser generelt, at færre mænd end kvinder får ordineret receptpligtig medicin, og at brugen af receptmedicin stiger med stigende alder. Forskellen ses inden for alle medicingrupper. De hyppigst anvendte receptpligtige lægemidler til mænd er lægemidler mod infektionssygdomme, hjerte-kredsløbsmedicin, medicin til nervesystemet, hudmidler, medicin til åndedrætsorganer og medicin til muskler, led og knogler.

De uddybende analyser vedrørende betydningen af samlivsstatus og uddannelsesniveau som mulige forklaringer på forskellene i mænd og kvinders brug af sundhedsvæsenet og livsstil viser en højere indlæggelsesrate (når de kønsspecifikke indlæggelsesdiagnoser ekskluderes) og en lavere kontaktrate til praktiserende læge blandt mænd end blandt kvinder samt en højere risiko for at være storryger og for at overskride Sundhedsstyrelsens anbefalede max genstandsgrænser for indtagelse af alkohol blandt mænd end blandt kvinder.

I relation til indlæggelser er det fundet, at blandt enlige i aldersgruppen 16-59 år har mænd en lavere indlæggelsesrate end kvinder, mens mænd har en højere indlæggelsesrate end kvinder blandt gifte/samlevende. Livsstilen synes at kunne forklare en del af forskellen mellem enlige mænd og kvinder, men ikke mellem gifte/samlevende mænd og kvinder. I relation til indlæggelser og uddannelsesniveau er det fundet, at blandt 16-59 årige med lang uddannelse har mænd højere indlæggelsesrate end kvinder, mens

mænd har lavere indlæggelsesrate end kvinder blandt 16-59 årige med mellem eller kort uddannelse.

Blandt 60+ årige kan hverken socio-demografiske eller livsstilsfaktorer bidrage til at forklare mænds højere indlæggelsesrate end kvinders.

Hverken samlivsstatus og uddannelsesniveau har kunnet bidrage til at forklare forskellene i mænds og kvinders brug af praktiserende læge.

Uddannelsesniveaut bidrager slet ikke til at forklare forskelle i livsstil, mens samlivsstatus kun bidrager til at forklare kønsforskellen i relation til overskridelse af den anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol, hvor forskellen mellem enlige mænd og kvinder er betydelig større end mellem gifte/samlevende mænd og kvinder.

Litteraturgennemgangen af effektive forebyggelsesmetoder er en opdatering af den litteratursøgning fra 2005, der lå til grund for artiklen "What works with men" af Robertson et. al. (2006) Opdateringen viser, at evidensgrundlaget for forebyggelsesindsatser overfor mænd har været voksende siden 2005, men fortsat er sporadisk. Det meste af den eksisterende viden relaterer sig til mandsspecifikke sundhedsproblemer, modsat helbredsforhold, som er relevante for både mænd og kvinder.

Eksempler på interventioner der synes at virke specifikt overfor mænd er selvhjælpsmanualer, videoer og andet informationsmateriale i forhold til rygestopinterventioner. Internetbaserede programmer med sigte på vægttab fremhæves som effektive overfor mænd.

Mænd vil gerne deltage i sundhedsfremme og forebyggelsesinterventioner, der er placeret der, hvor de færdes i forvejen. Der peges på arbejdspladsen som en velegnet arena.

Ved interventioner rettet mod testikelkræft, har information om sygdommen og selvundersøgelse en signifikant effekt på prævalencen af denne kræftform.

Ud fra denne opdaterede litteraturgennemgang kan det, ligesom i Robertsons et al.'s artikel, ikke konkluderes at det at målrette interventioner til mænd har større effekt end at etablere generelle forebyggelsestilbud for hele befolkningen.

Dokumentationen for effektive sundhedsfremme og forebyggelsesinterventioner med effekt på mænds sundhed, både på de kønsspecifikke områder og når det gælder generelle helbredsforhold er fortsat meget sparsom, og der er et stort behov for mere viden.

## Summary

This report has two parts. The first part summarizes the physical and mental health status of men in Denmark and selected determinants of health and risk factors for ill health. It also analyses whether educational level and civil status may contribute to explaining how men and women differ in their use of health services (hospital admission rate and use of general practitioner services) and differences in men's and women's health behaviour.

The second part reviews literature studies that attempt to find methods and settings that are effective for intervening to promote health and prevent disease among men.

This summary outlines the results from these two parts.

The description of men's health and illness status shows that men generally have better self-reported health-related quality of life and better self-reported mental health than women do. Thus, a higher proportion of men than women rate their health as being excellent or good, a higher proportion of men than women say that they have good mental well-being and feel vibrant, and men rate their mental health status more positively than women do.

Men report less illness than women do, including both the prevalence of long-term illness and the prevalence of several specific diseases and the prevalence of general symptoms, pains or complaints within the past 14 days. Morbidity generally increases with increasing age. The most common long-term diseases among men are: musculoskeletal disorders; cardiovascular diseases; respiratory diseases; injuries; diseases of the nervous system, eye and adnexa and ear and mastoid process; and endocrine, nutritional and metabolic diseases. The most common types of general symptoms, pains or complaints among men are musculoskeletal pain, tiredness, difficulty in sleeping and headache. Men report using less over-the-counter and prescription medicine than women do, and fewer men than women report limitations in activity caused by illness.

The description also shows that men have more inappropriate health behaviour than women do. This applies to smoking, alcohol consumption, dietary habits, body mass index, use of psychoactive drugs and sedentary leisure activities, although more men than women engage in moderate to strenuous physical activity at leisure.

Men's self-reported morbidity increases with increasing age. Morbidity generally declines with increasing educational level. Except for alcohol consumption, the proportion of men with appropriate health behaviour increases with increasing educational level. Civil status is not clearly associated with health behaviour, but married or cohabiting people seem to generally have the most appropriate (health-promoting) behaviour.

Basing the description of men's health on registry-based information, the Danish Registry of Causes of Death shows that life expectancy in Denmark is 76.5 years for

males and 80.8 years for women and that mortality is higher among men than among women in all age groups. The most frequent causes of death are diseases of the circulatory system, cancer (neoplasms), diseases of the respiratory system, mental and behavioural disorders and diseases of the digestive system. Men's mortality is 1.5 to 2.5 times higher than women's for several causes of death: suicide, accidents and diseases of the genitourinary system.

The Danish National Patient Registry generally shows that women have more hospital admissions lasting at least 24 hours (including sex-specific diseases) and outpatient hospital contacts than men do but fewer emergency room consultations. The hospital admission rate for men increases with increasing age. The most frequent reasons for hospital admission among men are circulatory diseases, cancer, injury and poisoning, digestive diseases and respiratory diseases. The relative differences in the causes of hospital admission between men and women are greatest in relation to circulatory diseases and mental disorders followed by diseases of the skin and subcutaneous tissue, respiratory diseases and certain infectious and parasitic diseases.

Data from the Danish Psychiatric Central Research Registry show that the most frequent causes of admission to a psychiatric hospital among men are: schizophrenia, schizotypal and delusional disorders; mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use; and mood (affective) disorders such as depression and mania. More than twice as many men as women were hospitalized for mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use, and a higher proportion of men than of women was hospitalized for: schizophrenia, schizotypal and delusional disorders; behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence; and disorders of psychological development.

Data from the Danish Public Health Insurance Registry show that men have fewer average general practitioner consultations than women but similar numbers of consultations with specialist physicians. The average number of general practitioner consultations increases sharply with increasing age, whereas the number of consultations with specialist physicians varies little with age.

Data from the Danish Registry of Medicinal Product Statistics show that fewer men than women receive prescription pharmaceuticals and that the use of prescription medicine increases with age. This sex difference applies to all pharmaceutical product categories. The most frequently used prescription pharmaceuticals for men are those for treating infectious diseases, circulatory diseases, diseases of the nervous system, diseases of the skin and subcutaneous tissue, respiratory diseases and musculoskeletal disorders.

The in-depth analysis of civil status and educational level as possible explanations for the differences in how men and women use health services and their lifestyles shows that men have a higher hospital admission rate (excluding sex-specific diagnoses) and fewer consultations with general practitioners than women do. Further, more men than women are heavy smokers and more men than women exceed the maximum alcohol consumption recommended by the National Board of Health.

Among people 16–59 years old, single men have a lower hospital admission rate than single women, whereas married or cohabiting men have a higher rate than married or cohabiting women. Lifestyles seem to be associated with some of the sex difference among single people but not among those married or cohabiting.

Again among people 16–59 years old, men with 5 years or more of higher education have a higher admission rate than women with a similar educational level, whereas men have a lower admission rate than women among those with 4 years of higher education or any lower educational level.

Among people 60 years and older, neither sociodemographic nor lifestyle factors are associated with the higher admission rate of men compared with women. Neither civil status nor educational level is associated with the sex differences in use of general practitioner services.

Educational level is not associated with the sex differences in lifestyle, and civil status is only associated with the sex difference in exceeding the maximum alcohol consumption recommended by the National Board of Health: the difference between single men and women is much greater than between men and women who are married or cohabiting.

The literature review of effective interventions that focus on promoting men's health is an update of a review of studies published from 1990 to 2006 Robertson et al. used to produce "What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men" in 2008. The update shows that the evidence base for initiatives to promote men's health has been growing since 2005 but is still sporadic. Most knowledge is related to health problems specific to men, in contrast to health challenges relevant to both men and women.

Examples of interventions that seem to be specifically effective in improving men's health are self-help manuals, videos and other information material produced to promote smoking cessation. Internet-based weight-loss programmes are claimed to be effective among men.

Men want to participate in health promotion and disease prevention initiatives in places they already frequent. The workplace is indicated as an appropriate setting.

Interventions targeting testicular cancer that provide information on the disease and self-examination significantly affected the prevalence.

The review confirms the article of Robertson et al. in not providing any basis to conclude that targeting men in health-promoting interventions is more effective than creating interventions to improve health for everyone.

Evidence on health promotion and disease prevention interventions that can positively influence men's health is very sparse, both for sex-specific health challenges and for general health challenges, and the need for more knowledge is great.

## DEL 1

### Epidemiologisk gennemgang af danske mænds sundhed





# Kapitel 1

## Baggrund og formål

- Formålet med del 1 i rapporten er at udarbejde en grundlæggende beskrivelse af mænds fysiske og mentale sundhedstilstand og af udvalgte determinanter og risikofaktorer, at analysere om udvalgte socio-demografiske faktorer (uddannelse og samlivsstatus) kan bidrage til at forklare forskellene i mænds og kvinders brug af sundhedsvæsenet (indlæggelser samt brug af alment praktiserende læge) og forskellene i mænds og kvinders sundhedsvaner
- Den væsentligste datakilde er Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Desuden anvendes en række registeroplysninger, bl.a. oplysninger fra Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret, Det Psykiatrisk Demografiske Centralregister og Sygesikringsregisteret samt undersøgelserne af Danskernes rygevaner og Voksnes alkoholvaner
- I rapporten anvendes en bred definition af sundhed, der ikke blot vægter fravær af sygdom eller svækkelse, men også livskvalitet.

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse (CFF) har igangsat et udviklingsarbejde 'Tidlig opsporing af risikofaktorer og sygdom hos mænd'. Formålet er at fremme mænds sundhed både kvantitativt og kvalitativt – med fokus på tidlig opsporing af mænds risikofaktorer og sygdomme.

Som led i dette arbejde har CFF bedt Statens Institut for Folkesundhed (SIF) om at udarbejde en rapport med grundlæggende epidemiologiske data. Rapporten skal bidrage til at identificere, hvor der er behov for forebyggelsesinitiativer, og hvilke indikatorer, der kan anvendes til at monitorere fremtidige indsatser.

### Formål

- At udarbejde en grundlæggende beskrivelse af mænds fysiske og mentale sundhedstilstand og af udvalgte determinanter og risikofaktorer
- At belyse om sociale forskelle mellem mænd og kvinder (uddannelsesniveau, samlivsstatus) kan bidrage til
  - at forklare forskelle i mænds og kvinders brug af sundhedsvæsenet (indlæggelser samt brug af alment praktiserende læge)
  - at forklare forskelle i forekomsten af udvalgte risikofaktorer (rygning, alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og overvægt)

I kapitel 1 redegøres for rapportens formål og for de anvendte datakilder. Kapitel 2 indeholder en kort socio-demografisk karakteristisk af mænd på 16 år eller derover, og den forventede befolkningsudvikling beskrives. Kapitel 3 handler om mænds restlevetid og såvel den generelle dødelighed som den årsagsspecifikke. Mænds brug af sundhedsvæsenet (indlæggelser, kontakter til ambulatorier og skadestuer samt kontakt til praktiserende læge og praktiserende speciallæge) beskrives i kapitel 4. Kapitel 5-8 omhandler mænds selvrapporterede sygelighed (kapitel 5), helbredsrelaterede livskvalitet (kapitel

6), sociale netværk (kapitel 7) samt sundhedsadfærd og sundhedsvaner (kapitel 8), hvor mænds rygeadfærd, alkoholvaner, fysiske aktivitetsniveau, kostvaner, Body Mass Index og brug af euforiserende stoffer beskrives. Kapitel 9 adskiller sig fra de øvrige kapitler, fordi det bygger på nye analyser og derfor kræver mere detaljeret gennemgang af såvel den anvendte metode som af resultaterne af de gennemførte analyser. Formålet med kapitlet er at bidrage til forståelsen af forskelle i mænds og kvinders brug af sundhedsvæsenet, brug af alment praktiserende læge samt forskelle i mænds og kvinders sundhedsvaner under hensyntagen til tidligere sygdom, socio-demografiske (uddannelsesniveau og samlivsstatus) og livsstilmæssige faktorer.

## Datakilder

I rapporten anvendes data fra følgende hovedkilder:

*Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005)*. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne er repræsentative, nationale stikprøveundersøgelser i den voksne danske befolkning, der siden 1987 regelmæssigt er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Syddansk Universitet. I undersøgelserne indsamles data om sundhed og sygelighed og forhold af betydning herfor: sundhedsadfærd og sundhedsvaner, livsstil, helbredsrisici i arbejde og miljø, sundhedsmæssige ressourcer mv. Data indsamles til brug for statslig og regional planlægning og sundhedsovervågning samt til brug for forskning og analyse.

Data er indsamlet ved personligt interview suppleret med et selvadministreret spørgeskema (Ekholm et al 2006). Den samlede stikprøve til SUSY-2005 omfattede 21.832 danske statsborgere på 16 år eller derover. Der blev gennemført interview med 66,7 % svarende til 14.566 personer. Efter det personlige interview fik svarpersonerne udleveret et selvadministreret spørgeskema, og 11.238 returnerede dette, svarende til 79,2 % af alle interviewede eller 51,5 % af stikprøven.

Ved bortfald forstås personer, der er udtrukket til stikprøven og dermed inviteret til at deltage i undersøgelsen, men som af forskellige grunde ikke deltager, fx fordi de ikke ønsker at medvirke, ikke kan træffes, er bortrejst, syge eller lignende. Bortfaldet er en af flere faktorer, der har betydning for undersøgelsens generaliserbarhed. Overordnet set er bortfaldet ens for mænd og kvinder og både blandt mænd og kvinder størst i aldersgruppen på 80 år eller derover. Bortfaldet er lavest blandt gifte, næstlavest blandt enker og enkemænd, næsthøjest blandt fraskilte og højest blandt ugifte.

Rapportens analyser er baseret på data fra såvel det personlige interview (7.076 mænd på 16 år eller derover) som det selvadministrerede spørgeskema (5.208 mænd på 16 år eller derover).

*DANCOS-databasen*. Alle inviterede til sundheds- og sygelighedsundersøgelserne indgår i en fælles database, DANCOS (Danish National Cohort Study). Her kobles data om de inviterede løbende med en række registeroplysninger fra bl.a. Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret, Psykiatrisk Centralregister, Sygesikringsregisteret mv.

DANCOS-databasen bruges til analyserne om kønsforskelle i brug af sundhedsvæsenet i kapitel 9.

*Dødsårsagsregisteret* indeholder oplysninger om samtlige dødsfald i Danmark. Oplysningerne er baseret på dødsattesten og omfatter bl.a. information om dødsårsag, dødsårsag, dødstidspunkt, køn og alder på dødstidspunktet. Registeret går i sin nuværende form tilbage til 1973. Aldersmæssigt afgrænses analyser i Dødsårsagsregisteret til de 16-årige eller derover.

*Landspatientregisteret (LPR)* rummer oplysninger om hele befolkningens kontakter til sygehusvæsenet – det være sig indlæggelser, ambulante kontakter eller skadestuekontakter. For indlæggelser går registeret tilbage til 1977, for ambulante kontakter og kontakter til skadestue til 1995.

*Psykiatrisk Centralregister* er en del af LPR og indeholder oplysninger om hele befolkningens indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter til psykiatriske sygehusafdelinger. Registeret indeholder oplysninger om alle indlæggelser fra 1969 og fra 1995 endvidere om ambulante kontakter og skadestuekontakter.

*Sygesikringsregisteret* indeholder oplysninger om befolkningens brug af sygesikringsydelser, fx i forbindelse med kontakt til praktiserende læge, praktiserende speciallæge, vagtlæge, tandlæge, fysioterapeut m.fl. Registeret belyser ikke kontaktårsager. Registeret går tilbage til 1990.

*Lægemiddelregisteret* drives af Lægemiddelstyrelsen. Registeret indeholder oplysninger om det totale salg af lægemidler i Danmark siden 1994. Oplysningerne indberettes fra landets apoteker. Fra registeret kan hentes oplysninger om forbruget af lægemidler og lægemiddelgrupper (opgjort som omsætning, udleverede døgndoser eller som antal personer med forbrug) og om salget opgjort på pakningsniveau.

*Registre i Danmarks Statistik*, fx registeret om befolkning og valg, registeret om sociale forhold, sundhed og retsvæsen, registeret om indkomstforhold m.fl.

*Danskernes rygevaner*. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen gennemfører hvert år en undersøgelse af danskeres rygevaner. Den seneste undersøgelse er gennemført i marts/april 2010 blandt 5.319 danskere over 15 år. Undersøgelsen er gennemført via webbaseret interview og er vægget, så den er repræsentativ i forhold til køn, alder, region og uddannelsesniveau.

*Voksnes alkoholvaner* er en undersøgelse af voksenbefolkningens alkoholvaner, holdninger til alkohol og alkoholrelaterede problemer, gennemført af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen. Undersøgelsen er baseret på en regions- og aldersstratificeret stikprøve på 7.000 danskere på 16 år eller derover, udtrukket fra CPR-registeret. Data er indsamlet ved brug af selvadministreret spørgeskema, der kunne besvares enten på papir eller på internettet. Opnåelsen var 57,4 %.

## Sundhed og sygelighed

Definitionen og afgrænsningen af begreberne sundhed og sygelighed er under konstant debat og forandring. Fælles for alle definitioner er imidlertid, at sundhed er et positivt begreb – et plus ord – et menneskeligt gode, som det er værd at stræbe efter, mens sygdom er et negativt ladet begreb – noget man søger at undgå. I indeværende rapport tages der – svarende til Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne - udgangspunkt i den oprindelige betydning af ordet 'sundhed', som er styrke og kraft (Rasmussen et al 1987), og sundhed betragtes som en ressource, der giver mulighed for at mestre og modstå de daglige udfordringer. Der er tale om et bredt sundhedsbegreb, der ikke blot vægter fravær af sygdom eller svækkelse men også livskvalitet. Det er et dynamisk sundhedsbegreb, hvor krop og psyke hænger sammen, og hvor det enkelte menneskes sundhed udformes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levevilkår og sundhedsvæsenets indsats (Kjøller 2007).

Der anvendes flere forskellige mål for sundhedstilstanden (sundhed og sygelighed) i rapporten:

- Middellevetiden har i mange år været anvendt som mål for et lands sundhedstilstand. Middellevetiden er et mål for det antal år, en nyfødt kan forventes at leve, givet de aktuelle dødelighedserfaringer i det pågældende land
- Brug af sundhedsvæsenet (aktiviteten i sundhedsvæsenet) anvendes ofte som et tilnærmet mål for sundhedstilstanden og afspejler den del af sygeligheden, som kommer til sundhedsvæsenets kendskab. De hyppigst anvendte indikatorer er antallet af hospitalsindlæggelser, ambulante kontakter og skadestuekontakter (Landspatientregisteret), og antallet af kontakter til alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, tandlæge, fysioterapeut m.fl. (Sygesikringsregisteret)
- Selvrapporeret sundhed og sygelighed omhandler de sygdomme og den helbredstilstand, som befolkningens dagligdag er belastet med, samt den livskvalitet, der knytter sig til helbredet – med eller uden sygdomme. I dette perspektiv kan sygelighed spænde fra sygdom, diagnosticeret i sundhedsvæsenet, til gener og besvær i dagligdagen, som kan være manifestationer af sygdom kendt i sundhedsvæsenet, de første tegn på ny sygdom eller blot helt isolerede, forbigående sygdomsepisoder.

## Læsevejledning

Langt størsteparten af analyserne fra SUSY-2005 præsenteres i tabelform. Tabel 1.1 er et eksempel, der viser forekomsten af selvrapporeret langvarig sygdom blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder (kolonnen længst til højre). Procenttallene i tabellen viser andelen af hver aldersgruppe og af henholdsvis alle mænd og alle kvinder, der i interviewet til Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 angiver at have en eller flere langvarig sygdomme. Det fremgår således af tabellen, at 37,8 % af alle mænd fortæller, at de har en eller flere langvarige sygdomme, og at andelen af mænd med langvarig sygdom stiger med stigende alder – fra 24,5 % blandt de 16-24 årige til 52,3 % blandt mænd på 80 år eller derover. Endelig ses det, at en lidt større andel blandt kvinder end blandt mænd angiver at have langvarig sygdom. Da rapporten har fokus på mænd, vises kun forekomsten blandt alle kvinder, således at der er et relevant sammenligningsgrundlag for resultaterne om mænds sundhedstilstand.

Erfaringerne fra arbejdet med Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne viser, at der – når mænd og kvinder sammenlignes - kun i ganske få tilfælde er forskelle i en indikator (variabel) aldersmæssige gradient.

Der angives ikke resultater af statistiske analyser i den deskriptive del af rapporten (kapitel 3-8) – men der kommenteres alene på resultater, der er statistisk signifikante (95 % signifikansniveau). Det vil eksplicit blive nævnt, såfremt der i teksten omtales ikke-signifikante resultater.

**Tabel 1.1 Forekomst af langvarig sygdom blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. I procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Langvarig sygdom	24,5	29,8	42,0	50,8	52,3	37,8	41,7
Antal mænd	714	2.362	2.609	1.146	245	7.076	7.490

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

I SUSY-2005 var stikprøvens sammensætning bestemt af, at der skulle opnås interview med 3.000 personer i hver region. Da regionerne har forskellig størrelse, betyder det, at den regionale fordeling i stikprøven ikke er repræsentativ for hele den danske befolkning. For at sikre nationalt repræsentative resultater blev hele datamaterialet efterfølgende vægtet, hvorved befolkningssammensætningen i stikprøven kom til at svare til befolkningssammensætningen i hele landet. Procenttallene i tabellen er således vægtede resultater, mens det af sidste linje i tabellen fremgår, hvor mange personer, der indgår i hver undergruppe, fx indgår der 714 mænd i alderen 16-24 år.

Ved anvendelse af registerdata, der omfatter hele befolkningen, fx Landspatientregisteret, anvendes en opdeling i 10-års aldersgrupper. I enkelte tilfælde, fx ved præsentation af data fra Danmarks Statistik har det været nødvendigt at foretage mindre tilpasning af aldersopdelingen.







## Kapitel 2

# Socio-demografisk beskrivelse af danske mænd

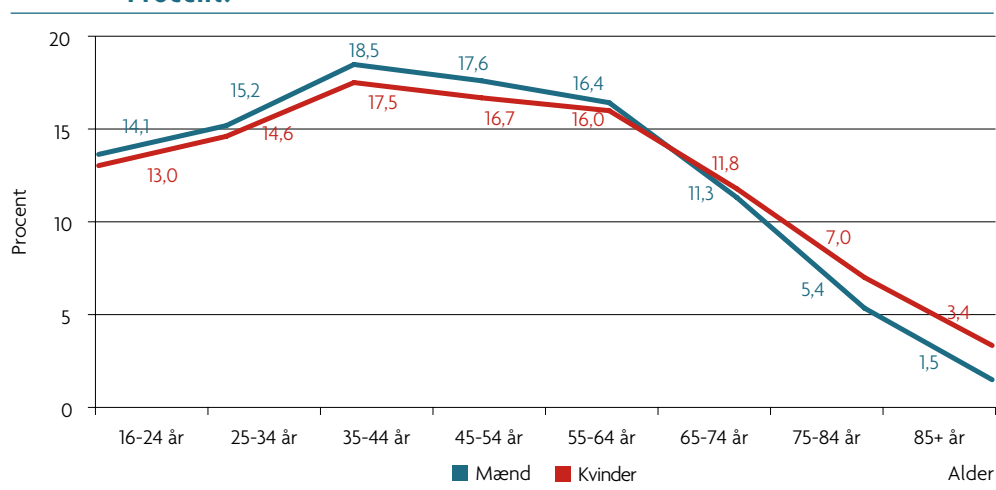
- Mænd udgør 49,2 % af den danske befolkning på 16 år eller derover
- De 35-44 årige er den største aldersgruppe blandt mænd
- Lidt over halvdelen af mænd er gifte, og 16 % er samlevende
- Størst andel blandt mænd har 11-12 og 13-14 års samlet skole- og erhvervsuddannelse
- Knap 2/3 af mænd er erhvervsaktive
- Knap halvdelen bor i parcelhus og knap en tredjedel i etagebebyggelse
- En tredjedel af mænd har en disponibel indkomst på mellem 100.000 og 199.999 kr. og en femtedel har en indkomst på under 100.000 kr.
- Befolkningsprognosen for 2040 viser en markant tilvækst i aldersgruppen på 65 år eller derover, en svag stigning i de yngste aldersgrupper og et fald i aldersgruppen 35-64 år. Samlet forventes antallet af mænd at stige fra 2,74 mio. i 2010 til 2,96 mio. i 2040.

Kapitlet omfatter en socio-demografisk beskrivelse af mænd i Danmark, baseret på data fra Danmarks Statistik (alder, civilstand, etnicitet, boligforhold samt disponibel indkomst). Endvidere inddrages selvrapporterede data, baseret på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (samlivsstatus, uddannelse og erhvervsaktivitet), og sidst i kapitlet vises den forventede befolkningsudvikling frem til 2040.

### Alder, civilstand, samlivsstatus og etnicitet

Pr. 1. januar 2010 udgjorde mænd 49,2 % af den danske befolkning på 16 år eller derover og kvinder 50,8 %. Både blandt mænd og kvinder er den største aldersgruppe de 35-44 årige, men også aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år er store (figur 2.1). Frem til 65-års alderen er der flere mænd end kvinder i hver aldersgruppe, men dernæst vender billedet, og blandt de 85+ årige er der mere end dobbelt så mange kvinder som mænd.

**Figur 2.1 Aldersfordelingen blandt mænd og kvinder pr. 1. januar 2010. Procent.**



Kilde: Danmarks Statistik

Civilstanden viser den juridisk ægteskabelige situation, en person befinder sig i, mens samlivsstatus viser den selvrapporterede samlivssituation. Ifølge Danmarks Statistik er halvdelen af danske mænd gift eller separerede, 38 % er ugifte, knap 9 % skilte, 3 % er enkemænd. Der er markante aldersmæssige variationer, idet andelen af ugifte er størst i de yngste aldersgrupper, andelen af enkemænd er størst i de ældste aldersgrupper, mens andelen af gifte eller separerede topper blandt de 55-74 årige. Under 1 % af mænd er eller har været i registreret partnerskab. Tabel 2.1 viser samlivsstatus, altså de oplysninger hver enkelt svarperson i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY-2005) har givet om sin ægteskabelige/samlivssituation. Det er disse oplysninger, der vil blive anvendt i de efterfølgende analyser, hvor der indgår samlivsstatus. Der er ikke direkte overensstemmelse mellem de selvrapporterede oplysninger og oplysningerne fra Danmarks Statistik. Dels er kategoriseringerne ikke umiddelbart sammenlignelige, dels skyldes den lidt højere andel gifte i de selvrapporterede data først og fremmest undersøgelsens bortfald, idet bortfaldet traditionelt er størst blandt ugifte, skilte og enkemænd (Ekholm et al, 2006). Knap tre fjerdedel af alle mænd angiver at være gift eller samlevende, og knap hver femte mand er ugift. De aldersmæssige forskelle i samlivsstatus svarer godt til de ovenfor beskrevne forskelle i civilstand.

**Tabel 2.1 Samlivsstatus blandt mænd i forskellige aldersgrupper og alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Gift	1,6	47,3	72,0	75,2	56,5	56,4	52,4
Samlevende	14,9	28,6	9,9	4,6	6,0	15,9	15,1
Skilt/separeret	-	3,2	8,7	5,9	4,0	5,3	7,3
Enkemand/enke	-	-	1,1	9,6	29,6	2,9	10,6
Ugift	83,5	20,9	8,2	4,7	3,9	19,4	14,6
<b>I alt antal</b>	<b>714</b>	<b>2.361</b>	<b>2.607</b>	<b>1.145</b>	<b>245</b>	<b>7.072</b>	<b>7.489</b>

\* 4 mænd og 1 kvinde er uoplyst mht. samlivsstatus.

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

I Danmark har ca. 90 % af alle mænd dansk oprindelse, mens knap 9 % er indvandre-re, og 1 % er efterkommere. Andelen af mænd med dansk oprindelse stiger med sti-gende alder, mens både andelen af indvandrere og efterkommere er størst i de yngre aldersgrupper.

## Uddannelse og erhvervsaktivitet

Danmarks Statistik har kun oplysninger om uddannelsesniveau for de 16-69 årige. Derfor anvendes selvrapporterede data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005, der dækker alle aldersgrupper fra 16 år og derover. Det samme gælder oplysnin-ger om erhvervsaktivitet.

Uddannelsesniveau er målt som antal års kombineret skole- og erhvervsuddannelse og er her opdelt i fem grupper (tabel 2.2). Størst andel blandt mænd har 11-12 og 13-14 års samlet skole- og erhvervsuddannelse (henholdsvis 28,1 % og 30,1 %), og 22,1 % har 15 eller flere års uddannelse. Der er klare aldersmæssige variationer. Andelen med 15 eller flere års samlet skole- og erhvervsuddannelse er størst i de yngre aldersgrupper (25-44 år og 45-64 år), og andelen med mindre end 10 års uddannelse er størst i de ældste aldersgrupper.

**Tabel 2.2 Uddannelsesniveaue blandt mænd i forskellige aldersgrupper og alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
< 10 år	11,2	5,5	11,9	24,5	33,9	12,4	17,5
10 år	15,9	5,7	3,9	0,8	-	5,1	5,8
11-12 år	22	18,9	31,6	40,8	40,7	28,1	17,2
13-14 år	26,6	41,7	29,1	13,6	11,2	30,1	32,3
15 + år	9,4	27,1	22,7	19,5	13,3	22,1	24,8
Skoleelev	14,7	0,4	0,1	0,4	0,5	1,7	1,7
Anden skoleuddannelse	0,3	0,7	0,6	0,4	0,5	0,6	0,7
<b>I alt antal</b>	<b>710</b>	<b>2.342</b>	<b>2.587</b>	<b>1.141</b>	<b>242</b>	<b>7.022</b>	<b>7.458</b>

\* Uddannelsesniveaue er uoplyst for 54 mænd og 32 kvinder.  
Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Ca. tre ud af fire mænd i aldersgruppen 16-64 år er erhvervsaktive, flest i aldersgruppen 25-44 år. Blandt de 65-årige eller derover er i alt 7 % erhvervsaktive (tabel 2.3).

**Tabel 2.3 Erhvervsaktivitet blandt mænd i forskellige aldersgrupper og alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Erhvervsaktiv	27,4	85,1	78,6	7,9	0,6	61,7	51,0
Ikke-erhvervsaktiv	72,6	14,9	21,4	92,1	99,4	38,3	49,0
<b>Antal mænd i alt</b>	<b>712</b>	<b>2.350</b>	<b>2.585</b>	<b>1.146</b>	<b>245</b>	<b>7.038</b>	<b>7.430</b>

\* Erhvervsituationen er uoplyst for 38 mænd og 60 kvinder.  
Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Boligforhold og disponibel indkomst

Knap halvdelen af mænd bor i parcelhus, og knap en tredjedel bor i etagebebyggelse. Godt en tiendedel bor i række-, kæde- eller dobbelthus. Størst andel blandt de 35-74 årige bor i parcelhus, mens det især er de 16-34 årige og de 85+ årige, der bor i etageejendom. Andelen, der bor i række-, kæde- eller dobbelthus, stiger jævnt med stigende alder, mens der ikke er store aldersmæssige forskelle, når det gælder at bo i stuehus til landejendom (tabel 2.4). Lidt mindre andel blandt kvinder end blandt mænd bor i parcelhus, mens lidt større andel blandt kvinder end blandt mænd bor i etagebebyggelse eller række-, kæde- og dobbelthus.

**Tabel 2.4 Boligforhold blandt mænd i forskellige aldersgrupper og alle kvinder. 2010. Procent.**

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Parcelhus	39,9	32,3	53,0	55,8	57,2	54,5	46,2	34,6	48,8	45,6
Etagebebyggelse	38,3	51,4	29,5	24,1	21,4	21,8	27,2	35,3	30,8	32,7
Række-, kæde- og dobbelthus	9,6	8,9	10,4	11,1	12,9	14,7	18,6	22,2	11,7	14,4
Stuehus til landejendom	6,1	4,1	5,7	7,3	6,4	5,9	5,5	4,4	5,9	4,9
Andet *	6,1	3,3	1,4	1,6	2,2	3,0	2,4	3,5	2,8	2,3
Antal i alt (i tusinde)	305	328	400	382	358	247	117	33	2.171	2.253

\* Fritidshus, døgninstitution, kollegium, anden helårsbeboelse.

Kilde: Danmarks Statistik

Den disponible indkomst er den enkeltes samlede indkomst fratrukket renteudgifter, skat, mv. Tabel 2.5 viser, at godt en tredjedel af mænd i Danmark har en disponibel indkomst på mellem 100.000 og 199.999 kr., og knap en tredjedel har en disponibel indkomst på mellem 200.000 og 299.999 kr.

Tabellen viser også de store aldersmæssige variationer. I den yngste aldersgruppe har 70,5 % en disponibel indkomst på under 100.000 kr. Blandt de 65-årige eller derover har størst andele en indkomst på mellem 100.000 og 199.999 kr. En disponibel indkomst på 500.000 kr. og derover ses især i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år. Kvinders disponible indkomst er generelt lavere end mænds. Således har knap halvdelen af kvinder en disponibel indkomst på mellem 100.000 og 199.999 kr. og en fjerdedel en indkomst på mellem 200.000 og 299.999 kr.

**Tabel 2.5 Disponibel indkomst for mænd i forskellige aldersgrupper og alle kvinder. 2008. Procent.**

	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	75+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
0-99.000 kr.	70,5	15,8	8,1	7,2	6,2	15,1	16,1	19,4	22,4
100.000-199.000 kr.	25,1	42,7	31,1	30,4	37,7	54,4	63,1	37,6	47,2
200.000-299.000 kr.	4,1	35,8	42,7	41,6	36,2	19,0	13,9	30,1	25,2
300.000-399.000 kr.	0,1	4,3	11,9	12,8	12,2	6,5	4,2	8,1	3,8
400.000-499.000 kr.	0,0	0,8	3,2	3,9	3,6	2,3	1,4	2,3	0,8
500.000 kr. og derover	0,0	0,6	3,0	4,2	4,1	2,7	1,4	2,4	0,5
Antal i alt (i tusinde)	327	327	405	377	363	235	149	2.182	2.260

\*) Den yngste aldersgruppe indeholder også oplysninger for de 15-årige.

Kilde: Danmarks Statistik

## Befolkningsfremskrivning 2010-2040

Danmarks Statistiks fremskrivninger af befolkningsudviklingen viser en samlet vækst i befolkningstallet fra 5,5 mio. i 2010 til knap 6 mio. i 2040 (tabel 2.5). Fra 2010 til 2040 ses en svag stigning i antallet af mænd i de yngste aldersgrupper (0-34 år), et fald i antallet af mænd i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år samt et lidt mere markant fald i aldersgruppen 55-64 år. Fra aldersgruppen på 65 år eller derover er der markant tilvækst – eksempelvis ses en fordobling af antallet af 75-84 årige og en tredobling af antallet af 85+ årige. Den forventede befolkningstilvækst er ens for mænd og kvinder – dog knap så stejl for kvinder i de ældste aldersgrupper som for mænd.

**Tabel 2.5 Befolkningsfremskrivning 2010-2040 blandt mænd i forskellige aldersgrupper, alle kvinder og hele befolkningen. Antal.**

		2010	2020	2030	2040
Mænd	0-14 år	513.043	492.422	515.387	530.085
	15-24 år	346.375	357.433	341.640	350.097
	25-34 år	333.035	358.512	373.926	360.153
	35-44 år	405.115	331.391	356.660	374.266
	45-54 år	385.894	394.991	322.739	349.066
	55-64 år	360.077	361.405	372.299	305.848
	65-74 år	248.309	312.002	323.892	340.861
	75-84 år	117.896	172.158	226.744	251.854
	85+ år	33.542	41.622	70.123	97.798
	I alt	2.743.286	2.821.936	2.903.410	2.960.028
Kvinder		2.791.452	2.866.332	2.950.611	3.003.830
<b>Alle</b>		<b>5.534.738</b>	<b>5.688.268</b>	<b>5.854.021</b>	<b>5.963.858</b>

Kilde: Danmarks Statistik





## Kapitel 3

# Restlevetid og dødelighed

- I 2009 er middellevetiden for mænd 76,5 år og for kvinder 80,8 år
- Mænd har højere dødelighed end kvinder i alle aldersgrupper
- Hjerter-kar-sygdom, kræft, sygdomme i åndedrætsorganer, psykiske lidelser og sygdomme i fordøjelsesorganer er de hyppigste dødsårsager både blandt mænd og kvinder
- For flere dødsårsager er mænds dødelighed 1,5-2,5 gange højere end kvinders
- Ulykker og selvmord samt kræft er de hyppigste dødsårsager i de yngste aldersgrupper blandt mænd
- Fra 45-års alderen er kredsløbssygdomme og kræft de dominerende dødsårsager, og fra 75-års alderen er tillige sygdomme i åndedrætsorganer en fremtrædende dødsårsag
- Den forventede restlevetid for 60-årige er fra 1987 til 2005 steget 2,4 år for mænd og 1,3 år for kvinder
- Samtidig steg den forventede levetid uden nedsat funktion hos 60-årige med 3,3 år for mænd og 2,3 år for kvinder.

I kapitlet beskrives mænds middellevetid (restlevetid) og de hyppigste dødsårsager. Middellevetiden (eller restlevetiden) er det antal år, som personer i en given alder kan forvente/har tilbage at leve i, hvis deres dødelighed fremover svarer til det niveau, som er konstateret i den aktuelle periode. Kapitlet afsluttes med beskrivelse af omfanget af tabte gode leveår.

### Middellevetid/restlevetid

Middellevetiden for mænd var i 2008-2009 76,5 år, dvs. at en nyfødt dreng kunne forvente at leve 76,5 år. Frem til 1950'erne var forskellen mellem mænds og kvinders middellevetid 2-3 år i kvinders favør. Bl.a. på grund af rygning, alkohol og trafik øgedes forskellen herefter til ca. 6 år i 1980'erne. Kvinder har gradvist efterlignet en del af mændenes adfærd og forskellen er nu lidt mere end fire år.

Udviklingen i middellevetiden har været ganske imponerende – fra godt 40 år for mænd og 43 år for kvinder i 1840'erne til knap en fordobling i 2008-2009. Tilvæksten i mænds og kvinders middellevetid var frem til 1950'erne ca. 2-4 måneder om året, men stagnerede fra 1950'erne, idet den årlige tilvækst kun var et par uger. I de seneste 10-15 år har tilvæksten i middellevetid været ca. to måneder for mænd og 1½ måned for kvinder.

Før 1950 var den danske middellevetid blandt de højeste i verden, men i anden halvdel af det 20. århundrede har fremgangen i danskernes middellevetid været mindre end i andre lande. I 2008 lå danske mænd på en 17. plads blandt 20 OECD-lande, og der var 3 års forskel op til Schweiz og Sverige med de længste middellevetider. Danske

kvinder havde i 2008 den næstlaveste middellevetid blandt de 20 lande, og flere lande havde en middellevetid, der var tre år længere.

Umiddelbart er det mere forståeligt at tale om restlevetid, når det ikke drejer sig om nyfødte, men om personer i forskellige aldersgrupper. Af tabel 3.1 fremgår restlevetiden for mænd og kvinder på forskellige alderstrin. Det fremgår, at restlevetiden for en 15-årig mand er 61,9 år, mens den for en 55-årig mand er 24,5 år og for en 95-årig mand 2,65 år. Restlevetiden for kvinder er på alle alderstrin højere end for mænd. Mænd har en højere dødelighed end kvinder i alle aldersgrupper, og kombineret med den stigende dødelighed med stigende alder, betyder det, at forskellen i mænds og kvinders restlevetid er størst i den yngste aldersgruppe og aftager med stigende alder.

**Tabel 3.1 Restlevetiden for mænd og kvinder på forskellige alderstrin. 2008-2009.**

Middellevetid	Mænd	Kvinder	Forskel
0 år	76,5	80,8	4,2
15 år	61,9	66,2	4,2
25 år	52,3	56,3	4,0
35 år	42,6	46,5	3,9
45 år	33,2	36,9	3,6
55 år	24,5	27,7	3,3
65 år	16,6	19,3	2,7
75 år	9,9	11,9	2,0
85 år	5,1	6,3	1,2
95 år	2,6	2,9	0,3

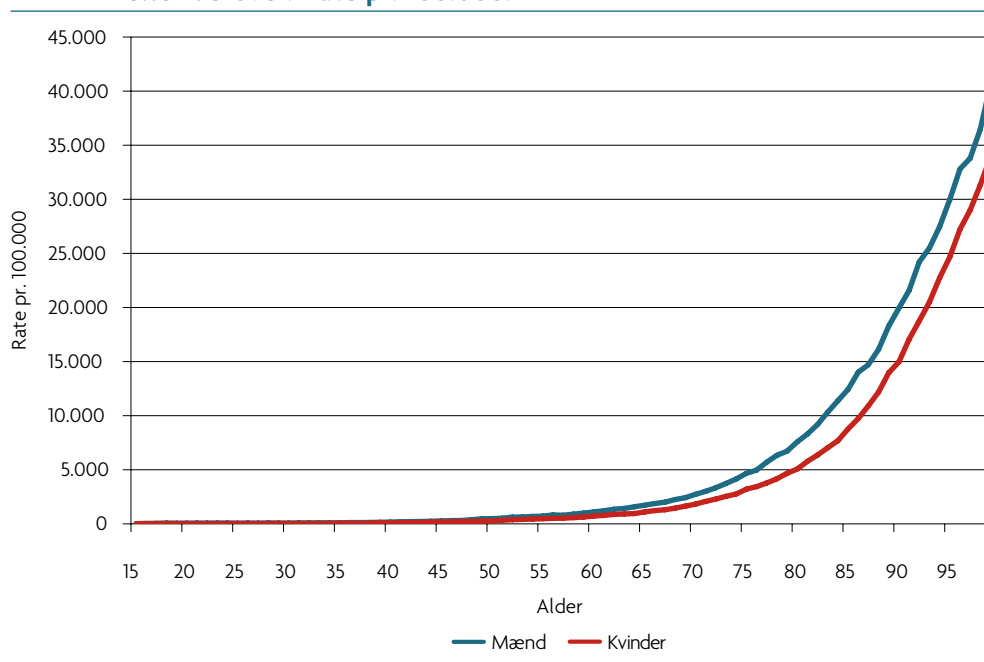
Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik

## Dødelighed

Den samlede dødelighed er faldet jævnt siden 1995 (Dødsårsagsregisteret, 2008). I aldersstandardiserede rater pr. 100.000 er dødeligheden faldet fra 1.218 i 1995 til 946 i 2008-2009.

Den aldersspecifikke dødelighed fremgår af figur 3.1. Den aldersspecifikke dødelighed er i alle aldersgrupper højere blandt mænd end blandt kvinder.

**Figur 3.1 Dødeligheden blandt mænd og kvinder efter alder. 2005-2009. 15 år eller derover. Rate pr. 100.000.**



Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsstyrelsen

### Dødelighed af specifikke årsager

Den årsagsspecifikke dødelighed afspejler dels sygdomsforekomsten i befolkningen, dels sygdommens behandlingsmuligheder og dermed overlevelse med sygdommen. Af tabel 3.2 fremgår dødeligheden af de 10 største dødsårsagsgrupper for mænd og kvinder samt anden naturlig dødsårsag, dårligt definerede årsager og dødsfald uden medicinsk årsag. Kredsløbssygdomme, kræft, sygdomme i åndedrætsorganer, psykiske lidelser og sygdomme i fordøjelsesorganer er de hyppigste dødsårsager både blandt mænd og kvinder. Blandt mænd følger dernæst ulykker, endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt sygdomme i nervesystem og sanseorganer. Rækkefølgen er lidt anderledes hos kvinder, idet sygdomme i nervesystem og sanseorganer og endokrine og ernæringsbetingede sygdomme er lidt hyppigere forekommende end ulykker. Hyppigheden af alle de nævnte dødsårsager er større blandt mænd end blandt kvinder. De relative forskelle mellem mænd og kvinder er særlig markante for sygdomme i urin- og kønsorganer (1,74), ulykker (2,04) og selvmord (2,55). De absolutte forskelle er størst for kredsløbssygdomme og kræft.

**Tabel 3.2 De ti hyppigste dødsårsager blandt mænd og kvinder. 2008.  
Alderstandardiserede rater pr. 100.000.**

	Mænd	Kvinder	Ratio (mænd/kvinder)
Kredsløbssygdomme	334,5	220,2	1,52
Kræft	317,7	237,3	1,34
Sygdomme i åndedrætsorganer	125,0	87,5	1,43
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	59,5	47,6	1,25
Sygdomme i fordøjelsesorganer	57,4	40,7	1,41
Ulykker	42,1	20,6	2,04
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme	37,3	25,7	1,45
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	32,2	26,8	1,20
Sygdomme i urin- og kønsorganer	19,0	10,9	1,74
Selv mord	16,6	6,5	2,55
Anden naturlig dødsårsag	43,5	36,1	1,20
Dårligt definerede årsager	42,1	33,7	1,25
Dødsfald uden medicinske oplysninger	12,8	8,6	1,49

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsstyrelsen

Tabel 3.3 viser de samme dødsårsager som i tabel 3.2 blandt mænd i forskellige aldersgrupper. Ulykker, selvmord samt kræft er de hyppigste dødsårsager i de yngste aldersgrupper. Fra 45-års alderen er kræft og kredsløbssygdomme de dominerende dødsårsager, og fra 75-års alderen er sygdomme i åndedrætsorganer også en dominerende dødsårsag.

**Tabel 3.3 Årsagsspecifik dødelighed blandt mænd i forskellige aldersgrupper. 2006. Rate pr. 100.000.**

	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år
Kredsløbssygdomme	0	6	27	91	256	734	2.513	7.755
Kræft	6	9	28	129	432	1.092	2.205	3.523
Sygdomme i åndedrætsorganer	1	0	5	13	54	213	851	2.325
Psykelige lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser	0	3	12	51	70	87	214	971
Sygdomme i fordøjelsesorganer	0	3	17	65	93	140	290	655
Ulykker	32	22	27	31	31	47	145	632
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme	0	2	7	17	46	106	247	517
Sygdomme i nervesystemet og sanseorganerne	4	3	2	10	23	68	209	438
Sygdomme i urinveje og kønsorganer	0	0	1	3	6	30	169	678
Selv mord	8	14	18	23	22	36	43	99
Anden naturlig dødsårsag	5	8	17	23	34	78	238	705
Dårligt definerede årsager	1	2	4	12	27	47	148	784
Dødsattester uden medicinske oplysninger	1	2	2	7	13	32	97	263

Kilde: Dødsårsagsregisteret, Sundhedsstyrelsen

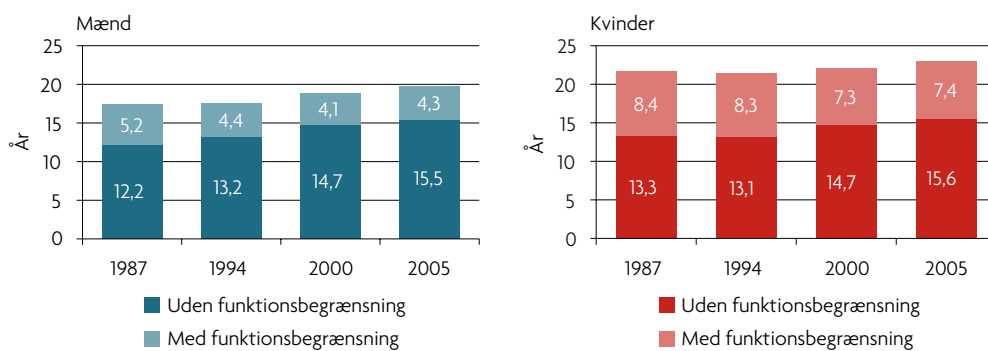
## Tabte gode leveår

Tabte gode leveår er et summarisk mål, der kombinerer dødelighedsdata med helbredsdata. Det er et mål for den helbredsmæssige kvalitet af en befolknings eller befolkningsgruppes forventede levetid.

En persons forventede restlevetid kan opdeles i levetid med og uden funktionsbegrænsning (alternativt med godt og dårligt helbred eller med og uden langvarig belastende sygdom). I SUSY-undersøgelserne har alle svarpersoner på 60 år eller derover fået stillet spørgsmål om deres funktionsniveau. En svarperson uden funktionsbegrænsning er karakteriseret ved, at han eller hun uden besvær kan 1) gå 400 meter uden at hvile, 2) gå op og ned ad trapper, 3) bære 5 kg, 4) læse en almindelig avistekst, 5) høre en normal samtale mellem tre eller flere personer og 6) tale uden problemer.

Figur 3.2 viser udviklingen i den forventede restlevetid med og uden funktionsbegrænsning for 60-årige mænd og kvinder fra 1987 til 2005. Det fremgår, at den forventede restlevetid for 60-årige mænd er steget 2,4 år (19,8 år minus 17,4 år) og 1,3 år for kvinder. Samtidig steg den forventede levetid uden nedsat funktion med 3,3 år for mænd (fra 12,2 år til 15,5 år) og 2,3 år for kvinder, mens restlevetid med funktionsbegrænsning faldt med 0,9 år for mænd og 1,0 år for kvinder.

**Figur 3.2** Udvikling i restlevetid med og uden funktionsbegrænsning blandt 60-årige mænd og kvinder. 2005.



Kilde: Brønnum-Hansen, 2006.





## Kapitel 4

# Brug af sundhedsvæsenet

- Mænd havde i 2009 579.000 somatiske heldøgnsindlæggelser, 3,34 mio. ambulante kontakter og 544.000 skadestuebesøg. Antalsmæssigt har kvinder et større forbrug end mænd undtagen mht. skadestuebesøg
- De hyppigste indlæggelsesårsager blandt mænd (og kvinder) er kredsløbssygdomme, kræft, traumer og forgiftninger, sygdomme i fordøjelsesorganer og sygdomme i åndedrætsorganer
- De relative forskelle mellem mænd og kvinder er størst i relation til sygdomme i kredsløbsorganer (mand/kvinde ratio: 1,67), psykiske lidelser (ratio: 1,63) og dernæst følger sygdomme i hud og underhud (ratio: 1,34), infektionssygdomme (ratio: 1,24) samt sygdomme i åndedrætsorganer (ratio: 1,16). Generelt stiger indlæggelsesraten med stigende alder. Eneste markante undtagelser er indlæggelser for traumer og forgiftninger, hvor indlæggelsesraten er højst blandt de 16-24 årige og de 65+ årige mænd samt indlæggelser for psykiske lidelser, hvor raten er lavest blandt de 25-34 årige og højst blandt de 45-54 årige mænd
- Indlæggelsesraten på psykiatrisk sygehus var i 2008 541 pr. 100.000 mænd og raten for ambulatoriebesøg var 1.677
- Mænd og kvinder har samme indlæggelsesrate på psykiatrisk sygehus. Kvinder har flere psykiatriske ambulatoriebesøg end mænd, mens mænd har flere psykiatriske skadestuebesøg end kvinder
- De hyppigste psykiatriske indlæggelsesårsager blandt mænd er skizofreni og skizofrenilignende tilstande, psykiske lidelser ved misbrug samt affektive lidelser. Mere end dobbelt så mange mænd som kvinder er indlagt for psykiske lidelser ved misbrug, og 1,2 gange så mange mænd er indlagt for skizofreni
- I 2009 havde mænd i gennemsnit 7,7 kontakter til praktiserende læge, mens kvinder havde 10,5. Det gennemsnitlige antal kontakter stiger stejlt med stigende alder
- I 2009 havde mænd i gennemsnit 3,0 kontakter til praktiserende speciallæge, mens kvinder gennemsnitlig havde 3,2. Der er kun små aldersmæssige variationer i mænds brug af praktiserende speciallæge
- De hyppigst anvendte receptpligtige lægemidler til mænd er lægemidler mod infektionssygdomme, hjerte-kredsløbsmedicin, medicin til nervesystemet, hudmidler, medicin til åndedrætsorganer og medicin til muskler, led og knogler
- For alle medicingrupper gælder, at færre mænd end kvinder har fået ordineret medicin.

Kapitlet handler om mænds brug af sundhedsvæsenet. Det omfatter såvel indlæggelser som brug af ambulatorium og skadestue og såvel brug af somatiske som psykiatriske afdelinger. Desuden belyses mænds brug af sundhedsvæsenet i relation til udvalgte diagnosegrupper. Endvidere omhandler kapitlet mænds brug af alment praktiserende læge og praktiserende speciallæge samt mænds brug af receptpligtig medicin.



## Sygehusforbrug – somatiske sygehuse

I 2009 var der i alt 579.000 heldøgnsindlæggelser blandt mænd (i alle aldersgrupper), 3,34 mio. ambulante kontakter og 544.000 somatiske skadestuebesøg. Antalsmæssigt har kvinder større forbrug end mænd, 681.000 indlæggelser og 4,49 mio. ambulante kontakter men færre skadestuebesøg (454.000).

Tabel 4.1 viser brugen af de forskellige former for sygehuskontakter blandt mænd i forskellige aldersgrupper. Indlæggelsesraten for heldøgnsindlæggelser (målt ved antal udskrivninger) stiger med stigende alder, mens raten for ambulante kontakter stiger frem til 85-års alderen for dernæst at falde. Raten for skadestuebesøg er højst blandt de 15-24 årige og de 85+ årige, og lavest blandt de 55-64 årige.

**Tabel 4.1 Heldøgnsindlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2009. Rate pr. 100.000.**

	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Antal udskrivninger	8.115	8.551	10.694	16.054	26.473	44.117	69.844	92.940	21.294	25.865
Ambulante besøg	51.488	61.501	79.723	118.284	193.500	295.668	338.613	249.363	137.310	184.328
Skadestuebesøg	30.583	21.594	17.240	15.528	14.207	15.329	22.581	36.638	19.505	15.898

Kilde: Landspatientregisteret.

Indlæggelsesårsagerne fremgår af tabel 4.2. De hyppigste indlæggelsesårsager er både blandt mænd og kvinder kredsløbssygdomme, traumer og forgiftninger, kræft, sygdomme i fordøjelsesorganer og sygdomme i åndedrætsorganer. De relative forskelle mellem mænd og kvinder er størst i relation til sygdomme i kredsløbsorganer (1,67), psykiske lidelser (1,63) og dernæst følger sygdomme i hud og underhud (1,34), infektionssygdomme (1,24) samt sygdomme i åndedrætsorganer (1,16), hvor mænd har en overhyppighed i forhold til kvinder.

Generelt stiger indlæggelsesraten med stigende alder. De eneste markante undtagelser er indlæggelser for traumer og forgiftninger, hvor indlæggelsesraten er højst blandt de 16-24 årige og de 65+ årige mænd samt indlæggelsesraten for psykiske lidelser, der er lavest blandt de 25-34 årige og højst blandt de 45-54 årige mænd.

**Tabel 4.2 Indlæggelsesårsager (heldøgnsindlæggelser) blandt mænd og kvinder. 2009. Aldersstandardiserede rater pr. 100.000.**

	Mænd i alt	Kvinder i alt	Ratio mænd/ kvinder
Sygdomme i kredsløbsorganer	2.946	1.760	1,67
Traumer og forgiftninger	1.776	1.618	1,10
Kræft	1.638	1.731	0,95
Sygdomme i fordøjelsesorganer	1.606	1.511	1,06
Sygdomme i åndedrætsorganer	1.497	1.286	1,16
Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv	916	1.076	0,85
Sygdomme i urinveje og kønsorganer	889	1.262	0,70
Sygdomme i nervesystem og sanseorganer	652	622	1,05
Infektionssygdomme	537	434	1,24
Endokrine sygdomme	527	590	0,89
Psykiske lidelser	336	206	1,63
Sygdomme i blod og bloddannende organer	290	255	1,14
Sygdomme i hud og underhud	290	216	1,34
Medfødte misdannelser	54	60	0,90
Sygdomme i perinatalperiode	1	2	0,50
Svangerskabsrelaterede sygdomme	0	3.717	0,00
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	1.391	1.452	0,96
Andet	2.459	2.850	0,86

Kilde: Landspatientregisteret

## Sygehusforbrug – psykiatriske sygehuse

I 2008 var 11.184 mænd og 11.643 kvinder på 15 år eller derover indlagt mindst én dag på psykiatrisk sygehus. Endvidere havde 36.813 mænd og 50.524 kvinder mindst en ambulant kontakt til psykiatrisk afdeling, og 24.550 mænd og 23.001 kvinder var på psykiatrisk skadestue.

**Tabel 4.3 Forbrug af indlæggelser, ambulante kontakter og skadestuebesøg til psykiatrisk sygehus blandt mænd og kvinder. 2008. Rate pr. 100.000.**

	Mænd			Kvinder		
	15-69 år	70 år og derover	I alt	15-69 år	70 år og derover	I alt
Personer indlagt mindst én dag	562	374	541	559	456	544
Personer med mindst én ambulant kontaktdag	1.603	2.272	1.677	2.038	3.272	2.225
<b>Skadestuebesøg</b>	-	-	<b>1.118</b>	-	-	<b>1.013</b>

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Det fremgår af tabel 4.3, at indlæggelsesraten samlet set er identisk for mænd og kvinder. Opdeles der i grove aldersgrupper er indlæggelsesraten for 70+ årige kvinder dog markant højere end raten for mænd. For hver 100.000 mænd på 15 år eller derover har 1.677 haft mindst én ambulant kontaktdag i 2008, og 1.118 mænd har været på psykiatrisk skadestue. Mens kontakthypigheden til ambulatorium er markant højere blandt kvinder end blandt mænd, har mænd betydeligt flere skadestuebesøg end kvinder.

Tabel 4.4 viser indlæggelsesdiagnoserne. Den hyppigste diagnosegruppe blandt mænd er skizofreni og skizofrenilignende tilstande efterfulgt af psykiske lidelser ved misbrug samt affektive lidelser (depression, mani). Mønsteret er lidt anderledes hos kvinder, idet affektive lidelser er den hyppigste sygdomsgruppe efterfulgt af skizofreni og skizofrenilignende tilstande samt nervøse lidelser. Mere end dobbelt så mange mænd som kvinder er indlagt pga. psykiske lidelser ved misbrug, og derudover er de relative forskelle mellem mænd og kvinder mest udtalte for skizofreni eller skizofrenilignende tilstande (ratio: 1,24), børne- og ungdomspsykiatriske lidelser (ratio: 1,57) og psykiske udviklingsforstyrrelser (ratio: 1,62).

Der er klare aldersmæssige forskelle i sygdomsmønsteret blandt mænd. Således er skizofreni hyppigst blandt de 25-34 årige og de 35-44 årige, mens psykiske lidelser ved misbrug især ses hos de 35-44 årige og de 45-54 årige. Affektive lidelser forekommer hyppigst blandt 45+ årige og nervøse lidelser hyppigst i de yngre aldersgrupper (54 år eller derunder). Organiske lidelser er den hyppigste sygdomsdiagnose i den ældste aldersgruppe.

**Tabel 4.4 Heldøgnsindlæggelser på psykiatrisk sygehus blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2008. Rate pr. 100.000.**

	15-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	75+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt	Ratio (mænd/kvinder)
Skizofreni og skizofrenilignende lidelser	262	560	516	417	213	91	30	342	275	1,24
Psykiske lidelser ved misbrug	111	163	235	316	182	56	12	177	80	2,22
Affektive sindslidelser	71	133	164	221	213	199	200	169	303	0,56
Nervøse lidelser	112	121	129	106	51	37	33	93	107	0,87
Organiske lidelser	7	15	30	42	45	75	237	47	43	1,09
Personlighedsforstyrrelser	36	61	44	26	13	6	1	30	96	0,32
Børne-ungdoms-psykiatriske lidelser	36	15	7	3	0	0	1	10	6	1,57
Psykiske udviklingsforstyrrelser	23	9	3	2	0	0	0	6	4	1,62
Mental retardering	10	8	6	5	2	0	1	5	5	0,93
Adfærdsforstyrrelser	3	2	0	0	0	0	0	1	16	0,06
Øvrige diagnoser	52	71	62	38	14	12	11	42	22	1,85

Kilde: Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

## Brug af praktiserende læge og speciallæge

Ved kontakt til praktiserende læge eller praktiserende speciallæge forstås fx et besøg hos lægen, en telefonkonsultation eller et hjemmebesøg. En kontakt kan indeholde flere forskellige ydelser. Der registreres ikke oplysninger om henvendelsesårsager i Sygesikringsregisteret.

I 2009 havde mænd på 16 år eller derover i alt 13.7 mio. kontakter til alment praktiserende læge svarende til, at 81,5 % havde været i kontakt med en praktiserende læge. Mænd havde endvidere 1.6 mio. kontakter til praktiserende speciallæge, svarende til at 24,2 % havde haft kontakt med en praktiserende speciallæge. Blandt kvinder havde 93,8 % kontakt til praktiserende læge i 2009, svarende til 22.4 mio. kontakter, mens 35,6 % af kvinder på 16 år eller derover havde kontakt til praktiserende speciallæge, svarende til i alt 2.7 mio. kontakter. Øre- og øjenlæger er de to største specialer (Statistiske Efterretninger, 2010).

Det fremgår af tabel 4.5, at blandt mænd med kontakt til praktiserende læge stiger det gennemsnitlige antal kontakter stejlt med stigende alder og er næsten fire gange så højt blandt de 85+ årige som blandt de 16-24 årige. Det gennemsnitlige antal kontakter er højere blandt kvinder (10,5 kontakter) end blandt mænd (7,7 kontakter). Forskellen ses i alle aldersgrupper, men relativt er forskellen størst i de yngste aldersgrupper (mand/kvinde ratio blandt 25-34 årige er 0,49), forskellen aftager med stigende alder (blandt 45-54 årige er ratioen 0,75), og blandt de ældste er forskellen næsten udvisket (ratio blandt 75-84 årige er 0,92). Antallet af kontakter til alment praktiserende læge er steget støt gennem de seneste år (Kjøller og Juel 2007).

Der ses ikke store aldersmæssige forskelle i mænds og kvinders gennemsnitlige antal kontakter til praktiserende speciallæge.

**Tabel 4.5 Gennemsnitlig antal kontakter i 2009 til praktiserende læge henholdsvis praktiserende speciallæge blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder.**

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	75-84 år	85+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Praktiserende læge	4,3	4,9	5,6	6,9	8,8	11,2	14,5	16,1	7,7	10,5
Praktiserende speciallæge	2,9	3,0	3,0	3,0	2,9	2,9	3,1	3,0	3,0	3,2

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

## Brug af receptpligtig medicin

Lægemedelstatistikken er opdelt i medicin solgt i primærsektoren og medicin anvendt i sygehussektoren. Indeværende afsnit beskæftiger sig alene med medicin solgt i primærsektoren. Tabel 4.6 rummer oplysninger om antal mænd og kvinder (alle aldersgrupper), der i 2009 var i behandling med receptordineret medicin, opdelt efter ATC-gruppe. Lægemedler i en ATC-gruppe anvendes ofte ved flere forskellige sygdomme og

en sygdom kan ofte behandles med lægemidler fra flere ATC-grupper. Samme person kan være i behandling med flere forskellige lægemidler og derfor indgå flere gange i tabellen. I 2009 var der 4,47 mio. receptordinationer til mænd i alle aldersgrupper og 6,57 mio. til kvinder.

De hyppigst anvendte receptordinerede lægemidler blandt mænd er medicin mod infektionssygdomme (antibiotika, fx penicillin), hjerte-kredsløbsmedicin, medicin til nervesystemet (fx migrænemidler, antidepressiv medicin, sovemedicin), hudmidler (fx hudbeskyttende medicin, steroidsalve, medicin til sårbehandling), medicin til åndedrætsorganer og medicin til muskler, led og knogler. For alle medicingrupper gælder, at flere kvinder end mænd har fået ordineret medicin, og at hyppigheden stiger med stigende alder.

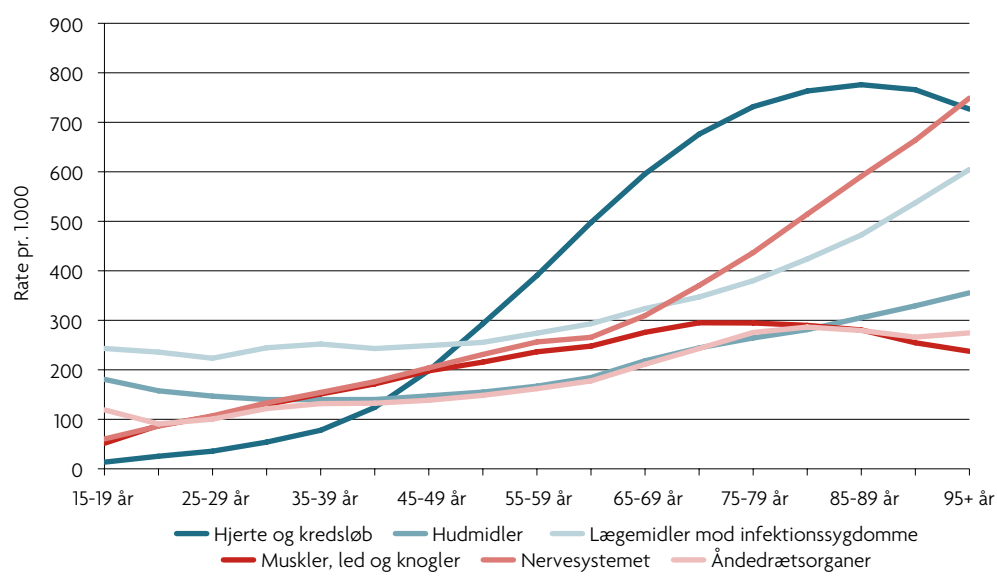
**Tabel 4.6 Antal mænd og kvinder (i tusinde) i behandling med receptordinerede lægemidler opdelt i ATC-grupper. Primærsektoren. 2009.**

ATC-gruppe		Mænd	Kvinder	Ratio (mænd/kvinder)
A	Fordøjelse og stofskifte	386	524	0,74
B	Blod og bloddannende organer	294	305	0,96
C	Hjerte og kredsløb	581	708	0,82
D	Hudmidler	460	550	0,84
G	Kønshormoner og midler til kønsorganer og urinveje	136	730	0,19
H	Hormoner til systemisk brug	114	213	0,53
J	Lægemidler mod infektionssygdomme	739	1.076	0,69
L	Cancermidler og lægemidler til immunsystemet	13	25	0,51
M	Muskler, led og knogler	411	561	0,73
N	Nervesystemet	480	738	0,65
P	Paracitmidler	77	149	0,52
R	Åndedrætsorganer	425	548	0,77
S	Sanseorganer	343	435	0,79
V	Diverse lægemidler	7	7	1,03

Kilde: Lægemiddelregisteret.

Figur 4.1 viser hyppigheden af udvalgte receptordinerede lægemidler til mænd i forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at hyppigheden af ordinerede lægemidler mod hjerte-karsygdomme, lægemidler til nervesystemet samt lægemidler mod infektionssygdomme stiger stærkt med stigende alder. Det samme gør lægemidler ordineret til muskler, led og knogler, til åndedrætsorganer samt hudmidler, men gradienten er ikke nær så stejl. Brugen af hjerte-kar-medicin topes i 85-89 års alderen og falder dernæst svagt. Brugen af lægemidler til muskler, led og knogler og lægemidler til åndedrætsorganer stiger frem til 70-75 års alderen for derefter at være konstant eller aftage svagt.

**Figur 4.1 Mænd i forskellige aldersgrupper i behandling med udvalgte receptordinerede lægemidler. Primærsektoren. 2009. Rate pr. 1.000.**



Der henvises endvidere til kapitel 5 om selvrapporteret brug af håndkøbs- og receptmedicin.







## Kapitel 5

### Selvrapporteret sygelighed

- 37,8 % af alle mænd angiver at have en eller flere langvarige sygdomme. Forekomsten stiger med stigende alder
- De hyppigst forekommende langvarige sygdomme hos mænd er muskel- og skelet-sygdomme, hjerte-karsygdomme, sygdomme i åndedrætsorganer, skader, sygdomme i nervesystem og sanseorganer samt stofskiftesygdomme
- De hyppigst forekommende specifikke selvrapporterede sygdomme blandt mænd er allergi, slidgigt/leddegigt, rygsygdom, forhøjet blodtryk og tinnitus
- De relative forskelle mellem mænd og kvinders specifikke sygdomme er størst i forhold til besvær med at komme af med vandet, tinnitus, hjerneblødning/blodprop i hjernen samt sukkersyge
- Tre ud af fire mænd angiver at have haft en eller flere former for smerter og ubehag inden for en 14-dages periode
- De mest generende former for smerter og ubehag er muskel- og skeletsmerter, træthed, søvnproblemer og hovedpine
- Inden for en 14-dages periode rapporterer 11,1 % af mænd at have været begrænset i at udføre dagligdags aktiviteter pga. sygdom, og for 5,1 % vedkommende er aktivitetsbegrænsningen varig
- En ud af tre mænd bruger regelmæssigt medicin, og inden for en 14-dages periode har 38,2 % brugt receptmedicin og 28,2 % har brugt håndkøbsmedicin. Smertestillende og blodtryksmedicin er de hyppigst anvendte former for medicin brugt i en 14-dages periode
- Generelt rapporterer kvinder højere sygelighed end mænd
- Sygeligheden stiger generelt med stigende alder og falder med stigende uddannelsesniveau
- Gifte mænd har gennemgående lavere sygelighed end samlevende og enlige (skilte og separerede, enkemænd og ugifte).

Data om selvrapporteret sygelighed stammer fra SUSY-2005, hvori der anvendes flere forskellige mål for sygelighed: forekomst af langvarig sygdom, forekomst af en række forskellige specifikke sygdomme samt forekomst af gener og symptomer inden for en 14-dages periode. De tre forskellige mål repræsenterer forskellige grader af alvorlighed, de supplerer hinanden og tilsammen giver de et mere fuldstændigt og nuanceret billede. Endvidere omtales aktivitetsbegrænsning i forbindelse med sygdom samt brug af genoptræning. Endelig vises det selvrapporterede medicinbrug – det være sig regelmæssig brug af medicin, brug af receptmedicin og/eller brug af håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode.

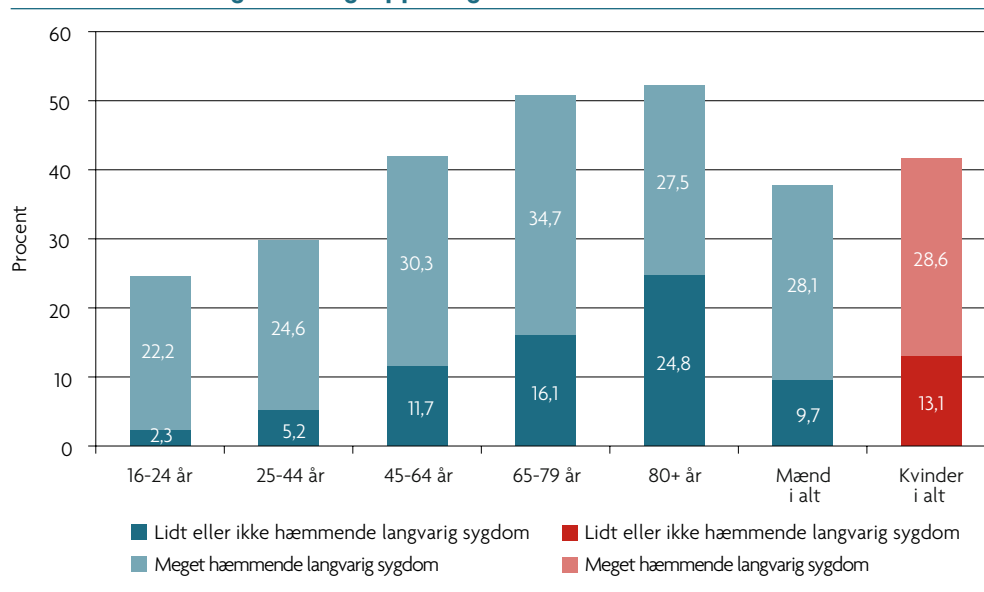
#### Langvarig sygdom

Alle interviewpersoner i SUSY-2005 er spurgt, om de har en langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Svares der bekræften-

de, spørges der bl.a. til, hvor på kroppen sygdommen er lokaliseret, og om sygdommen er meget eller lidt hæmmende for de daglige gøremål. Efterfølgende kodes oplysninger i henhold til WHO's sygdomsklassifikation (ICD-10).

I alt 37,8 % af mænd angiver at have en eller flere langvarige sygdomme (figur 5.1). Forekomsten af meget hæmmende langvarige sygdomme stiger med stigende alder. Forekomsten af lidt- eller ikke hæmmende langvarige sygdomme stiger frem til 80-års alderen for dernæst at falde. I alle aldersgrupper rapporterer kvinder højere forekomst af langvarig sygdom end mænd – det gælder både de meget hæmmende langvarige sygdomme og de lidt- eller ikke hæmmende langvarige sygdomme (Ekholm et al, 2006).

**Figur 5.1 Forekomst af langvarig sygdom i 14 diagnosegrupper blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Det fremgår af tabel 5.1, at de hyppigst forekommende langvarige sygdomme blandt mænd er muskel- og skeletsygdomme, hjerte-karsygdomme, sygdomme i åndedrætsorganer, skader, sygdomme i nervesystem og sansorganer samt stofskiftesygdomme. Der ses en højere forekomst af hjerte-karsygdomme, skader, svulster, sygdomme i urinveje og kønsorganer samt infektionssygdomme blandt mænd end blandt kvinder. Der er enkelte aldersmæssige forskelle. Blandt mænd i de yngste aldersgrupper er skader en af de hyppigst forekommende sygdomme, mens hjerte-karsygdomme endnu ikke er fremtrædende. Blandt de 25-44 årige indgår endvidere psykiske lidelser blandt de hyppigste langvarige sygdomme. Med undtagelse af svulster, sygdomme i urin- og kønsorganer samt infektionssygdomme er forekomsten af de forskellige sygdomsgrupper blandt mænd lavere eller på niveau med kvinders.

Forekomsten af langvarig sygdom blandt mænd er steget jævnt fra 1987 til 2000 og dernæst faldet lidt i 2005.

**Tabel 5.1 Andel med langvarig sygdom i 14 diagnosegrupper blandt mænd i forskellige aldersgrupper og alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt	Ratio mænd/kvinder
Muskel- og skeletsygdomme	7,6	10,9	16,1	15,7	17,0	13,4	17,0	0,79
Hjerte-karsygdomme	0,8	1,3	9,0	18,7	21,0	7,5	7,3	1,03
Sygdomme i åndedrætsorganer	7,1	4,7	4,8	7,9	6,0	5,6	5,7	0,98
Skader	5,1	5,7	4,7	2,9	2,5	4,7	4,5	1,04
Sygdomme i nervesystem og sansorganer	2,9	3,7	5,0	6,2	7,4	4,6	5,2	0,88
Stofskiftesygdomme	1,2	1,9	5,4	9,1	5,6	4,4	5,3	0,83
Andre sygdomme	1,7	1,4	2,7	1,7	5,6	2,1	2,6	0,81
Sygdomme i fordøjelsesorganer	0,7	1,5	2,3	2,6	5,2	2,0	2,4	0,83
Hudsygdomme	2,1	1,8	1,8	1,5	0,7	1,8	3,1	0,58
Psykiske lidelser	0,4	2,1	1,8	1,0	0,3	1,6	1,7	0,94
Svulster	0,0	0,7	1,4	3,7	3,4	1,4	1,0	1,40
Sygdomme i urinveje og kønsorganer	0,2	0,2	0,6	2,5	4,9	0,9	0,5	1,80
Infektionssygdomme	0,1	0,4	0,6	1,0	1,6	0,6	0,4	1,50
Blodsygdomme	0,0	0,1	0,4	0,3	1,4	0,3	2,1	0,14
Antal svarpersoner	714	2.362	2.609	1.146	245	7.076	7.490	

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

## Specifikke sygdomme

Der indgår 19 forskellige sygdomme på den liste over specifikke sygdomme, som svarpersonerne fik forevist. For hver sygdom eller lidelse skulle svarpersonerne angive, om de havde sygdomme på interviewtidspunktet eller havde haft den tidligere (tabel 5.2). De hyppigst forekommende specifikke sygdomme blandt mænd er allergi, slidgigt/leddegigt, ryggsygdom, forhøjet blodtryk, og tinnitus. Flere af sygdommene er stærkt aldersafhængige. Eksempelvis stiger forekomsten af slidgigt/leddegigt, forhøjet blodtryk, inkontinens, grå stær, mavesår og kræftsygdomme med stigende alder. Endvidere er det generelle billede, at forekomsten af de forskellige sygdomme er højere blandt kvinder end blandt mænd. Undtaget er dog forekomsten af tinnitus (ratio: 1,79), sukkersyge (ratio: 1,29) og besvær med at komme af med vandet (ratio: 4,13) samt hjerneblødning/blodprop i hjernen (ratio: 1,50). Forekomsten af rygsygdom, cancer eller kræftsygdomme og blodprop i hjertet eller hjertekrampe forekommer lige hyppigt blandt mænd og kvinder.

**Tabel 5.2 Andel med specifikke sygdomme og lidelser blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt	Ratio mænd/kvinder
Allergi (ikke astma)	19,6	22,5	16,1	9,5	9,4	17,4	24,4	0,71
Slidgigt/leddegigt	1,4	5,8	20,7	31,7	30,1	15,7	23,2	0,68
Rygsygdom	7,0	13,8	19,0	15,5	16,1	15,4	15,4	1,00
Forhøjet blodtryk	0,2	2,8	16,9	31,3	32,7	13,2	16,1	0,82
Tinnitus (hyletone eller susen i ørerne)	5,3	7,4	15,1	17,6	12,0	11,8	6,6	1,79
Migræne eller hyppig hovedpine	6,1	8,5	7,9	4,2	2,6	7,2	14,9	0,48
Astma	7,3	4,3	5,2	7,3	6,2	5,4	7,3	0,74
Sukkersyge/diabetes	0,8	1,2	5,3	10,4	7,8	4,4	3,4	1,29
Problemer med at holde på vandet (inkontinens)	0,6	0,3	2,4	10,0	19,9	3,3	9,2	0,36
Besvær med at komme af med vandet	0,3	0,7	2,7	10,1	12,7	3,3	0,8	4,13
Kronisk bronkitis/emfysem	0,8	0,5	3,1	7,9	8,1	2,9	3,9	0,74
Kronisk angst eller depression	1,3	2,6	2,1	3,8	2,8	2,5	5,1	0,49
Grå stær	0,1	0,2	0,9	6,6	13,0	1,9	3,6	0,53
Anden psykisk lidelse, dårlige nerver	1,1	1,6	1,8	1,6	1,5	1,6	2,5	0,64
Mavesår	0,1	1,0	1,8	1,5	2,5	1,3	2,0	0,65
Cancer eller kræftsygdomme (inkl. leukæmi)	0,0	0,3	0,8	3,6	4,3	1,1	1,0	1,10
Blodprop i hjertet eller hjertekrampe	0,0	0,1	0,6	1,6	3,4	0,6	0,6	1,00
Osteoporose (knogleskørhed)	0,0	0,0	0,7	1,5	1,3	0,5	3,6	0,14
Hjerneblødning/blodprop i hjernen	0,0	0,0	0,2	1,3	2,4	0,3	0,2	1,50
Antal svarpersoner	714	2.362	2.609	1.146	245	7.076	7.490	

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

## Forekomst af smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode

I undersøgelsen udspørges svarpersonerne om forekomsten af 14 forskellige former for smerter og ubehag, og for hver form skal de angive, om de er meget eller lidt generet af det. I alt 75,3 % af mænd angiver at have en eller flere former for smerter og ubehag, og 32,3 % af alle mænd angiver at have mindst én form for smerte eller ubehag, som de er meget generet af. Blandt kvinder drejer det sig om henholdsvis 84,0 % og 46,8 %.

For alle 14 former for meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode er forekomsten højere blandt kvinder end blandt mænd (tabel 5.3). De hyppigst forekommende former for meget generende smerter eller ubehag er både blandt mænd og kvinder muskel- og skeletsmerter, træthed, søvnproblemer og hovedpine. Forekomsten af muskel- og skeletsmerter og forekomsten af åndedrætsbesvær stiger

med stigende alder, mens forekomsten af hovedpine og mavesmerter aftager med stigende alder. Der er ikke entydige aldersmæssige variationer i forekomsten af de øvrige former for smerter eller ubehag.

**Tabel 5.3 Forekomst af meget generende smerter eller ubehag inden for en 14-dages periode blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt	Ratio mand/kvinde
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	6,7	7,2	11,3	12,3	19,0	9,9	15,1	0,65
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	5,9	6,6	9,9	10,0	11,8	8,5	12,9	0,65
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	6,3	8,2	9,1	7,9	9,6	8,3	15,0	0,56
Træthed	6,6	6,5	5,8	5,9	11,0	6,3	11,7	0,54
Søvnbesvær, søvnproblemer	4,6	5,1	5,4	3,9	5,6	5,0	8,8	0,57
Hovedpine	6,3	6,2	5,0	1,9	1,8	4,9	10,2	0,49
Forkølelse, snue, hoste	5,2	4,2	3,6	3,2	3,9	3,9	5,7	0,69
Nedtrykt, deprimeret, u lykkelig	2,8	2,7	2,3	2,0	4,0	2,5	4,3	0,58
Åndedrætsbesvær, forpustethed	1,0	0,9	2,3	5,4	8,5	2,4	3,3	0,72
Mavesmerter, ondt i maven	3,6	1,8	1,8	1,8	1,7	2,0	4,2	0,48
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	2,3	2,3	1,6	1,8	1,6	1,9	4,5	0,43
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	1,9	1,4	1,8	1,8	6,2	1,8	3,8	0,49
Eksem, hududslæt, kløe	1,9	1,2	1,9	2,0	2,8	1,7	3,3	0,52
Hurtig hjertebanken	0,3	0,7	1,2	1,2	1,7	1,0	1,9	0,51
Antal svarpersoner	714	2.362	2.609	1.146	245	7.076	7.490	

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005

## Ulykker

I alt 10,8 % af samtlige mænd oplyser, at de inden for det seneste år har været udsat for en ulykke eller et uheld i fritiden, som har gjort det besværligt for dem at udføre de daglige gøremål dagen efter. Andelen, der har været ude for en ulykke er højest blandt de 16-24 årige (25,4 %) og falder til en forekomst på 3,6 % blandt de 80+ årige. Forekomsten af ulykker i fritiden er lidt højere blandt mænd end blandt kvinder (9,3 %) (data ikke vist).

## Aktivitetsbegrænsning

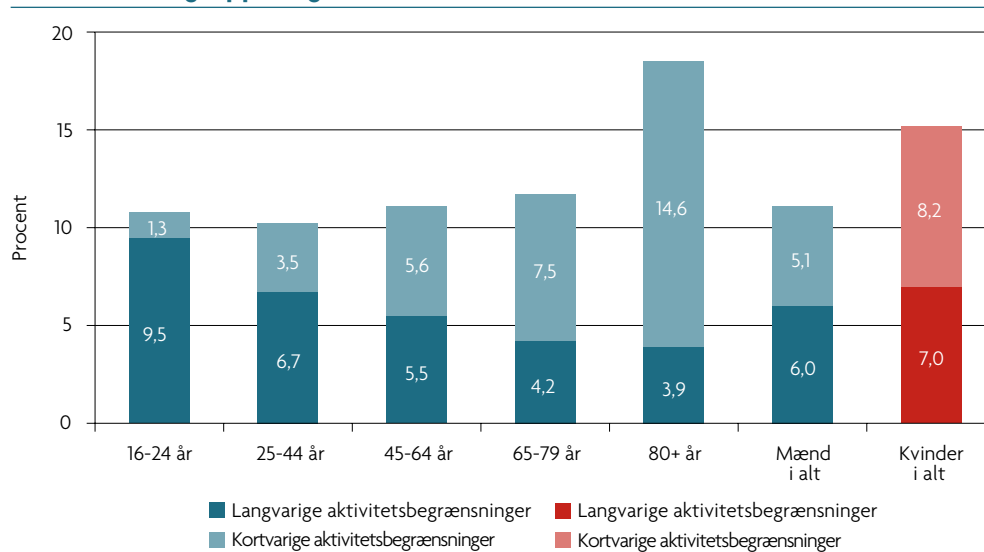
Der sondres mellem kortvarige aktivitetsbegrænsninger, dvs. begrænsninger som følge af sygdom inden for en 14-dages periode, og langvarige aktivitetsbegrænsninger, som har været eller kan forventes at vare seks måneder eller mere.

I alt 11,1 % blandt mænd rapporterer, at de har været begrænset i at udføre de daglige aktiviteter som følge af sygdom, og for 5,1 %'s vedkommende er der tale om vari-

ge aktivitetsbegrænsninger (figur 5.2). Forekomsten af kortvarig aktivitetsbegrænsning falder med stigende alder, mens forekomsten af varig aktivitetsbegrænsning stiger med stigende alder, og der ses næsten en fordobling i forekomsten fra de 65-79 årige til de 80-årige eller derover. Forekomsten af både kortvarig og langvarig aktivitetsbegrænsning er højere blandt kvinder end blandt mænd.

Svarende til udviklingen i forekomsten af langvarig sygdom er forekomsten af aktivitetsbegrænsninger steget jævnt frem til 2000 for dernæst at falde.

**Figur 5.2 Forekomst af aktivitetsbegrænsninger blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Genoptræning

Blandt mænd oplyser 4,2 %, at de inden for det seneste år har været til genoptræning, enten i forbindelse med hospitalsindlæggelse eller i forbindelse med midlertidig eller varig nedsat fysisk funktion. Andelen blandt mænd, der har været til genoptræning, er højest blandt de 65-79 årige og de 80+ årige. Lidt større andel blandt kvinder (5,5 %) har været til genoptræning. Data ikke vist.

## Brug af medicin

I kapitel 4 belystes forbruget af receptpligtig medicin, dvs. medicin som brugeren har afhentet på apotek, men reelt ved man ikke, om brugeren også har anvendt den ordinerede medicin. Det selvrapporterede medicinbrug belyser den medicin, som svarpersonen oplyser at have indtaget.

Der indgår flere forskellige mål for medicinbrug i Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. Regelmæssigt eller stadigt brug af medicin (uanset om der er tale om receptme-

dicin eller håndkøbsmedicin) kan være et dagligt brug af medicin eller brug i relation til ofte tilbagevendende sygdomsepisoder. Endvidere er der spurgt til medicinforbruget inden for en 14-dages periode – det være sig håndkøbsmedicin eller receptmedicin.

I alt 34,6 % af alle mænd bruger regelmæssigt medicin, mens det for kvinders vedkommende drejer sig om 43,4 %. Regelmæssig brug af medicin stiger med stigende alder - fra 13,0 % blandt de 16-24 årige mænd til 79,6 % blandt de 80+ årige (data ikke vist).

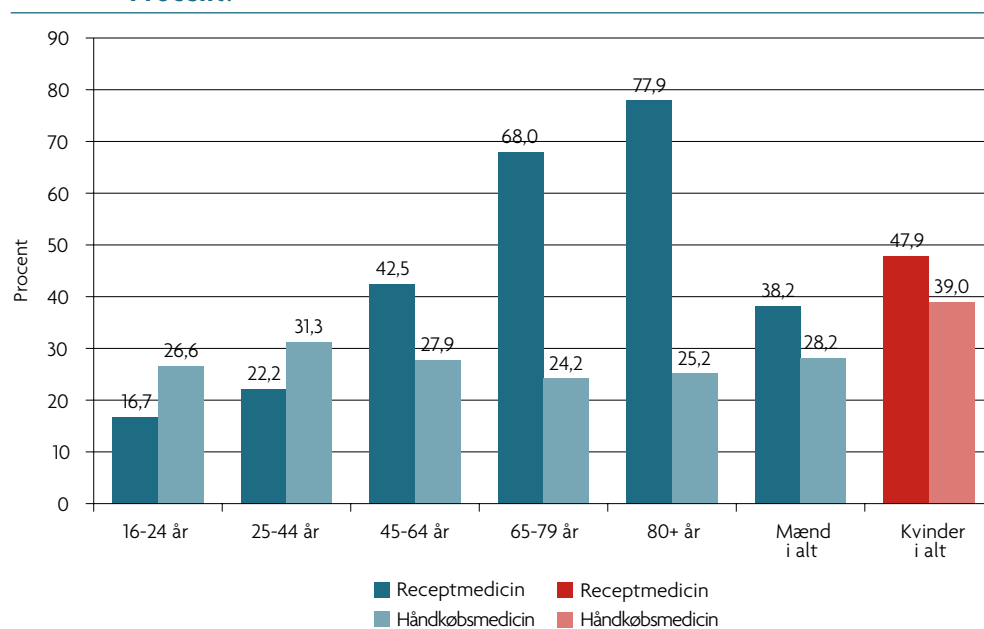
Hvad angår medicinbrug inden for en 14-dages periode fremgår det af figur 5.3, at lidt mere end hver tredje mand har brugt receptmedicin og knap hver tredje har brugt håndkøbsmedicin. I de yngste aldersgrupper forekommer brug af håndkøbsmedicin hyppigere end brug af receptmedicin – det omvendte billede ses i de ældste aldersgrupper. Mens brug af håndkøbsmedicin stort set er konstant i de forskellige aldersgrupper, stiger andelen, der har brugt receptmedicin markant med stigende alder – fire gange så mange i den ældste aldersgruppe som i den yngste aldersgruppe har brugt receptmedicin. Mænd og kvinders forbrugsmønster er ens – men kvinders ligger på et klart højere niveau end mænds. Både blandt mænd og kvinder er smertestillende medicin og blodtryksmedicin de hyppigst anvendte former for recept- og/eller håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode.

I hele befolkningen – både blandt mænd og kvinder – bruger markant større andele af personer med langvarig sygdom regelmæssigt eller til stadighed medicin sammenholdt med personer uden langvarig sygdom (data ikke vist). Andelen med regelmæssig brug af medicin og brug af receptmedicin inden for en 14-dages periode falder med stigende uddannelsesniveau frem til det næsthøjeste uddannelsesniveau (13-14 års kombineret skole og erhvervsuddannelse) for atter at stige på det højeste uddannelsesniveau. Brug af håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode er højest blandt personer med lang uddannelse (Ekholm et al, 2006) (data ikke vist).

Såvel regelmæssig brug af medicin som brug af medicin inden for en 14-dages periode er både blandt mænd og kvinder steget fra 1994 til 2005. Stigningen ses i alle aldersgrupper – dog undtaget brug af håndkøbsmedicin, hvor andelen blandt 65+ årige eller derover er uændret blandt kvinder og faldet blandt mænd.



**Figur 5.3 Brug af receptmedicin og håndkøbsmedicin inden for en 14-dages periode blandt mænd i forskellige aldersgrupper og alle kvinder. 2005. Procent.**

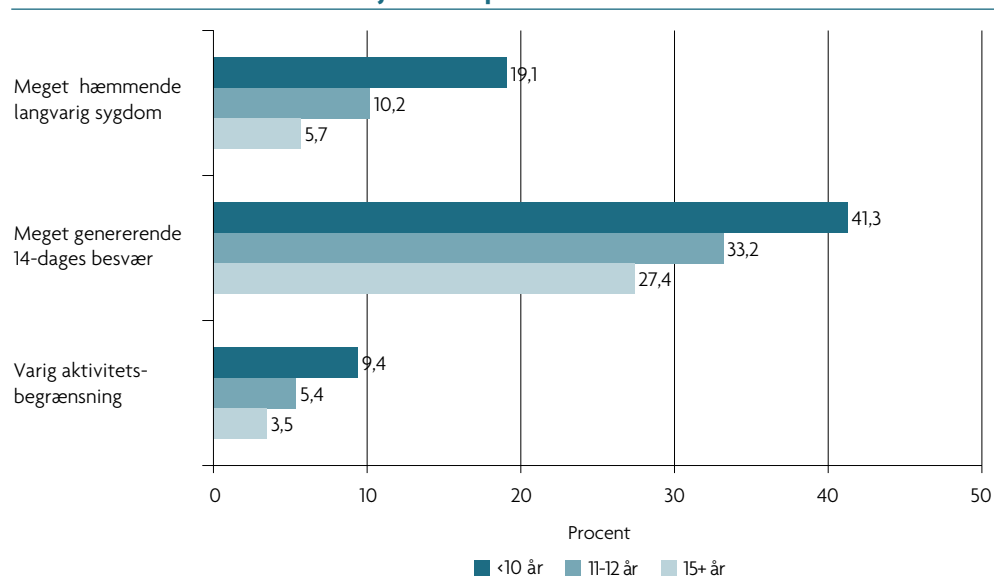


Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Sygelighed, uddannelsesniveau og samlivsstatus

Figur 5.4 viser sammenhængen mellem forskellige mål for sygelighed og uddannelsesniveau, opgjort som antal års kombineret skole- og erhvervsuddannelse. For overskuelighedens skyld er der kun vist hvert andet uddannelsesniveau. Det generelle billede er, at jo kortere uddannelse desto højere sygelighed. Eksempelvis falder forekomsten af meget hæmmende langvarig sygdom fra 19,1 % blandt mænd med mindre end 10 års uddannelse til 5,7 % blandt personer med 15 eller flere års uddannelse.

**Figur 5.4 Sammenhængen mellem sygelighed og uddannelsesniveau blandt mænd. 2005. Aldersjusteret procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Giftede mænd har gennemgående lavere sygelighed end samlevende og enlige (skilte, separerede, enkemænd, ugifte) (data ikke vist) (Ekholm et al, 2006).



## Kapitel 6

# Helbredsrelateret livskvalitet

- Fire ud af fem mænd vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt henholdsvis føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til
- Andelen med godt selv vurderet helbred og andelen, der føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til, aftager med stigende alder
- I alt 7,6 % føler sig ofte stresset i dagligdagen – det er først og fremmest mænd i den erhvervsaktive alder, der ofte føler sig stresset
- 56,8 % af mænd tilkendegiver, at de har godt psykisk velbefindende, og 38,3 % at de føler sig meget vitale. Det er især de 45-64 årige og de 65-74 årige, der føler sig psykisk velbefindende og meget vitale
- Det mentale helbred er generelt bedst hos ældre mænd, mens det forholder sig omvendt med de fysiske helbredsmål
- 83,4 % af mænd har et funktionsdueligt tandsæt – andelen aftager markant med alderen og blandt de 80+ årige gælder det kun for en fjerdedel
- Sammenlignet med kvinder vurderer mænd generelt, at deres helbred er bedre, at de i højere grad føler sig i stand til at gøre, hvad de har lyst til, at de har bedre psykisk velbefindende og i højere grad føler sig vitale, og at deres mentale og fysiske sundhedstilstand er bedre
- Generelt stiger andelen med god helbredsrelateret livskvalitet med stigende uddannelsesniveau og er højst blandt gifte og samlevende.

Kapitlet handler om, hvorledes mænd oplever og vurderer eget helbred og helbredsrelateret livskvalitet. Desuden beskrives mål for psykisk velbefindende og vitalitet, baseret på SF-36, der er et generisk (ikke-sygdomsspecifikt) helbredsstatusmål. Også mænds oplevelse af stress beskrives.

### Godt selv vurderet helbred og frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til

Det er velkendt, at en persons vurdering af eget helbred er en endog særdeles god prædiktiv faktor for dødelighed og sygelighed. Jo dårligere en person vurderer eget helbred, desto større er risikoen for at dø eller blive syg inden for en given opfølgingsperiode.

Blandt mænd vurderer 81,5 %, at deres helbred er virkelig godt eller godt, 13,7 % vurderer, at deres helbred er nogenlunde, mens 4,8 % vurderer eget helbred som værende dårligt eller meget dårligt. Det fremgår af tabel 6.1, at andelen med virkelig godt eller godt helbred falder klart med stigende alder. Det samme gælder spørgsmålet, om man føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til, som 83,7 % af alle mænd svarer bekræftende på, mens 10,0 % svarer, at de af og til gør det, og 6,2 % svarer, at de aldrig eller næsten aldrig føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til.

Større andele blandt mænd end blandt kvinder angiver at have et virkelig godt eller godt helbred og føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til. Udviklingen fra 1987 til 2005 viser, at andelen med virkelig godt eller godt selv vurderet helbred og

andelen, der føler sig frisk nok til at gøre, hvad de har lyst til, er steget svagt. Forbedringen er dog først og fremmest sket i de ældste aldersgrupper (data ikke vist).

**Tabel 6.1 Udvalgte mål for helbredsrelateret livskvalitet blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Virkelig godt eller godt selvvalueret helbred	93,7	88,0	78,7	71,4	58,9	81,5	77,3
Føler sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til	94,4	88,9	82,4	75,4	50,6	83,7	77,6
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>714</b>	<b>2.362</b>	<b>2.609</b>	<b>1.146</b>	<b>245</b>	<b>7.076</b>	<b>7.490</b>

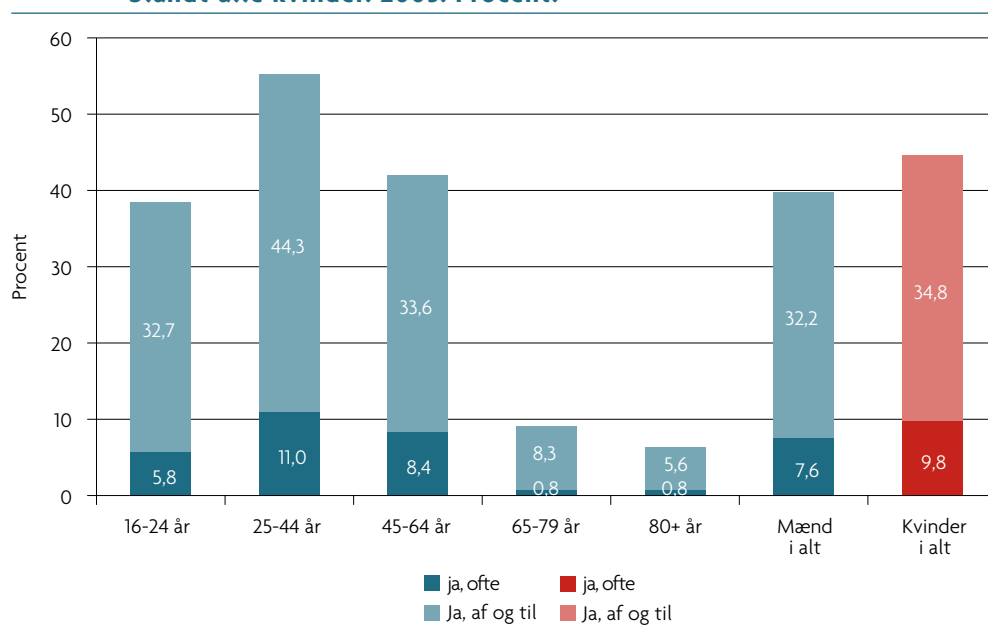
Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Stress

Forekomsten af stress belyses i SUSY-2005 ved et enkeltstående spørgsmål om at føle sig stresset i dagligdagen. Det fremgår af figur 6.1, at 7,6 % af mænd angiver, at de ofte føler sig stresset i dagligdagen, og 32,2 % føler sig af og til stresset i hverdagen. Næsten ingen i de to ældste aldersgrupper føler sig stresset, mens størst andel (11,0 %) blandt de 25-44 angiver, at de ofte føler sig stresset i hverdagen. Samlet set er der en lidt større andel blandt kvinder end blandt mænd, der føler sig stresset i hverdagen.

I perioden 1987 til 2005 er der sket en stigning i andelen, der ofte føler sig stresset – men stigningen er først og fremmest sket i de erhvervsaktive aldersgrupper, mens der ses et fald i de to ældste aldersgrupper.

**Figur 6.1 Forekomst af stress blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Mentalt helbred

SF-36 er et generisk helbredsstatusmål, der belyser otte vigtige helbredsområder: fysisk funktion, fysisk betingede begrænsninger, fysisk smerte, alment helbred, vitalitet, social funktion, psykisk betingede begrænsninger og psykisk velbefindende. Der kan beregnes en score for hvert område og yderligere kan der beregnes en samlet score for to generelle helbreds-komponenter, en fysisk helbreds-komponent (Physical Component Summary – PCS) og en mental helbreds-komponent (Mental Component Summary – MCS). Begge helbreds-komponenter scores i intervallet 0 til 100 med 100 som udtryk for den bedst tænkelige helbredsstatus (Ware et al, 1993). SF-12 (som anvendes i det kommunale spørgeskema 2010) er en kortere udgave af SF-36 og omfatter udvalgte spørgsmål fra hvert af de otte helbredsområder (Ware et al, 1996).

**Tabel 6.2 Psykisk velbefindende og vitalitet blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Godt psykisk velbefindende	47,3	51,6	61,1	62,1	49,4	56,8	47,8
Føler sig meget vital	33,4	35,2	41,8	42,0	19,0	38,3	31,9
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>400</b>	<b>1.657</b>	<b>2.042</b>	<b>943</b>	<b>166</b>	<b>5.208</b>	<b>6.030</b>

Kilde: Ekholm et al, 2006.

Tabel 6.2 viser, at 56,8 % af mænd har godt psykisk velbefindende, og at 38,3 % føler sig meget vitale. Godt psykisk velbefindende vil sige, at man på intet tidspunkt eller kun lidt af tiden inden for de sidste fire uger har været meget nervøs, har været så langt nede, at intet kunne opmuntre og har følt sig trist til mode samt at man hele tiden eller det meste af tiden både har følt sig rolig og afslappet og har været glad og tilfreds. Vitalitet vil sige, at man på intet tidspunkt eller kun lidt af tiden inden for de sidste fire uger hverken har følt sig træt eller har følt sig udslidt, og at man hele tiden eller det meste af tiden både har følt sig veloplagt og fuld af liv og har følt sig fuld af energi. Begge indikatorer viser klare aldersmæssige variationer, idet andelen med godt psykisk velbefindende henholdsvis høj vitalitet er højst blandt de 45-64 årige og de 65-79 årige og lavest i den yngste og den ældste aldersgruppe. En større andel blandt mænd end kvinder angiver at have godt psykisk velbefindende og at have høj vitalitet.

Af tabel 6.3 fremgår, at det samlede mål for mentalt helbred er bedre i de ældre aldersgrupper (45 år og derover) end i de yngre aldersgrupper (16-24 år og 25-44 år), mens det fysiske helbred bliver dårligere og dårligere med stigende alder. Det ses endvidere af opgørelsen, at mænd scorer højere end kvinder på begge helbredskomponentmål.

**Tabel 6.3 Mental henholdsvis fysisk helbredskomponentmål blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Mental helbredskomponentmål	51,6	51,6	53,5	54,9	54,3	52,9	51,0
Fysisk helbredskomponentmål	56,9	55,5	51,4	47,0	39,7	52,3	51,1
Antal svarpersoner	400	1.657	2.042	943	166	5.208	6.030

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Tandstatus

Tand- og mundsundhed er en integreret del af det generelle helbred og vigtig for livskvaliteten, fx i forbindelse med fødeindtagelse, psykisk velbefindende samt social kontakt (Petersen 2007).

I 2005 havde 83,4 % af mænd et funktionsdueligt tandsæt (dvs. 20 eller flere egne tænder). I de to yngste aldersgrupper gælder det praktisk talt alle, blandt de 45-64 årige har knap halvdelen et funktionsdueligt tandsæt, men blandt de 80+ årige har kun en fjerdedel et funktionsdueligt tandsæt (data ikke vist). Blandt kvinder har en lidt mindre andel (80,9 %) et funktionsdueligt tandsæt.

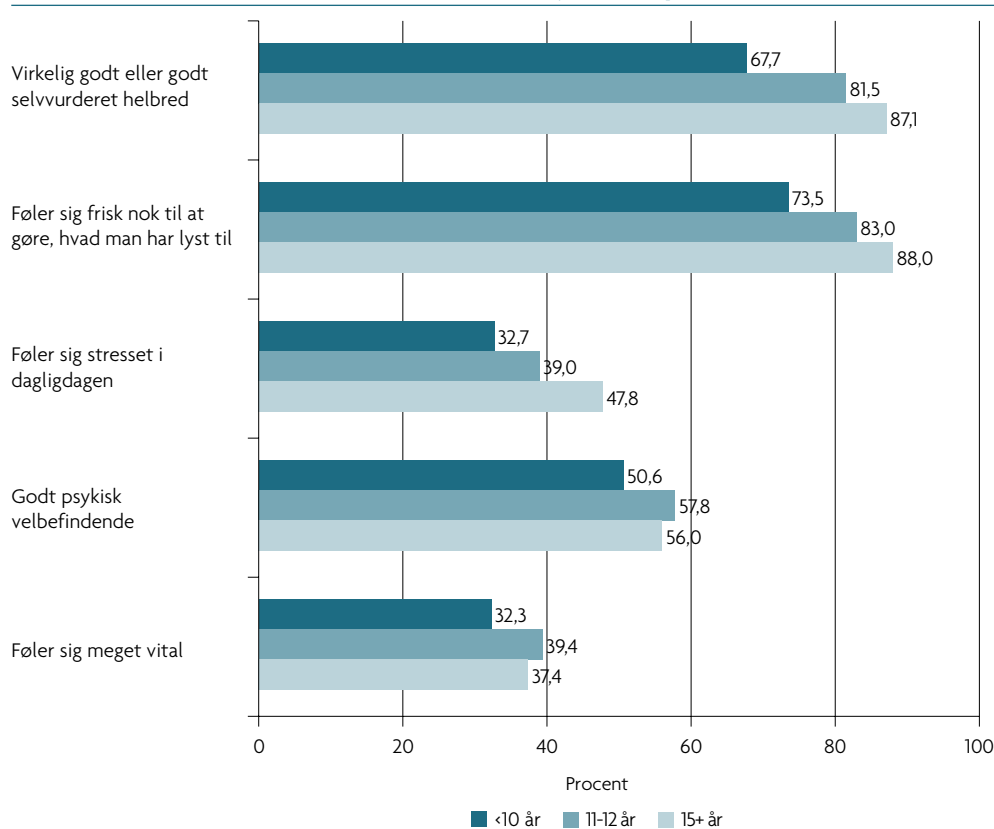
Fra 1987 til 2005 er der sket en markant stigning i andelen med funktionsdueligt tandsæt – fra 67,3 % til 82,1 %. Stigningen er især sket i aldersgrupperne over 45 år. Andelen med funktionsdueligt tandsæt stiger stejlt med stigende uddannelsesniveau og er højst blandt gifte og samlevende.



## Helbredsrelateret livskvalitet, uddannelsesniveaue og samlivsstatus

Der er tæt sammenhæng mellem uddannelsesniveaue og helbredsrelateret livskvalitet. Med stigende uddannelsesniveaue stiger andelen af mænd, der vurderer, at deres helbred er virkelig godt eller godt, at de for det meste føler sig friske nok til at gøre, hvad de har lyst til, og – som en risikofaktor - at de føler sig stresset i dagligdagen (figur 6.2). Mindst andele af mænd med 10 eller færre års uddannelse angiver at have godt psykisk velbefindende og føle sig meget vitale.

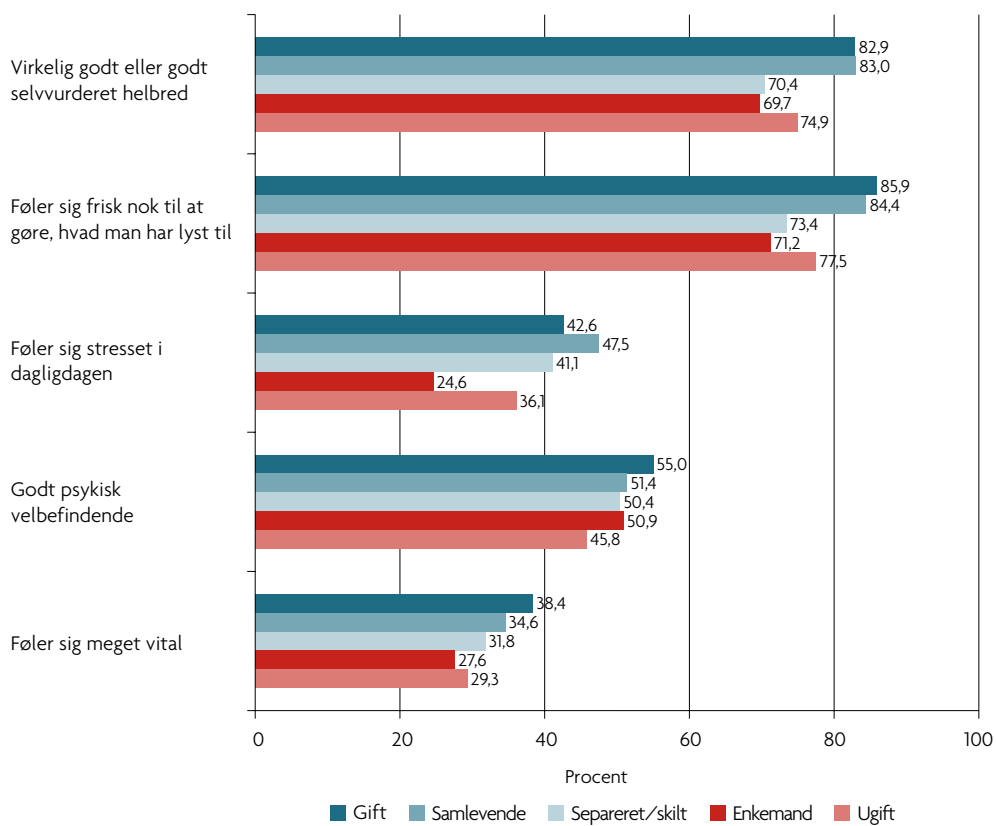
**Figur 6.2 Sammenhæng mellem helbredsrelateret livskvalitet og uddannelsesniveaue blandt mænd. 2005. Aldersjusteret procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Der er også sammenhæng mellem samlivsstatus og helbredsrelateret livskvalitet. Gennemgående har gifte mænd højere helbredsrelateret livskvalitet end alle andre grupper. Det ses i relation til at føle sig frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til og i relation til godt psykisk velbefindende og at føle sig meget vital. Både blandt gifte og samlevende mænd er der en markant højere andel, der vurderer eget helbred som virkelig godt eller godt, sammenlignet med enlige (separeret/skilte, enkemænd og ugifte). Mht. stress er det kun de ugifte mænd, der adskiller sig signifikant fra de øvrige samlivsstatusgrupper.

**Figur 6.3 Sammenhæng mellem helbredsrelateret livskvalitet og samlivsstatus blandt mænd. 2005. Aldersjusteret procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.



## Kapitel 7

### Sociale relationer

- I alt 11,9 % af mænd træffer sjældent eller aldrig familie, og 6,8 % træffer sjældent eller aldrig venner og bekendte. For kvinder er det 9,4 % henholdsvis 6,8 %
- Størst andel blandt de helt gamle mænd har ringe kontakt til familie og venner, og kun en meget lille del af de helt unge træffer sjældent eller aldrig venner og bekendte
- I alt 5,7 % af mænd (6,0 % af kvinder) regner ikke med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, og andelen stiger med stigende alder
- Der er 2,7 % af mænd (3,7 % blandt kvinder), der ofte er alene uden at ønske det – det er især de helt unge og de ældste, der føler sådan
- Generelt er der kun små forskelle i kvaliteten og kvantiteten af mænds og kvinders sociale relationer
- I alt 37,7 % af mænd – færrest blandt gifte mænd - deltager kun sjældent eller aldrig i forenings- eller fritidsaktiviteter. Andelen, der sjældent deltager i forenings- eller fritidsaktiviteter, stiger med faldende uddannelsesniveau
- Generelt har størst andele af enlige ugifte mænd og enlige separerede eller skilte mænd svage sociale relationer. Mindst andel blandt gifte har svage sociale relationer.

*Det er vist i mange undersøgelser, at personer med stærke sociale relationer både i mindre grad bliver syge og kommer sig hurtigere efter deres sygdom, hvis de bliver syge. Personer med stærke sociale relationer har desuden mindre risiko for at dø tidligt end personer med svage sociale relationer (Due & Holstein, 2010).*

Der sondres ofte mellem de strukturelle aspekter af de sociale relationer, dvs. hvor mange og hvilke personer, den enkelte har kontakt med – altså den mere kvantitative side af de sociale relationer – og de funktionelle aspekter, dvs. den form for støtte en person modtager fra sit netværk eller de problemer og bekymringer, som netværket giver – altså de kvalitative sider af de sociale relationer.

Udover indikatorer for de to aspekter af sociale relationer omtales deltagelse i forenings- eller fritidsaktiviteter.

#### Strukturelle og funktionelle sociale relationer

I tabel 7.1 vises forskellige mål for svage sociale relationer blandt mænd i forskellige aldersgrupper. I alt 11,9 % af mænd træffer sjældent eller aldrig familie, og 6,8 % træffer sjældent eller aldrig venner og bekendte. Størst andel blandt de helt gamle mænd har ringe kontakt til familie og venner. Kun en meget lille del af de helt unge træffer sjældent eller aldrig venner og bekendte, mens det gælder for hver fjerde af de 80+ årige. Mål for funktionelle sociale relationer viser, at 5,7 % af mænd ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom, og 2,7 % af mænd ofte er alene, selv om de helst ville være sammen med andre. Med stigende alder stiger andelen blandt mænd, der ikke regner med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom. Uønsket ensomhed rappor-

teres især af de 80+ årige og de 16-24 årige. Der er kun mindre forskelle i mænd og kvinders strukturelle og funktionelle sociale relationer.

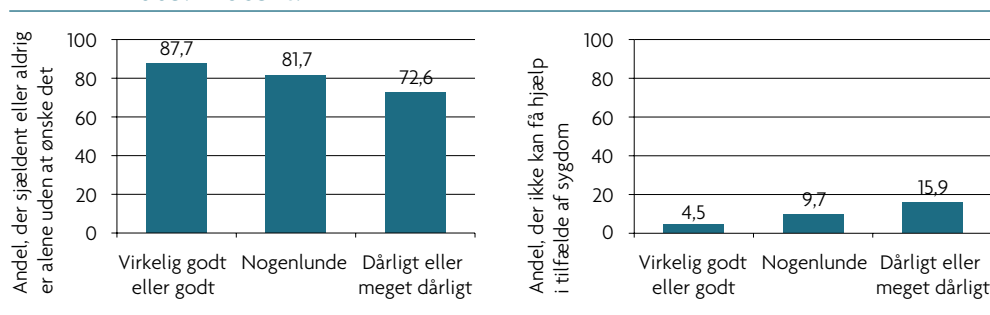
**Tabel 7.1 Forskellige mål for svage sociale relationer blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Træffer sjældent eller aldrig familie	12,6	10,7	12,9	10,4	17,1	11,9	9,4
Træffer sjældent eller aldrig venner og bekendte	0,8	3,8	8,2	10,5	22,7	6,8	6,8
Regner ikke med at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom	0,9	2,9	6,8	10,2	14,1	5,7	6,0
Er ofte alene uden at ønske det	3,7	2,3	2,2	3,2	5,4	2,7	3,7
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>714</b>	<b>2.362</b>	<b>2.609</b>	<b>1.146</b>	<b>245</b>	<b>7.076</b>	<b>7.490</b>

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Sammenhængen mellem de funktionelle aspekter af de sociale relationer og selvvurderet helbred er illustreret i figur 7.1, og det ses, at jo bedre mænd vurderer deres eget helbred desto større andel angiver, at de kun sjældent eller aldrig er alene uden at ønske det, og desto mindre andel kan ikke få hjælp i tilfælde af sygdom.

**Figur 7.1 Sammenhængen mellem selvvurderet helbred og at være uønsket alene henholdsvis ikke kunne få hjælp i tilfælde af sygdom. Mænd. 2005. Procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Deltagelse i forenings- eller fritidsaktiviteter

Lidt mere end en tredjedel (37,7 %) af alle mænd angiver, at de sjældent eller aldrig deltager i foreningsliv eller fritidsaktiviteter. Med stigende alder drejer det sig om en større og større andel – blandt de 80-årige mænd eller derover er det 50,3 % der angiver, at de sjældent eller aldrig deltager i fritidsaktiviteter eller foreningsliv. Der er en klar uddannelsesmæssig gradient, idet andelen, der sjældent eller aldrig deltager i fritidsliv eller foreningsliv, stiger med faldende uddannelsesniveau. Færrest blandt gifte

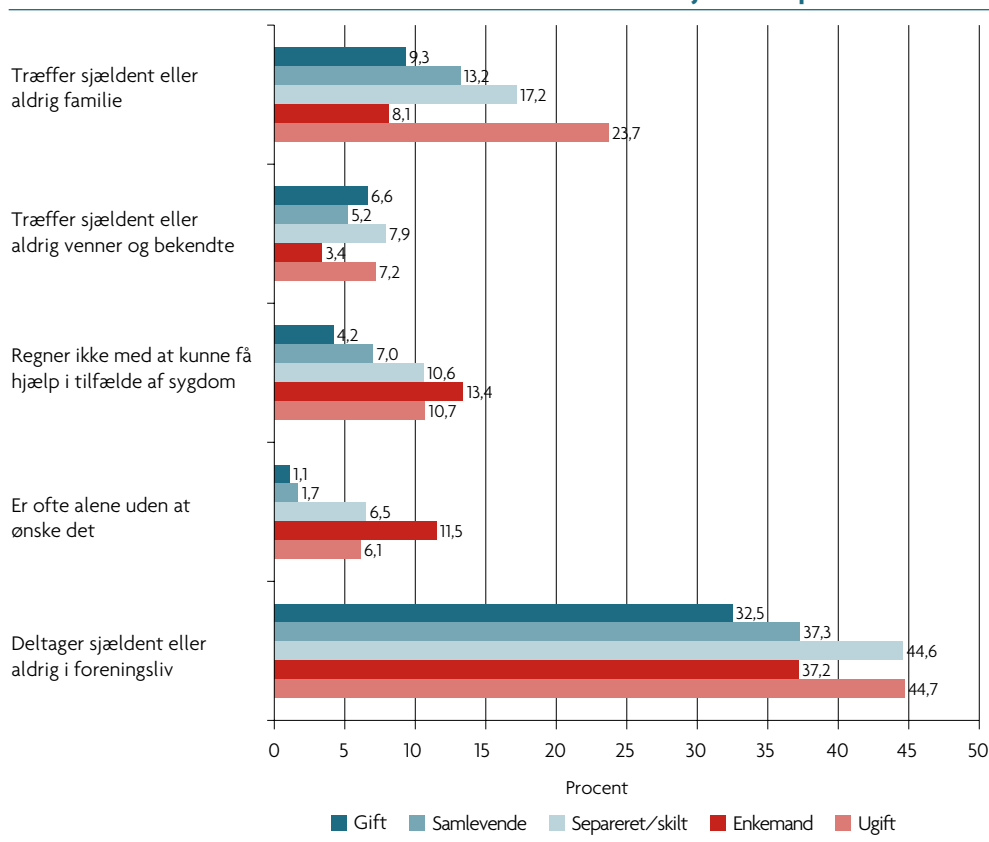
mænd angiver, at de sjældent eller aldrig deltager i forenings- eller fritidsaktiviteter. (Data ikke vist).

## Sociale relationer, uddannelsesniveau og samlivsstatus

Kun i relation til deltagelse i forenings- eller fritidsaktiviteter er der en klar uddannelsesmæssig gradient: Jo lavere uddannelsesniveau desto større andele deltager sjældent eller aldrig i aktiviteter.

Figur 7.2 viser sammenhængen mellem samlivsstatus og de forskellige former for sociale relationer. Størst andele af enlige ugifte mænd og enlige separerede eller fraskilte mænd har svage sociale relationer – dog adskiller de sig ikke fra de øvrige samlivsstatusgrupper, når det drejer sig om kontakt til venner og bekendte. Enkemænd adskiller sig fra de øvrige samlivsstatusgrupper ved at mindst andel angiver, at de sjældent træffer venner og bekendte, men til gengæld er der en stor andel, der ofte er alene uden at ønske det. Gifte klarer sig godt på alle indikatorer for sociale relationer, mens samlevenes sociale relationer i forhold til de øvrige samlivsstatusgrupper er svage, når det drejer sig om kontakt til familie, ikke at kunne få hjælp i tilfælde af sygdom og ikke at deltage i forenings- eller fritidsaktiviteter.

**Figur 7.2 Sammenhængen mellem samlivsstatus og forskellige mål for svage sociale relationer blandt mænd. 2005. Aldersjusteret procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005





## Kapitel 8

# Sundhedsadfærd og sundhedsvaner

- I undersøgelsen af Danskernes Rygevaner (2010) angiver 22 % af mænd og 21 % af kvinder at ryge dagligt, og 5 % af både mænd og kvinder at ryge mindst en gang om ugen eller sjældnere. SUSY-2005's resultater om rygevaner viser en lidt højere forekomst af dagligrygere, nemlig 31,6 % blandt mænd. Analyse af rygemønsteret viser, at 10,2 % af mænd er smårygere (0-14 cigaretter om dagen), 18,8 % er storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) og 9,1 % af mænd ryger andet end cigaretter (pibe, cerutter, cigarer). Blandt kvinder er 27,8 % dagligrygere og 14,7 % storrygere
- Andelen af storrygere blandt mænd er størst blandt de 25-44 årige og de 45-64 årige og lavest i den ældste aldersgruppe (At drikke 5 genstande eller mere pr. gang)
- Undersøgelsen af Voksnes Alkoholvaner viser, at flere mænd (11,8 %) end kvinder (7,6 %) overskrider den anbefalede max genstandsgrænse, og at det gælder en højere andel blandt de unge end blandt de ældre. Markant større andele blandt mænd end blandt kvinder binge-drikker (At drikke mere end 5 genstand pr. drikkeepisode)
- SUSY-2005 viser, at 15 % af mænd ikke har drukket alkohol inden for det seneste år. Betydeligt større andele blandt mænd (61,5 %) end blandt kvinder (36,6 %) har binge-drukke henholdsvis overskredet den anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol. Andelen af mænd, der har binge-drukke falder stejlt med stigende alder. Færrest mænd i aldersgruppen 25-44 år har overskredet den anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol
- I alt 32,9 % af mænd angiver at være moderat til hårdt fysisk aktive i hverdagen, mens 13 % angiver at have stillesiddende fritidsaktivitet (læse, se fjernsyn). Andelen af moderat til hårdt fysisk aktive falder med stigende alder, mens andelen med stillesiddende fritidsaktivitet stiger med stigende alder
- I 2005 er 11,8 % af mænd (11,0 % blandt kvinder) svært overvægtige - det er en fordobling i forhold til 1987. Andelen af svært overvægtige stiger med stigende alder frem til 80-års alderen, hvor andelen falder lidt
- Brug af euforiserende stoffer er et typisk ungdomsfænomen, idet 24,8 % af unge mænd angiver at have brugt hash inden for det seneste år, og 8,4 % har brugt andre euforiserende stoffer. Blandt kvinder er det 17,6 % henholdsvis 3,0 %. Der er kun en ganske lille andel brugere blandt de 45-årige eller derover
- Med undtagelse af alkoholvanerne er der en klar social gradient i befolkningens sundhedsvaner, idet andelen med sundhedsfremmende adfærd stiger med stigende uddannelsesniveau
- Der er ikke entydige sammenhænge mellem samlivsstatus og sundhedsvaner – men generelt har gifte den mest hensigtsmæssige (sundhedsfremmende) adfærd.

Sundhedsadfærd er en del af livsstilen og omfatter de vaner og aktiviteter, der influerer på den enkeltes sundhed og helbred (Due og Holstein, 2010). Der kan være tale om målrettede og bevidste handlinger, der udføres for at bevare eller forbedre sundheden eller for at undgå sygdom, og der kan være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundheds- eller helbredsmæssige konsekvenser.

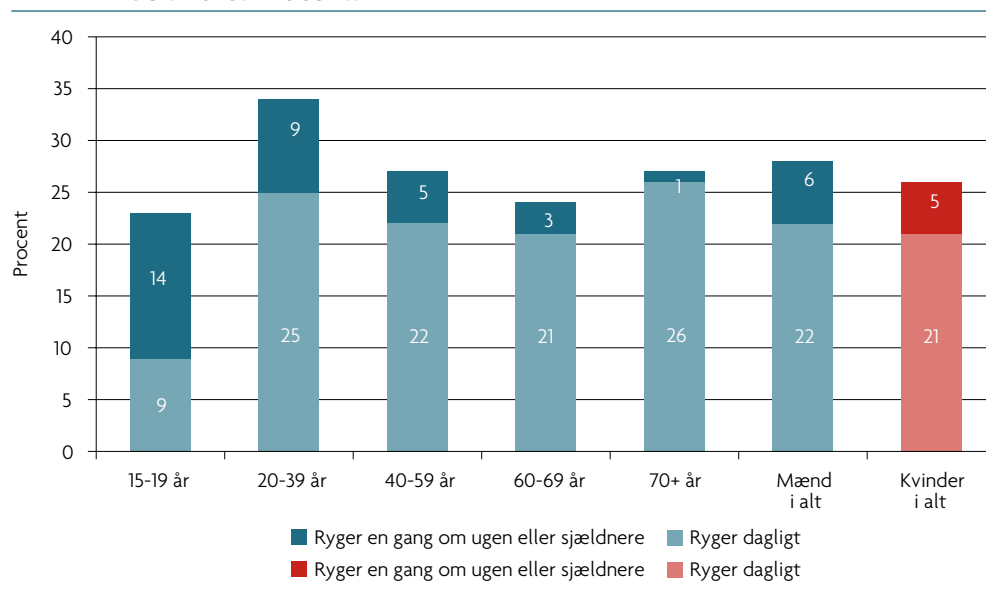
Kapitlet er hovedsagelig baseret på resultater fra SUSY-2005, men der inddrages også resultater fra undersøgelsen af Danskernes Rygevaner (2010) og af Voksnes Alkoholvaner (2008). I kapitlet omtales rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost, BMI (Body Mass Indeks) og brug af euforiserende stoffer. De forskellige former for sundhedsadfærd kan påvirke sundhed og helbred både positivt og negativt. Er der tale om en positiv virkning, anvendes begreber som forebyggende og sundhedsfremmende virkning. Er der tale om negativ påvirkning, taler man om sundhedsadfærden og sundhedsvanerne som risikofaktorer.

I alt 68,4 % af alle mænd mener, at det er særdeles vigtigt selv at gøre noget for at bevare et godt helbred. Andelen, der mener at egen indsats for helbredet er særdeles vigtig, er højst blandt de 25-44 årige (75,6 %) og falder brat med stigende alder til 47,6 % blandt de 80+ årige mænd. Med undtagelse af den allerældste aldersgruppe er der en større andel af kvinder end af mænd, der mener, at egen indsats for helbredet er særdeles vigtig (data ikke vist).

## Rygning

Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen gennemfører hvert år en undersøgelse af Danskernes Rygevaner (Danskernes Rygevaner, 2010). I 2010 angav 22 % af mænd at ryge dagligt, og 5 % angav at ryge mindst en gang om ugen eller sjældnere. Det fremgår af figur 8.1, at andelen af dagligrygere er mindst blandt de helt unge men ellers nogenlunde ens i de øvrige aldersgrupper. Andelen, der ryger en gang om ugen eller sjældnere, er størst i de yngste aldersgrupper, og blandt de 70+ årige mænd er der næsten ingen, der kun ryger ugentlig eller sjældnere. Andelen af dagligrygere er igennem mange år faldet støt.

**Figur 8.1 Andel der ryger dagligt henholdsvis ryger en gang om ugen eller sjældnere blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt kvinder. 2010. Procent.**



Kilde: Danskernes Rygevaner, 2010.

Nedenfor gennemgås rygetal fra SUSY-2005. Tallene er knap så aktuelle – men det er dette talmateriale, der indgår i de efterfølgende uddybende analyser af kønsforskelle (kapitel 9). Andelen af rygere er i alle sundheds- og sygelighedsundersøgelser højere end i undersøgelserne af Danskernes Rygevaner. En mulig forklaring på forskellen er forskellige dataindsamlingsmetoder.

Blandt mænd er 31,6 % dagligrygere – det er en lidt større andel end blandt kvinder, hvor 27,8 % ryger dagligt. Rygemønsteret fremgår af tabel 8.1. I alt 10,2 % af mænd ryger 0-14 cigaretter dagligt, 18,8 % er storrygere, og 9,1 % ryger andet end cigaretter (pibe, cerutter eller cigarer). Andelen af mænd, der ryger 0-14 cigaretter om dagen er højest blandt de helt unge og aftager frem til 65-års alderen, hvorefter det stiger svagt. Andelen af storrygere er størst blandt de 25-44 årige og 45-66 årige mænd og lavest i den ældste aldersgruppe. Andelen, der ryger andet end cigaretter, stiger jævnt med stigende alder. Med stigende alder stiger andelen af exrygere, mens andelen af aldrigrygere falder.

Større andele af mænd end kvinder er storrygere eller ryger andet end cigaretter, mens større andele af kvinder end mænd aldrig har røget. Der er kun lille forskel i andelen af exrygere blandt mænd og kvinder.

I alt 34,0 % af mænd angiver, at de dagligt er udsat for tobaksrøg – egen eller andres – i boligen. Lidt større andel blandt mænd end blandt kvinder er dagligt udsat for tobaksrøg i boligen.

**Tabel 8.1 Rygemønsteret blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Ryger 0-14 cigaretter om dagen	17,4	11,2	7,8	8,6	9,7	10,2	14,4
Ryger 15 eller flere cigaretter om dagen	14,5	22,0	21,4	11,9	3,2	18,8	14,7
Ryger ikke cigaretter	5,6	7,9	9,9	11,5	13,5	9,1	4,8
Exryger	5,8	13,6	30,9	45,8	54,7	25,6	23,7
Aldrigryger	56,8	45,3	30,1	22,2	18,8	36,3	42,4
Dagligt udsat for tobaksrøg i boligen	39,7	28,5	37,9	34,4	27,2	34,0	31,1
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>714</b>	<b>2.362</b>	<b>2.609</b>	<b>1.146</b>	<b>245</b>	<b>7.076</b>	<b>7.490</b>

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Alkohol

Også når det gælder alkohol, foreligger der nyere landsdækkende tal end SUSY-2005, men resultaterne fra SUSY-2005 medtages alligevel af hensyn til de efterfølgende uddybende analyser af kønsforskelle (kapitel 9).

Undersøgelsen af Voksnes Alkoholvaner (Kristensen et al, 2008) viser et gennemsnitligt alkoholforbrug (genstande/uge) for mænd på 9,8 og for kvinder på 5,1. I alt overskrider 11,8 % af mænd Sundhedsstyrelsens anbefalede max genstandsgrænse på 21 genstande for mænd. Flere mænd end kvinder drikker mere end anbefalingerne, og der er en højere andel, der overskrider max genstandsgrænsen, blandt de unge end blandt de ældre. Undersøgelsen viser endvidere, at markant flere mænd end kvinder binge-drikker (her defineret som indtagelse af mere end fem genstande ved samme lejlighed mindst 1 gang ugentligt). Andelen i de yngre aldersgrupper, der binge-drikker, er langt større end i de ældre aldersgrupper.

I SUSY-2005 angiver 15,0 % af mænd, at de slet ikke har drukket alkohol inden for det seneste år – blandt kvinder er det 29,5 %. Andelen blandt mænd, der slet ikke har drukket alkohol er størst i den yngste og i den ældste aldersgruppe. Betydeligt flere mænd end kvinder (61,5 % henholdsvis 36,6 %) har binge-drukket, her defineret som indtagelse af fem eller flere genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned. Ligeledes har flere mænd end kvinder overskredet Sundhedsstyrelsens anbefalede max genstandsgrænse. Med stigende alder falder andelen af mænd, der har binge-drukket, stejlt. Færrest mænd i aldersgruppen 25-44 år har overskredet max genstandsgrænsen for indtagelse af alkohol.

Gennemgående er der stor lighed mellem resultaterne fra de to undersøgelser. Nok er andelen, der overskrider den anbefalede max genstandsgrænse lidt højere i SUSY-2005 end i Voksnes Alkoholvaner, men mønsteret er det samme mht. forskelle mellem mænd og kvinder og aldersmæssige forskelle. Der er forskellig definition af binge-drikning – men igen er mønsteret ens i de to undersøgelser.

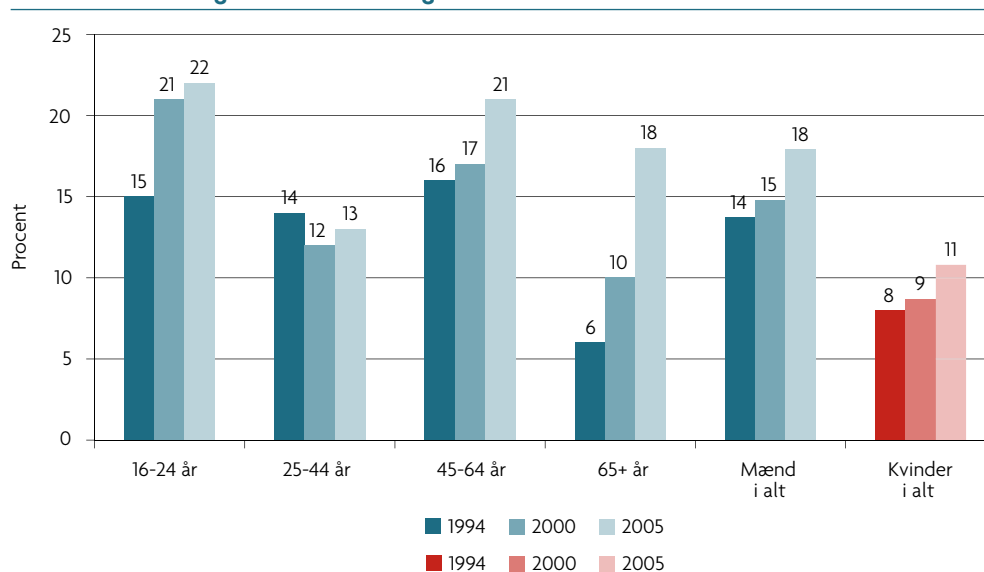
**Tabel 8.2 Alkoholforbrug blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Har ikke drukket alkohol (seneste år)	21,4	17,0	11,9	12,7	19,5	15,0	29,5
Binge-drikning (seneste måned) *	84,4	69,3	62,4	38,8	13,8	61,5	36,6
Har overskredet max genstandsgrænsen for alkoholforbrug	22,3	13,5	20,9	18,6	14,6	17,9	10,8
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>714</b>	<b>2.362</b>	<b>2.609</b>	<b>1.146</b>	<b>245</b>	<b>7.076</b>	<b>7.490</b>

\*) Har drukket mindst fem genstande ved en enkelt lejlighed inden for den seneste måned  
 Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Andelen af mænd, der har overskredet den anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol er steget fra 13,7 % i 1994 til 17,9 % i 2005. I samme periode faldt det årlige salg af ren alkohol pr. indbygger over 14 år fra 12,0 liter i 1994 til 9,9 liter i 2009. Noget af stigningen kan formentlig skyldes ændret spørgsmålsformulering i 2005. Det fremgår af figur 8.2, at stigningen er sket i alle aldersgrupper på nær de 25-44 årige.

**Figur 8.2 Andel blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder, der har overskredet Sundhedsstyrelsens anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol. 1994-2005. Procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Fysisk aktivitet

I SUSY-undersøgelserne måles befolkningens fysiske aktivitetsniveau dels ved et spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden, dels ved et spørgsmål om den fysiske belastning i hovedbeskæftigelsen (gælder kun erhvervsaktive). Udvalgte resultater præsenteres i tabel 8.3.

Hver tredje mand angiver at være moderat til hårdt fysisk aktiv i fritiden, mens 13,0 % angiver at have stillesiddende fritidsaktivitet. Andelen med moderat til hård fysisk aktivitet falder stejlt med stigende alder. Lidt mere end halvdelen af de 16-24 årige erhvervsaktive har tungt fysisk arbejde, mens det blandt de 25-44 årige og de 45-64 årige drejer sig om ca. en tredjedel. Fire ud af ti erhvervsaktive mænd har stillesiddende arbejde. Stillesiddende arbejde er mest udbredt blandt de 25-44 årige og de 45-64 årige. Større andele af mænd end kvinder er moderat til hårdt fysisk aktive i fritiden eller har tungt arbejde, mens der ikke er forskel i andelen af mænd og kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet.

Med undtagelse af den yngste aldersgruppe er andelen med hård til moderat fysisk aktivitet i fritiden steget fra 1987 til 2005. Andelen med stillesiddende fritidsaktivitet er faldet blandt de 45-64 årige og de 65+ årige, men er uændret i de to yngste aldersgrupper. Der er i perioden sket et lille fald i andelen med tungt arbejde og samtidigt en stigning i andelen med stillesiddende arbejde.

**Tabel 8.3 Fysisk aktivitet blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Moderat til hård fysisk aktivitet i fritiden	55,4	41,1	27,5	19,2	6,5	32,9	20,5
Stillesiddende fritidsaktivitet	11,7	12,8	11,4	13,8	33,9	13,0	12,8
Stående/gående løftarbejde eller tungt/hurtigt anstrengende arbejde *)	58,5	34,8	30,8	-	-	34,0	26,6
Stillesiddende arbejde i hovedbeskæftigelsen *)	15,5	41,3	41,0	-	-	40,0	38,1
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>714</b>	<b>2.362</b>	<b>2.609</b>	<b>1.146</b>	<b>245</b>	<b>7.076</b>	<b>7.490</b>

\*) Kun erhvervsaktive.

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Kost

Befolkningens kostvaner belyses i SUSY-undersøgelserne ved en række spørgsmål om, hvor hyppigt man spiser forskellige former for fødevarer. Udvalgte resultater vises i tabel 8.4.

**Tabel 8.4 Kostvaner blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Spiser dagligt salat eller råkost	14,4	13,3	17,3	14,1	10,8	14,9	24,3
Spiser dagligt frugt	32,5	34,6	42,1	42,5	37,4	38,5	61,6
Spiser fisk til aftensmad mindst én gang om ugen	29,9	34,4	45,3	59,6	65,6	43,0	45,7
Spiser aldrig smør på brødet	18,4	12,4	16,4	14,8	8,1	14,7	21,5
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>714</b>	<b>2.362</b>	<b>2.609</b>	<b>1.146</b>	<b>245</b>	<b>7.076</b>	<b>7.490</b>

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Generelt har kvinder sundere kostvaner end mænd – dog er forskelle mellem mænd og kvinder mht. at spise fisk til aftensmad kun ganske lille. Der er ikke systematiske aldersforskelle i mænds kostvaner. Mindst andel af de 80+ årige spiser dagligt salat eller råkost, mens flest i aldersgruppen spiser fisk til aftensmad mindst én gang om ugen. Også blandt de 65-79 årige er der en høj andel, der spiser fisk til aftensmad. Det er især de 45-64 årige og de 65-79 årige, der spiser frugt dagligt. Størst andel af de 16-24 årige spiser aldrig smør på brødet.

Befolkningens kostvaner er kun belyst i de to seneste sundheds- og sygelighedsundersøgelser. Derfor er der ikke tilstrækkelige data til at beskrive udviklingen i kostvaner.

## BMI

Body Mass Indeks (BMI) beregnes som kropsvægten i kilo divideret med kvadratet på højden målt i meter, kg/m<sup>2</sup>. Der sondres mellem 4 vægtgrupper (se tabel 8.5) (WHO 2000). Over halvdelen (52,7 %) af mænd er moderat eller svært overvægtige, og under 1 % er undervægtige. Kvinders BMI er gennemgående lavere end mænds – dog er lige store andele af mænd og kvinder svært overvægtige.

Andelen af mænd med normal vægt falder frem til 80-års alderen for dernæst at stige, således at over halvdelen af den ældste aldersgruppe er normalvægtig. Andelen af moderat eller svær overvægtig stiger frem til 80-års alderen for dernæst at falde.

Andelen af mænd med svær overvægt er næsten fordoblet fra 1987 til 2005. Stigningen er sket i alle aldersgrupper, men er relativt størst blandt de 16-24 årige (data ikke vist).

**Tabel 8.5 BMI blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt alle kvinder. 2005. Procent.**

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	65-79 år	80+ år	Mænd i alt	Kvinder i alt
Undervægt (BMI<18,5)	4,1	0,1	0,5	0,6	0,0	0,7	3,7
Normal vægt (18,5≤BMI<25,0)	71,7	51,3	38,4	37,9	54,2	46,6	59,7
Moderat overvægt (25,0≤BMI<30,0)	20,0	38,0	47,2	47,1	36,0	40,9	26,4
Svær overvægt (BMI≥30,0)	4,2	10,6	14,0	14,5	9,8	11,8	11,0
<b>Antal svarpersoner</b>	<b>711</b>	<b>2.354</b>	<b>2.600</b>	<b>1.139</b>	<b>242</b>	<b>7.046</b>	<b>7.441</b>

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

## Euforiserende stoffer

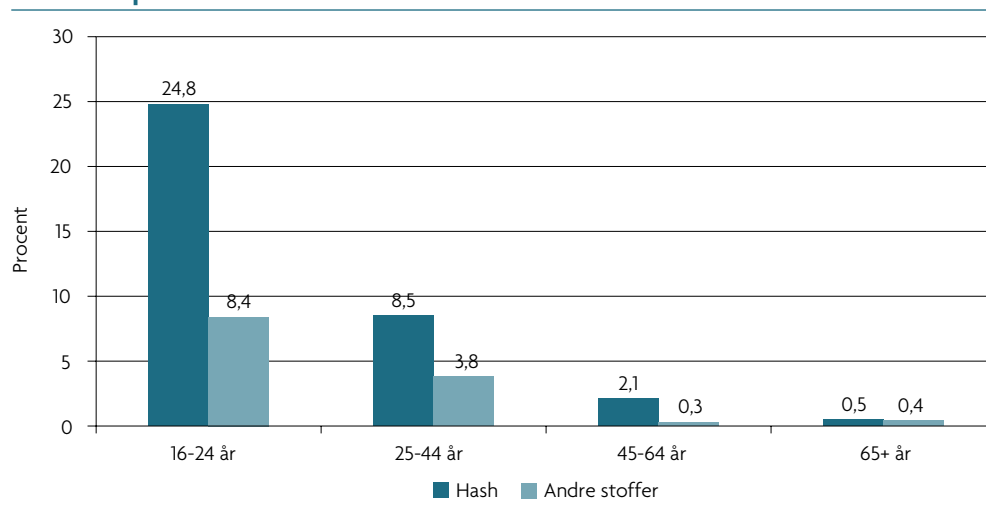
Betegnelsen euforiserende stoffer anvendes ofte synonymt med betegnelserne narkotiske stoffer og illegale stoffer. Der er tale om en række psykoaktive stoffer med forskellig virkemåde: Beroligende, sløvende stoffer (fx hash, heroin, organiske opløsningsmidler), stimulerende, opkvikkende stoffer (fx amfetamin, kokain, ecstasy) og hallucinogene stoffer (fx LSD, psilocybinsvampe, meskalin).

Brug af euforiserende stoffer er et typisk ungdomsfænomen, og de fleste fortsætter ikke brugen. De hyppigst anvendte stoffer er hash, kokain og amfetamin. Figur 8.3 viser brugen af euforiserende stoffer blandt mænd i forskellige aldersgrupper og blandt kvinder. Det ses, at 24,8 % af de 16-24 årige har brugt hash inden for det seneste år, og 8,4 % har brugt andre euforiserende stoffer. Allerede blandt de 25-44 årige ses et markant fald i brugen af både hash og andre stoffer, og blandt de 45-64 årige eller derover er der tale om en ganske lille andel brugere.



I alle aldersgrupper er der en større andel mænd end kvinder, der har brugt hash eller andre stoffer inden for det seneste år. Andelen, der har brugt hash inden for det seneste år, er uændret fra 2000 til 2005.

**Figur 8.3 Brug af euforiserende stoffer blandt mænd i forskellige aldersgrupper. 2005. Procent.**

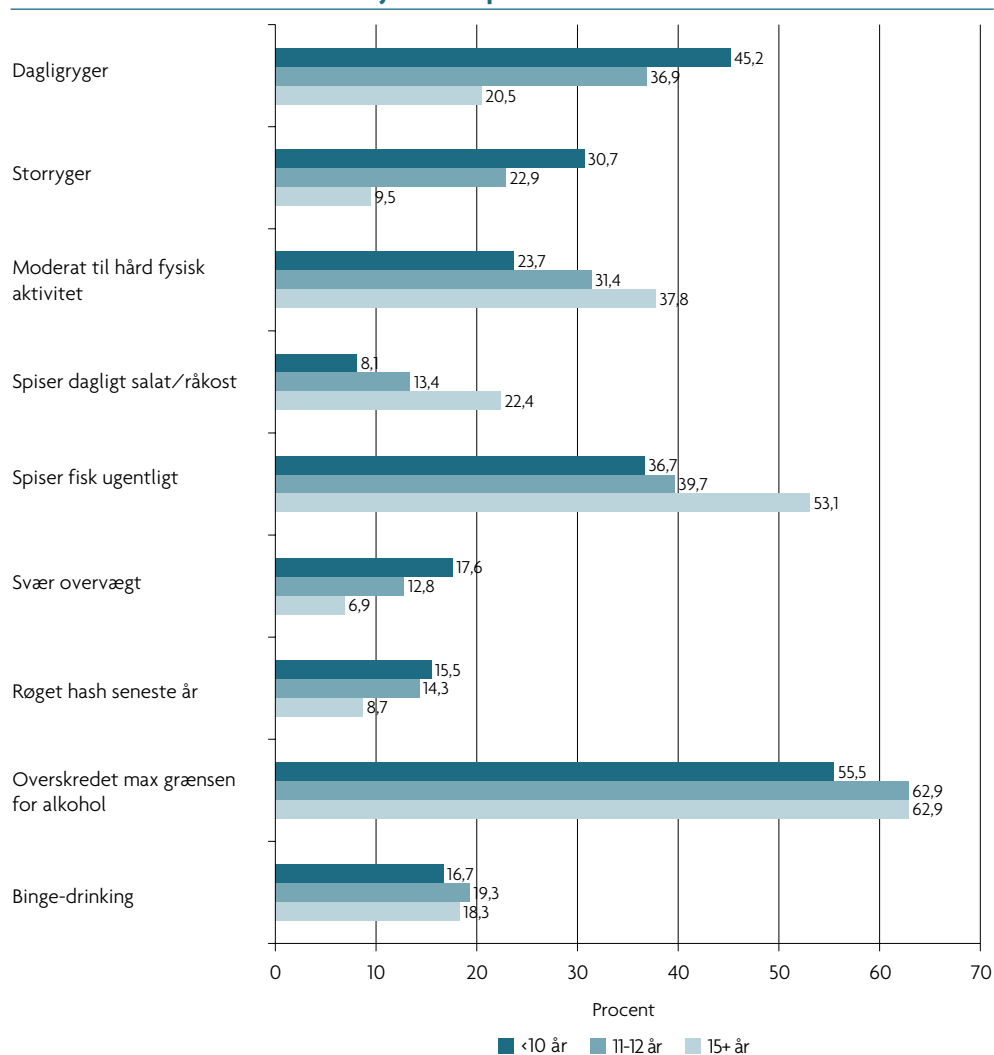


Kilde: Ekholm et al, 2006.

## Sundhedsvaner, uddannelsesniveau og samlivsstatus

I figur 8.4 vises sammenhængen mellem udvalgte sundhedsvaner og uddannelsesniveau, opgjort som antal års kombineret skole- og erhvervsuddannelse. For overskuelighedens skyld er der kun vist hver andet uddannelsesniveau. For alle former for sundhedsvaner på nær alkoholvaner ses en klar social gradient. Andelen af mænd, der ryger dagligt eller er storryger falder markant med stigende uddannelsesniveau. Andelen med moderat til hård fysisk aktivitet stiger med stigende uddannelsesniveau. Det samme gælder andelen, der dagligt spiser råkost/salat og andelen, der spiser fisk ugentligt. Andelen af svært overvægtige falder markant med stigende uddannelsesniveau og samme tendens ses mht. brug af hash inden for det seneste år. Når det gælder alkoholvaner er andelen, der binge-drikker, mindst blandt personer med kort uddannelse, og der er ikke sammenhæng mellem overskridelse af den anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol og uddannelsesniveau.

**Figur 8.4 Sammenhæng mellem sundhedsvaner og uddannelsesniveau blandt mænd. 2005. Aldersjusteret procent.**



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Der er ikke noget klart overordnet billede, når det gælder sammenhængen mellem sundhedsvaner og samlivsstatus, men gifte mænd har på flere af sundhedsvanerne mere hensigtsmæssig (sundhedsfremmende) adfærd og er i mindre grad end de øvrige samlivsstatusgrupper udsat for helbredsmæssige risici. Eksempelvis er andelen af dagligrygere og storrygere lavest blandt gifte mænd. Det samme gælder andelen, der har overskredet den anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol. Andelen, der er moderat til hårdt fysisk aktive i fritiden er på samme niveau for gifte, samlevende, ugifte og enkemænd men klart lavere blandt separerede/skilte. Når det drejer sig om dagligt at spise salat/råkost, har gifte mænd bedre vaner end de øvrige samlivsstatusgrupper, mens der ikke er forskel mellem samlivsstatusgrupperne, når det drejer sig om at spise fisk ugentligt. Ej heller er der forskel mellem grupperne, når det drejer sig om svær overvægt (data ikke vist).



## Kapitel 9

# Kønsforskelle i et socio-demografisk perspektiv

- Analyserne i dette kapitel er nye og har til formål at belyse, om sociale forskelle mellem mænd og kvinder (uddannelsesniveau, samlivsstatus) kan bidrage til at forklare dels forskelle i mænds og kvinders brug af sundhedsvæsenet (indlæggeshyppighed samt brug af alment praktiserende læge), dels forskelle i forekomsten af udvalgte risikofaktorer/sundhedsvaner (rygning, alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og BMI)
- Analyserne af indlæggelser omhandler kun ikke-kønsspecifikke sygdomme
- Indlæggelsesraten blandt 16-59 årige mænd er uanset tidligere sygdom generelt 10 % højere end blandt kvinder
- Enlige 16-59 årige mænd har en lavere indlæggelsesrate end 16-59 årige kvinder, mens gifte/samlevende mænd har en højere indlæggelsesrate end kvinder. Livsstilen synes at kunne forklare en del af forskellen mellem enlige men ikke mellem gifte/samlevende mænd og kvinder
- Blandt 16-59 årige personer med lang uddannelse har mænd højere indlæggelsesrate end kvinder, mens det omvendte gælder for personer med mellem eller kort uddannelse
- Blandt 60+ årige har mænd højere indlæggelsesrate end kvinder – og det er uanset tidligere sygdom, socio-demografiske faktorer og livsstilsfaktorer. Uddannelsesniveau og samlivsstatus mindsker kønsforskellen, men forklarer den slet ikke i denne aldersgruppe
- Analyser af kontakt til praktiserende læge omhandler alene de 45-årige eller derover. Mænd har generelt en 20 % lavere kontaktrate end kvinder – og det uanset tidligere sygdom, socio-demografiske faktorer og livsstil. Her kan uddannelsesniveau eller samlivsstatus ikke bidrage til at forklare de fundne kønsforskelle
- Signifikant flere mænd end kvinder er henholdsvis storrygere og overskrider Sundhedsstyrelsens max genstandsgrænser for alkoholforbrug. Yderligere analyser viser, at forskellen i storrygning hverken kan forklares af uddannelsesniveau eller samlivsstatus, men at forskellen mellem enlige mænd og kvinder er betydelig større end mellem gifte/samlevende mænd og kvinder. Der er ikke fundet kønsforskelle i forekomsten af svær overvægt og stillesiddende fritidsaktivitet.

Kapitlet handler om resultaterne af helt nye analyser af kønsforskelle i mænds og kvinders brug af sundhedsvæsenet, defineret ud fra indlæggelser på somatisk sygehus og kontakt til praktiserende læge. Tillige omtales ikke tidligere offentliggjorte resultater om kønsforskelle i livsstil og sundhedsvaner, afgrænset til overvægt, storrygning, overskridelse af Sundhedsstyrelsens anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol og fysisk stillesiddende fritidsaktivitet. Kapitlet adskiller sig fra de tidligere kapitler ved at være langt mere metodeorienteret og analysetungt. Derfor er der lagt vægt på grundig gennemgang og forklaring af resultaterne.

Formålet med de gennemførte analyser (jævnfør kapitel 1) er at belyse, om sociale forskelle mellem mænd og kvinder (uddannelsesniveau, samlivsstatus) kan bidrage til

- at forklare forskelle i mænds og kvinders brug af sundhedsvæsenet (indlæggelser samt brug af alment praktiserende læge)
- at forklare kønsforskelle i forekomsten af udvalgte risikofaktorer/sundhedsvaner (rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og BMI).

To centrale spørgsmål søges besvaret i analyserne. For det første om der er kønsforskel, og for det andet om en eventuel kønsforskel kan 'forklares' af socio-demografiske faktorer (uddannelsesniveau og samlivsstatus) og sundhedsvaner. Er der den samme forskel mellem enlige mænd og enlige kvinder som mellem gifte mænd og gifte kvinder? Og er der den samme forskel mellem kortuddannede mænd og kortuddannede kvinder som mellem langt uddannede mænd og langt uddannede kvinder?

### Analyser af kønsforskelle i brug af sundhedsvæsenet

Som mål for brug af sundhedsvæsenet anvendes dels indlæggelsesraten på somatisk sygehus dels kontaktraten til praktiserende læge. Raten angiver her antal indlæggelser henholdsvis antal kontakter pr. 1.000 personår. Kønsforskellen opgøres som mænds rate i forhold til kvinders og betegnes relativ risiko. Er den relative risiko fx 1,2 betyder det, at mænd har 20 % større risiko for at blive indlagt end kvinder.

Som det fremgår af kapitel 4, stiger både indlæggelses- og kontaktraten med stigende alder. Derfor er alle analyser rent teknisk foretaget med alder som underliggende tid, hvorfor betydningen af alder ikke fremgår af tabellerne i dette kapitel.

Det må forventes, at personer, der tidligere har været syge, har en højere indlæggelsesrate end personer uden tidligere sygdom, og desuden kan tidligere sygdom influere på både uddannelsesniveau og samlivsstatus. Derfor er analyserne gennemført både med og uden kontrol for tidligere sygdom. Der er brugt fem forskellige definitioner af tidligere sygdom: indlæggelse inden for de sidste ti år, indlæggelse inden for de sidste fem år, selvvrurderet helbred kategoriseret i virkelig godt, godt, nogenlunde og dårligt/meget dårligt selvvrurderet helbred, selvrapporteret langvarig sygdom kategoriseret i meget hæmmende, lidt hæmmende, ikke hæmmende og ingen langvarig sygdom samt selvrapporterede gener og symptomer inden for en 14-dages periode kategoriseret i meget generende, lidt generende og ingen symptomer.

Sociale forskelle belyses ved uddannelsesniveau og samlivsstatus. Uddannelsesniveau er opdelt i fire kategorier: Kort, mellem og lang uddannelse samt skoleelev. Samlivsstatus er opdelt i to kategorier: Gift/samlevende og enlig (tidligere gift, separeret, ugift og enke/enkemand).

Desuden er der i analyserne af indlæggelsesrate og kontaktrate inddraget oplysninger om fire sundhedsvaner: rygning, alkoholforbrug, BMI og fysisk aktivitet.

Analyserne er baseret på DANCOS-registeret (Danish National Cohort Study), der rummer oplysninger om alle inviterede til sundheds- og sygelighedsundersøgelserne. I registeret kobles data om de inviterede løbende med en række registeroplysninger fra bl.a. Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret, Psykiatrisk Demografisk Register,

Sygesikringsregisteret mv. DANCOS er her brugt til at følge indlæggelsesrate og kontaktrate over en 5-årig opfølgingsperiode.

## Sygehusindlæggelser

Ved beregning af indlæggelsesraten er alle indlæggelser for kønsspecifikke sygdomme ekskluderet – først og fremmest indlæggelser i forbindelse med graviditet og fødsel og indlæggelser i forbindelse med sygdomme i kønsorganerne.

Analyserne er gennemført separat for de 15-59 årige og 60+ årige.

I tabel 9.1 vises kønsforskelle i mænds og kvinders indlæggelsesrate på offentlige, somatiske sygehuse. Af den første linje i tabel 9.1 ses indlæggelsesraten, når der hverken kontrolleres for tidligere sygdom, socio-demografi eller livsstilsfaktorer. De 16-59-årige mænds indlæggelsesrate er 1,10 gange højere end kvinders, og konfidensintervallet (1,03-1,17) samt p-værdien ( $p=0,005$ ) angiver, at der er tale om en statistisk signifikant kønsforskel. Den relative risiko (RR) er 1,27 for 60+ årige, og p-værdien viser statistisk signifikans – så også i denne aldersgruppe har mænd højere indlæggelsesrate end kvinder.

Næste linje i tabellen viser resultatet, når der fortsat hverken kontrolleres for tidligere sygdom eller for livsstilsfaktorer, men for de to socio-demografiske faktorer (uddannelsesniveau og samlivsstatus). For de 16-59 årige ses en relativ risiko på 1,02, og p-værdien viser, at forskellen ikke er signifikant ( $p>0,10$ ). Dvs. at der ikke er forskel i mænds og kvinders indlæggelsesrate. Derimod ses en klar forskel for de 60+ årige, hvor den relative risiko er 1,16. For begge aldersgrupper er der tale om, at den relative risiko falder, hvilket er tegn på, at kønsforskellen mindskes. Tredje linje i tabellen viser resultatet, når der fortsat ikke kontrolleres for tidligere sygdom, men for både de to socio-demografiske faktorer og for livsstil. I begge aldersgrupper har mænd en signifikant højere indlæggelsesrate end kvinder (RR=1,09 hhv. RR=1,22). Desuden ses i begge aldersgrupper, at kønsforskellen er størst, når der hverken kontrolleres for socio-demografi eller livsstil, næststørst når der kontrolleres for både socio-demografi og livsstil og mindst, når der kun kontrolleres for socio-demografi.

For de 16-59 årige ses generelt, at mænd har højere indlæggelsesrate end kvinder. Kønsforskellen bliver mindre, når der kun kontrolleres for de to socio-demografiske variable, men øges igen om end til et lidt lavere niveau end udgangspunktet, når der yderligere kontrolleres for de fire livsstilsfaktorer. Dvs. at noget af forskellen i indlæggelsesrate mellem mænd og kvinder kan forklares ved samlivsstatus og/eller uddannelsesniveau, men at livsstilsfaktorerne slet ikke bidrager til forklaringen. For de 60+ årige ses samme mønster, samt at der er kønsforskel lige meget hvad, der kontrolleres for.



**Tabel 9.1 Kønsforskelle i indlæggelse, opgjort særskilt for 16-59 årige og 60+ årige. Relativ risiko (mænd versus kvinder) og 95 % konfidensinterval.**

Kontrol for tidligere sygdom	Kontrol for socio-demografi	Kontrol for livsstil	Alder 16-59 år			Alder 60+ år		
			RR	95 % CI	p	RR	95 % CI	p
(ingen)	Nej	Nej	1,10	(1,03-1,70)	0,005	1,27	(1,21-1,34)	<,0001
	Ja	Nej	1,02	(0,96-1,09)	>0,10	1,16	(1,10-1,23)	<,0001
	Ja	Ja	1,09	(1,02-1,17)	0,01	1,22	(1,15-1,30)	<,0001
Indlagt sidste 10 år	Nej	Nej	1,08	(1,01-1,15)	0,02	1,22	(1,16-1,28)	<,0001
	Ja	Nej	1,02	(0,96-1,09)	>0,10	1,11	(1,05-1,18)	0,0001
	Ja	Ja	1,08	(1,01-1,16)	0,03	1,17	(1,10-1,24)	<,0001
Indlagt sidste 5 år	Nej	Nej	1,10	(1,03-1,17)	0,005	1,21	(1,15-1,28)	<,0001
	Ja	Nej	1,04	(0,98-1,11)	>0,10	1,10	(1,05-1,17)	0,0003
	Ja	Ja	1,10	(1,03-1,18)	0,006	1,16	(1,09-1,23)	<,0001
Selvvurderet helbred	Nej	Nej	1,17	(1,10-1,25)	<,0001	1,32	(1,25-1,39)	<,0001
	Ja	Nej	1,12	(1,05-1,20)	0,0004	1,19	(1,13-1,26)	<,0001
	Ja	Ja	1,16	(1,08-1,24)	<,0001	1,22	(1,15-1,30)	<,0001
Langvarig sygdom	Nej	Nej	1,21	(1,13-1,29)	<,0001	1,34	(1,27-1,41)	<,0001
	Ja	Nej	1,16	(1,09-1,24)	<,0001	1,21	(1,15-1,28)	<,0001
	Ja	Ja	1,21	(1,13-1,30)	<,0001	1,25	(1,18-1,33)	<,0001
14-dages symptomer	Nej	Nej	1,23	(1,15-1,31)	<,0001	1,38	(1,31-1,46)	<,0001
	Ja	Nej	1,15	(1,08-1,23)	<,0001	1,25	(1,19-1,32)	<,0001
	Ja	Ja	1,21	(1,13-1,30)	<,0001	1,31	(1,23-1,39)	<,0001

Kilde: SUSY-2005 med 5 års opfølgning.

I tabel 9.2 vises resultatet af test for vekselvirkning mellem de forskellige kategorier af uddannelsesniveau henholdsvis samlivsstatus. Når der er vekselvirkning, betyder det, at kønsforskellen i indlæggelsesraten er forskellig i de forskellige kategorier af samlivsstatus (gifte/samlevende og enlige) henholdsvis uddannelsesniveau (lang, mellem, kort uddannelse, skoleelev). Når der ingen vekselvirkning er, kan kønsforskellen i alle de nævnte grupper antages at være ens.

For aldersgruppen 16-59 år ses, at kønsforskellen i indlæggelsesraten er forskellig for gifte/samlevende og enlige og det uanset, om der kontrolleres eller ikke kontrolleres for livsstil. Eneste undtagelse er, når der kontrolleres for tidligere sygdom med variabelen 'indlagt sidste 5 år'. For de 60+ årige findes ingen vekselvirkninger overhovedet, dvs. at de fundne forskelle mellem mænd og kvinder (tabel 9.1) er de samme uanset uddannelsesniveau og samlivsstatus.



**Tabel 9.2 Socio-demografiske kønsforskelle i indlæggelse. Resultater af test for vekselvirkning. Opgjort særskilt for 16-59 årige og 60+ årige.**

Socio-demografisk faktor	Kontrol for tidligere sygdom	Kontrol for livsstil	16-59 år	60+ år
			Vekselvirkning	
Samlivsstatus	(ingen)	Nej	Ja	Nej
	Indlagt sidste 10 år	Nej	Ja	Nej
	Indlagt sidste 5 år	Nej	Nej	Nej
	Selvvrideret helbred	Nej	Ja	Nej
	Langvarig sygdom	Nej	Ja	Nej
	14-dages symptomer	Nej	Ja	Nej
Samlivsstatus	(ingen)	Ja	Ja	Nej
	Indlagt sidste 10 år	Ja	Ja	Nej
	Indlagt sidste 5 år	Ja	Nej	Nej
	Selvvrideret helbred	Ja	Ja	Nej
	Langvarig sygdom	Ja	Ja	Nej
	14-dages symptomer	Ja	Ja	Nej
Uddannelse	(ingen)	Nej	Ja	Nej
	Indlagt sidste 10 år	Nej	Ja	Nej
	Indlagt sidste 5 år	Nej	Ja	Nej
	Selvvrideret helbred	Nej	Nej	Nej
	Langvarig sygdom	Nej	Ja	Nej
	14-dages symptomer	Nej	Ja	Nej
Uddannelse	(ingen)	Ja	Nej	Nej
	Indlagt sidste 10 år	Ja	Nej	Nej
	Indlagt sidste 5 år	Ja	Nej	Nej
	Selvvrideret helbred	Ja	Nej	Nej
	Langvarig sygdom	Ja	Nej	Nej
	14-dages symptomer	Ja	Nej	Nej

Kilde: SUSY-2005 med 5 års opfølgning.

For uddannelsesniveau er det generelle billede for de 16-59 årige (tabel 9.2), at der er vekselvirkning, når der ikke kontrolleres for livsstil, dvs. at kønsforskellen i indlæggelsesraten afhænger af uddannelsesniveau. Kontrolleres der for livsstil, ses ingen vekselvirkning, hvilket betyder, at livsstil ikke bidrager til at forklare kønsforskellen. For de 60+ årige ses ingen vekselvirkninger overhovedet.

**Tabel 9.3 Socio-demografiske kønsforskelle i indlæggelse. Relativ risiko (mænd versus kvinder) og 95 % konfidensintervaller. 16-59 årige.**

Socio-demografisk faktor	Kontrol for tidligere sygdom	Kontrol for livsstil	Gruppe	RR	95 % CI
Samlivsstatus	(ingen)	Nej	Enlig	0,90	(0,80-1,01)
			Gift/samliv	1,08	(1,00-1,17)
	Indlagt sidste 10 år	Nej	Enlig	0,89	(0,79-1,00)
			Gift/samliv	1,08	(1,00-1,17)
	Selvvurderet helbred	Nej	Enlig	0,96	(0,85-1,08)
			Gift/samliv	1,20	(1,11-1,30)
	Langvarig sygdom	Nej	Enlig	0,98	(0,87-1,11)
			Gift/samliv	1,24	(1,15-1,34)
14-dages symptomer	Nej	Enlig	1,02	(0,90-1,15)	
		Gift/samliv	1,22	(1,13-1,31)	
Samlivsstatus	(ingen)	Ja	Enlig	0,96	(0,85-1,09)
			Gift/samliv	1,15	(1,06-1,25)
	Indlagt sidste 10 år	Ja	Enlig	0,94	(0,83-1,07)
			Gift/samliv	1,14	(1,05-1,24)
	Selvvurderet helbred	Ja	Enlig	1,00	(0,88-1,13)
			Gift/samliv	1,23	(1,13-1,33)
	Langvarig sygdom	Ja	Enlig	1,04	(0,92-1,18)
			Gift/samliv	1,29	(1,19-1,40)
14-dages symptomer	Ja	Enlig	1,07	(0,94-1,21)	
		Gift/samliv	1,28	(1,18-1,39)	
Uddannelse	(ingen)	Nej	Kort	0,83	(0,65-1,07)
			Mellem	0,95	(0,86-1,06)
			Lang	1,12	(1,02-1,22)
			Skoleelev	0,55	(0,28-1,09)
	Indlagt sidste 10 år	Nej	Kort	0,82	(0,63-1,05)
			Mellem	0,96	(0,86-1,06)
			Lang	1,12	(1,02-1,22)
			Skoleelev	0,54	(0,27-1,08)
	Indlagt sidste 5 år	Nej	Kort	0,83	(0,65-1,07)
			Mellem	0,97	(0,87-1,07)
			Lang	1,14	(1,04-1,25)
			Skoleelev	0,60	(0,30-1,20)
	Langvarig sygdom	Nej	Kort	0,89	(0,69-1,15)
			Mellem	1,12	(1,01-1,24)
			Lang	1,25	(1,14-1,36)
			Skoleelev	0,60	(0,30-1,19)
14-dages symptomer	Nej	Kort	0,90	(0,70-1,16)	
		Mellem	1,09	(0,99-1,21)	
		Lang	1,25	(1,14-1,37)	
		Skoleelev	0,62	(0,31-1,24)	

Kilde: SUSY-2005 med 5 års opfølgning

Af tabel 9.3 fremgår som nævnt, hvorledes kønsforskellen i indlæggelsesrate er forskellig i de forskellige kategorier af samlivsstatus og uddannelsesniveau. Tabellen omfatter kun de vekselvirkninger, der blev dokumenteret i tabel 9.2 – derfor omhandler tabellen alene de 16-59 årige.

Når der hverken kontrolleres for tidligere sygdom eller for livsstil, viser tabel 9.3, at blandt enlige har mænd en lavere indlæggelsesrate end kvinder (RR=0,90), mens mænd har en højere indlæggelsesrate end kvinder (RR=1,08) blandt gifte/samlevende. Kønsforskellen mellem gifte/samlevende øges yderligere, når der kontrolleres for livsstil, mens den mindskes mellem enlige. Dvs. at livsstilen kun bidrager til at forklare forskellen mellem enlige mænds og kvinders risiko for at blive indlagt. Samme mønster ses, når der kontrolleres for de forskellige mål for tidligere sygdom.

Mht. uddannelsesniveau fremgår det af tabel 9.3, at blandt personer med lang uddannelse har mænd højere indlæggelsesrate end kvinder (RR=1,12), mens mænd har lavere indlæggelsesrate end kvinder (RR=0,95 hhv. RR=0,83) blandt personer med mellem eller kort uddannelse. Disse forskelle ændres ikke ved at kontrollere for tidligere sygdomme.

## Brug af praktiserende læge

Analyserne af kontaktraten til praktiserende læge vanskeliggøres ved, at Sygesikringsregisteret ikke indeholder oplysninger om kontaktårsager. Det betyder, at det ikke umiddelbart er muligt at ekskludere kontakter i forbindelse med graviditet og fødsel samt kontakter i forbindelse med sygdomme i kønsorganer. I stedet er det valgt kun at analysere på 45+ åriges kontakter til praktiserende læge, idet præliminære analyser har vist, at kønsspecifikke sygdomme primært forekommer blandt yngre, og at det synes rimeligt at skille ved 45-års alderen.

Dette afsnit omfatter følgelig alene kontakter til praktiserende læge blandt personer, der er fyldt 45 år (45+ årige).

Opbygningen af analyserne og tabellerne i dette afsnit svarer til opbygningen af tabeller og analyser i afsnittet om indlæggelsesrater.

Af tabel 9.4 fremgår kønsforskellen i brug af praktiserende læge. Tabellens opbygning svarer til tabel 9.1. Det fremgår af tabellen, at uanset om der kontrolleres for tidligere sygdom eller ej, og uanset om der kontrolleres for uddannelsesniveau og samlivsstatus samt livsstil, har mænd en lavere kontaktrate end kvinder.

Mænds lavere kontaktrate end kvinders er således ganske stabil, og hverken tidligere sygdom, socio-demografiske faktorer eller livsstil kan bidrage til at forklare forskellen.

**Tabel 9.4 Kønsforskelle i kontakt til praktiserende læge. 45+årige. Relativ risiko (mænd versus kvinder) og 95 % konfidensinterval.**

Kontrol for tidligere sygdom	Kontrol for socio-demografi	Kontrol for livsstil	RR	95 % CI	P
(ingen)	Nej	Nej	0,80	(0,77-0,83)	<,0001
	Ja	Nej	0,80	(0,77-0,84)	<,0001
	Ja	Ja	0,83	(0,79-0,86)	<,0001
	Nej	Nej	0,78	(0,75-0,81)	<,0001
Indlagt sidste 10 år	Ja	Nej	0,79	(0,76-0,82)	<,0001
	Ja	Ja	0,81	(0,77-0,84)	<,0001
Indlagt sidste 5 år	Nej	Nej	0,78	(0,75-0,81)	<,0001
	Ja	Nej	0,79	(0,76-0,82)	<,0001
	Ja	Ja	0,81	(0,78-0,84)	<,0001
	Nej	Nej	0,83	(0,80-0,86)	<,0001
Selvvurderet helbred	Ja	Nej	0,82	(0,79-0,86)	<,0001
	Ja	Ja	0,83	(0,80-0,87)	<,0001
Langvarig sygdom	Nej	Nej	0,83	(0,80-0,86)	<,0001
	Ja	Nej	0,83	(0,80-0,86)	<,0001
	Ja	Ja	0,84	(0,81-0,88)	<,0001
	Nej	Nej	0,85	(0,82-0,88)	<,0001
14-dages symptomer	Ja	Nej	0,85	(0,82-0,89)	<,0001
	Ja	Ja	<b>0,87</b>	<b>(0,84-0,91)</b>	<,0001

Kilde: SUSY-2005 med 5 års opfølgning

I tabel 9.5 vises resultater, der belyser om kønsforskellene fra tabel 9.4 er de samme indenfor samlivs- og uddannelsesgrupper. Optræder der vekselvirkning (Ja), er kønsforskellene ikke ens mellem grupperne. Tabellen viser for både samlivsstatus og uddannelse, at uanset om der kontrolleres for tidligere sygdom eller ej, og uanset om der kontrolleres for livsstil eller ej, er der ingen vekselvirkninger. På samtlige mål har mænd således en klart lavere kontaktrate end kvinder (jf. tabel 9.4), og kønsforskellen i kontaktrate er således den samme i alle kategorier af henholdsvis samlivsstatus og uddannelsesniveau.

Således er konklusionen, at hverken samlivsstatus, uddannelsesniveau, tidligere sygelighed eller livsstilsfaktorer kan forklare de fundne forskelle i mænds og kvinders kontaktrate til almen praktiserende læge.

**Tabel 9.5 Socio-demografiske kønsforskelle i kontakt til praktiserende læge. Resultat af test for vekselvirkning. 45+ årige.**

Socio-demografisk faktor	Kontrol for tidligere sygdom	Kontrol for livsstil	Veksel-virkning
Samlivsstatus	(ingen)	Nej	Nej
	Indlagt sidste 10 år	Nej	Nej
	Indlagt sidste 5 år	Nej	Nej
	Selvvurderet helbred	Nej	Nej
	Langvarig sygdom	Nej	Nej
	14-dages symptomer	Nej	Nej
Samlivsstatus	(ingen)	Ja	Nej
	Indlagt sidste 10 år	Ja	Nej
	Indlagt sidste 5 år	Ja	Nej
	Selvvurderet helbred	Ja	Nej
	Langvarig sygdom	Ja	Nej
	14-dages symptomer	Ja	Nej
Uddannelse	(ingen)	Nej	Nej
	Indlagt sidste 10 år	Nej	Nej
	Indlagt sidste 5 år	Nej	Nej
	Selvvurderet helbred	Nej	Nej
	Langvarig sygdom	Nej	Nej
	14-dages symptomer	Nej	Nej
Uddannelse	(ingen)	Ja	Nej
	Indlagt sidste 10 år	Ja	Nej
	Indlagt sidste 5 år	Ja	Nej
	Selvvurderet helbred	Ja	Nej
	Langvarig sygdom	Ja	Nej
	14-dages symptomer	Ja	Nej

Kilde: SUSY-2005 med 5 års opfølgning

## Analysen af kønsforskelle i livsstil

Analysen omfatter fire sundhedsvaner: stillesiddende fritidsaktivitet, svær overvægt (body-mass index lig med eller større end 30), stor rygning af cigaretter (mere end 15 cigaretter dagligt) og overskridelse af Sundhedsstyrelsens anbefalede max genstandsgrænser for indtagelse af alkohol (mere end 14 genstande ugentligt for kvinder og 21 genstande ugentligt for mænd).

Analysen gennemføres på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. Resultaterne præsenteres som odds-ratio for mænd versus kvinder, dvs. mænds chance (odds) for at have en given sundhedsvane i forhold til kvinders. Også her er det centrale spørgsmål, om uddannelsesniveaue henholdsvis samlivsstatus kan bidrage til at forklare de fundne kønsforskelle i sundhedsvanerne. Alle resultater er kontrolleret for alder, men ikke for andre faktorer.

Opbygningen af analyser og tabeller i dette afsnit svarer til gennemgangen i afsnittene om indlæggelsesrate henholdsvis kontaktrate.

Tabel 9.6 viser kønsforskellene i forekomsten af de fire livsstilsfaktorer. Når der ikke kontrolleres for de socio-demografiske faktorer, har mænd en svagt øget, men ikke signifikant, chance for at have stillesiddende fysisk aktivitet i fritiden end kvinder (odds-ratio (OR)=1,05). Kontrolleres der for socio-demografi øges OR til 1,10, men heller ikke her er der tale om en signifikant kønsforskel ( $p=0,06$ ).

For svær overvægt ses tilsvarende, at både med og uden kontrol for socio-demografi har mænd en svagt, om end ikke statistisk signifikant, øget risiko for at være svært overvægtige.

Når det gælder storrygning og overskridelse af max genstandsgrænsen for indtagelse af alkohol, ses en klar kønsforskel med øget risiko for mænd i forhold til kvinder – uanset om der kontrolleres for socio-demografi eller ej. Således har mænd eksempelvis en OR på 1,36 i forhold til kvinder for at være storryger, og en OR på 1,31, når der kontrolleres for de to socio-demografiske faktorer.

**Tabel 9.6 Kønsforskelle i fire livsstilsfaktorer. 16+ årige. Odds-ratio og 95 % konfidensintervaller.**

Livsstilsfaktor	Kontrol for socio-demografi	OR	95 % CI	p
Stillesiddende fritidsaktivitet	Nej	1,05	(0,95-1,16)	>0,10
	Ja	1,10	(1,00-1,22)	0,06
Storrygning (cigaretter)	Nej	1,36	(1,25-1,49)	<,0001
	Ja	1,31	(1,20-1,44)	<,0001
Svær overvægt (fedme)	Nej	1,08	(0,97-1,19)	>0,10
	Ja	1,05	(0,95-1,17)	>0,10
Overskridelse af Sundhedsstyrelsens max genstandsgrænser for indtagelse af alkohol	Nej	1,51	(1,36-1,66)	<,0001
	Ja	1,51	(1,36-1,67)	<,0001

Kilde: SUSY-2005

I tabel 9.7 vises resultater, der belyser om kønsforskellene fra hver af indikatorerne fra tabel 9.6 er de samme indenfor samlivs- og uddannelsesgrupper. Hvis der optræder vekselvirkning (Ja), findes grupper, hvori kønsforskellene er forskellige.

Det ses, at der kun er vekselvirkning for overskridelse af max genstandsgrænserne for indtagelse af alkohol i relation til samlivsstatus. Det betyder, at forskellen mellem mænd og kvinder afhænger af samlivsstatus.

Af tabel 9.8 ses, at kønsforskellen er større blandt enlige (OR=1,85) end gifte/samlivende (OR=1,38).

**Tabel 9.7: Socio-demografiske kønsforskelle i fire livsstilsfaktorer. Resultater af test for vekselvirkning. 16+ årige.**

Livsstilsfaktor	Socio-demografisk faktor	Veksel-virkning
Stillesiddende fritidsaktivitet	Samlivsstatus	Nej
	Uddannelse	Nej
Svær overvægt (fedme)	Samlivsstatus	Nej
	Uddannelse	Nej
Storrygning (cigaretter)	Samlivsstatus	Nej
	Uddannelse	Nej
Overskridelse af Sundhedsstyrelsens max genstandsgrænser for indtagelse af alkohol	Samlivsstatus	Ja
	Uddannelse	Nej

Kilde: SUSY-2005

**Tabel 9.8 Socio-demografiske kønsforskelle i indlæggelse. Odds-ratio (OR - mænd versus kvinder) og 95 % konfidensinterval. 16+ årige.**

Livsstilsfaktor	Socio-demografisk faktor	Gruppe	OR	95 % CI
Overskridelse af Sundhedsstyrelsens max genstandsgrænser for indtagelse af alkohol	Samlivsstatus	Enlig	1,85	(1,54-2,22)
		Gift/samlevende	1,38	(1,22-1,55)

Kilde: SUSY-2005

## Sammenfatning

Sammenfattende viser analyserne en højere indlæggelsesrate blandt mænd end blandt kvinder, en lavere kontaktrate til praktiserende læger blandt mænd end blandt kvinder samt en højere risiko for at være storryger og for at overskride max genstandsgrænserne for indtagelse af alkohol blandt mænd end blandt kvinder.

I relation til indlæggelser er det fundet, at blandt enlige 16-59 årige har mænd en lavere indlæggelsesrate end kvinder, mens mænd har en højere indlæggelsesrate end kvinder blandt gifte/samlevende. Livsstilen synes at kunne forklare en del af forskellen mellem enlige mænd og kvinder, men ikke mellem gifte/samlevende mænd og kvinder.

I relation til indlæggelser og uddannelsesniveau er det fundet, at blandt 16-59 årige med lang uddannelse har mænd højere indlæggelsesrate end kvinder, mens mænd har lavere indlæggelsesrate end kvinder blandt 16-59 årige med mellem eller kort uddannelse.

Blandt 60+ årige kan hverken socio-demografiske eller livsstilsfaktorer bidrage til at forklare mænds højere indlæggelsesrate end kvinders.

Hverken samlivsstatus og uddannelsesniveau kan bidrage til at forklare forskellene i mænds og kvinders brug af praktiserende læge.



Uddannelsesniveaue bidrager slet ikke til at forklare forskelle i livsstil, mens samlivsstatus kun bidrager til at forklare kønsforskellen i relation til overskridelse af den anbefalede max genstandsgrænse for indtagelse af alkohol, hvor forskellen mellem enlige mænd og kvinder er betydelig større end mellem gifte/samlevende mænd og kvinder.

## Diskussion

Der er anvendt et meget overordnet sygdomsbegreb i analyserne. Dels i form af tidligere hospitalsindlæggelser henholdsvis fem og ti år inden interviewet, dels i form af selvrapporterede oplysninger. Det er et klassisk dilemma at skulle operationalisere et sygdomsbegreb – bruger man registerdata, vil sygdom ofte blive defineret som kontakt til den pågældende ydelse og dermed et sygdomsbegreb, der baserer sig på den del af sygeligheden, der bliver kendt i sundhedsvæsenet. Bruger man selvrapporterede data, er problemet det modsatte, nemlig lidt mistro over for om den enkelte selv kan definere sig som værende syg eller ej. Det er en styrke ved indeværende analyser, at der anvendes såvel registerdata som selvrapporterede data til operationaliseringen af tidligere sygelighed, og alt i alt viser resultaterne stor overensstemmelse mellem brug af registerbaserede oplysninger og brug af selvrapporterede interviewdata.

Alt andet lige er der tale om en relativ kort opfølgingsperiode (fra 2005 til 2009), og derfor forventedes raterne for indlæggelse og kontakt til praktiserende læge at være temmelig konstante i tidsperioden – men selvfølgelig med stor variation inden for de forskellige aldersgrupper.

Indlæggelsesraten i opfølgingsperioden er beregnet på grundlag af alle indlæggelser. Andre løsninger havde været at anvende første indlæggelse i opfølgingsperioden eller at anvende andre mål end heldøgnsindlæggelser (fx ambulante kontakter). Det er op til evt. efterfølgende analyser at belyse disse forhold. Endvidere er det klart, at en opgørelse af alle indlæggelser må dække over meget forskelligartede diagnoser med forskellige indlæggelsesrater for mænd og kvinder – et forhold, der må forventes at udvande eller potentielt ændre de fundne resultater. Det har ligget uden for denne rapports rammer eksempelvis at gennemføre diagnosespecifikke opgørelser af indlæggelsesraten.

Som bekendt registreres årsagen til en persons kontakt til alment praktiserende læge ikke i Sygesikringsregisteret. Der er uden tvivl stor variation i kontaktårsagerne til praktiserende læge, så på det punkt ligner analyserne af brug af praktiserende læge henholdsvis brug af hospitalsindlæggelser hinanden. Hertil kommer problemerne med overhovedet at kunne ekskludere kønsspecifikke kontakter til praktiserende læge, hvilket har været anset for en forudsætning for at kunne gennemføre analyserne. Indledende analyser pegede imidlertid på, at det er rimeligt at arbejde ud fra en hypotese om, at kontakter for kønsspecifikke sygdomme primært forekommer blandt yngre, og at det er rimeligt at skille ved 45-års alderen. Denne aldersmæssige afgrænsning er formentlig den bedst tænkelige løsning – men er i sig selv baseret på et noget usikkert grundlag.

Alt i alt er der kun fundet få bidrag til forklaringen af kønsforskellene i mænds og kvinders brug af sundhedsvæsenet og livsstil. De fundne forskelle i indlæggelsesrate og

kontaktrate er i størrelsesordenen 1,1 til maksimalt 1,3, hvilket generelt betragtes som små – om end signifikante – forskelle i denne undersøgelse.

I relation til indlæggelsesrate er en forsigtig konklusion, at blandt de 16-59-årige har mænd højere indlæggelsesrate end kvinder blandt gifte/samlevende, mens dette ikke er tilfældet blandt enlige. I relation til sundhedsvaner er konklusionen, at mænd har større risiko end kvinder for at overskride max genstandsgrænserne for indtagelse af alkohol og at denne tendens er mere udtalt blandt enlige end blandt gifte/samlevende. En hypotese kunne være, at enlige mænd mangler nogen til at hjælpe sig med at blive indlagt, når de først er blevet syge, og de mangler nogen, der kan være opmærksom på deres alkoholforbrug.

Umiddelbart er det overraskende, at uddannelsesniveau kun i ringe grad har kunnet bidrage til forklaring af kønsforskellene – ikke mindst fordi den uddannelsesmæssige gradient erfaringsmæssigt slår tydeligt igennem i en lang række indikatorer for sundhed og sygelighed.

## Referenceliste

Brønnum-Hansen H. Tabte gode leveår. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006. Internt arbejdsnotat. Offentliggjort i: Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Danskernes rygevaner. Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen, 2010. [www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Due P & Holstein B. Sundhedsadfærd. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB (red). Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2010.

Due P & Holstein B. Sociale relationer og sundhed. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB (red). Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard Danmark, 2010.

Dødsårsagsregisteret 2008. Sundhedsstyrelsen, Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2009:6.

Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

Kjølner M og Juel K. Sundhedstilstanden – status og udvikling. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.

Kjølner M. Baggrund og formål. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.

Kristensen L, Ekholm, O, Grønbæk M, Tolstrup JS. Alkohol i Danmark. Voksnes alkoholvaner og holdning til alkoholpolitik. Center for Alkoholforskning, Statens Institut for folkesundhed, Syddansk Universitet, 2008. Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen.

Lægemiddelstatistikken. Lægemiddelstyrelsen. [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk)

Petersen P. Tandsundhed. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.

Rasmussen NK, Groth MV, Bredkjær SR, Madsen M, Kamper-Jørgensen F. Sundhed og sygelighed i Danmark 1987. En rapport fra DIKEs undersøgelse. København, DIKE, 1987.

Statistiske Efterretninger, Sociale forhold, sundhed og retsvæsen. 2010:6. Danmarks Statistik, 9. juli 2010.

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item Short-Form Health Survey. Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Med Care* 1996;34:220-233.

WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2000.

## DEL 2

### Effektive interventioner med fokus på forbedring af mænds sundhed



## Introduktion

Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse (CFF), har igangsat projektet ”Tidlig opsporing af risikofaktorer og sygdom hos mænd”, der skal afklare og beskrive muligheder for at arbejde med at fremme mænds sundhed. Projektet er bidrag til rådgivning til kommunerne og det regionale sundhedsvæsen vedrørende arbejdet med mænds sundhed.

Der foreligger nogen viden om effekten af sundhedsoplysning målrettet mænd, men der er mindre viden om, hvilke forebyggelsesindsatser som især har effekt på mænd.

### Formål

Nærværende litteraturstudie indgår som delprojekt i paraplyprojektet ”Tidlig opsporing” og skal ses i relation til Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse (CFF)’s projekter om borgernære sundhedstilbud og mental sundhedsfremme. Nærværende litteraturstudies formål tjener således det overordnede formål for hele Sundhedsstyrelsens projekt ”Mænds sundhed”; at fremme mænds sundhed både kvantitativt (flere leveår) og kvalitativt (flere gode leveår) – med fokus på tidlig opsporing af mænds risikofaktorer og sygdomme, herunder en styrkelse af mænds opmærksomhed på egen sundhed og sundhedsadfærd.

Litteraturstudiet søger derfor at afdække den bedst tilgængelige viden om effektive forebyggelsesinterventioner med fokus på forbedring af mænds sundhed.

Med udgangspunkt i artiklen *What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men* af Robertson et al. (1) er hensigten med litteraturstudiet at præsentere et overblik over, hvad der i dag vides om effektiviteten af forebyggende og sundhedsfremmende interventioner rettet mod mænd. Studiet af Robertson et al. er publiceret i 2008 og er en systematisk gennemgang af studier fra 1990-2006, der evaluerer effektiviteten af interventionsstudier rettet mod mænd (1).

Nærværende litteraturstudie har suppleret artiklens søgning med årene frem til 2010. Et særligt fokus har været på, om interventioner var særligt effektive over for mænd som målgruppe.



# Metode

## Om litteraturstudiet og identifikation af relevante artikler

Der er taget udgangspunkt i søgestrategien, som beskrevet i Robertson et al. (1), og Sundhedsstyrelsens bibliotek har foretaget relevante opdaterede ændringer i forhold til denne søgestrategi og i forhold til de enkelte søgemaskiners anvendelse af søgeord<sup>1</sup>. Der er udelukkende fokus på studier inden for få typer af studiedesigns, idet hensigten med studiet har været at finde studier som måler effekt (se bilag 1). Litteratursøgningen er foretaget juni 2010 i følgende databaser af Sundhedsstyrelsens Bibliotek: Medline, Embase og PsychINFO og Cinahl<sup>2</sup>.

## Vurdering af studierne

Som en tilføjelse til det tidligere litteraturstudie, har nærværende litteraturstudie gennemgået og kvalitetsvurderet alle<sup>3</sup> inkluderede artikler med udgangspunkt i anbefalinger fra Jackson & Waters, 2005 (2). Herunder særligt denne artikels anbefaling om brug af kvalitetsvurderingsværktøjet Quality Assessment Tool for Quantitative Studies udviklet af det canadiske Effective Public Health Practice Project til kvalitetsvurdering af kvantitative studier (3)<sup>4</sup>. Med dette værktøj tildeles studierne point, alt efter hvor høj kvalitet studiet vurderes til at have. Denne kvalitetsvurdering benævnes i værktøjet som en ”global rating”. På baggrund af en vurdering af seks forskellige komponenter, der har relevans for studiets kvalitet, tildeles studierne følgende rating: 1) stærk, 2) moderat, 3) svag<sup>5</sup>. Desuden har vi som led i kvalitetsvurderingen yderligere fokus på følgende elementer, som ligeledes anbefales af Jackson & Waters (2): a) det teoretiske grundlag for interventioner, b) sustainability (studiets follow-up længde), c) kontekstens betydning, og d) overførbarhed. Brugen af disse kvalitetsvurderingskrav (a-d) indgår ikke i den kvantificerede rating fra 1-3, men indgår derimod som kvalitative diskussionsinput i den generelle diskussion af litteraturstudiets fund<sup>6</sup>. Samtlige studier fra 1990-2010 er underlagt denne kvalitetsvurdering. To personer har uafhængigt gennemgået samtlige studier og derefter sammenholdt vurderingerne. Ved uenighed er der søgt enighed gennem dialog mellem de to forfattere, eller ved konsultation med tredjepart.

---

1 Eksempler herpå forefindes i bilag 1.

2 For yderligere information om søgning se bilag 2.

3 Dvs. samtlige artikler medtaget i artiklen af Robertson et al., samt samtlige artikler inkluderet på baggrund af den nye søgning.

4 Værktøjet kan downloades på [http://www.ehphp.ca/PDF/QATool\\_Dec\\_2009.pdf](http://www.ehphp.ca/PDF/QATool_Dec_2009.pdf).

5 Mere om kvalitetsvurderingen kan læses i bilag 1.

6 Deskriptive data om studierne samt den konkrete oversigt over de enkelte studiers kvalitetsvurdering kan hvis ønsket rekvireres hos Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.





# Resultater

## Identifikation af studier, studiekarakteristika og kvalitet

Artiklerne for den supplerende litteratursøgning (2005 og frem til 2010) er søgt i fire databaser: Medline (278 + fire fundet ved referencers reference), PsychINFO (680), Cinahl (250) og Embase (128).

Af 1336 gennemgåede artikler på titel-/abstract niveau, rekvireredes 36 artikler, som herefter blev gennemgået. Heraf mødte 13 af artiklerne samtlige inklusionskriterier (se bilag 1). 10 studier var randomiserede kontrollerede studier (RCT<sup>7</sup>), et studie var quasi-RCT<sup>8</sup> og to var kontrollerede før-og-efter studier (forkortes CBA<sup>9</sup> i det efterfølgende).

Størstedelen af studierne havde udelukkende mænd som målgruppe, og kun to studier (4,5) undersøgte, om effekten af interventionen var forskellig for mænd og kvinder<sup>10</sup> (se bilag 3). I alt syv studier (50 %) var mandsspecifikke, idet de omhandlede interventioner rettet mod screening for prostatakræft og testikelkræft. Et studie (6) blev vurderet til at være af stærk kvalitet, fire af studierne er af moderat kvalitet (4,5,7,9) og otte studier havde svag kvalitet (10-17) ud fra det anvendte kvalitetsvurderingsværktøj. Af de identificerede studier af Robertson et al. (1), blev et studie vurderet til at have stærk kvalitet (18), 12 studier havde moderat kvalitet (19-30) og 14 studier blev vurderet, som værende af svag kvalitet (31-44).

Studier inden for følgende emner fremkom som følge af litteraturgennemgangen af samtlige 40 artikler: Rygeophør, kost og fysisk aktivitet, risikofaktorer for hjertekarsygdomme, screening for prostatakræft, testikelkræft, og generelt, hudkræft, alkohol samt metaboliske risikofaktorer. I alt 11 studier (66 %) havde enten kommuner, uddannelsesinstitutioner eller andre former for lokalsamfund som setting for studierne. Syv studier var fra USA, fem studier var fra det europæiske kontinent og et var fra Australien. En fuld oversigt over alle studier samt alle trin i kvalitetsvurderingen kan rekvireres hos CFF, Sundhedsstyrelsen. En forkortet udgave findes i bilag 3.

## Fund

I det følgende gennemgås fundene fra samtlige 40 studier fundet ved begge systematiske litteraturgennemgange. Data rapporteres i fortællende form grundet studierne heterogenitet. Det skal kort nævnes, at dette studie ikke identificerede nogen studier omhandlende mænds brug af sundhedsvæsenet.

7 Et studiedesign, hvor en (eller flere) interventionsgruppe(r) sammenlignes med en (eller flere) kontrolgruppe(r). Randomisering er en metode til fordeling af deltagere til de forskellige grupper (intervention eller kontrol) ved anvendelse af et tilfældighedsprincip, fx lodtrækning.

8 Et studiedesign, hvor randomiseringsenheden ikke er enkeltindivider, men fx arbejdspladser, lægepraksis etc.

9 Efter det engelske udtryk: Controlled Before and After Studies.

10 Studier indeholdende både mænd og kvinder er kun medtaget, såfremt der i studiet er foretaget analyser af kønsforskelle i effekt.



## Rygeophør

Tre studier identificeret af Robertson et al. (1), omhandlede effektive rygestopinterventioner. To RCT (19,20), begge med moderat kvalitetsvurdering (KV), viste, at hhv. en selvhjælpsmanual (19) og en videointervention samt andet informationsmateriale (20) var succesfulde interventioner til rygeophør blandt mænd, idet begge studier viste, at andelen af rygere, som ophørte, var højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen ( $p < 0,05^{11}$ ) (19),  $p = 0,0011$  (20). Et studie (19) baseret på sundhedspsykologisk teori (*The Transtheoretical Model & Stages of Change*) fandt, at rygeophør afhæng af det teoretiske stadium, en given person befandt sig på ved interventionsstart. Et CBA (31) viste, at en antirygning-kampagne i medierne var effektiv i at reducere andelen af rygere i interventionsområdet modsat en lille stigning i kontrolområdet. Dette studie var af svag kvalitet (KV=3) og specifikt rettet mod vietnamesiske mænd i USA, hvorfor overførbare til danske forhold synes begrænset. Den supplerende litteratursøgning identificerede ingen nyere studier vedrørende rygeophør.

Inden for rygeophør synes selvhjælpsmanualer, video- og andet informationsmateriale således at være brugbare interventioner.

## Kost og fysisk aktivitet

To studier inden for dette emne blev identificeret af Robertson et al (1). Disse afrapporterede begge delvist effektive interventioner rettet mod mænd (21,32). I et mindre RCT ( $n = 45$ , KV=2), viste en kombination af kostvejledning og kolesterolmåling sig signifikant effektiv i at reducere mænds fedtindtag over en seks ugers periode ( $p < 0,02$ ) sammenlignet med kontrolgruppen, som ingen intervention fik (21). Cook et al. (32) (KV=3) fandt, at en arbejdspladsintervention med en månedlig sundhedsfremmeworkshop var effektiv i at øge indtag af grøntsager, fysisk aktivitet og viden om kost ( $p < 0,0001$ ) i forhold til en kontrolarbejdsplads. Begge indeholdt selvrapporterede målinger. Ingen af studierne fandt signifikante reduktioner i BMI. Tre studier (alle RCT'er) identificeret i nærværende litteraturgennemgang viste delvist eller fuldt effektive interventioner (10-12). Studierne var relativt små ( $n = 25-65$  mænd). Lubans et al. (11) var af moderat kvalitet (KV=2), hvorimod Fatouros et al. (10), og Walsh et al. (12) havde svage kvalitetsvurderinger (KV=3). Lubans et al. (11) fandt, at en internet-baseret væggtabsintervention (SHED-IT) var delvis effektiv. En intention-to-treat-analyse<sup>12</sup> viste ikke en signifikant total-effekt af interventionen på vægt i forhold til kontrolgruppen ( $p = 0,716$ ). Derimod viste en per-protokolanalyse<sup>13</sup>, at interventionen havde en statistisk signifikant totaleffekt på vægten ( $p < 0,05$ ). Studiet af Fatouros et al.

11 I dette studie rapporteres p-værdier. At noget er statistisk signifikant "betyder, at en nulhypotese må forkastes, idet de foreliggende observationer er lidet sandsynlige, hvis nulhypotesen er korrekt. Denne sandsynlighed udtrykkes med en P-værdi, og det er almindeligt at betegne P-værdier < 5% som signifikante". Nulhypotesen er "den hypotese, der underkastes en statistisk test; det vil typisk være et udsagn om ingen effekt eller sammenhæng" (48).

12 "Ved et randomiseret forsøg er det primære princip, at deltagerne analyseres efter den gruppe, de blev randomiseret til, uanset om de faktisk modtog den tildelte behandling, og uanset compliance. Herved bevares randomiseringsfordelen, og confounding forebygges, men ved dårlig overensstemmelse mellem randomiseringsresultat og faktisk behandling vil en eventuel behandlingseffekt blive undervurderet. Hvis deltagerens medvirken er nødvendig for at få information om udfaldet, kan princippet ikke altid fastholdes fuldt ud" (48).

13 Per-protokol analyse er en analysestrategi hvor kun de personer der gennemfører hele interventionen tæller med i det endelige resultat (modsat intention-to-treat analyse, der gør brug af data fra alle deltagere, også de deltagere som ikke fuldfører interventionen).

(10) fandt, at selvom lav-intensitets-træning forbedrede ældre mænds styrke, anaerobiske effekt og mobilitet, så oplevede de større forbedringer med en intervention med høj-intensitets-træning ( $p < 0,005$ ). Desuden er effekterne ved denne form for træning mere vedvarende efter træningsafslutning. Walsh et al. (12) undersøgte effekten af en 15 min. samtale efterfulgt af en tre måneders internetbaseret vægttabs-intervention overfor blot 15 min. samtale. Der er svag evidens for, at mændene i interventionsgruppen reducerede fedt-indtaget over studieperioden ifht. kontrolgruppen. Inden for kost og fysisk aktivitet fremstår kombinationen af kostvejledning og kolesterolmåling som effektiv i at reducere fedtindtag hos mænd. Desuden synes høj-intensitets-træning mere effektivt end lav-intensitets-træning, ligesom effekterne synes mere vedvarende ved høj-intensitets-træning. Internetbaserede vægttabsinterventioner er ligeledes en mulighed. Arbejdspladser kunne således være mulige arenaer for sundhedsfremmeinterventioner over for mænd.

## Risikofaktorer for hjertekarsygdomme (CVD/CHD)

Vi fandt, som Robertson et al., at der var overlap mellem studier omhandlende CVD-risikofaktorer og studier med fokus på kost og fysisk aktivitet. Robertson et al. (1), identificerede to studier (22,33) omhandlende kost- og fysisk aktivitetsinterventioner målrettet forbedring af CVD-risikofaktorer. Et RCT (22) ( $n=66$ ,  $KV=2$ ) fandt, at moderate ændringer af hhv. kost eller motion som følge af to arbejdspladsbaserede interventionsprogrammer var effektive i at reducere CVD-risikofaktorer (fx vægttab, abdominal fedme  $p < 0,0001$ ). Det var dog ikke muligt at afgøre, hvorvidt den ene intervention var mere effektiv end den anden. Et CBA (33) ( $KV=3$ ) fandt, da det sammenlignede to adfærsinterventioner (stresshåndtering versus undervisning), med henblik på at reducere risikofaktorerne for CVD hos ældre mænd, at stresshåndtering havde signifikant større effekt end undervisning på flere risikofaktorer (vægt ( $p < 0,001$ ), BMI ( $p < 0,001$ )), intraabdominalt fedt, subkutant fedt, total kolesterol ( $p < 0,001$ ), LDL-kolesterol ( $p < 0,001$ ), triglycerider ( $p < 0,01$ ), konditionstal ( $p < 0,001$ ), systolisk og diastolisk blodtryk ( $p < 0,05$ )). Den supplerende litteratursøgning identificerede et studie af de Geus et al. (5), ( $KV=2$ ) som fandt, at en etårig ”cykel til arbejde”-intervention var delvis effektiv i at reducere koronare risikofaktorer hos voksne mænd og kvinder i Belgien. Resultater foreligger i studiet for hhv. mænd og kvinder, hvorfor det er muligt at afrapportere resultater for mænd. Det er imidlertid ikke muligt at angive, hvor stor en andel i studiepopulationen ( $n=80$ ), som er mænd, hvilket er en svaghed.

Indenfor reduktion af risikofaktorer for CVD synes stresshåndtering mere effektivt end undervisning, ligesom det er værd at bemærke, at arbejdspladsen også optræder som en mulig arena for forebyggelsesinterventioner inden for dette emne.

## Screening for prostatakræft

De fleste studier, dvs. ti RCT, tre quasi-RCT, to CBA<sup>14</sup> i Robertson et al.’s oversigt var indenfor dette emne (1). I samtlige studier indgik forskellige former for interventioner (video, mundtlig og skriftlig information) med fokus på information til mænd om pro-

14 Se KV og studiedesign for de enkelte studier i bilag 3.

statakræft og screening. 11 interventioner havde fokus på viden om prostatakræft og var effektive i at øge mændenes viden signifikant (18,23,24,27-30,34,36,37,39).

En anden intervention var desuden effektiv i at fremme mændenes egen aktive rolle i beslutningen om at lade sig screene eller ej. Interventionerne var ligeledes med til at mindske mændenes niveauer af beslutningskonflikt<sup>15</sup> (23). Dvs. at de var mere sikre i deres valg om at lade sig screene eller ej. Syv studier fandt, at intervention (grundet øget viden) mindskede sandsynligheden for screening/PSA<sup>16</sup>-test (18,24,27,29,30,34,36).

Tre studier fandt, at der ikke var signifikant forskel på screeningsadfærd mellem intervention- og kontrolgruppe (25,28,39) mens to studier fandt, at interventioner, hvor interventionsgruppen fik mere information om screening for prostatakræft end kontrolgruppen (fx fik kontrolgruppen blot en invitation til deltagelse, mens interventionsgruppen fik invitation samt en pjec og telefonliste med kontakter (26)), var effektive i at øge deltagelse i prostatakræftscreening (26,38). Fem nyere studier om prostatakræft blev identificeret i den supplerende litteratursøgning. Et CBA (13,15) (KV=3), et quasi-RCT (14) (KV=3) og tre RCT'er (6) (et stk. KV=1, to stk. KV=3). Stephens et al. (6) (n=400) var som det eneste studie i den supplerende litteratursøgning af stærk kvalitet. Interventionen bestod her af et beslutningsstøtteredskab (decision aid) designet til at fremme informeret beslutningstagning inden for prostatakræftscreening. Interventionen var effektiv i at øge viden hos deltagerne ( $p < 0,001$ ) og mindskede dermed niveauet af beslutningskonflikt. De øvrige studier havde som i Robertson et al. (1) fokus på effekt af forskellige typer information (video, brochure/pjecer). Tre studier fandt, som Stephens et al., at et beslutningsstøtteredskab (15,16) eller anden form for intervention (14) øgede viden om prostatakræftscreening ( $p < 0,0001$ ). Et studie fandt, at interventionen ikke ændrede screeningsdeltagelse signifikant mellem grupperne (16), og to studier fandt, at intervention øgede screeningsdeltagelse eller overvejelser herom (13,15).

Interventioner med fokus på viden om prostatakræft er således effektive i at øge vidensniveauer. Endvidere kan sådanne interventioner mindske mænds niveauer af beslutningskonflikt. I den forbindelse skal det nævnes, at hovedparten (16 af 21) af de inkluderede studier er fra USA, hvor holdningen til prostatascreening er anderledes positiv end i Danmark, hvor man i overensstemmelse med det seneste cochrane-review (8) ikke anbefaler screening.

## Screening for testikelkræft

Robertson et al. (1) identificerede to studier om selvundersøgelse af testiklerne (40,41) (KV=3). I det ene studie (40) (n=159) blev interventionsgruppen instrueret i at formulere specifikke planer for, hvor og hvornår de ville foretage en selvundersøgelse. I interventionsgruppen var selvrapporateret selvundersøgelse signifikant højere end i kontrolgruppen (65 % (n=30) vs. 40 % (n=12)) ( $p < 0,05$ ). Der var ingen forskel i gruppernes

15 Beslutningskonflikt er defineret som personlig usikkerhed over for, hvilken beslutning man skal tage, når valget mellem konkurrerende muligheder indebærer risici, fortrydelse eller udfordrer personlige værdier (47).

16 Prostata-specifik antigen test.



fremtidige intentioner i forhold til selvundersøgelse. I et andet studie (41) (n=835) blev der uddelt information på arbejdspladser og forskellige fritidssteder for at øge viden om selvundersøgelse.

Efter interventionen blev det målt, hvor stor en procentdel af testdeltagerne, som undersøgte deres testikler regelmæssigt. I interventionsgruppen var der signifikant øget viden (p=0,001) om selvundersøgelse og andelen som angav at foretage selvundersøgelse steg fra 58,4 % til 68,3 % (p=0,006), mens niveauet blandt kontrolgruppen ikke i væsentlig grad ændrede sig. Nærværende litteraturgennemgang fandt ingen nye studier i denne kategori.

Interventioner med fokus på selvundersøgelse synes altså at være effektive i at øge mænds selvundersøgelsesadfærd, ligesom øget viden om testikelkræft kan øge denne adfærd.

## Screening

Et studie (42) (n=5677, KV=3) fra det tidligere litteraturstudie evaluerede effektiviteten af patient og/eller læge interventioner (også målrettet partnere) for at øge mænds brug af screening. Personlig kommunikation som inkluderede uddannelse for mænd kombineret med et patientspecifikt reminder-system for praktiserende læger, førte til en signifikant forbedring i antallet af mænd som benyttede screeningstilbud. Endvidere viste resultaterne, at kommunikation med mandens pårørende i hjemmet kombineret med det patientspecifikke reminder-system var signifikant associeret med øget deltagelse i de tilbudte screeninger (42). Der fandtes ingen signifikant indflydelse på andelen af mænd, som lod sig screene for kolorektalkræft. Nærværende litteraturgennemgang fandt ingen studier i denne kategori.

## Hudkræft

Robertson et al. fandt et RCT af Youl et al. (43), og den nye litteraturgennemgang har suppleret med et RCT af Stock et al. (7) (KV hhv.=3 og 2). Studiet af Youl et al. (43) (n=1322) vurderede effekten af to måder (et personligt brev eller et personligt brev samt en farvestrålende brochure) til at opfordre mænd til at deltage i screening. Overordnet var der ingen forskel i deltagelsesraterne blandt de to grupper, men brevet samt brochuren øgede deltagelsesraten blandt yngre mænd.

Et andet (7) studie undersøgte virkningen blandt 148 udendørs-arbejdere af at modtage eller ikke modtage et UV-foto af deres ansigter suppleret med enten et aldrings-foto eller en undervisningsvideo om hudkræft. Deltagerne i UV-foto- og kræftinformations-grupperne rapporterede ved etårs follow-up, at de tænkte mere over at benytte solbeskyttelse end før interventionen. Studiet viser, at effektive solbeskyttelses-interventioner overfor mandlige udendørs-arbejdere kan hjælpe med at reducere risikoen for hudkræft.

## Alkohol

Et finsk studie af Karlsson et al. (44) blev identificeret i det tidligere litteraturstudie. Dette CBA (KV=3) evaluerer værdien af en selvhjælps-brochure til at støtte mænd i selv at kontrollere deres alkoholindtag.

Overordnet fandtes der ingen signifikante forandringer i drikkemønster eller alkoholindtag. Dog var der tendens til et faldende alkoholforbrug i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen. Det konkluderes dog i studiet, at selvhjælpsinterventioner kan være med til at reducere mænds alkoholindtag. Blandt mænd med overforbrug fandtes en signifikant reduktion i ”Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT) (44).

I den supplerende litteraturgennemgang fandtes et studie af Carey og Henson (4) (KV=2), som undersøgte effekten af en kortfattet motivationsintervention og et computerbaseret program for reduktion af alkoholforbrug. Mændene i interventionsgruppen ændrede ikke deres risikoadfærd i forhold til kontrolgruppen og forfatterne konkluderede, at mænd i forhold til kvinder har mindre sandsynlighed for at reducere deres alkoholforbrug og konsekvenser heraf efter nogen form for intervention.

## Metaboliske risikofaktorer

Anderssen et al. (9) undersøgte effekten af en etårig intervention med fokus på kost og fysisk aktivitet på metabolisk syndrom hos midaldrende mænd (n=137) i Norge, og fandt, at både en kombination af kost og fysisk aktivitet ( $p < 0,0001$ ) og kostintervention alene ( $p < 0,023$ ) reducerede det metaboliske syndrom hos mænd sammenlignet med kontrolgruppen. Sillanpää et al. (17) sammenlignede effekten af 21 ugers kombineret høj-intensitets styrke- og udholdenhedsprogram med kun udholdenheds- eller styrketræning på metaboliske risikofaktorer.

Studiet fandt frem til, at både styrke- og udholdenhedstræning kan forbedre metabolisk sundhed moderat hos relativt magre, ældre mænd med normal glukose tolerance. Kombineret styrke- og udholdenhedstræning betød ikke flere fordele på risikofaktorer for metabolisk syndrom.

Både fokus på kost og fysisk aktivitet alene eller i kombination synes således at have en virkning i forhold til at reducere metaboliske risikofaktorer hos mænd.



## Diskussion

Nærværende litteratursøgning fremkom med 1336 studier med et indekseret abstract. Mange studier blev dog ekskluderet på baggrund af designs, der ikke opfyldte inklusionskriterierne. Det drejede sig om studier som: fokuserede på mænd og kvinder uden at opdele resultaterne på køn, omfattede en aldersgruppe udenfor inklusionskriterierne samt en del studier, der omhandlede mænds seksuelle sundhed. Således kom litteratursøgningen til at inkludere i alt 13 artikler.

I forhold til, at dette supplerende litteraturstudie har søgt efter artikler der var publiceret i en periode af fem år og det allerede eksisterende litteraturstudie af Robertson et al. (1) søgte efter artikler publiceret på en periode på ti år, og at de to litteraturstudier hhv. har identificeret 13 og 27 artikler, kan det konstateres, at der har været en pæn stigning i publiceret litteratur med nærværende litteraturstudies fokus. Ligesom i Robertson et al. (1) viser denne litteratursøgning, at emnet om screening for prostatakræft har haft størst bevågenhed. Igen skal det dog nævnes, at hovedparten af studierne er fra USA, hvor holdningen til screening for prostatakræft er anderledes end i Europa og i Danmark, hvor det ikke anbefales at screene for prostatakræft.

Således udgør studier om dette emne en tredjedel af samtlige studier i nærværende litteraturstudie og samlet for begge litteraturstudier udgør studierne om prostatakræft godt halvdelen af samtlige inkluderede studier. Studierne har primært fokus på beslutningsprocesserne vedrørende valget om at blive screenet eller ej.

## Teori

Jackson og Waters (2) fremhæver, i deres artikel omhandlende kriterier for litteraturstudier af høj kvalitet, at interventioner mere sandsynligt er effektive, hvis de er teoribaserede. Der er i litteraturstudiet identificeret 15 ud af samtlige 40 studier, som direkte beskriver brug af teori, hvilket kun svarer til lidt over en tredjedel af det samlede antal studier. Robertson et al. (1) identificerede flere teoribaserede studier i deres gennemgang, end der er identificeret i gennemgangen af deres inkluderede artikler. Dette skyldes formentlig, at der i studiet af Robertson et al. (1) accepteres en mere indirekte brug af teori, fx at mange af studierne omhandlende prostatakræft formentlig benytter sig af beslutningsteori. Da dette ikke er direkte beskrevet i artiklerne, hvorvidt der benyttes beslutningsteori som baggrund for de anvendte interventioner, er de dog ikke i nærværende litteraturgennemgang medtaget som teoribaserede<sup>17</sup>. Omkring en tredjedel af studierne i begge litteraturgennemgange hver for sig, er teoribaserede. Altså ingen fremgang på dette område på trods af, at der er kommet større fokus på vigtigheden af teoretiske rammer for interventioner, særligt inden for folkesundhedsområdet (2). De benyttede teorier i studierne er; The Transtheoretical Model of Change, The Stages of Change Model, The Preventive Health Model, The Health Belief Model, Theory of Reasoned Action, Socialkognitiv teori, teori om imple-

<sup>17</sup> Nærværende brug af et valideret kvalitetsvurderingsredskab gør også, at vi følger dette redskabs forskrifter. Det er ikke i dette redskab tilladt at antage, at studier eksempelvis benytter sig af teori. Det må kun medtages i vurderingen, hvis det direkte beskrevet i den pågældende artikel.

menteringsintentioner, teori om målfokuseret adfærd, teori om beslutningskonflikt og teoretiske overvejelser om sammenhæng mellem individkarakteristika for neurokognitive evner.

## Opfølgning (follow-up) efter interventionens ophør

I alt 11 studier, heraf fem fra 2005 til 2010 (4,7,9,10,13,15) og seks fra før 2005 (19,27,29,30,32,39,44), måler på den mere langvarige effekt af en intervention efter dens ophør. De fleste af de studier som rapporterer follow-up, rapporterer et års follow-up. Under en fjerdedel af de tidligere studier måler dette mod en tredjedel blandt de seneste.

Da det kun er en meget lille del af studierne, der rapporterer om mulig effekt efter interventionens ophør, og dette desuden ikke gøres inden for hver emnekategori, er det ikke muligt at konkludere, hvorvidt interventionernes effekter er vedvarende. Viden om interventioners effekt efter interventionens ophør er vigtig at have (2), særligt også for kommunale beslutningstagere, som har behov for denne form for viden, for at kunne prioritere deres ressourcer effektivt. Derfor havde det været ønskeligt, at flere studier rapporterede en opfølgning.

## Studiernes overførbare til danske forhold

Resultaterne fra langt de fleste studier synes, som det fremgår af bilag 3, at kunne overføres til danske forhold. Fra start blev alle studier fra udviklingslande ekskluderet for at sikre en vis overførbare. Flere forhold spiller dog ind: Nogle af de beskrevne effektive interventioner er sandsynligvis afhængige af den kontekst, der findes i det pågældende land, studiet er gennemført i og kan ikke overføres uden forbehold til danske forhold. Den viden studierne bidrager med, er dog stadig relevant, og således bør man i stedet være særlig opmærksom på de kontekstafhængige faktorer, så som fx den pågældende arena, hvor interventionen er afprøvet, der påvirker interventionens effekt, for at kunne tage højde for dem, når man søger at gennemføre en given indsats i Danmark.

Særligt indenfor studierne omhandlende screening for prostatakræft var mange af studiedeltagerne afrikansk-amerikanske mænd, og det kan ikke vides, om resultatet af lignende interventioner ville blive anderledes blandt danske mænd. Emnet er kontroversielt, og det er uvist, om studierne fra USA (16 ud af 21) overhovedet har relevans i en dansk kontekst, fordi der ikke screenes for prostatakræft i Danmark. Endvidere er der eksempler på kirkebaserede interventioner (14), hvilket er en interventionskontekst, som ikke i samme grad, som det er relevant i Nordamerika, synes relevant for danske forhold. En yderligere begrænsning ved studierne er studiepopulationernes størrelser (se næste afsnit).

## Om kvalitetsvurderingen

I alt scorede to studier KV=1, 18 studier KV=2 og 20 studier KV=3. Dette på trods af, at langt størstedelen af de inkluderede studier (28 studier) er RCT'er. Overordnet set har studierne fået en gennemsnitlig ranking på 2,5 svarende til moderat til svag kvali-

tet. Det er en lav ranking, og studierne resultater skal derfor også tolkes derefter. Optimalt set burde man udelukkende have inkluderet studier med KV=1 (45). Idet der kun fandtes meget få stærke studier i litteraturen, har dette dog ikke været muligt at opretholde.

En af årsagerne til, at så mange studier scorer så middelmådigt skal findes i, at de fleste studier særligt inden for nogle områder af kvalitetsvurderingen ofte scorer moderat til svag i bedømmelsen. Særligt inden for komponenten ”selektionsbias”<sup>18</sup> i kvalitetsvurderingen (del a i kvalitetsvurderingsskemaet, se bilag 1), hvor studierne udvælgelse og inklusion af studiedeltagere bedømmes, var der ofte tale om knap så stor sandsynlighed for, at studiepopulationen var en god repræsentation for målpopulationen. Dette dels fordi der i flere studier var tale om deltagere, som enten var henvist til undersøgelsen andetsteds fra eller som frivilligt valgte at deltage. Se mere om kvalitetsvurderingen i bilag 1.

I forhold til kvalitetsvurderingen skal det samtidig nævnes, at ud af de 27 gamle studier har kun fire studier en population på 100 personer eller derunder (21-23,33), og den gennemsnitlige studiepopulationsstørrelse er på 882 deltagere. I de 13 nyere studier, er der en væsentlig større andel mindre studier, med seks studier under en studiepopulation på 100 personer (5,10-12,14,17). Den gennemsnitlige populationsstørrelse i de nye studier er 204, og således er det generelle billede, at det er de ældre studier, som generelt har en større population og derfor større mulighed for at påvise en evt. effekt (lave risiko for type 2 fejl).

## Trends for fremtidig udvikling

### Hvad ved vi i dag om effektive forebyggelsesinitiativer?

Generelt identificerede nærværende litteraturgennemgang få studier inden for hvert enkelt emne, og disse primært af moderat til svag kvalitet, hvilket betyder, at vidensmængden inden for specifikke emner til stadighed er mangelfuld, når det gælder forebyggelsesinterventioner målrettet mænd. Det er således ikke til at fastslå, at der er solid evidens for de effektive indsatser refereret i dette litteraturstudie, men derimod, at litteraturen, som den foreligger på nuværende tidspunkt, indikerer, at der eksisterer flere effektive indsatser til forbedring af mænds sundhed.

På trods af at størstedelen af studierne i denne gennemgang udelukkende har mænd som målgruppe, er der i mange tilfælde ikke tale om interventioner, som er designet udelukkende med mænd for øje (kønsspecifikke). Således kan det ud fra denne gennemgang ikke fastslås, hvorvidt disse interventioner udelukkende virker for mænd, men derimod blot, at de er effektive overfor mænd som målgruppe. I forhold til kommuner og almen praksis’ arbejde med metoder, der fremmer tidlig opsporing af mænds risikofaktorer og sygdomme, bidrager litteraturstudiet således med viden om flere gene-

18 I kvalitetsvurderingsskemaet benyttes overskriften ”selektionsbias” om følgende to spørgsmål: 1) er det sandsynligt, at de individer, som er udvalgt til at deltage i det pågældende studie er repræsentative for målpopulationen samt 2) Hvor stor en procentdel af de udvalgte individer indvilliger i at deltage (se bilag 1).



relle interventioner, som er effektive indsatser overfor mænd, men som ikke nødvendigvis er forbeholdt mænd.

Der eksisterer dog særligt et mandsspecifikt emne, prostatakræft, hvor der eksisterer en stor mængde viden om effektive forebyggelsesindsatser. Af litteraturen ses det, at almen praksis har en særlig rolle inden for dette område (16,23-30,34-36,38,39). Det er muligt at gøre brug af forskellige former for kommunikation (video, mundtlig og skriftlig kommunikation) for effektivt at øge mænds viden om fordele og ulemper ved prostatascreening og således sikre, at beslutning om screening foretages på et informeret grundlag. Disse forskellige effektive interventionsmuligheder er endvidere med til at pege på, at mænd synes at blive lydhøre overfor opmærksomhedspunkter omkring deres sundhed, når ting kommunikerer og konkretiseres for dem. Dette er vigtigt for kommunerne at være opmærksomme på i deres igangsættelse af indsatser målrettet mænd.

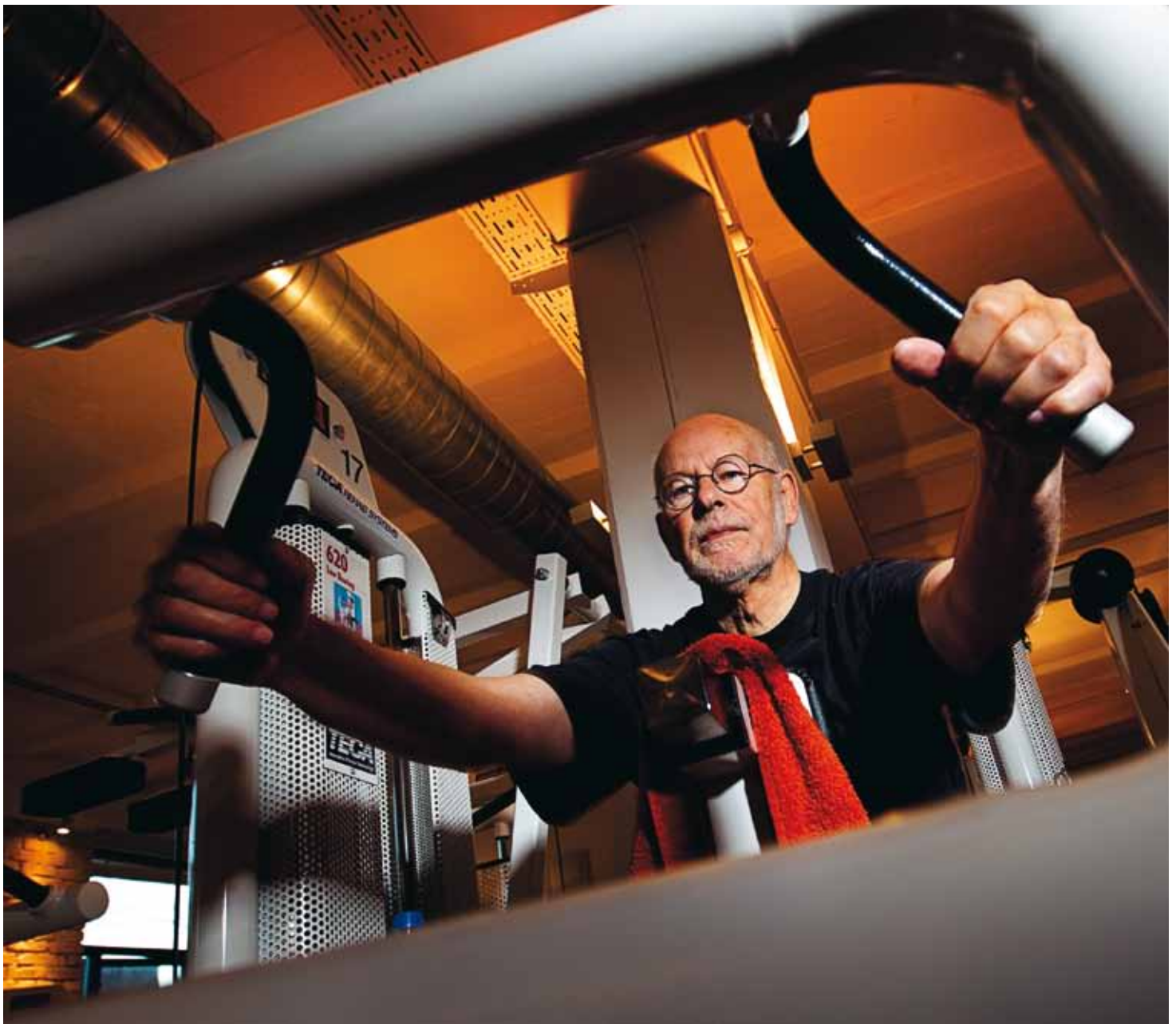
Desuden fremstår interventioner med fokus på selvundersøgelse oplagte i forhold til at forbedre mænds sundhedsadfærd inden for eksempelvis testikelkræft. Litteraturen viser desuden, at kommunerne særligt kan komme på banen, når det gælder livsstilsinterventioner over for eksempelvis rygning (31), alkohol (44) og kost og fysisk aktivitet. Særligt kost- og fysisk aktivitetsinterventioner synes effektfulde inden for flere risikogrupper såsom indsatser overfor risikofaktorer for hjertekarsygdomme (33) (17). Kommunerne kan dels vælge at benytte sig af lokale medier og andre kommunikationsformer i form af oplysningskampagner, men kan desuden også vælge at tilbyde undervisnings- og træningsindsatser til folk i lokalområdet. Desuden synes det oplagt, at der i kommunen overvejes muligheder for samarbejde med arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner mv., idet fundene i nærværende litteraturstudie antyder, at også disse arenaer er oplagte og effektive steder for forebyggelsesinitiativer, både når det drejer sig om mere generel sundhedsfremme (kost og motion) (11,21,32) eller specifikke sygdomme (testikelkræft, hudkræft mv.) (7,41). Rekruttering af mænd til sundhedsindsatser kan være en udfordring, hvilket er med til at understrege vigtigheden af, at dette udføres i en velegnet arena. I bilag 4 findes en oversigt over arenaerne for de forskellige identificerede interventioner i litteraturen (se bilag 4). Denne er relevant for kommuner, idet det her fremgår, hvilke identificerede interventioner, der er effektive hvor. Det er endvidere vigtigt at overveje, når fokuset er på mænds sundhed, at konteksten for interventioner i sig selv kan have betydning for mænds deltagelse, og således have betydning for, om der ses effekt af interventionen eller ej. Det er således vigtigt, at intervention foregår i en kontekst, som mænd er trykke ved eller desuden er acceptabel.

Afslutningsvist skal det siges, at viden om mænds sundhed stadig er et forholdsvis nyt interesseområde i forskningsøjemed. Der er fortsat behov for studier med store studiepopulationer, således at der i fremtiden kan produceres endnu mere evidens for, og viden om effektive forebyggelsesinitiativer overfor denne gruppe. I forlængelse heraf er det vigtigt, at også kommunerne bidrager med viden fra de interventioner, de sætter i gang lokalt. Det er samtidig vigtigt, at kommunerne så vidt muligt baserer deres tiltag på allerede eksisterende viden fra forskning, og at de evaluerer igangsatte indsatser, så viden om interventionernes effektivitet i en dansk kontekst øges.



### Begrænsninger ved studierne i dette litteraturstudie

Størstedelen af studierne rapporterede effektive interventioner, men publikationsbias er en mulighed, da studier med signifikant positive resultater mere sandsynligt publiceres end studier med ikke-signifikante eller negative resultater (46). I dette studie er der udelukkende medtaget RCT'er og kontrollerede før- og efter studier, og der findes derfor sandsynligvis en stor mængde litteratur på området, som ikke indgår i dette litteraturstudie. Fx kunne kvalitative studier bidrage med megen interessant viden, men ikke når hensigten er at måle på interventioners effektivitet, hvilket har været fokus i nærværende litteraturgennemgang.





## Konklusion

Robertson et al. (1) konkluderede, at det meste af den eksisterende viden relaterer sig til mandsspecifikke sundhedsproblemer, såsom tidlig opsporing af prostatakraft, modsat generelle helbredsbekymringer, som er relevante for både mænd og kvinder. Endvidere kan det ikke ud fra reviewet konkluderes, at det at målrette interventioner mod mænd virker bedre end at skabe tilbud for befolkningen som helhed (1).

Ovenstående konklusion understøttes af nærværende litteraturstudie, idet det på samme vis findes, at det største antal studier findes inden for prostatakraftscreening. Dog tilføjer denne litteratursøgning samtidig nye emner, og tilføjer nye studier til eksisterende emner identificeret af Robertson et al. (1). Der har således været en stigning i publiceret litteratur med nærværende litteraturstudies fokus. Man kan derfor konkludere, at evidensgrundlaget for forebyggelsesindsatser overfor mænd er voksende. Da det kun er en meget lille del af studierne, der har vurderet eventuelle effekter efter interventionens ophør, er det således ikke muligt at konkludere, hvorvidt interventionernes effekter er vedvarende.

Inden for de enkelte emner er det muligt at fremhæve interventioner, som synes at virke overfor mænd. Fx synes selvhjælpsmanualer, video- og andet informationsmateriale at være brugbare rygestop-interventioner overfor mænd. Der er identificeret effektive interventioner med fokus på kost og fysisk aktivitet, både som mål i sig selv, men også som middel til at sætte ind over for andre sygdomme. Kombinationen af kostvejledning og kolesterolmåling fremstår effektiv i at reducere fedtindtag hos mænd, og der kan også peges på en effekt af at benytte internetbaserede vægttabsinterventioner. Arbejdspladser fremstår endvidere som mulige arenaer for sundhedsfremmeinterventioner over for mænd, både i forhold til forbedret kost og fysisk aktivitet, men også inden for reduktion af risikofaktorer for hjertekarsygdomme. Også når fokus er på at reducere metaboliske risikofaktorer hos mænd, fremstår interventioner med kost og fysisk aktivitet, alene eller i kombination, effektive.

For prostatakraft er interventioner med fokus på at øge viden om denne sygdom effektive i at øge vidensniveauer. Endvidere kan sådanne interventioner mindske mænds niveauer af beslutningskonflikt. Interventioner med fokus på selvundersøgelse kan fremhæves inden for testikkelkraft.

Screeningsadfærd synes at kunne påvirkes gennem personlig kommunikation fra praktiserende læge (via et patientspecifikt remindersystem) til mænd, og gerne med involvering af mænds pårørende i hjemmet. Inden for hudkraft synes visuelle interventioner at være mere oplagte i forhold til at ændre mænds risikoadfærd end rent skriftlig information.

Et fund i nærværende litteraturstudie er, at de fleste studier indeholder interventioner, som umiddelbart set synes overførbare til danske forhold. Dog stadig med det forbehold, at kontekstafhængige faktorer kan have afgørende betydning for interventioners

effekt. Derfor er det også afgørende for kommunerne at dokumentere effekten af de interventioner, de igangsætter i en dansk kontekst.

På baggrund af nærværende litteraturstudie kan det således konkluderes, at der eksisterer flere effektive indsatser til forbedring af mænds sundhed. Det er dog ikke til at fastslå, at der er solid evidens for disse indsatser, og derfor er der stadig behov for flere og større undersøgelser.

Endvidere er det ikke muligt at konkludere, at det at målrette interventioner mod mænd virker bedre end at skabe tilbud for alle. Således er der til stadighed behov for mere viden på området for mænds sundhed.



## Referenceliste

- (1) Robertson LM, Douglas F, Ludbrook A, Reid G, van Teijlingen E. What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC Health Serv.Res.* 2008 Jul 3;8:141.
- (2) Jackson N, Waters E, Guidelines for Systematic Reviews in Health Promotion and Public Health Taskforce. Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. *Health.Promot.Int.* 2005 Dec;20(4):367-374.
- (3) Thomas BH, Ciliska D, Micucci S, Dobbins M. Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. 2009; Available at: [www.hamilton.ca/ephpp](http://www.hamilton.ca/ephpp). Accessed 06/01, 2010.
- (4) Carey KB, Henson JM, Carey MP, Maisto SA. Computer versus in-person intervention for students violating campus alcohol policy. *J.Consult.Clin.Psychol.* 2009 Feb;77(1):74-87.
- (5) de Geus B, Van Hoof E, Aerts I, Meeusen R. Cycling to work: influence on indexes of health in untrained men and women in Flanders. Coronary heart disease and quality of life. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 2008 08;18(4):498-510.
- (6) Stephens RL, Xu Y, Volk RJ, Scholl LE, Kamin SL, Holden EW, et al. Influence of a patient decision aid on decisional conflict related to PSA testing: a structural equation model. *Health Psychol.* 2008 11;27(6):711-721.
- (7) Stock ML, Gerrard M, Gibbons FX, Dykstra JL, Weng CY, Mahler HI, et al. Sun protection intervention for highway workers: long-term efficacy of UV photography and skin cancer information on men's protective cognitions and behavior. *Ann.Behav. Med.* 2009 Dec;38(3):225-236.
- (8) Ilic D, O'Connor D, Green S, Wilt TJ. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
- (9) Anderssen SA, Carroll S, Urdal P, Holme I. Combined diet and exercise intervention reverses the metabolic syndrome in middle-aged males: Results from the Oslo Diet and Exercise Study. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 2007 Dec;17(6):687-695.
- (10) Fatouros IG, Kambas A, Katrabasas I, Nikolaidis K, Chatzinikolaou A, Leontsini D, et al. Strength training and detraining effects on muscular strength, anaerobic power, and mobility of inactive older men are intensity dependent. *Br.J.Sports Med.* 2005 10;39(10):776-780.
- (11) Lubans DR, Morgan PJ, Collins CE, Warren JM, Callister R. Exploring the mechanisms of weight loss in the SHED-IT intervention for overweight men: A medi-

ation analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2009;6 No:Art 76-8.

(12) Walsh J, Bell C, Maher V. A comparison of medium- and high-intensity, 8-week cardiac rehabilitation programmes in low-risk males. *PHYS THER REV* 2006 09;11(3):226-226.

(13) Driscoll DL, Rupert DJ, Golin CE, McCormack LA, Sheridan SL, Welch BM, et al. Promoting prostate-specific antigen informed decision-making. Evaluating two community-level interventions. *Am.J.Prev.Med.* 2008 Aug;35(2):87-94.

(14) Holt CL, Wynn TA, Litaker MS, Southward P, Jeames S, Schulz E. A comparison of a spiritually based and non-spiritually based educational intervention for informed decision making for prostate cancer screening among church-attending African-American men. *Urologic Nursing* 2009 Jul-Aug;29(4):249-258.

(15) Taylor KL, Davis JL, 3rd, Turner RO, Johnson L, Schwartz MD, Kerner JF, et al. Educating African American men about the prostate cancer screening dilemma: a randomized intervention. *Cancer Epidemiol.Biomarkers Prev.* 2006 Nov;15(11):2179-2188.

(16) Watson E, Hewitson P, Brett J, Bukach C, Evans R, Edwards A, et al. Informed decision making and prostate specific antigen (PSA) testing for prostate cancer: a randomised controlled trial exploring the impact of a brief patient decision aid on men's knowledge, attitudes and intention to be tested. *Patient Educ.Couns.* 2006 Nov;63(3):367-379.

(17) Sillanpaa E, Hakkinen A, Punnonen K, Hakkinen K, Laaksonen DE. Effects of strength and endurance training on metabolic risk factors in healthy 40-65-year-old men. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 2009 Dec;19(6):885-895.

(18) Gattellari M, Ward JE. A community-based randomised controlled trial of three different educational resources for men about prostate cancer screening. *Patient Educ. Couns.* 2005 May;57(2):168-182.

(19) Pallonen UE, Leskinen L, Prochaska JO, Willey CJ, Kaariainen R, Salonen JT. A 2-year self-help smoking cessation manual intervention among middle-aged Finnish men: an application of the transtheoretical model. *Prev.Med.* 1994 Jul;23(4):507-514.

(20) Stanton WR, Lowe JB, Moffatt J, Del Mar CB. Randomised control trial of a smoking cessation intervention directed at men whose partners are pregnant. *Prev. Med.* 2004 Jan;38(1):6-9.

(21) Williams DR, Lewis NM. Effectiveness of nutrition counseling in young adult males. *Nutr Res* 2002;22(8):911-917.



- (22) Pritchard JE, Nowson CA, Billington T, Ward JD. Benefits of a year-long workplace weight loss program on cardiovascular risk factors. *Nutrition & Dietetics: Journal of the Dietitians Association of Australia* 2002;59(2):87-96.
- (23) Davison BJ, Kirk P, Degner LF, Hassard TH. Information and patient participation in screening for prostate cancer. *Patient Educ.Couns.* 1999 Jul;37(3):255-263.
- (24) Frosch DL, Kaplan RM, Felitti VJ. A randomized controlled trial comparing internet and video to facilitate patient education for men considering the prostate specific antigen test. *J.Gen.Intern.Med.* 2003 Oct;18(10):781-787.
- (25) Hammond CS, Wasson JH, Walker-Corkery E, Fowler FJ, Barry MJ. A frequently used patient and physician-directed educational intervention does nothing to improve primary care of prostate conditions. *Urology* 2001 Dec;58(6):875-881.
- (26) Myers RE, Chodak GW, Wolf TA, Burgh DY, McGrory GT, Marcus SM, et al. Adherence by African American men to prostate cancer education and early detection. *Cancer* 1999 Jul 1;86(1):88-104.
- (27) Partin MR, Nelson D, Radosovich D, Nugent S, Flood AB, Dillon N, et al. Randomized trial examining the effect of two prostate cancer screening educational interventions on patient knowledge, preferences, and behaviors. *J.Gen.Intern.Med.* 2004 Aug;19(8):835-842.
- (28) Schapira MM, VanRuiswyk J. The effect of an illustrated pamphlet decision-aid on the use of prostate cancer screening tests. *J.Fam.Pract.* 2000 May;49(5):418-424.
- (29) Volk RJ, Cass AR, Spann SJ. A randomized controlled trial of shared decision making for prostate cancer screening. *Arch.Fam.Med.* 1999 Jul-Aug;8(4):333-340.
- (30) Volk RJ, Spann SJ, Cass AR, Hawley ST. Patient education for informed decision making about prostate cancer screening: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Ann.Fam.Med.* 2003 May-Jun;1(1):22-28.
- (31) Jenkins CN, McPhee SJ, Le A, Pham GQ, Ha NT, Stewart S. The effectiveness of a media-led intervention to reduce smoking among Vietnamese-American men. *Am.J.Public Health* 1997 Jun;87(6):1031-1034.
- (32) Cook C, Simmons G, Swinburn B, Stewart J. Changing risk behaviours for non-communicable disease in New Zealand working men--is workplace intervention effective? *N.Z.Med.J.* 2001 Apr 27;114(1130):175-178.
- (33) McCrone SH, Brendle D, Barton K. A multibehavioral intervention to decrease cardiovascular disease risk factors in older men. *AACN Clin.Issues* 2001 Feb;12(1):5-16.

- (34) Flood AB, Wennberg JE, Nease RF, Jr, Fowler FJ, Jr, Ding J, Hynes LM. The importance of patient preference in the decision to screen for prostate cancer. Prostate Patient Outcomes Research Team. *J.Gen.Intern.Med.* 1996 Jun;11(6):342-349.
- (35) Myers RE, Daskalakis C, Cocroft J, Kunkel EJ, Delmoor E, Liberatore M, et al. Preparing African-American men in community primary care practices to decide whether or not to have prostate cancer screening. *J.Natl.Med.Assoc.* 2005 Aug;97(8):1143-1154.
- (36) Ruthman JL, Ferrans CE. Efficacy of a video for teaching patients about prostate cancer screening and treatment. *Am.J.Health Promot.* 2004 Mar-Apr;18(4):292-295.
- (37) Summer S, Dolan A, Thompson V, Hundt GL. Prostate health awareness - promoting men's health in the workplace. *Men's health Journal* 2002;1(5):146-148.
- (38) Weinrich SP, Boyd MD, Weinrich M, Greene F, Reynolds WA, Jr, Metlin C. Increasing prostate cancer screening in African American men with peer-educator and client-navigator interventions. *J.Cancer Educ.* 1998 Winter;13(4):213-219.
- (39) Wilt TJ, Paul J, Murdoch M, Nelson D, Nugent S, Rubins HB. Educating men about prostate cancer screening. A randomized trial of a mailed pamphlet. *Eff.Clin. Pract.* 2001 May-Jun;4(3):112-120.
- (40) Steadman L, Quine L. Encouraging young males to perform testicular self-examination: a simple, but effective, implementation intentions intervention. *Br.J.Health. Psychol.* 2004 Nov;9(Pt 4):479-487.
- (41) McCullagh J, Lewis G, Warlow C. Promoting awareness and practice of testicular self-examination. *Nurs.Stand.* 2005 Aug 31-Sep 6;19(51):41-49.
- (42) Holland DJ, Bradley DW, Khoury JM. Sending men the message about preventive care: an evaluation of communication strategies. *INT J MENS HEALTH* 2005 2005;4(2):97-114.
- (43) Youl PH, Janda M, Lowe JB, Aitken JF. Does the type of promotional material influence men's attendance at skin screening clinics? *Health.Promot.J.Austr* 2005 Dec;16(3):229-232.
- (44) Karlsson T, Raitasalo K, Holmila M, Koski-Jannes A, Ollikainen H, Simpura J. The impact of a self-help pamphlet on reducing risk drinking among 30- to 49-year-old men in Helsinki, Finland. *Subst.Use Misuse* 2005;40(12):1831-1847.
- (45) Thomas H, Fitzpatrick-Lewis D, Rideout E, Muresan J. What is the effectiveness of community-based/primary care interventions in reducing obesity among adults in the general population? 2008.

(46) Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG. Analysing and presenting results. In: Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. 4.2.6 ed.; 2008.

(47) LeBlanc A, Kenny DA, O'Connor AM, Legare F. Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to shared decision making. *Med.Decis.Making* 2009 Jan-Feb;29(1):61-68.

(48) Juul, S. *Epidemiologi og evidens*. Munksgaard Danmark, København 2004.



# Bilag

## Bilag 1: Metodebeskrivelse

I det følgende uddybes metoden til nærværende systematiske litteraturgennemgang. Denne systematiske litteraturgennemgang er en opfølgning på den litteraturgennemgang som Robertson et al., gennemgår i artiklen *What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men* fra 2008 (1).

### Om litteraturstudiet og identifikation af relevante artikler

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i juni 2010 i følgende databaser af Sundhedsstyrelsens Bibliotek: Medline, Embase, PsychINFO, Cinahl. Afhængigt af relevans i den enkelte database (grundet dennes opbygning og indeksering af artikler) varierer de enkelte søgninger mellem databaserne. Eksempelvis er Robertson et al.'s udspecificering af søgeord såsom "football" og "outdoor activity" erstattet med samlebetegnelsen "leisure activities".<sup>19</sup> På trods af disse ændringer i forhold til den oprindelige søgestrategi, er der ikke foretaget nye søgninger i litteraturen før 2005.

Det er således udelukkende studier identificeret af Robertson et al. (1), som inkluderes fra 2005 og før. De specifikke strategier/søgeprotokoller for de enkelte databaser findes i bilag 2. To uafhængige personer vurderede, hvorvidt artiklerne skulle inkluderes og ved diskrepans blev en tredje person konsulteret.

### Inklusions- og eksklusionskriterier for artikler

Inklusionskriterierne for litteraturstudiet tager udgangspunkt i de inklusionskriterier, som er opstillet i af Robertson et al. (1), men med en lidt bredere aldersgruppe og med inklusion af artikler på dansk, svensk og norsk. Overordnet set er det primærstudier, som vurderer effektiviteten af interventioner målrettet mænd, der inkluderes. Interventionerne kan enten være målrettet forbedring af specifikke sundhedsudfald eller at forbedre mænds brug af sundhedsydelser. Inklusionen af studier er underlagt følgende inklusionskriterier:

- a. Deltagere: sunde, ikke-fængslede mænd  $\geq 13$  år<sup>20</sup>
- b. Intervention: målrettet mod at forbedre mænds sundhed
- c. Setting: udført i industrialiserede/udviklede lande
- d. Udfald: sundhedsstatus, viden, holdninger, adfærd, adfærdsintentioner
- e. Studiedesign<sup>21</sup>: Randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), quasi-randomiserede, kontrollerede forsøg, kontrollerede før-og-efter studier (CBA).
- f. Sproglig afgrænsning: engelsk, dansk, svensk og norsk,
- g. Tidsafgrænsning: 2005 til juni 2010 .

19 Se søgestrategi for Robertson et al. på følgende link: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6963-8-141-S1.doc>. Se søgestrategi for Sundhedsstyrelsens søgestrategi i bilag 2.

20 Aldersgruppen 13 – 18 år er en udvidelse i forhold til Robertson et al., 2005, idet dette litteraturstudies aldersgrænse var sat ved 18 år og derover.

21 Det er udelukkende disse studiedesigns som er i fokus, idet disse anses for værende de bedste til at måle effekt.



Studier blev ekskluderet, såfremt de udelukkende omhandlede seksuel sundhed, da der allerede eksisterer adskillige systematiske litteraturvurderinger inden for dette område.

### Kvalitetsvurdering

Som en tilføjelse til det tidligere litteraturstudie, har nærværende litteraturstudie gennemgået og kvalitetsvurderet *alle*<sup>22</sup> inkluderede artikler med udgangspunkt i anbefalingerne fra Jackson & Waters (2). Robertson et al. (1) har i deres artikel fremhævet fire kvalitetskrav, som de har arbejdet efter, men artiklen har fået kritik af to clearinghouses, *health-evidence.ca*<sup>23</sup> og *Centre for Reviews and Dissemination*<sup>24</sup>, idet Robertson et al. (1) ikke er direkte i deres beskrivelse omkring deres kvalitetsvurdering af de enkelte studier.

Vi har derfor vurderet, at det ville være en fordel, at lade samtlige 42 inkluderede studier undergå en opdateret og forbedret kvalitetsvurdering, som ligeledes tydeligt fremgår i arbejdet.

Således kan nærværende kvalitetsvurdering af disse studier ses som en forbedring af det tidligere udgangspunkt. Jackson & Waters (2) anbefaler særligt brugen af kvalitetsvurderingsværktøjet *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* udviklet af det canadiske *Effective Public Health Practice Project* til kvalitetsvurdering af kvantitative studier (3).

Dette værktøj er endvidere blevet indholds- og begrebsvalideret til vurdering af primærstudier<sup>25</sup>.

Af dette værktøj fås en kvantificeret vurdering i form af en *global rating* af studiets overordnede kvalitet. På baggrund af en vurdering af seks forskellige komponenter, der har relevans for studiets kvalitet, tildeles studierne en overordnet rating ud fra fastlagte kriterier af Jackson & Waters (2).

Studierne opdeles i: stærk (KV=1), moderat (KV=2) og svag (KV=3). Et studie vurderes som KV=1, hvis fire af de seks komponenter (som gennemgås i det efterfølgende) vurderes som stærke og ingen af de seks komponenter vurderes som svage. KV=2 opnås, hvis mindre end fire af komponenterne er vurderet som stærke, og et komponent er vurderet svagt. KV=3 gives hvis to eller flere komponenter vurderes som svage.

De seks komponenter, der vurderes er:

- a) "Selektionsbias"
  - a. Herunder,
    - i. Hvorvidt de individer, som er udvalgt til at deltage i det pågældende studie har stor sandsynlighed for at være repræsentative for målpopulationen samt
    - ii. hvor stor en procentdel af de udvalgte individer, som indvilliger i at deltage?

---

22 Dvs. samtlige artikler medtaget i artiklen af Robertson et al., samt samtlige artikler medtaget i den nye søgning.

23 <http://health-evidence.ca/reviews/show/3785>

24 <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12008104851>

25 kan downloades på: [http://www.ehphp.ca/PDF/QATool\\_Dec\\_2009.pdf](http://www.ehphp.ca/PDF/QATool_Dec_2009.pdf)

- b) Studiedesign
  - a. Herunder,
    - i. Indiker studiedesign
    - ii. Er studiet randomiseret?
    - iii. Hvis ja, blev metoden for randomisering beskrevet?
    - iv. Hvis ja, var denne metode passende?
  
- c) Konfoundere
  - a. Herunder,
    - i. Var der vigtige forskelle mellem grupperne forud for interventionen? (fx race, køn, ægteskabelig status, alder, SES, uddannelse mv.)
    - ii. Hvis ja, indiker procentdelen af relevante konfoundere, som der blev kontrolleret for i enten design (fx stratificering, matching) eller analyse.
  
- d) Blinding
  - a. Herunder,
    - i. Var vurderingsperson(er) af studiets udfald vidende om interventionen eller eksponeringsstatus for deltagerne?
    - ii. Kendte studiedeltagerne til forskningsspørgsmålet?
  
- e) Dataindsamlingsmetoder
  - a. Herunder,
    - i. Blev dataindsamlingsredskaberne vist valide?
    - ii. Blev dataindsamlingsredskaberne vist pålidelige?
  
- f) Udtrædelse og frafald
  - a. Herunder,
    - i. Blev personer som udtrådte eller frafaldt studiet rapporteret i form af tal og/eller begrundelse per gruppe?
    - ii. Indiker procentdelen af deltagere som fuldførte studiet
  

Desuden har vi som led i kvalitetsvurderingen yderligere fokus på følgende elementer, som ligeledes indgår i Jackson & Waters (2):

- g) Interventionsintegritet
  - a. Herunder,
    - i. Hvor stor en procentdel deltagere modtog den allokerede intervention eller udvalgte eksponering?
    - ii. Blev konsistensen af interventionen målt?
    - iii. Er det sandsynligt, at deltagere modtog en uintentet intervention (contamination eller co-intervention) som kan have influeret på resultaterne?
  
- h) Analyser
  - a. Herunder,
    - i. Indiker allokeringniveau (lokalsamfund, organisation, kontor, individ)
    - ii. Indiker analyseniveau (lokalsamfund, organisation, kontor, individ)
    - iii. Er de anvendte statistiske metoder passende for studiedesignet?



- iv. Er analysen udført ud fra interventionsallokeringsstatus (intention to treat) hellere end aktuelt modtaget intervention?

Punkterne g) og h) indgår ikke i den overordnede rating, men er vigtige som led i den overordnede kvalitative vurdering af studierne. Desuden har vi som led i kvalitetsvurderingen yderligere fokus på følgende elementer, som ligeledes indgår i Jackson & Waters (2):

- Det teoretiske grundlag for interventioner
- Studiets follow-up længde
- Kontekstens betydning
- Overførbarhed

Brugen af disse fire sidste kvalitetsvurderingskrav indgår heller ikke i den kvantificerede rating fra 1-3, men indgår derimod som kvalitative diskussionsinput i den overordnede diskussion af litteraturstudiets fund.

Samtlige studier fra 1990-2010 (fundet i begge systematiske litteraturvurderinger) er underlagt denne kvalitetsvurdering. To personer har uafhængigt gennemgået samtlige studier og derefter sammenholdt vurderingerne. Ved uenighed blev en tredje person enten konsulteret eller også diskuterede vi os frem til en endelig vurdering vha. rationel dialog. Deskriptive data om studierne samt den konkrete oversigt over de enkelte studiers kvalitetsvurdering, kan hvis ønsket rekvireres hos Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

### Validitet

Kvalitetsvurderingens validitet er blevet sikret ved, at begge projektmedarbejdere har gennemgået og kvalitetsvurderet samtlige inkluderede artikler i litteraturstudiet. Således er hver artikel læst og vurderet enkeltvis ad to omgange. Endvidere er kvaliteten af vurderingen sikret ved at tage udgangspunkt i på forhånd opstillede og anerkendte kvalitetsvurderingskriterier (46).

Foruden de to projektmedarbejdere, som har haft den primære vurderingsopgave i litteraturstudiet, har det endelige produkt endvidere undergået ekstern revision i form af, at udvalgte personer i Sundhedsstyrelsens overordnede referencegruppe til projektet har foretaget et peer-review af litteraturstudiet.

## Bilag 2: Litteratursøgning

### SØGEPROTOKOL

*Udarbejdet af Birgitte Holm Petersen, Biblioteket, Sundhedsstyrelsen  
Senest opdateret d. 28. juni 2010*

Søgningen er foretaget i juni 2010 af Sundhedsstyrelsens bibliotek:

#### Inklusions- og eksklusionskriterier

- Alle voksne- og unge mænd, fra 13 år +
- Sproglig afgrænsning: engelsk, dansk, svensk og norsk
- Tidsafgrænsning: 2005 til juni 2010 (fra artiklens ref. slut dato)

#### Informationskilder, søgestrategier og -resultater

Der er søgt i følgende databaser: Medline, Embase, Cinahl, psycINFO.

Der er taget udgangspunkt i søgestrategien, som beskrevet i Robertson et al. (1), og Sundhedsstyrelsens bibliotek har foretaget relevante opdaterede ændringer i forhold til denne søgestrategi og i forhold til de enkelte søgemaskiners anvendelse af søgeord (se evt. Bilag 1).

#### Medline

(Søgetermen ”intervention” forekommer ikke som mesh-term, derfor er termen søgt som ord i titlen. Desuden er termerne, sports, physical fitness, alcohol drinking, social support, smoking, food habits, diet, fjernet fra søgningen da de er underordnede termer til de allerede valgte.)

Der er i Medline søgt på følgende termer:

- Intervention
- Health Knowledge, Attitudes, Practice
- Preventive Health Services
- Health Status
- Quality of Life
- Activities of Daily Living or Every Day Life
- Job Satisfaction
- Leisure Activities
- Marital Status
- Attitude to Health
- Health Services Research
- Health Behavior
- Health Promotion
- Mental Health
- Men

- Mens Health or Men's Health
- Self efficacy

### Embase

(Søgningen her er ikke blevet tilpasset, da der i Embase henvises til mesh-terminen "health prevention", når der søges på termen "intervention".)

Der er i Embase søgt på følgende termer:

- Attitude to Health
- Preventive Health Services
- Health Status
- Quality of Life
- Daily Life Activity
- Sport
- Fitness
- Drinking
- Drinking Behaviour
- Job Satisfaction
- Leisure
- Social Support
- Marriage
- Health Services Research
- Health Behaviour
- Smoking
- Diet
- Feeding Behaviour
- Health Promotion
- Mental Health
- Self Concept
- Male
- Mens Health or Men's Health

## PsycINFO

Der er i PsycINFO søgt på følgende termer:

- Health Knowledge or Health Behaviour or Mental Health or Health or Health Attitudes
- Prevention or Intervention
- Every day life
- Activities of Daily Living
- Job Satisfaction
- Daily Activities or Leisure Time or Physical Activity or Sports
- Social Support
- Marital Status
- Self Efficacy
- Human Males
- Men's Health

## Cinahl, EBSCO

Der er i Cinahl søgt på følgende termer:

- Health Behavior
- Marital Status
- Activities of Daily Living
- Quality of Life or Quality of Working Life
- Preventive Health Care
- Promotion or Health Promotion or Mental Health Promotion
- Men or Battered Men or Married Men or Single Men or Homosexuals, Male
- Mens Health or Men's Health

De specifikke strategier/søgeprotokoller kan rekvireres fra Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.

## Bilag 3: Gennemgang af studier

**Tabel 3.1 Artikler fra 1990 til april 2006 – karakteristik af inkluderede studier**

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Rygeophør</b>					
<b>Jenkins et al. 1997</b> (31) Lokalsamfund, USA n = 1411 18+ år Vietnamesisk talende mandlige rygere	CBA (quasi-eksperimentielt kontrolgruppe design) 1) Andel nuværende rygere 2) Andel som er stoppet med rygning	Antirygningsskulpturer i medierne (artikler i aviser, video i TV, undervisningsmaterialer, brochure, stop-kits, antitobaksreklamer i medier samt for studerende). Gruppe: San Francisco. Varighed: 2 år (1990-1992) (forudgået af 15 mdr's intervention i kontrolgruppen). Kontrol: Sammenligningslokalsamfund/kommune; 15 mdr's pilot antirygningsskulpturer i medierne.	3	Det er muligt, at noget af den observerede effekt i interventionsgruppen skyldes en "spill-over" effekt fra en tidligere kampagne.	Ikke umiddelbart overførbart til danske forhold (meget specifikt studie for en vietnamesisk-amerikansk målgruppe)
<b>Pallonen, U. E. et al. 1994</b> (19) Primær sektor, Finland n = 375 mandlige rygere 42–60 år	RCT 1) 7-dagspunkt prævalens afholdenhed 2) Forlænget afholdenhed 3) Sandsynlighed for stadieændringer 4) eksponering og emneevaluering af interventionen	Selvhjælpsmanual - fem 10-20 sideres manualer designet ud fra de enkelte stadier i den teoretiske model (Proschakas fem "stages of change") - interventionsgruppemedlemmer fik udleveret manualer alt efter hvor på trinnene de befandt sig. Varighed: 2 år. Kontrol: Standardbehandling.	2	Måske er "quit-raten" lavere end normalt, fordi manualen ikke var kulturelt tilpasset. Desuden fandt interventionen sted i en allerede sundhedsbevidst atmosfære. Manualerne blev oversat direkte fra engelsk til finsk, hvilket kan have påvirket overførbareheden.	Umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Stanton et al. 2004</b> (20) Primær sektor, Australien n = 561 mænd på 16–56 år med gravid partner	RCT Ophørsrate ved slutning af graviditet	Video med kendt fodboldspiller og Nikotinplastre og informationspakke samt støttmateriale fordelt over 1 måned. Varighed: 6 måneder.  Kontrol: En brochure med oplysninger om kontaktoplysninger på tilgængelige rygestop-muligheder.	2	Det at interventionen sætter ind på et vigtigt sted i livet kan have indflydelse på, at prakt. læge m.fl. anser det som vigtigt at adoptere denne information og således også påvirker faren i en rygestop-retning	Umiddelbart overførbart til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Kost og fysisk aktivitet</b>					
<b>Cook et al. 2001 (32)</b> Arbejdspladsen, New Zealand n = 253 Gnms. 35 år på interventions-stedet Gnms. 42.9 år på kontrol-stedet Mandlige ansatte	CBA 1) Selvrapporteret kost og livstilsadfærd 2) viden om kost 3) BMI 4) taljeomkreds 5) blodtryk	Sundhedsfremmeforløb (kost + fysisk aktivitet) Varighed: 30 min workshop, 1 gang/måned i 6 måneder. Kontrol: Ingen intervention	3	-	Ikke umiddelbart overførbart til danske forhold (stor andel pacific/maori mænd i undersøgelsen)
<b>Williams &amp; Lewis 2002 (21)</b> Universitet, USA n = 45 mænd på 20–25 år, Gnms. 21.5 år	RCT 1) procent kalorier fra fedt 2) måling af kolesterol	1) Kostrådgivning og måling af serum kolesterol (NC+SC) 2) kostrådgivning alene (NC) 3) måling af serum kolesterol alene (SC) Varighed: 6 uger Kontrol: Ingen intervention	2	-	Umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Risikofaktorer for hjertekarsygdomme (CVD/CHD)</b>					
<b>McCrone et al. 2001 (33)</b> Primær sektor, USA n = 33 mænd på 57–78 år	CBA 1) krops sammensætning 2) metabolisme 3) kondition (kardiovaskulær fitness)	Multi-adfærdsmæssig stresshåndtering SH: (undervisning i kost, motion to gange ugentligt og undervisning i stresshåndtering). Varighed: 6 måneder (motion) 12 ugers kostintervention Kontrol: Multiadfærdsmæssig undervisningsintervention - UV: (samme motion og kostundervisning som SH, men uden stresshåndtering)	3	-	Umiddelbart overførbart til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Pritchard et al. 2002 (22)</b> Arbejdsplad- sen, Austrar- lien n = 66 Gnms. al- der 43.4 år Overvægtige mænd	RCT 1) vægt 2) fedtmasse og kropsvægt u. fedt 3) energiindtag og procent fedtind- hold fra kosten 4) fysisk aktivitets indikatorer 5) blodtryk 6) insulin, blodlipider og lipoproteiner	1) Kostintervention - fedt- fattig diæt ved brug af National Heart Foundations brochure "The weight loss guide" 2) intervention m. fysisk aktivitet - individerne valgte egen træningsform i min. 3 x 30 min/uge ud over deres præ-studie niveau. Varighed: 12 mdr. Kontrol: Skal bevare deres præ-studie kost- og akti- vitetsvaner (16 fra kontrol- gruppen fulgte et kost- og træningsprogram i de efter- følgende 12 måneder)	2	Det nævnes, at det, at interven- tionen er fore- gået i arbejdsregi formentlig har haft en positiv indflydelse på outcome (positiv peer-pressure mv.)	Umiddelbart overførbar til danske forhold
<b>Screening for prostatakræft</b>					
<b>Davison et al. 1999 (23)</b> Primær sek- tor, Canada n = 100 50–79 år, Gnms. alder 62.1 år	RCT 1) Foretrukne og antagede roller i beslutningstagen vedr. screening 2) angstniveau 3) niveau for beslut- ningskonflikt 4) screeningsad- færd	Verbal (en sygeplej-erske informerede) og skriftlig information omhandlende de kontroverser der er om screening for prostatakræft. Personerne blev opfordret til at diskutere screening med deres egen læge samt deltage i at tage en scree- ningsbeslutning, såfremt de var komfortable hermed. Varighed: Information gives/samles før og efter en normal sundhedsunder- søgelse (konsultation) hos egen praktiserende læge Kontrol: En sygeplejerske talte om generelle emner med mændene før deres konsultation hos egen læge	2	Mange af mæn- denes hustruer bad dem om at få tjekket deres prostata, hvilket ikke var medtaget som en variabel i studiedesignet.	Umiddelbart overførbar til danske forhold



Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Flood et al. 1996 (34)</b> Primær sektor, USA Studie 1: n = 409 Studie 2: n = 222 50+ år	Quasi-RCT 1) viden om prostata- kræft og screening 2) præferencer vedr. behandling og screening	Studie 1: Mænd som søgte en fri PSA-screening blev indstillet til at se en un- dervisningsvideo. Studie 2: Mænd der var skeduleret til at besøge en "general internal medicine clinic" så undervisningsvideoen. Varighed: ? Kontrol 1: Kontrol video Kontrol 2: Ingen intervention	3	-	Ikke umid- delbart overførbar til danske forhold
<b>Frosch et al. 2003 (24)</b> Primær sektor, USA n=226 50+ år	RCT 1) patientvurderet be- kvemmelighed, den krævede indsats og tilfredshed med interventionen 2) viden om screening for prostatacancer og behandling målt ved præ- og post- test, 3) valg af PSA-test - i øvrigt måltes også sekundære udfald	Undervisningsvideo der beskriver den relevante information for at tage en informeret beslutning om PSA-testen. Varighed: Selve undervisnin- gen tager ml. 25-30 min. Kontrol: At gå ind på en internetside der indeholder den samme information som videoen, tilpasset nettet.	2	Det er kun delta- gere fra en enkelt klinik og de er derfor muligvis ikke repræsen- tative	Umiddelbart overførbar til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Gattellari and Ward 2005</b> (18) Lokal- samfund, Australien n = 421 50–70 år	RCT 1) viden 2) holdninger til PSA-screening 3) beslutningskon- flikt (kun post-test) 4) beslutningskon- trol 5) bekymring 6) opfattet evne til at tage et informere- ret valg 7) tilbøjelighed til at få foretaget PSA- screening i løbet af de kommende 12 mdr. 8) sandsynlighed for at acceptere lægens anbefalin- ger om at få foreta- get PSA-screening (kun post-test) 9) scenariebaseret vurdering 10) opfattelser af alment prak. læger skyld vedr. negative konsekvenser af screeningsbeslut- ninger 11) demografisk og sundhedsrelateret information 12) evaluering af de modtagne mate- rialer (post-test)	Sammenligning af tre un- dervisningsressourcer: 1) indlægsseddel (leaflet) 2) video 3) evidensbaseret brochure udviklet af forfatterne (booklet). Varighed: ? Kontrol: Se interventionsbe- skrivelse	1	-	Umiddelbart overførbar til danske forhold
<b>Hammond et al. 2001</b> (25) Primær sek- tor, USA n = 1959 Gnms. 66.5 år	Quasi-RCT 1) Helbredsstatus 2) symptomer i urinvejene 3) modtaget be- handling 4) prostatarelateret viden 5) lægers håndte- ring af prostatali- delse	Praktisk intervention for læger. Patientbrochurer, 2 videoer. Varighed: 18 mdr. Kontrol: Standard pleje	2	-	Umiddelbart overførbar til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
Myers et al. 1999 (26) Primær sek- tor, USA n = 413 40–70 år Afrikansk Amerikanske	RCT 1) adhærens (ifht. At komme til un- dervisning og tidlig undersøgelse)	Printede materialer og telefonkontakter. "Pro- record" skræddersyet til hver modtager – under- visningsbrochure (udvidet intervention). Varighed: intervention af 2 omgange over 3 år. Kontrol: Printede materialer og telefonkontakter (mini- mal intervention)	2	Det diskuteres, hvordan de sig- nifikante fund vedr. alder (50 >) og civilstatus (det at være gift) kan forklares. Fx en positiv "spouse effect" mv., hvor ægtefællen i hø- jere grad opfor- drer til forebyg- gende adfærd.  Det understreges, at det er vigtigt at erkende, at mændene som indgår i undersø- gelsen allerede er patienter i det etablerede sund- hedsvæsen- stem, som indvil- liger i at deltage i et forskningspro- jekt og fuldføre en telefonunder- søgelse. Desuden er det mænd som allerede var forudindstillet på at skulle overveje at få en under- søgelse. Disse karakteristika kan begrænse, i hvilket omfang resultaterne kan generaliseres.	Ikke umid- delbart overførbart til danske forhold
Myers et al. 2005 (35) Primær Sek- tor, USA n = 242 ≥ 40 years Afrikansk Amerikanske	RCT 1) Fuldstændig screening (fx Digital rektalundersøgelse og PSA 2) Fuldstændig eller delvis screening (fx PSA med eller uden digital rektalunder- søgelse).	"Enhanced Intervention" (EI). Informationsbrochure og undervisnings-session om screeningsbeslutning. Varighed: 6 mdr. Fra første intervention. Kontrol: "Standard inter- vention" (SI). Informations- brochure.	3	Der var en stor del af interven- tionsgruppen, som ikke modtog interventionen, hvilket kan have modificeret inter- ventionseffekten.	Ikke umid- delbart overførbart til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Partin et al. 2004 (27)</b> Primær Sek- tor, USA n = 1152 ≥ 50 år	RCT 1) viden om scree- ning 2) beslutningstag- ningsdeltagelse 3) præferencer 4) adfærd	Gruppe 1: tilsendt pjece (præsenterer balanceret information om potentielle risici og fordele ved scree- ning (6. Kl. Niveau)) Gruppe 2: tilsendt video (23 minutters video med balanceret information om potentielle risici og for- dele ved screening (10. Kl. Niveau)). Varighed: 2 uger Kontrol: Ingen intervention	2	Fordi indholdet af hhv. video og pjece ikke var identisk, kan dette have betydning for forskelle i effekt, uden det er til at sige, hvorvidt det skyldes interven- tionsmåde eller -indhold  Der var tale om en intervention for krigsveteraner, og spørgsmålet er, om denne gruppe adskil- ler sig fra "andre mænd" på for- skellige, relevante punkter.	Umiddelbart overførbar til danske forhold
<b>Ruthman and Ferrans 2004 (36)</b> Primær sek- tor, USA n = 104 51–77 år, Grns. 66 år	CBA 1) Viden, 2) Præference for PSA-test, 3) Tilfredstillelse med plejen, 4) Vurdering af video	Undervisningsvideo "The PSA Decision: What you need to know". Varighed: 20 min. Kontrol: Standard behandling	3	-	Ikke umid- delbart overførbar til danske forhold
<b>Schapiro and Van Ru- iswyk 2000 (28)</b> Primær sek- tor, USA n = 257 50–80 years	RCT 1) viden om prosta- takræft 2) overbevisninger om prostatakkræft (beliefs) 3) prostatakkræft screeningsbeslut- ning (post-test)	Skreven og illustreret pjece (beslutningsstøtte) - in- deholdt viden om prosta- takræft med supplerende illustrationer af fx hvor mange personer som får hhv. sandt-positive, falsk- positive og falsk-negative svar på en screeningtest (x ud af 100). Varighed: 2 uger. Kontrol: skreven pjece inde- holdende basis- viden vedr. prostatakkræft, men uden de kvalitative og kvantitative udfald vedr. fordele og ulemper ved screening, som blev præsenteret i interven- tions-pjecen.	2	Det beskrives som en mulig bias, at delta- gerne er blevet tilbudt screening ved opfølg- nings samtalen, og dette uden omkostninger for dem, hvilket po- tentielt har med- bragt et højere screeningsniveau. Dette er dog ikke noget som er forskellig mellem intervention- og kontrolgruppe	Ikke umid- delbart overførbar til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfø- rbarhed
<b>Summer et al. 2002</b> (37) Arbejds- plads, Eng- land n = 458	CBA 1) viden 2) intentioner til at søge hjælp 3) holdninger til sund- hedsfremme på arbejdspladsen 4) procesindikatorer	Tre forskellige post- arbejdspladser (geografisk forskelligt beliggende) modtog forskellige grader af intervention: Alle steder modtog skriftligt informa- tion i form af plakater og pjece. Arbejdsplads 2 og 3 modtog endvidere besøg fra en trænet sygeplejerske, som havde uformelle fore- drag/snakke med mændene (og de kvindelige ansatte). Arbejdsplads 3 havde end- videre et team af 8 ansatte sundhedsfrivillige, som var trænet til at give info til andre mænd. Varighed: 6 uger Kontrol: Se interventionsbe- skrivelse	3	Det understreges, at der var for- skel i optage af interventionerne på de forskellige arbejdspladser, hvilket understre- ger vigtigheden af at forstå forskelle i kontekst/ omstændigheder fra arbejdsplads til arbejdsplads.	Umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Volk et al. 2003</b> (30) Follow-up af Volk et al. 1999 ved 1 år Primær sek- tor, USA n = 160 45-70 år	RCT 1) Screening adfærd, 2) Tilfredshed med screeningsbeslut- ning, 3) Viden om prosta- takræft	20 min's undervisningsvideo om fordele og ulemper ved PSA screening med en tilhørende brochure (Un- dervisningsvideo "The PSA Decision: What you need to know". 20 min.) Varighed: 20 minutters in- tervention - derefter 1 års follow-up måling. Kontrol: Ingen intervention	2	-	Ikke umid- delbart overførbart til danske forhold
<b>Volk et al. 1999</b> (29) Primær sek- tor, USA n = 160 45-70 år	RCT 1) viden om prosta- takræft 2) rapporterede præ- ferencer vedr. PSA- testning 3) rating af videobånd	20 min's undervisningsvideo om fordele og ulemper ved PSA screening samt tilhø- rende brochure inden besøg ved praktiserende læge. To interventionsgrupper, den ene med "utility"-måling af validiteten af videoen. Varighed: 20 min., interven- tionen tog 2 uger at gen- nemføre. Ingen intervention før be- søg ved praktiserende læge	2	-	Ikke umid- delbart overførbart til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Weinrich et al. 1998</b> (38) Primær sektor, USA n = 1717 40–70 år Gnms. 52 år	Quasi-RCT 1) Deltagelse i gratis prostatakræfts- creening	1) Traditionel 2) jævnaldrende (peer) uddanner (en mand med samme race som størstedelen af deltagerne opfordrede deltagere til at blev screenet) 3) klient-navigatør (hjælp til at navigere i sundhedssystemet) 4) combination af 2 og 3. - alle interventioner indeholder et slide-show om prostatakræft præsenteret af en sygeplejerske. Derudover indeholdt de alle, at der blev givet uddelingskopier om prostatakræft samt en spørgsmål-og-svar periode. Varighed: ? Kontrol: Intervention 1 fungerer som kontrolgruppe	3	-	Ikke umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Wilt et al. 2001</b> (39) Primær sektor, USA n = 550 50+ år	RCT 1) Viden om tidlig opsporing og behandling. 2) PSA test	"Early Prostate Cancer" brochure tilsendt en uge før aftale på klinikken. Varighed: ? Kontrol: Standard behandling	3	-	Umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Screening for Testikelkræft</b>					
<b>McCullagh et al. 2005</b> (41) Arbejdsplads og fritidssteder, UK n = 835 15–44 år	CBA 1) Viden 2) Intention om at lave selvundersøgelse af testikler 3) Aktuel praktisering af selvundersøgelse af testikler	Check'Em Out informationsmateriale (plakater mv.) på arbejdsplads/fritidssteder. Varighed: 6 uger Kontrol: Ingen intervention	3	Inklusionen af ældre mænd i studiet kan have haft indflydelse på den høje rate af egenundersøgelser, idet mænd i højere alder evt. er mere opmærksomme på kræft. Det diskuteres endvidere, at interventionen evt. er dårligere til at ramme etniske minoriteter og evt. indeholder kultur- el. sproglige barrierer	Umiddelbart overførbart til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Steadman and Quine 2004 (40)</b> Universitet, England n = 159 18–35 år	RCT 1) udførelse af selvundersøgelse af testikler 2) fremtidig inten- tion om at udføre testikel-selvunder- søgelse (TSU)	"Implementationsinten- tioner" - en papirbaseret intervention bestående af en pjece indeholdende illu- streret, detaljeret informa- tion om hvordan man fore- tager TSU. "Hvor, hvornår og hvordan det skulle gøres..." Varighed: 3 uger. Kontrol: Ingen intervention	3	-	Umiddelbart overførbar til danske forhold
<b>Screening</b>					
<b>Holland 2005 (42)</b> Primær sek- tor, USA n = 5677 mænd på 40–60 år	RCT 1) antal kolorektal- kræftscreeninger 2) antal kolesterols- creeninger 3) antal prostata- kræftscreening 4) antal forebyggende sundhedsundersø- gelsesbesøg hos lægen	Interventionsmatrix bestå- ende af forskellige kombi- nationer af klistermærker (health provider stickers), brev/pjece, pårørende (lo- ved one) postkort målrettet den enkelte deltager (per- sonaliseret...) Varighed: 6 mdr. - 1 år (af- hængig af kommunikations- kombination). Kontrol: Ingen intervention.	3	-	Umiddelbart overførbar til danske forhold
<b>Hudkræft</b>					
<b>Youl et al. 2005 (43)</b> Primær sek- tor, Austr- lien n = 1322 mænd på 30–79 år	RCT 1) fremmøderater	Personaliseret brev (under- skrevet af kendt australsk sportsmand og dennes per- sonlige erfaring med sol/ hudkræft) plus informati- onsbrochure. Varighed: ? Kontrol: Personaliseret brev (underskrevet af kendt australsk sportsmand og dennes personlige erfaring med sol/hudkræft) uden informationsbrochure	3	-	Umiddelbart overførbar til danske forhold (hvis brevet mål- rettes dan- ske mænd med danske referencer)



Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds- variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>26</sup>	Overfør- barhed
<b>Alkohol</b>					
<b>Karlsson et al. 2005</b> (44) Lokalsamfund, Finland n = 4418 mænd på 30–49 år	CBA 1) drikke-adfærd (AUDIT) 2) årlig alkoholforbrug	Selvhjælps-brochure designet til at medhjælpe selvkontrol af alkoholforbrug. Brochure er struktureret og målrettet "risiko-drikkere" men blev implementeret generelt i populationen (interventions-området) Varighed: ? Kontrol: Ingen intervention	3	Det diskuteres om nogle registrerede effekter skyldes kontekstfaktorer frem for selve interventionen	Umiddelbart overførbart til danske forhold.

<sup>26</sup> Kontekstafhængige faktorer er angivet, såfremt primærartiklen selv kommer ind på dette.

**Tabel 3.2 Artikler fra 2005 til juni 2010 – karakteristik af inkluderede studier**

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds-variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>27</sup>	Overfør- barhed
<b>Kost og fysisk aktivitet</b>					
<b>Fatouros, I. G. et al., 2005 (10)</b> Primær sektor, Grækenland n=52 65 +, Gnms. 71,2 år Hvide mænd	RCT 1) ændring af kropskomposition, 2) styrke, 3) anaerobisk effekt, 4) mobilitet	1) Lav intensitetstræning, 2) høj intensitetstræning Varighed: Træning i 24 uger, derefter 48 uger uden træning Kontrol: Ingen træning	3	-	Umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Lubans, D. R. et al., 2009 (11)</b> Universitet, Australien n=65 mænd på 19-59 år	RCT 1) ændring af kropsvægt, 2) fysisk aktivitet, 3) kostadfærd	Internetbaseret vægttabsintervention. En 15 min. ansigt til ansigt session efterfulgt af 3 mdr's online support. Informationsbrochure med kernepunkter for adfærd til at få en sund vægt. Varighed: 3 mdr. Kontrol: Modtog ligeledes en ansigt til ansigt session men uden introduktion til online-delen. Informationsbrochure med kernepunkter for adfærd til at få en sund vægt.	3	Både interventions- og kontrolgruppe reducerede deres vægt signifikant. Som konsekvens heraf bliver resultaterne af mediation-analysen konfunderet af de signifikante reduktioner i vægtoplevelsen af kontrolgruppen. Der var ingen signifikant forskelle i vægttab mellem grupperne efter 6 mdr.	Umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Walsh J. et al., 2006 (12)</b> Irland n=25 mænd på 36-62 år	RCT 1) Taljeomkreds 2) Kondition	Højintensitetstræning Varighed:? Kontrol: Medium intensitetstræning	3	-	Umiddelbart overførbart til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds-variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst-afhængige faktorer <sup>27</sup>	Overførbare
<b>Risikofaktorer for hjertekarsygdom (CVD/CHD)</b>					
<b>de Geus et al., 2008</b> (5) Lokalsamfund, Belgien n=80 30 - 65 år Mænd og kvinder	CBA 1) blodtryk 2) urinsyre 3) kolesterol (TC, HDL, LDL, VLDL) 4) forskellige elementer af SF-36 (physical functioning, role-physical, role-emotional, social functioning, bodily pain, mental health, vitality, general health)	Interventionsgruppen blev bedt om at cykle til arbejde mindst tre gange om ugen Varighed: 1 år Kontrol: Ingen intervention	2	Ja, det påpeges, at det at deltage selv skulle føre dagbog, kan have overestimeret effekten.	Umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Screening for prostatakræft</b>					
<b>Driscoll et al. 2008</b> (13) Lokalsamfund, USA n=361 40 - 80 år Amerikanske mænd	CBA 1) diskussion af PSA-test med prakt. læge 2) intention om PSA-test 3) foretrukne PSA-beslutningsinvolvering	1) PSA-Only: Information om prostatakræft og PSA-test 2) Men's Health: information om screening generelt for at forebygge hjertestop, slagtilfælde og kræft i tyktarmen. Varighed: Session på 1 time Kontrol: Se interventionsbeskrivelsen. Der var tale om to forskellige interventioner og således ikke en egentlig kontrolgruppe, som ikke modtog nogen intervention.	3	-	Umiddelbart overførbart til danske forhold
<b>Holt C. L., et al., 2009</b> (14) Kirke/lokalsamfund, USA n=49 45 + år Afrikansk-amerikanere	Quasi-RCT 1) Viden, 2) overbevisning, 3) self-efficacy, 4) opfattede barrierer for screening, 5) stadier i beslutningstagning, 6) acceptabilitet	Trænede lokalsamfundssundhedsrådgivere som var afrikansk-amerikanske mandlige kirkegængere førte en undervisningssession og uddelte printede undervisningsmaterialer i kirker. Modtog en spirituel intervention Varighed: En undervisningssession Kontrol: Modtog en ikke-spirituel intervention (materiale identisk med interventionsgruppen på nær det spirituelle indhold)	3	-	Ikke umiddelbart overførbart til danske forhold (interventionen er spirituel og foregår i baptistkirker og målgruppen er derudover afrikansk-amerikanske mænd. Kan ikke generaliseres ud over kirkesettings)

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds-variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst-afhængige faktorer <sup>27</sup>	Overførbare
<b>Stephens et al. 2008 (6)</b> Lokalsamfund, USA n=400 Ikke-afrikanske amerikanere: 50 - 70 år (gnms.: 58,8) afrikansk-amerikanere: 40-70 år (gnms.: 51,0) Ikke afrikansk-amerikanske mænd og afrikansk-amerikanske mænd	RCT 1) Beslutningskonflikt vedr. prostatakræftscreening	Uddannelsesmæssig pjece som bl.a. informerer om potentielle begrænsninger og fordele ved tidlig opsporing. Varighed: ? Kontrol: Ingen intervention	1	-	Umiddelbart overførbart til danske forhold.

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds-variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst-afhængige faktorer <sup>27</sup>	Overførbare
Taylor K., L., et al., 2006 (15) Universitet, USA n=238 40-70 år Afrikansk-amerikanske mænd	RCT 1) Viden om PSA, 2) Beslutningskonflikt, 3) Beslutningstilfredshed	1) Video-baseret information, 2) Skriftligt materiale Varighed: Målinger blev taget ved baseline, 1 md., og 12 mdr. Kontrol: Venteliste	3	Begrænsninger: En relativt homogen gruppe af afrikansk-amerikanske mænd i form af uddannelsesniveau og screeningshistorie. Resultaterne kan derfor ikke umiddelbart generaliseres til mænd med lavere uddannelse eller en uscreenet gruppe af afrikansk-amerikanske mænd. Desuden var fastholdelsesraten ved 1 år højere blandt de som var blevet screenet tidligere og derfor kan raterne for selvrapporeret screening være usandsynligt høje. Derudover er det muligt at de "socialt ønskede" svar har resulteret i, at mændene har svaret at de har brugt materialerne.	Ikke umiddelbart overførbart til danske forhold

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds-variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>27</sup>	Overfør- barhed
<b>Watson et al., 2006</b> (16) Primær sektor, England n=990 40 - 75 år Englændere	RCT 1) viden om PSA 2) holdninger til PSA 3) intention om at få PSA-test	Interventionsgruppen modtog pjecen (beslutningsstøttereds-kabet) med posten samt et spørgeskema. Pjecen bestod af balanceret information om fordele og ulemper ved PSA og assisterede mændene i at beslutte, hvorvidt de ønskede testen. Varighed: ? Kontrol: modtager kun spørgeskema	3	Ja, det påpeges, at der er mange "hvide" britiske mænd i dette studie, og således mangler viden om afrikansk-britiske mænd, som er en højrisikogruppe for udvikling af prostatakræft. Endvidere er non-respons til spørgeskemaet muligvis en bias i dette studie, idet kun halvdelen af de adspurgte mænd svarede.	Umiddelbart overførbart til danske forhold

#### Hudkræft

<b>Stock M. L. et al., 2010</b> (7) Outdoor, USA n=148 Mænd i den arbejdsdygtige alder. Udendørs arbejdere	RCT 1) Solbeskyttelse ved 1-års follow-up.	Mændene i interventionsgrupperne modtog eller modtog ikke et UV-foto af deres ansigter og så enten et aldrings-foto eller en undervisningsvideo om hudkræft. Altså fire interventioner: 1) ingen-UV/aldring, 2) ingen-UV/hudkræft, 3) UV/aldring, 4) UV/hudkræft. Alle deltagere fik taget to fotos: et naturligt sort/hvid og et UV-foto. Deltagere i kontrol-gruppen og i ingen-UV foto gruppen fik kun det sort/ hvide foto at se. Varighed: Der blev foretaget målinger ved 2 mdr. Og 1 års follow-up. Kontrol: Ingen video, intet foto	2	-	Umiddelbart overførbart til danske forhold (til en lignende højrisikogruppe, fx kommunalarbejdere, som arbejder uden-dørs i DK)
--	---	---	---	---	---

Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds-variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst-afhængige faktorer <sup>27</sup>	Overførbare
<b>Alkohol</b>					
Carey et al., 2009 (4) Universitet, USA n=198 (107 mænd) Gnms. = 19,17 år Universitets- studerende Både mænd og kvinder	RCT 1) typisk drikkeadfærd (genstande per uge, genstande på en typisk drikkedag) 2) risiko drikkeadfærd (genstande i "tunge" (højt alkoholfor- brug) uger, frevens af "tunge" uger, peak blod alkohol koncentration (BAC)) 3) alkoholrelaterede problemer	KMI = en session med per- sonaliseret feed-back og al- kohol-uddannelse med fo- kus på drikkevaner, estima- tion af typisk og peak BAC, alkoholrelaterede negative konsekvenser og associeret risikoadfærd. ALKHOL 101 PLUS = computerbaseret, interaktivt program, hvor de studerende kunne udforske et virtuelt campus og del- tage i forskellige "rollespil" og lære om faktorer der påvirker deres eget BAC. Varighed: KMI = gennem- snitlige 50 min. ALKOHOL 101 PLUS = 60 min (blev personerne bedt om at blive ved computeren, men det vides ikke, om det blev overholdt.) Kontrol: Se interventionsbeskr. Det var et RCT mellem to typer interventioner, hvorfor begge grupper modtog en form for intervention.	2	Ja, det fremhæ- ves, at grunden til, at der ikke findes signifi- kante ændringer i alkohol-adfærd for mændene evt. skyldes de kønsroller som er tilknyttet hhv. mænd og kvinder, og som måske særligt har betyd- ning for, at mænd ikke bliver påvir- ket af interven- tion, idet det er mere anerkendt for disse at drikke meget.	Ikke umid- delbart overførbart til danske forhold (DK har typisk friere reg- ler/normer for alkohol- forbrug end USA)
<b>Metaboliske risikofaktorer</b>					
Anderssen S.A. et al. 2007 (9) Primær sek- tor, Norge n=137 40-49 år Norske mænd med metabolisk syndrom	RCT 1) Metabolisk syn- drom (ud fra IDF- criterierne)	1) intervention med kost (kostvejledning gives til del- tager + ægtefælle ved start og til deltageren efter 3 og 9 måneder) Fokus var pri- mært på energirestriktion for de overvægtige 2) intervention med fysisk aktivitet (overvåget, udhol- denhedsbaseret træning 3 gange ugentligt x 60 min) 3) intervention med både kost og fysisk aktivitet Varighed: 1 år Kontrol: Ingen intervention	2	-	Norsk stu- die og fint overførbart til danske forhold



Forfatter Setting Deltagere	Studiedesign Udfalds-variable	Intervention Kontrol	KV	Kontekst- afhængige faktorer <sup>27</sup>	Overfør- barhed
Sillanpää E. et al., 2008 (17) Lokalsam- fund, Finland n=63 40-60 år (gnms. 54 år).	RCT 1) Kropssammensæt- ning (fedtprocent), 2) taljeomkreds, 3) blodtryk, 4) fastende serum lipider, 5) lipoproteiner, 6) mål af glukose- og insulinmetabolisme	1) Udholdenhedstræning (U), 2) Styrketræning (S), 3) Kombineret styrke- og ud- holdenhedstræning (SU) Varighed: 21 uger Kontrol: Ingen træning	3	-	Umiddel- bart fint overførbart til danske forhold

27 Kontekstafhængige faktorer er angivet, såfremt primærtiklen selv kommer ind på dette.

## Bilag 4: Arenaer for de forskellige identificerede interventioner

I nedenstående bilag ses de forskellige interventioner, som er identificeret i nærværende litteraturstudie, fordelt inden for de arenaer, som de er foregået i. Således fås en oversigt over, hvilke interventioner, som er fundet effektive inden for hvilke arenaer.

**Tabel 4.1: Arenaer for de forskellige identificerede interventioner**

Arena	Almen praksis	Lokalsamfund/kommune	Arbejdsplads	Universitet	Skole	Hospital
Rygestop	Brug af selvhjælpsmanualer med teoretisk udgangspunkt i "Stages of Change"-modellen (19) Rygestopintervention (video, informationsmateriale, udlevering af nikotinplastre) rettet mod mænd med lav SES (med gravide partnere) (20)	Rygestopkampagne med brug af lokale medier (artikler i aviser, lokal-TV, uddelingsmateriale, brochure, stop-kits, antirygningsreklamer) (31)	-	-	-	-
Kost og fysisk aktivitet	Fysisk aktivitetsintervention (højintensitetsprogram mere effektivt end lavintensitet) til ældre, inaktive mænd rekrutteret fra almen praksis (10)	-	Sundhedsfremmeintervention (workshop om kostvaner og fysisk aktivitet) blandt timelønnede arbejdere (32)	Internetbaseret væggtabsprogram specifikt designet til overvægtige mænd til personale og studerende ved universitet* (11) Ernæringsintervention (rådgivning plus måling af serumkolesterol) til mandlige universitetsstuderende med højt fedtindtag (21)	-	-

Arena	Almen praksis	Lokalsamfund/kommune	Arbejdsplads	Universitet	Skole	Hospital
Fokusområde						
CVD/CHD risikofaktorer	-	Multiadfærdsmæssig intervention (fokus på stresshåndtering samt kost og træning for begge) for reduktion af CVD-risikofaktorer hos ældre mænd i lokalsamfundet (33)	"Cykel på arbejde"-intervention rettet mod både mænd og kvinder på arbejdspladsen (5)* Arbejdspladsbaseret væggtabsprogram med fokus på reduktion af CHD-risikofaktorer (22)	-	-	-

Arena	Almen praksis	Lokalsamfund/kommune	Arbejdsplads	Universitet	Skole	Hospital
Fokusområde						
Prostatakræft	<p>Informationsintervention (verbal og skriftlig information) om screening til mænd i almen praksis (23)</p> <p>Videointervention (undervisningsvideo "The PSA Decision: What you need to know") til mænd i almen praksis (24,29,30,36)</p> <p>Sammenligning af videointervention vs. internet. Videointervention mere effektiv til mænd i almen praksis (34)</p> <p>Undervisningsintervention (brochure, video) rettet mod både mandlige patienter og læger i almen praksis (25)*</p> <p>Individ-tilpasset informationsintervention til mænd i almen praksis (26,35)</p> <p>Videointervention og pjeceintervention for mænd i almen praksis begge effektive (27)</p> <p>Informationsintervention (skriftlig, illustreret pjece) til mænd i almen praksis (28)</p> <p>Beslutningsstøtteintervention (brochure) vedr. screening gives til mænd som besøger almen praksis (16)</p> <p>Undervisningsinterventioner m. fokus på peer-kontakt/hjælp til navigation i sundhedssystemet til mænd i almen praksis (38)</p> <p>Tilsendt undervisningsbrochure til mænd før deres besøg i almen praksis (39)</p>	<p>Intervention med tilbud om information og undervisning til mænd i lokalsamfundet (13)</p> <p>Sammenligning af informationsinterventioner med information til mænd i lokalsamfundet om fordele/ulempes ved PSA-test.</p> <p>Evidensbaseret brochure mere effektiv end video eller indlægsseddel (18)</p> <p>Spirituel intervention målrettet mandlige kirkegængere (14)</p> <p>Beslutningsstøtteintervention (brochure) til at fremme informeret beslutningstagning ved screening uddeles til mænd i lokalsamfundet (6)</p>	<p>Forskellige grader af intervention (plakater og pjecer; foredrag fra sygeplejerske; team af ansatte sundhedsfrivillige, trænet til at give info til andre mænd) til tre arbejdspladser.</p> <p>Øget viden for alle interventioner (37)</p>	<p>Video- eller skriftlig informationsintervention med fokus på at informere om og mindske beslutningskonflikt ved screening gives til mandlige universitetsstuderende (15)</p>	-	-

Arena / Fokusområde	Almen praksis	Lokalsamfund/kommune	Arbejdsplads	Universitet	Skole	Hospital
Testikelkræft	-	-	Sundhedsfremmeintervention (Check'Em Out informationsmateriale) for mænd på deres arbejdsplads (41)	Selvundersøgelsesintervention (pjece) for mandlige universitetsstuderende (40)	-	-
Screening	Informationsintervention (informations-/kommunikationsmateriale, dels generelt dels personaliseret) til forbedring af mænds deltagelse i forebyggende screeningsundersøgelser (42)	-	-	-	-	-
Hudkræft	Informationsintervention (personaliseret brev med eller uden informationsbrochure) til mænd i almen praksis med tilbud om hudscreening (43)*	-	Både effekt af UV-fotografiintervention samt hudkræftsinformationsvideo for mandlige udendørsarbejdere (7)	-	-	-
Alkohol	-	Tilbud om selvhjælpsintervention i nærområdet (44) <sup>28</sup>	-	Motivationsintervention (personlig feedback og undervisning i drikkevane, negative konsekvenser og associeret risikoadfærd) for universitetsstuderende (4)	-	-

Arena Fokusområde	Almen praksis	Lokalsamfund/kommune	Arbejdsplads	Universitet	Skole	Hospital
Metaboliske risikofaktorer	Kombineret kost- og fysisk aktivitetsintervention rettet mod mænd med metabolisk syndrom. Både effekt af kost eller fys.akt alene, men kombineret intervention mest effektiv (9)	Intervention med styrke- og udholdenhedstræning målrettet ældre mænd i lokalsamfundet med normal glukose tolerance. Både effekt af styrke- og udholdenhedstræning alene eller kombineret (17)	-	-	-	-







[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Center for Forebyggelse  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
Telefon 72 22 74 00

[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)