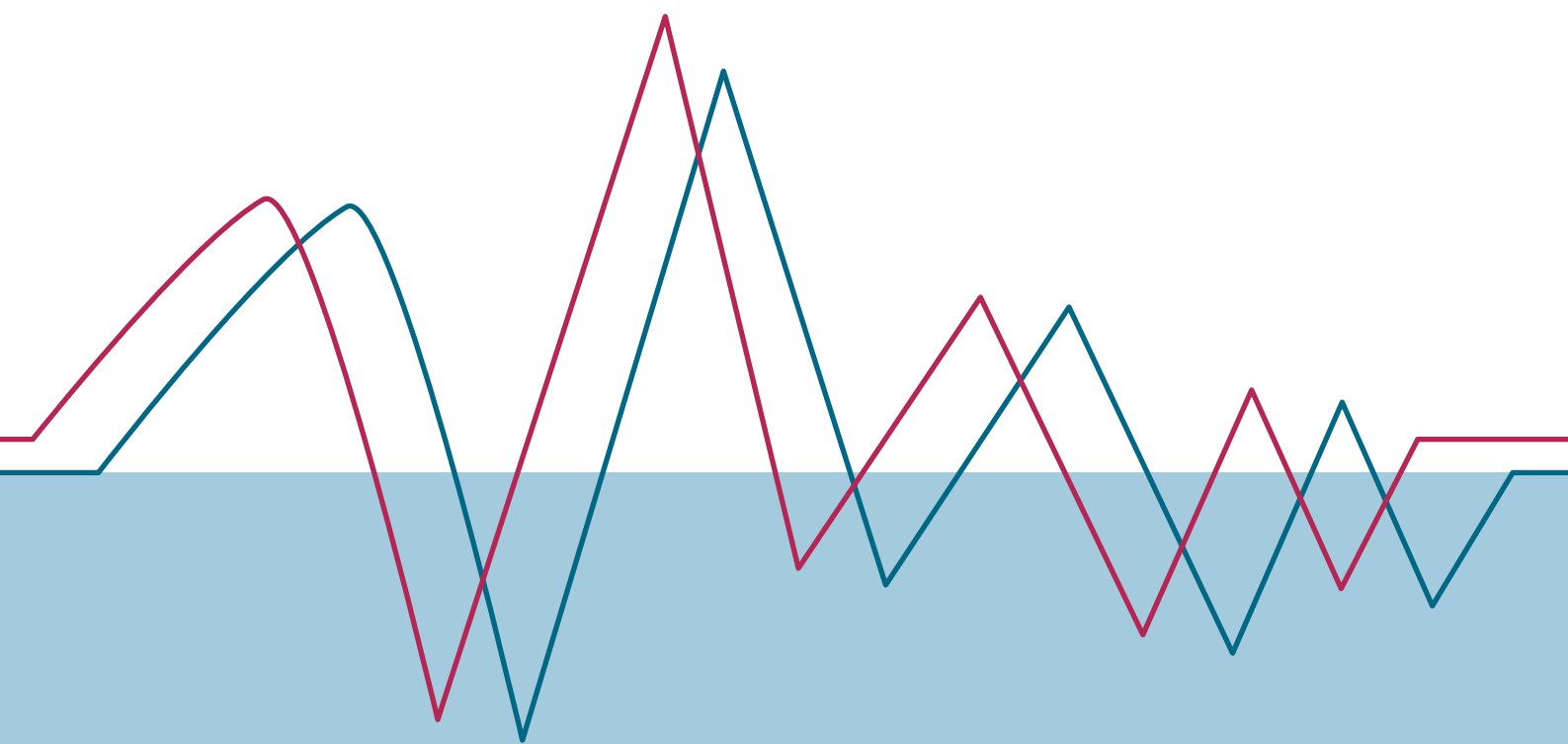


KØNSFORSKELLE I SYGDOM OG SUNDHED



Udført af Marie Kruse og Karin Helweg-Larsen
for Minister for Ligestilling

MINISTER FOR

Ligestilling





KØNSFORSKELLE I SYGDOM OG SUNDHED

En afdækning af sygdomsområder hvor kvinder og mænd skiller sig særligt ud, af kønsforskelle i risikofaktorer for sygdom og i reaktionen på sygdomssymptomer.

Udført af Marie Kruse og Karin Helweg-Larsen,
Statens Institut for Folkesundhed for Minister for Ligestilling



Udgivelsesår: Marts 2004

Udgave, oplag: 1. udgave, 500 stk., ISBN 87-91292-19-0

Elektronisk udgave: ISBN 87-91292-20-4

Grafisk opsætning: Montagebureauet ApS

Tryk og bogbind: Kailow Graphic A/S

Udleveres så længe lager haves hos: Ligestillingsafdelingen

Skindergade 38, 2., Postboks 40, 1002 København K

Tlf. 33 92 33 11, Fax. 33 91 31 15, E-post: lige@lige.dk

KØNSFORSKELLE I SYGDOM OG SUNDHED

findes også på ligestillingsministerens hjemmeside: www.lige.dk

Forord

I denne rapport dokumenteres forskellene mellem kvinder og mænds sygdom og sundhed og årsagerne til disse forskelle ridses op.

Tidligere undersøgelser og analyser har sat fokus på sygdomsmønstre og sammenhængen mellem biologi og livsstil. Men med denne rapport er den eksisterende viden blevet samlet og analyseret i et kønsperspektiv.

Det viser sig for eksempel, at korrigerer man for graviditeter og fødsler, er der ikke forskel i antallet af kvinder og mænd, der indlægges eller i udgifterne til behandling af dem i sundhedsvæsenet.

Kønforskellene i sygdomsmønstrene består i, at selvom mange lidelser biologisk set kan ramme begge køn, så er der i en lang række tilfælde en overvægt af enten kvinder eller mænd, der får sygdommen. For eksempel indlægges kvinder oftere i forbindelse med obstetrik eller sygdomme relateret til immunforsvaret mens mænd indlægges på grund af visse typer af hjertesygdomme eller skader og læsioner.

Rapporten viser også, at der er forskel på kvinders og mænds risikoadfærd, det vil sige deres kost- og motionsmønstre, rygning og alkoholvaner, lægebesøg og stresshåndtering.

Rapporten viser samtidig, at kvinder og mænd reagerer forskelligt på sygdomssymptomer. Mænd reagerer senere på symptomer, mens kvinder reagerer hurtigere og mænd henvender sig i højere grad på skadestuerne, mens kvinder primært kontakter den praktiserende læge.

Til gengæld viser rapporten også, at vi ikke ved, hvilken betydning de forskellige reaktionsmønstre har, eller hvorfor nogle sygdomme tilsyneladende næsten kun rammer det ene køn. Der er derfor fortsat behov for at sætte fokus på de biologiske faktoreres betydning for sygdom og sundhed.

Med afsæt i konklusionerne i denne rapport, er det mit mål at være med til at skabe en nytænkende debat om, hvordan man bedst målretter indsatsen mod kvinder og mænd.



Henriette Kjær
Minister for ligestilling



Om rapporten

Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har som led i Regeringens handlingsplan inden for ligestilling gennemført denne undersøgelse af kønsforskelle i sundhed og sygelighed.

Formålet med den aktuelle rapport er at afdække væsentlige kønsforskelle i sygdom og sundhed og at diskutere mulige forklaringer på disse forskelle ud fra forskelle i mænds og kvinders biologi, deres sundhedsadfærd, levevilkår og reaktion på sygdomssymptomer og gener. Rapporten indledes med en gennemgang af litteraturen vedrørende kønsforskelle i sundhed og sygelighed og de mulige baggrundsfaktorer herfor. Efterfølgende beskrives sygeligheden og brug af sundhedsvæsenet blandt mænd og kvinder ud fra nationale registre om sygehusindlæggelser og kontakt til praktiserende læge og ud fra de nationale interviewundersøgelser om befolkningens sundhed og sygelighed, der regelmæssigt gennemføres ved SIF. Disse interviewundersøgelser danner også basis for analyser af mænds og kvinders sundhedsadfærd og reaktioner på sygdomssymptomer.

Rapporten er skrevet af cand. polit Marie Kruse og speciallæge Karin Helweg-Larsen, Statens Institut for Folkesundhed. Desuden har seniorforsker Mette Kjølner og informationsmedarbejder Anne Grene bidraget med input og kommentarer. Rapporten har, i udkast, været forelagt Minister for Ligestillings tværministerielle arbejdsgruppe om sundhed. Denne gruppe består af Margit Groth og Sisse Fagt, Fødevaredirektoratet, Lene Brøndum Jensen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Tina Ravn, Fødevareministeriet, Iben Rostock-Jensen og Kira Appel, Ligestillingsafdelingen. Medlemmerne af arbejdsgruppen takkes for værdifulde forslag til rapporten.

Mette Madsen
Forskningsleder



Indhold

1. Sammenfatning	6
1.1. Undersøgelsens formål samt data og metode	6
1.2. Hovedresultater	7
2. Indledning	13
3. Viden om kønsforskelle i sundhed og sygelighed. En litteraturgennemgang	15
4. Kønsforskelle i sygehusindlæggelser	23
4.1. De mest almindelige årsager til sygehusindlæggelser for kvinder og mænd	23
4.2. Baggrund for valg af de sygdomme der særligt trækkes frem i resten af rapporten.	26
5. Sygdomme der kun rammer det ene køn	28
5.1. Kvindesygdomme	28
5.1.1. Cancer i kvindelige kønsorganer	28
5.1.2. Andre gynækologiske lidelser	29
5.1.3. Brystkræft	30
5.2. Mandesygdomme	31
5.2.1. Sygdomme i mandlige kønsorganer	31
5.2.2. Cancer i mandlige kønsorganer	32
6. Sygdomme, der rammer begge køn – med kønsforskel	34
6.1. Iskæmisk hjertesygdom	35
6.2. Mave-tarm cancer	37
6.3. Autoimmune sygdomme	39
6.4. Kronisk obstruktiv lungesygdom	41
6.5. Skader	42
6.6. Psykiatriske lidelser	44
7. Omkostninger til behandling	46
7.1. Sygehusvæsenet	46
7.2. Fyns Amt	47
8. Selvrapporteret sundhed og sygelighed	49
8.1. Kønsforskelle i sundhed	49
8.2. Kønsforskelle i gener, sygdomssymptomer og langvarig sygdom	52
8.2.1. Selvrapporteret sygdom	54
8.2.2. Langvarig sygdom	54
9. Kønsforskelle i sygdomsadfærd	56
9.1. Praktiserende læger	56
9.2. Skadestuekontakter på grund af sygdom og ulykke	59
9.3. Selvrapporteret kontakt til sundhedsvæsenet	61
9.4. Brug af medicin	62
10. Kønsforskelle i sundhedsadfærd	64
10.1. Rygning	64
10.2. Alkoholforbrug	65
10.3. Kost	65
10.4. Motion	66
10.5. Sundhedsadfærd blandt unge	67
Bilagstabel	68
Referencer	72



1. Sammenfatning

Der er mange paradokser inden for køn, sygdom og dødelighed. Mænd lever i gennemsnit kortere end kvinder, men kvinder kan forvente flere sygdomsbelastede leveår og rapporterer igennem hele livet generelt dårligere helbred og trivsel end mænd. For mænd er den forventede restlevetid i alle aldersgrupper betydeligt kortere end for kvinder. I 45-årsalderen var den i 2002 henholdsvis 31,4 år og 35,3 år. Men kvinder kan forvente flere leveår med langvarig sygdom end mænd, henholdsvis 18,4 år for kvinder og 15,6 år for mænd (1).

Allerede i barndommen er der kønsforskelle i sygelighed og trivsel. Drengene rammes fx oftere af infektionssygdomme og udsættes hyppigere for skader end piger. Men drenge oplever generelt deres helbred som bedre, end piger gør, og har færre trivselsproblemer, end piger har. Der er tilsvarende kønsforskelle blandt voksne, dvs. i hvor hyppigt mænd og kvinder oplever gener og symptomer, hvornår de føler sig syge, og hvad de gør ved det. Der er mindre udtalte kønsforskelle i sygehusindlæggelser for en lang række sygdomme, der kan ramme både mænd og kvinder. Men for andre sygdomme og skader, der medfører sygehusbehandling og kontakt til skadestue og vagtlæge, er der store kønsforskelle.

Der er tre overordnede forklaringsmodeller for kønsforskelle i sygdom. Det er biologiske forhold, forskelle i risikofaktorer og de to køns reaktion på disse faktorer, samt forskelle i sygdomsadfærd. De biologiske forskelle i kombination med kønsforskelle i levevilkår og livsstil er en væsentlig årsag til kønsforskelle i sygehuskontakter og har også betydning for kønsforskelle i forekomsten af en række kroniske lidelser, der behandles af praktiserende læge, fx type 2 diabetes. Kønsforskelle i sygdomsadfærd, dvs. i hvordan de to køn opfatter og reagerer på gener og sygdomssymptomer, kan formentlig delvist tilskrives sociale og kulturelle faktorer. En betydende faktor kan være, at kvinder af andre årsager end sygdom oftere end mænd har kontakt med den praktiserende læge, for eksempel i forbindelse med graviditet.

1.1. Undersøgelsens formål samt data og metode

Formålet med denne rapport er at afdække væsentlige kønsforskelle i sygdom og sundhed og at forsøge at forklare disse forskelle ud fra forskelle i mænds og kvinders biologi, deres sundhedsadfærd, levevilkår og reaktion på sygdomssymptomer og gener.

I beskrivelsen af mænds og kvinders sygdom er der først og fremmest anvendt registerdata. Den systematiske indsamling i Landspatientregisteret af administrative og medicinske data om alle sygehuskontakter i Danmark gør det muligt at vurdere indlæggelsesmønstret for specifikke sygdomme blandt mænd og kvinder over tid og i forskellige aldersgrupper. Registeret rummer ligeledes data om skadestuekontakter og ambulante ydelser. Sygesikringsregisteret giver oplysning om alle kontakter til praktiserende læger, både i almen praksis og speciallægepraksis. De to registre rummer således oplysninger om sygdomme blandt mænd og kvinder, der fører til kon-



takt med sundhedsvæsenet, men ikke om forekomsten af gener og symptomer eller tolkningen af og reaktionen på generne blandt mænd og kvinder.

Interview- og spørgeskemaundersøgelser kan give oplysning om mænds og kvinders egen vurdering af deres helbred og oplevelse af sygdomssymptomer samt deres reaktion herpå. Der er i rapporten anvendt data fra den seneste sundheds- og sygelighedsundersøgelse, der i 2000 blev gennemført af Statens Institut for Folkesundhed (2).

Der er inden for de seneste 20-25 år gennemført en række undersøgelser med henblik på at afdække omfanget og karakteren af kønsforskelle i sygelighed og om muligt forklare de tilgrundliggende årsager til de observerede forskelle. Kønsforskning tager ofte afsæt i analyser af kvinders sundhed og sygelighed ud fra kønnets sociale og kulturelle karakteristika, dvs. mænds og kvinders livsbetingelser, relationerne mellem mænd og kvinder, og hvorledes disse formidles og bibeholdes (3). Indenfor de seneste år er der igen kraftig fokus på særlige mandesygdomme og biologiens og ydre faktorerers betydning herfor. Ministeren for Ligestilling afholdt således i 2003 en konference om mænds sundhed, sygelighed og dødelighed.

Der er her gennemgået en række undersøgelser, hvor der er fokus på både mænds og kvinders sundhed og sygelighed. Det er undersøgelser, hvor kønnet ikke er inddraget som en faktor, der justeres for i de statistiske analyser, men som en analytisk kategori ved udvikling af forklaringsmodeller og test af hypoteser. At betragte sundhed og sygelighed i et kønsperspektiv kan bidrage væsentligt til at afklare sammenhænge mellem biologi og de forskellige ydre faktorer, der påvirker befolkningens trivsel og helbred, og dermed til en målrettet forebyggelse af sygelighed blandt mænd og kvinder.



1.2. Hovedresultater

Kvinder og mænd rammes i forskellig grad af sygdom. Nogle sygdomme rammer kun det ene køn, og nogle rammer begge køn, men rammer skævt. Det er der flere forklaringer på, blandt de væsentligste er biologiske forskelle og forskelle i livsstil og levevilkår.

Der synes at være kønsforskelle i reaktion på gener og sygdomssymptomer. Det kan være en medvirkende forklaring på de store forskelle i kvinders og mænds kontakt til praktiserende læge.

Der er ikke kønsforskelle i adgangen til sygehusbehandling af alvorlige sygdomme.

De øvrige resultater opsummeres nedenfor.

Viden om kønsforskelle

Blandt de konklusioner, der står stærkt i litteraturen om kønsforskelle i sygdom, er, at biologien spiller en stor og ikke helt udforsket rolle, samt at kønsforskelle i leve-

vilkår og i en række livsstilsfaktorer er en central årsag til kønsforskelle i sundhed og sygelighed.

Sygehusindlæggelse

Kvinder har flere sygehusindlæggelser end mænd. Kønsratio for alle typer af indlæggelser, dvs. antal indlæggelser pr. 100.000 mænd divideret med antal indlæggelser pr. 100.000 kvinder, var 0,76 i 2002. Det vil sige, at for hver gang der indlægges 100 kvinder, indlægges der 76 mænd. Men ekskluderes indlæggelser i forbindelse med graviditet og fødsel, er der omtrent samme antal indlæggelser blandt mænd og kvinder.

Der er langt flere sygehusindlæggelser for sygdomme, der kun rammer kvinder (inklusive brystkræft), end der er for sygdomme der kun rammer mænd, dvs. flere indlæggelser for gynækologiske lidelser og brystkræft end for sygdomme i de mandlige kønsorganer.

Der er betydelige kønsforskelle i sygehusindlæggelse for en række sygdomme, der både rammer mænd og kvinder. Det er fx iskæmisk hjertesygdom, der langt hyppigst forekommer hos mænd og en række sygdomme, der betegnes autoimmune sygdomme, såsom struma og Crohns sygdom, der hyppigst forekommer hos kvinder.

Biologiske forskelle kan umiddelbart forklare, hvorfor nogle sygdomme hyppigere rammer det ene køn end det andet. Men i modsætning til en række andre risikofaktorer for sygdom, fx tobaksrygning, er der for andre sygdomme relativt sparsom viden om de grundliggende biologiske faktorer, fx hvorfor kvinder langt hyppigere end mænd udvikler autoimmune sygdomme som Crohns sygdom og struma, mens en anden gruppe af autoimmune lidelser, type I diabetes, lige hyppigt rammer mænd og kvinder.

Andre sygdomme er tæt forbundet til livsstil. Iskæmisk hjertesygdom rammer både mænd og kvinder, men mænd rammes i en yngre alder og i et større omfang end kvinder. Biologiske forhold er en del af forklaringen på kønsforskellene, men også livsstil. De tidligere store forskelle i hyppigheden af tobaksrygning blandt mænd og kvinder medvirker til den aktuelle kønsforskel i hjertesygdom. Kronisk obstruktiv lungesygdom ("rygerlunger") rammer også begge køn, men de kvindelige patienter er yngre end de mandlige, og siden starten af 1990'erne har antallet af kvinder indlagt med denne sygdom været større end antallet af mænd. Det kan tyde på, at tobaksrygning er en stærkere risikofaktor for lungesygdom for kvinder end for mænd (4) (5).

Psykiske lidelser, der medfører sygehusindlæggelse, rammer mænd og kvinder i samme omfang, men der er stor forskel på sygdomsmønstret for de to køn. Mænd indlægges hyppigst på psykiatriske afdelinger som følge af misbrugsrelaterede psykiske lidelser, mens kvinder hyppigst rammes af de såkaldte affektive sindslidelser, herunder depressioner mv. Disse kønsforskelle kan delvist forklares ved mænds og



kvinders forskellige sociale roller, hvor risikoadfærd som fx misbrug af narkotika hyppigere forekommer blandt mænd, og hvor dobbeltarbejde, stress og nedslidning rapporteres hyppigere blandt kvinder. Disse levevilkår er risikofaktorer for fx depressive lidelser (6).

På trods af de markante forskelle i sygdomsmønster, er der ikke stor forskel på de ressourcer, der i sygehusvæsenet anvendes til behandling af mænds og kvinders sygdomme, forudsat at indlæggelser i forbindelse med graviditet og fødsel ekskluderes.

Selvoplevet sundhed

Der er ingen markant forskel i andelen af mænd og af kvinder, der oplever deres helbred enten som virkeligt godt eller som godt. Men mænd rapporterer oftere end kvinder, at de har det virkeligt godt. Flere kvinder end mænd oplever sig plaget af gener og symptomer i hverdagen. Kvinder angiver oftere end mænd, at de lider af en navngiven sygdom. Antallet af mænd og kvinder, der fortæller, at de aktuelt lider af iskæmisk hjertesygdom, dvs. har/har haft blodprop i hjertet og/eller smerter i hjertet, er stort set ens. Alligevel indlægges langt flere mænd end kvinder for iskæmisk hjertesygdom.

Det tyder på, at der er en forskellig tærskel mellem kønnene for, hvornår man føler sig syg, og en forskel i, om man oversætter sine symptomer til en specifik sygdom.

Sygdomsadfærd

Tilsyneladende undlader mænd oftere end kvinder at reagere på deres gener og symptomer, når reaktionen måles som kontakt med læge, brug af medicin og evt. brug af alternative midler. Kvinderne gør oftere end mænd noget ved deres situation. Blandt 25-44-årige kvinder med gener og symptomer valgte 9% at tale med en læge om det, mod kun 6% af mændene.

Mænd og kvinder reagerer således forskelligt på sygdomssymptomer, samtidigt med at der er kønsforskelle i hvilken del af sundhedsvæsenet, som kontaktes. Kvinder benytter langt oftest den praktiserende læge, mens mænd hyppigere kontakter skadestue i tilfælde af sygdom eller andre sundhedsproblemer.

Det er uafklaret i hvilken grad biologien har betydning for kønsforskellene i sygdomsadfærd, og hvor meget forskellene kan tilskrives sociale og kulturelle normer, herunder tillærte kønsroller (7).

Livsstil

Der er markante forskelle på kønnene i livsstil eller sundhedsadfærd, det vil sige i forekomsten af faktorer, der har betydning for sundheden, først og fremmest rygning, alkoholforbrug, kost og motion. Mænd dyrker mere motion end kvinder, men kvinder har sundere kostvaner end mænd, selvom mænd oftere end kvinder synes, at deres kostvaner er sunde nok. I de ældre aldersgrupper ryger kvinder langt



mindre end mænd, og i alle aldersgrupper drikker kvinder mindre og mindre hyppigt alkohol end mænd. En markant undtagelse i dette kønsmønster er dog de unge rygere, hvor det tegner til, at flere unge kvinder end unge mænd ryger daglig.

Perspektiver

Analyserne i rapporten tegner flere perspektiver, der opridses her:

Køn og biologi

Biologien har betydning for forekomsten af en række sygdomme, for kønsforskellene i sårbarheden over for en række risikofaktorer og muligvis for mænds og kvinders reaktion på symptomer. Der er stadigvæk forholdsvis sparsom viden om de grundliggende årsager til disse biologiske kønsforskelle. Forskning inden for genomet, dvs. genetisk forskning, vil antagelig give os meget mere viden, som måske også kan finde anvendelse i forebyggelse af mænds og kvinders sygelighed.

Sundhedsvæsenet

Der er intet, der tyder på, at der er forskel i behandlingen i det danske sygehusvæsen på grund af køn.

Strukturen af det danske sundhedsvæsen har som en målsætning, at den praktiserende læge skal fungere som ledvogter for det (dyrere) behandlende sundhedsvæsen, og herunder blandt andet skelne mellem sygdomme, der kræver specialiseret behandling og helbredsproblemer, der kan afhjælpes på anden vis. Analyserne peger på, at denne målsætning opfyldes, og at der ikke er kønsforskel i praktiserende lægers visitation til sygehusbehandling.

De foreliggende resultater og tidligere analyser, fx af behandlingen af hjertekarsygdomme, viser således, at der i Danmark ikke er kønsforskelle i adgangen til sundhedsvæsenet og i behandlingen af en række sygdomme. Der er ikke gennemført analyser af, om der muligvis kunne eksistere kønsforskelle i særlige former for behandling af kroniske sygdomme, fx nyretransplantation. Transplantationer er influeret af en lang række faktorer, der ikke umiddelbart er relateret til køn og sociale faktorer.

WHO har påpeget, at en overgang fra et offentligt finansieret til et forbrugerbetalt sundhedsvæsen, inklusive arbejdsgiverbetalte sundhedsordninger, uforholdsmæssigt vil kunne forringe kvinders adgang til sundhedsydelser. Kvinder er generelt socialt dårligere stillede end mænd både med hensyn til egen indtjening og plads i arbejdsmarkedets hierarki (8).

Sygdomsafærd

Resultaterne i nærværende rapport peger på, at kvinder i højere grad end mænd reagerer på symptomer ved at gå til læge, og at det kan medvirke til at forebygge udviklingen af alvorligere sygdomme. Det kan forsigtigt konkluderes, at alvorlig hospitalskrævende sygdom blandt mænd muligvis i et vist omfang vil kunne forebygges



ved, at mænd tidligt kontakter læge, i stedet for at vente til symptomerne bliver så alvorlige, at de kræver akut skadestuekontakt og sygehusindlæggelse.

Levevilkår

Kvinder har generelt lavere uddannelse end mænd, mindre indflydelse på deres arbejdsituation, mere monotont arbejde og mere dobbeltarbejde. En række af de gener og sygdomssymptomer, der opleves af kvinder, kan relateres til deres arbejdsforhold og kan forklare de påviste kønsforskelle i forekomsten af disse lidelser og specifikke helbredsklager. Undersøgelser, der har taget højde for kønsforskelle i arbejdsforhold mm., påviser, at der kun er meget beskednen forskel i mænds og kvinders selvrapporterede sygelighed, hvis de har ens arbejdsforhold og social status (9).

I forhold til sygehusindlæggelser er det i danske undersøgelser påvist, at arbejdsmiljøet har relativ større betydning for mænd end for kvinder, når alle sygehusindlæggelser inkluderes, også når der tages højde for sociale forskelle mellem mænd og kvinder (10). Tilsvarende synes sociale faktorer at have større betydning for mænd end for kvinder i forhold til forventet levetid uden sygdom, såkaldte forventede gode leveår (11).

Over dobbelt så mange kvinder som mænd har forladt arbejdsmarkedet med førtidspension eller langtidssygdom. Mange af disse skyldes lidelser i bevægeapparatet, som ville kunne afhjælpes af ændringer i arbejdsmiljøet og af hensigtsmæssig motion. Men kvinder forklarer ofte deres praktiserende læge, at de ikke har tid til at dyrke motion (30). I forebyggelsen af arbejdsbetingede lidelser kunne det derfor være velbegrunderet at indføre motion på arbejdspladsen i langt højere grad, end det i dag er tilfældet.

Livsstil

Der er betydelige kønsforskelle i forekomsten af livsstilssygdomme, som kan skyldes forskellig sårbarhed over for bl.a. tobaksrygning og alkohol. Der synes ydermere at være kønsforskelle i baggrundsfaktorerne for valg af livsstil, ligesom det gælder for unge mennesker (12). Der er behov for mere viden herom, som vil kunne indgå i en kønsspecifik forebyggelsesindsats i forhold til de livstilsrelaterede sygdomme, fx oplysning om, at det er endnu farligere for kvinder at ryge, end det er for mænd.

Mænds sundhed kan fx forbedres ved forbedring af deres kostvaner, nedsat forbrug af alkohol og øget fysisk aktivitet, idet overvægt og fed kost især for mænd er en stærk risikofaktor for udvikling af type 2 diabetes (13). Mænds og kvinders sundhed påvirkes kraftigt af tobaksrygning. Der kan være grund til at overveje forskellige forebyggelsestiltag overfor henholdsvis mænd og kvinder.

Osteoporose, nedsat knogletæthed, forekommer langt hyppigst blandt kvinder og er en væsentlig forklaring på det høje antal sygehusindlæggelser blandt ældre kvinder. Osteoporose er ikke en sygdom men en risikofaktor for knoglebrud. Rigelig motion allerede fra barnealderen er formentlig den mest effektive metode til at forebygge



osteoporose blandt kvinder. Det er derfor vigtigt at støtte og udvikle sportsaktiviteter, der kan fremme og fastholde unge pigers fysiske aktivitet i fritiden. Tobaksrygning er også en alvorlig risikofaktor for at udvikle osteoporose (14).

Forskning

Kønsrollernes og andre sociale faktorerers betydning for sygelighed og reaktioner på sygdomssymptomer er kun delvist afklaret. Der er fortsat brug for altid at inddrage kønnet i præsentation af befolkningens sundhedsproblemer og i analyser af årsagerne hertil.



2. Indledning

Der er forskellige perspektiver på sygdom og sundhed.

Syge mennesker indlægges på sygehus. Det er ikke patienten selv, der indlægger. Det er en læge (i visse tilfælde en anden sundhedsfagligt uddannet person), der på baggrund af en undersøgelse og i samråd med patienten træffer beslutning om indlæggelse. En sygehusindlæggelse er således ikke patientens eget valg, og dermed ikke direkte et udtryk for sygdomsadfærd. Indlæggelser på sygehus er i stedet udtryk for diagnosticeret **sygdom** eller alvorlig mistanke om sygdom.

Kønsforskelle i **sundhed** og i **selvrapporteret sygelighed** afdækkes ved analyse af interviewdata om selvrapporteret helbred, dvs. interviewpersoners svar på, hvordan de selv synes, at de har det.

Det danske sundhedsvæsen er organiseret sådan, at patienter selv kan henvende sig til praktiserende læger, vagtlæger og skadestuer. De praktiserende læger fungerer som et filter til det øvrige sundhedsvæsen, og henvendelser til praktiserende læge er udtryk for patientens eget valg. Dvs. henvendelsesmønsteret er udtryk for patienternes egen sygdomsadfærd.

Sygdomsadfærden kan også belyses ved interviewdata, hvor der for eksempel spørges til, om svarpersonen har kontaktet læge, skadestue eller taget medicin for nylig, og hvilken medicin.

Kvinder og mænds sygelighed belyses ud fra tre vinkler:

1. **Sygdom:** Indlæggelser på sygehus som mål for diagnosticeret sygdom.
2. **Selvrapporteret sygelighed:** Baseret på interviewdata analyseres kønsforskelle i selvvurderet trivsel, selvrapporterede gener, sygdomssymptomer og langvarige sygdomme.
3. **Sygdomsadfærd:** Kønsforskelle i henvendelsesmønsteret til praktiserende læge og skadestue ud fra registerdata, samt selvrapporteret sygdomsadfærd. Brug af forebyggende ydelser er ikke medtaget.

Beregningerne vedrører år 2002, og ved beskrivelsen af udviklingen i sygehusindlæggelser er der medtaget data vedrørende 1995-2002.

Rapporten indledes med en gennemgang af litteraturen vedrørende kønsforskelle i sundhed og sygelighed og de mulige baggrundsfaktorer herfor, kapitel 3. Det er tilstræbt at give en vurdering af, i hvilket omfang kønsforskellene overvejende skyldes mænds og kvinders forskellige biologi, og hvilket omfang forskellene kan tilskrives ydre faktorer, specielt sundhedsadfærd samt forskelle i de to køns sygdomsoplevelse og reaktion på sygdomssymptomer.



Kønsforskellene i sygehusindlæggelser beskrives i kapitel 4 med angivelse af kønsratio, som er målt som indlagte personer per 100.000 blandt mænd divideret med indlagte personer per 100.000 blandt kvinder.

Data præsenteres grafisk, overvejende som begrebet indlagte personer, der dækker indlagte patienter per 100.000 i samme aldersgruppe. For eksempel antal indlagte patienter med læsioner i hofte og lår per 100.000 kvinder i alderen 85 år og opefter. Der er dog ikke her set på, hvorvidt en given patient i et tidligere år har været indlagt for samme lidelse, men flere indlæggelser i samme kalenderår er fjernet. Tallene viser således, hvor mange forskellige individer, der pr. 100.000 i det givne år har været indlagt for vedkommende diagnose.

Kapitel 5 beskriver sygdomsmønstret for nogle af de hyppigste kønsspecifikke sygdomme, dvs. sygdomme der kun rammer det ene køn. Det drejer sig om sygdomme i kønsorganerne samt brystkræft, som næsten kun rammer kvinder. Nogle af sygdommenes forekomst kan sammenlignes med andre lande. I disse tilfælde ses på incidens, dvs. antallet af nye tilfælde per år i Danmark og i andre europæiske lande.

I kapitel 6 beskrives udvalgte sygdomme med markante kønsforskelle, og hvor kønsforskellene kan bidrage til at belyse de tre overordnede forklaringsmodeller, biologi, risikofaktorer og sårbarheden herfor samt sundhedsadfærd.

Kønsforskelle i kostprisen for sygehusbehandling, dvs. den gennemsnitlige udgift til indlæggelser er beskrevet i kapitel 7. Der anvendes takstsystemet for meraktivitet i sygehusvæsenet til en beregning af hvilket køn, der koster mest at behandle i sygehusvæsenet.

Kapitel 8 belyser den selvopfattede sundhed og sygelighed ud fra interviewdata. Der er anvendt data fra Statens Institut for Folkesundheds seneste sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 2000.

Kvindens og mænds sygdomsadfærd gennemgås i kapitel 9, dels ud fra interviewbaserede data (Sundhed og Sygelighedsundersøgelsen), dels ud fra registerbaseret information om kontakt til praktiserende læge og skadestue.

Kønsforskelle i sundhedsadfærd, det vil sige den livsstil og adfærd, der har betydning for sundheden, beskrives i kapitel 10. Der vises kønsforskelle i rygning, alkoholforbrug, kost og motion. Oplysningerne er baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000 og Fødevaredirektoratets landsdækkende kostundersøgelse i 2000/2001(15).



3. Viden om kønsforskelle i sundhed og sygelighed. En litteraturgennemgang

Når der sættes fokus på kønnets betydning for sundhed og sygelighed, er det ofte ensbetydende med en belysning af kvinders vilkår og de særlige risikofaktorer for sygelighed blandt kvinder (3). Det var der tidligere meget stort behov for. Lægevidenskab havde indtil 1970'erne som regel mænd som reference, handlede oftere om mænds sygdomme end kvinders, og kvinders biologi blev vurderet i forhold til mænds. Der var en tendens til at sygeliggøre den kvindelige menstruationscyklus, klimakteriet, graviditet og fødsel, og der var relativt sparsom viden om betydningen af kønnet i forhold til helbredsrisici, sygelighed og reaktion på sygdom (16).

Interessen for at inddrage et kønsperspektiv på sundhed og sygelighed tog udgang i den feministiske bølge i 1970'erne og i en tiltagende viden om social ulighed i sundhed og sygelighed. Forskningen havde tidligere prioriteret de sygdomme, der hyppigst rammer mænd, og tog udgang i mænds biologi (16). Et kønsperspektiv på sundhed og sygelighed er vigtigt for at forstå de betydelige forskelle i mænds og kvinders middellevetid og sygdomsbelastning. Men som det fremhæves i 1999 i et særnummer om køn og sundhed (Gender and Health) i det internationale tidsskrift Social Science and Medicine har den overvejende del af "kønnsforskning" omhandlet kvinders levevilkår og sygdom (17). "Gender", dvs. den sociale konstruktion af køn, har oftest været synonymt med "kvinde". Verdens Sundhedsorganisationen, WHO's globale program om "gender and health", dvs. køn og sundhed, stiler således først og fremmest mod at sikre lige adgang for kvinder til sundhedsydelser og forebygge de særlige helbredsproblemer, der rammer kvinder i forbindelse med graviditet, fødsler og gynækologiske lidelser.

Indenfor de seneste år er der dog igen sat større fokus på mænds sundhedsproblemer og på årsagerne til mænds relativt korte middellevetid (18). For eksempel blev der i 2003 afholdt en konference om mænds sundhed, sygelighed og dødelighed, og der er globalt øget opmærksomhed på mænds helbredsproblemer.

Der er derimod kun i relativt sparsomt omfang gennemført konsekvente sammenligninger af mænds og kvinders trivsel, sygelighed og dødelighed (17). Der blev dog allerede i midten af 1970'erne publiceret beskrivelser af kønsforskelle i dødelighed og i sygelighed (19) (20) (21) (22). Disse studier diskuterede den mulige betydning af genetiske faktorer på kønsforskelle i sygelighed og dødelighed i forhold til betydningen af kønsforskellene i sundheds- og risikoadfærd bl.a. betydningen af kønsforskelle i tobaksrygning (23). Det blev tidligt påpeget, at nok havde biologiske forhold stor betydning for kønsforskellene i sygelighed og dødelighed, men at tillærte kønsroller, dvs. kønssocialisering, og dermed bl.a. sundhedsadfærd, også havde markant indflydelse (24).



På Sundhedsstyrelsens initiativ blev der allerede i 1950 gennemført en sygdomsundersøgelse i Danmark. I den er resultaterne konsekvent opdelt på køn (25). Undersøgelsen omfattede 87.000 personer, der var repræsentativt udvalgt for den danske voksne befolkning, dvs. personer over 15 år. Der blev opnået en svarprocent på 82% blandt mænd og 84% blandt kvinder.

Inden undersøgelsens start blev der gennemført en analyse af betydningen af, om det var en mandlig eller kvindelig interviewer, der udsurgte de mandlige svarpersoner. Resultatet var, at mænd rapporterede færre sygdomssymptomer, når det var en mand frem for en kvinde, der interviewede dem (24).

Undersøgelsen blev udført af medicinalstatistikeren Marie Lindhardt. Hun skriver i sin indledning om undersøgelsens formål: *” En definition af sygelighed set fra statistikkens synspunkt er vanskelig at fastslå. Det siges undertiden, at kun en læge kan afgøre, hvilken sygdom en patient lider af, medens det er patienten selv, der må afgøre, om han er syg eller ikke. Man kan føle sig syg, uden at lægen er i stand til stille nogen diagnose, og man kan føle sig fuldstændig rask og være udvidende om en måske alvorlig sygdom, som kun lægen har konstateret.*

Tilstanden syg defineres undertiden som fraværelse af fuldstændig sundhed. Men hvis man ved fraværelse af fuldstændig sundhed medregner selv den mindste skrøbelighed eller defekt, ville vel de fleste mennesker kunne betegnes som syge, og denne definition synes derfor ikke at have nogen praktisk interesse for medicinalstatistikken”.

Man valgte i denne sygdomsundersøgelse i 1950'erne at lade de mennesker, der blev spurgt om deres helbredstilstand, selv afgøre, hvad sygdom er. Denne tradition er fulgt i de senere danske sundheds- og sygelighedsundersøgelser. Undersøgelsen i 1950'erne omfattede spørgsmål om konkrete symptomer og sygdomme, der blev grupperet i overensstemmelse med en sygdomsliste udarbejdet på grundlag af den internationale sygdomsklassifikation. Der blev ikke spurgt til svarpersonens generelle vurdering af sit helbred.

For en udvalgt gruppe af svarpersonerne blev der gennemført en analyse af forholdet mellem de sygdomme, som svarpersonerne selv rapporterede, og de sygdomme, som svarpersonernes egen læge angav. For 71% var der fuld overensstemmelse, for 16% var lægen uvidende om tilfældet, for 7% angav lægen en anden sygdom end svarpersonen, og for 6% var der uoverensstemmelse i angivelse af sygdomstypen. Der er i undersøgelsen desværre ikke angivet, hvorvidt der var kønsforskelle i denne overensstemmelse/uoverensstemmelse (25).

Denne sygdomsundersøgelse i 1950'erne påviste betragtelige forskelle i forekomsten af de sygdomme, som befolkningen selv angav at lide af, og de sygdomme, der havde medført sygehusindlæggelse og død. Der var også markante kønsforskelle i sygdomshyppighed ud fra de to forskellige mål, således som det fremgår af tabel 3.1, der er gengivet fra pågældende undersøgelse.



De mest markante kønsforskelle i selvrapporteret sygdom var, at mænd næsten tre gange hyppigere end kvinder havde sygdomme i mave- og tarmkanal, overvejende mavesår, at kvinder meget hyppigere rapporterede nerve- og sindslidelser, og at kvindesygdomme (gynækologiske lidelser) forekom hos hver ottende kvinde. Kvindesygdomme var langt den hyppigste årsag til sygehusindlæggelse også i starten af 1950'erne, hvor en stor del af fødsler stadig foregik i hjemmet eller på fødeklínik.

Tabel 3.1: Data i Sygdomsundersøgelsen 1950 om selvrapporteret sygdom, sygehusindlæggelse og dødelighed, angivet som procentandel blandt mænd og kvinder.

	Mænd interview	Mænd indlagte	Mænd døde	Kvinder interview	Kvinder indlagte	Kvinder døde
Infektionssygdomme	1,0	2,5	2,3	0,9	1,7	1,7
Svulster	0,3	7,0	21,7	0,7	8,6	24,0
Allergiske Sygdomme, stofskiftesygdomme mv	2,8	2,5	0,7	3,0	5,9	1,1
Blodsygdomme	0,3	0,5	0,4	0,9	0,6	0,6
Nerve-sindslidelser	3,5	2,0	0,6	6,0	3,2	0,8
Organiske nervelidelser (bl.a.apopleksi)	1,5	2,7	14,1	1,5	2,1	17,4
Hjertesygdomme og forhøjet blodtryk	4,7	6,4	32,2	4,8	5,2	30,6
Sygdomme i arterier og vener	3,1	4,5	4,5	4,3	2,9	5,7
Forkølelse og influenza	19,2	0,8	0,6	12,1	0,6	0,8
Andre sygdomme i åndedrætsorganerne	10,1	4,1	3,6	7,6	2,2	3,5
Ulcus og andre sygdomme i mave og tolvfingertarm	7,6	8,9	1,4	2,8	2,8	0,5
Andre sygdomme i fordøjelsesorganerne	7,5	17,9	2,3	8,0	13,9	3,2
Sygdomme i urinveje og mandlige kønsorganer	2,2	10,1	5,2	2,3	2,6	2,3
Kvindesygdomme	0,0	0,0	0,0	13,2	30,5	0,5
Hudsygdomme	4,7	2,4	0,1	3,3	1,3	0,1
Gigtsygdomme	11,8	2,9	0,0	11,1	3,2	0,1
Andre sygdomme i knogler, led og muskler	5,1	3,5	0,0	6,0	1,6	0,0
Alle andre sygdomme	11,3	4,1	1,7	10,4	4,1	1,9
Ulykker og selvmord	3,4	17,3	8,8	1,3	7,1	5,4

Kilde: Sygdomsundersøgelsen i Danmark af 1950

En anden dansk undersøgelse fra slutningen af 1970'erne tog udgangspunkt i en undersøgelse af alle 40-årige i 4 kommuner i Københavns Amt (26). Ud fra resultaterne i denne undersøgelse vedrørende mænds og kvinders forbrug af sundhedsvæsenet blev der fremsat en række forklarende hypoteser på kvinders relativt hyppige kontakt til sundhedsvæsenet:

- ▶ Kvinder har vænnet sig til at bruge sundhedsvæsenet
- ▶ Kvinder oplever flere helbredsproblemer
- ▶ Kvinder er svageligere pga. hormonelle forhold
- ▶ Kvinder udsættes for mere stress, end mænd gør
- ▶ Læger definerer oftere kvinder som unormale, og kvinder er villige til at lade sig behandle
- ▶ Kvinder er mere kropsbevidste og dermed mere observante over for sygdomssymptomer

Sygdomsadfærd

Disse hypoteser fra 1970'erne om kvinders sygdomsadfærd har stadig interesse i dag. Det er indlysende, at kvinder og mænd bruger sundhedsvæsenet forskelligt. Det er kvinder, der indkaldes til screeningsundersøgelser. Det er kvinder, der ved seksuel debut opsøger læge mhp. svangerskabsprævention. Det er kvinder, der kontrolleres i forbindelse med graviditet og fødsel. Det er til kvinder, at rådgivning om det nyfødte barns trivsel, kost, levevaner m.m. oftest er rettet. Det kan derfor være mere naturligt for kvinder end for mænd at henvende sig til praktiserende læge med småskavanker eller psykiske problemer (27).

Der er diskussion om, hvorvidt kvinder har flere behandlingskrævende psykiske problemer, end mænd har. Danske undersøgelser giver ikke entydige resultater. En undersøgelse viser, at kvinder omkring klimakteriet frembyder flere symptomer på depression, end mænd gør i den samme alder, men at omfanget af depressive symptomer stiger blandt mænd efter 60-års alderen i modsætning til blandt kvinder (28). En anden dansk undersøgelse i almen praksis har derimod påvist, at der blandt patienter i almen praksis ikke var kønsforskelle i forekomsten af depression (29). I sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000 fortalte kvinder derimod dobbelt så hyppigt som mænd, at de var nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige, og forskellen var størst blandt de ældre (2).

Praktiserende læger rapporterer, at der i disse år synes at ske en ændring i baggrunden for, at kvinder konsulterer læger i takt med, at man får større viden om, hvem der er i risiko for at udvikle hvilke sygdomme. Ud fra erfaringerne i lægepraksis forudses det, at der fremover skal bruges mere tid på at tale med kvinder, der er bange for at blive syge, frem for at bruge tiden på dem, der er virkelig syge. Mange kvinder konsulterer lægen for nervøse symptomer såsom hjertebanken, træthed, oppustet fornemmelse og kulde-varmefornemmelser. Symptomerne adskiller sig i intensitet, men ikke i karakter fra normale kropsfunktioner og bliver hyppigt opfattet som udtryk for en lidelse (30).

En nylig undersøgelse, der sammenligner mænds og kvinders svar på almindeligt anvendte spørgsmål om kronisk sygdom og specifikke lidelser, finder dog ingen kønsforskel i svarene på de indledende og generelle spørgsmål om helbredsproblemer, og kvinder var ikke mere tilbøjelige end mænd til at rapportere "trivielle" psykiske symptomer (31).

En undersøgelse af hyppige og sjældne lægebrugere påpeger, at en væsentlig årsag til hyppig kontakt til praktiserende læge er en forventning om, at alt hvad der kan gå galt vil gå galt, en stor sygdomsfrygt og en anden livsopfattelse end blandt personer med sjælden kontakt til læge. Det hævdes, at det i sig selv ikke er forskelle i sygdomsforekomst, der betinger forskellene i forskellige personers brug af det primære sundhedsvæsen (32).



Kønsforskellene i brug af sundhedsvæsenet kan således skyldes, at kvinder er mere optaget af deres helbred, end mænd er, at de også bekymrer sig mere om hele familiens trivsel, end mænd gør, og at kvinder sætter ord på deres gener og symptomer (33).

Levevilkår og livsstil

I Danmark har der været en bekymrende udvikling i både mænds og kvinders dødelighed sammenlignet med udviklingen i andre vesteuropæiske lande. Det førte til, at regeringen i starten af 1990'erne nedsatte et Middellevetidsudvalg. Der blev gennemført en udredning af de mulige årsager til stagnationen i middellevetiden, herunder en særlig analyse af kvinders dødelighed (34). Der er en række årsager til den relativt høje sygelighed og dødelighed blandt danske kvinder i forhold til kvinder i de lande, som vi normalt sammenligner os med. Det er især den store andel af danske kvinder, der ryger eller har røget tobak, muligvis også en høj udsættelse for hormonlignende stoffer (pesticider mm) samt nedslidning betinget af belastende arbejdsvilkår og dobbeltarbejde. Men også i Danmark lever mænd kortere end kvinder og udvikler tidligere end kvinder alvorlige sygdomme. Der har dog været tegn på en vis tilnærmelse i kvinders og mænds sygelighed og dødelighed, samtidigt med at kvinders og mænds levevilkår og livsstil er blevet mere ens (35)(36). I Danmark er denne udjævning i mænds og kvinders vilkår sket hurtigere og tidligere end i andre lande.

Men ligesom i de øvrige europæiske lande eksisterer der i Danmark stadig markante kønsforskelle i social position, og der er betydelige sociale forskelle i sygelighed og dødelighed (37). Sociale forskelle i livsstil kan forklare en del af den sociale forskel i sygelighed. Men selv når der vægtes for betydningen af de sociale forskelle i livsstil, er der stadig markante sociale forskelle i sygelighed (38). For mænd er de sociale forskelle i forventede gode leveår i 30 års alderen større end for kvinder. Forventede gode leveår er defineret som antallet af leveår, der ikke er belastet af lidelser, sygdomssymptomer eller kroniske lidelser, og er beregnet ud fra kendskabet til mænds og kvinders gennemsnitlige restlevetid i forskellige aldre (11).

Kvinder har generelt lavere uddannelse end mænd, mindre indflydelse på deres arbejdssituation, mere monotont arbejde og mere dobbeltarbejde. I en undersøgelse blandt universitetsansatte i England rapporterede kvinder flere lidelser og helbredsklager end mænd. Men når der blev taget højde for forhold på arbejdspladsen m.m., var der kun meget beskedne kønsforskelle i den selvrapporterede sygelighed (9).

I Socialforskningsinstituttets nylige undersøgelse af danskernes tidsforbrug blev det konstateret, at midaldrende kvinder stadig varetager den overvejende del af husarbejdet, fx tre gange så lang tid på madlavning som mændene, selvom der i de yngre aldersgrupper er tendens til udjævning af kønsforskellene (39). En særlig udsat gruppe er enlige mødre med småbørn. En betydelig andel af dem tilhører fattigdomsgruppen, og det er påvist, at enlige mødre har flere helbredsproblemer end andre kvinder (40).



Arbejds miljø

Arbejds miljøinstituttet har analyseret sammenhænge mellem arbejds miljø og sygdom. Der er anvendt data i Danmarks Statistiks erhvervsregister og Landspatientregisteret (10). Undersøgelsen omfattede alle sygehusindlagte personer i alderen 20-59 år, der var indlagt på sygehus i perioden 1994 til 1999. Ud fra data om deres tilknytning til arbejdsmarkedet, fordelt på brancher, er den relative betydning af arbejds miljø for sygehusindlæggelse blevet beregnet. Ved korrektion for alder er den relative betydning af arbejds miljø større for mænd end for kvinder, henholdsvis 15% og 11%. Men hvis der tages højde for kønsforskelle i social status, udglattes denne kønsforskel. Arbejds miljøet har den relativt største betydning for sygehusindlæggelse for iskæmisk hjertesygdom og en større betydning for kvinder end for mænd, også når der blev taget hensyn til sociale faktorer (10).

Det er velkendt, at kvinder hyppigere end mænd rapporterer sygdomme i muskler og led, og at disse lidelser ofte er arbejdsbetingede. Sygdommene medfører som regel ikke sygehusindlæggelse, men er en årsag til hyppig kontakt med praktiserende læge og kan ofte være årsagen til førtidspensionering (41).

Tal fra Arbejds miljøinstituttets Nationale Arbejds miljø Kohorte viser, at over dobbelt så mange kvinder som mænd har forladt arbejdsmarkedet med førtidspension eller langtidssygdom. Det er bestemte helbredssymptomer, som kvinderne rapporterer. Det er oftest smerter i nakkeregionen og i lænden, allergiske symptomer, hudlidelser og dårligt psykisk helbred. Mange af lidelserne i bevægeapparatet ville kunne afhjælpes af ændringer i arbejds miljøet og af hensigtsmæssig motion. Men kvinder forklarer ofte deres praktiserende læge, at de ikke har tid til at dyrke motion (30). I forebyggelsen af arbejdsbetingede lidelser kunne det derfor være velbegrunder at indføre motion på arbejdspladsen, i langt højere grad end det i dag er tilfældet.

Der er således en lang række undersøgelser, der har påvist stærke sammenhænge mellem dårligt arbejds miljø og sygelighed. Det er ud fra to danske arbejds miljøundersøgelser beregnet, at 38% af sygefraværet blandt lønmodtagere kan forklares ud fra arbejds miljøet. De betydende risikofaktorer for sygefravær er usikkerhed i ansættelsen, arbejde med bøjet ryg og nakke, ensidigt gentaget arbejde og tunge løft. Det er risikofaktorer, der relativt hyppigt rammer kvinder (42). De arbejdsrelaterede sygdomme omhandler ikke alene de direkte arbejdsbetingede lidelser så som muskel- og skeletsygdomme og allergiske lidelser, men også en større modtagelighed for infektioner betinget af stress (42).

Biologi

Der er biologisk betingede kønsforskelle i, hvor stor risikoen er for at udvikle forskellige sygdomme. Det er velkendt, at mænd hyppigere har aldersforkalkningsbetingede sygdomme, herunder iskæmisk hjertesygdom, og at kvinder udvikler den type sygdomme senere i livet end mænd. Der er peget på, at kvindelige kønshormoner beskytter mod åreforkalkning. Det er da også overvejende efter klimakteriet, at kvinder udvikler åreforkalkning. Men mens niveauet af kvindeligt kønshormon falder



relativt stejlt, er der en meget gradvis stigning over alderen i forekomsten af iskæmisk hjertesygdom, så betydningen af de biologiske faktorer er stadig uafklaret (43).

Autoimmune sygdomme forekommer langt hyppigere blandt kvinder end blandt mænd. Det er sygdomme, hvor der sker en nedbrydning af det normale væv, muligvis på grund af en reaktion på eget væv. Det drejer sig fx om sygdommene colitis ulcerosa, Crohns sygdom (begge tarmsygdomme præget af destruktion af tarmslimhinden og blodig diarré) rheumatoid artrit (ægte leddegigt), struma og lupus. Kønsforskellen i forekomsten varierer mellem en dobbelt så høj forekomst og op til 10 gange større forekomst blandt kvinder end mænd. Tendensen til, at kvinder hyppigere end mænd udvikler autoimmune sygdomme er ofte tilskrevet hormonelle forhold. I dyreforsøg synes kvindelige hormoner at forværre sygdommene, mens mandlige hormoner hæmmer sygdommene (44). Men blandt patienter med autoimmune sygdomme er der ikke påvist nogen effekt af kønshormoner(45). Sygdommene synes at skyldes tab af immunologisk tolerance overfor egne antigener. Kønsforskelle i den genetiske masse, genomet, angives også som en mulig forklaring på kønsforskellene i forekomsten af autoimmune sygdomme (46). Men ligesom det gælder for en række af de øvrige sygdomme, hvor biologiske faktorer synes at have stor betydning for sygdommens optræden, er der endnu ikke fundet nogen sikker forklaring på de store kønsforskelle i forekomsten.

Både for mænd og kvinder er tobaksrygning den vigtigste risikofaktor for blodprop i hjertet. En række studier har påvist, at rygning er mere farligt for kvinder end for mænd (5). Et højt indhold af visse fedtstoffer i blodet (triglycerider) er også en stærkere risikofaktor for udvikling af iskæmisk hjertelidelse for kvinder end for mænd (47).

Der er kønsforskelle i følsomheden for tobaksrøg (48). Kvindelige rygeres lungefunktion påvirkes mere end mandlige rygeres. Kvinder, der ryger, har 50% større risiko for at blive indlagt med kronisk obstruktiv lungesygdom ("rygerlunger") end mænd, der ryger (4). I Danmark steg forekomsten af denne lungesygdom kraftigt blandt kvinder indtil 1999, men i de seneste par år er antallet af sygehusindlæggelser faldet (49).

Der er derimod ikke evidens for, at tobaksrygning giver en større risiko for kvinder end mænd for at udvikle lungekræft. Storrygere har blandt begge køn en 20 gange større risiko for at få lungekræft end ikke-rygere (50).

Det er formentligt biologiske forskelle, der betinger, at fx overvægt giver forskellig risiko for mænd og kvinder vedrørende udvikling af type 2 diabetes. Et højt body mass indeks (BMI) er en stærk risikofaktor for mænd, men ikke for kvinder.

Osteoporose, knogleskørhed, findes langt hyppigere hos ældre kvinder end ældre mænd. Osteoporose er ikke en sygdom, men en risikofaktor for at få knoglebrud. For kvinder er der påvist en samvirkning af tobaksrygning og undervægt, dvs. at tynde kvinder, der ryger, har meget større risiko for at få knoglebrud end tykke kvinder, der



ryger. Det gælder ikke for mænd (51) (52). Fysisk aktivitet allerede fra barndom og i ungdom kan modvirke udviklingen af osteoporose i alderdommen. Der er også holddepunkt for, at fysisk aktivitet efter klimakteriet i højere grad end brug af hormoner kan modvirke udviklingen af osteoporose (14).

Der er i løbet af de sidste 50 år foretaget mange undersøgelser af sygdomsforekomsten i befolkningen, både i regionale og landsrepræsentative befolkningsundersøgelser, kliniske undersøgelser og registerbaserede analyser. Kønsforskelle i selvrapporteret helbred og i kontakten til sundhedsvæsenet er derved blevet belyst både generelt og inden for en række sygdomme. Der er således efterhånden indsamlet megen empirisk viden herom. Men der er relativt sparsom forskning om årsagerne til de påviste kønsforskelle, dvs. en forskning, der kombinerer de komplekse biologiske, samfundsmæssige og adfærdsmæssige faktorer.

I Medicinsk Sociologi 2002 påpeges det, at der, trods den øgede lighed i det danske samfund, stadig er mange forskelle på de samfundsmæssige betingelser, som mænd og kvinder lever under og dermed også forskel i, hvilke sygdomsfremkaldende faktorer de er udsat for (53). Der er derfor fortsat behov for, at køn medtænkes i forebyggelse, behandling og forskning, idet der ofte mangler en kønsopdelt analyse inden for sundhedsområdet.



4. Kønsforskelle i sygehusindlæggelser

Kvinder har flere sygehusindlæggelser end mænd. Det er især fordi, næsten alle fødsler foregår på sygehus, og fordi de specifikke kvindesygdomme forekommer hyppigere end de specifikke mandesygdomme.

Når indlæggelser i forbindelse med graviditet og fødsel og indlæggelser for de køns-specifikke sygdomme ekskluderes, er der omtrent samme antal indlæggelser blandt mænd og kvinder. Men der er kønsforskel i indlæggeshyppigheden for en række sygdomme, der både rammer mænd og kvinder.

Biologi, sundhedsadfærd og andre risikofaktorer, fx belastende arbejdsmiljø, har betydning for kønsforskellene i de sygdomme, der er årsag til kvinders og mænds sygehusindlæggelser.

I dette kapitel beskrives befolkningens sygelighed ud fra oplysninger om sygehusindlæggelser. Data om sygehusindlæggelser giver et indblik i den del af sygeligheden, der medfører hospitalsindlæggelse, men ikke et fuldstændigt billede af befolkningens sygelighed, og kønsforskelle heri. Ikke alle sygdomme behandles i sundhedsvæsenet, og det er kun kontakter til sygehusvæsenet, der registreres med den specifikke årsag til undersøgelse og behandling. Kontakter til praktiserende læger registreres i Sygesikringsregisteret, men uden at der angives den konkrete årsag til kontakten.

Landspatientregisteret rummer administrative og medicinske/lægelige oplysninger om alle sygehusindlæggelser siden 1978, og fra 1995 også oplysninger om alle skadestuekontakter og ambulante ydelser. For hver indlæggelse registreres den grundlæggende kontaktårsag, der enten er sygdom eller skade opstået ved ulykke, forsætlig vold eller som er selvtilføjet. Ved patientens udskrivelse eller ved afslutning af skadestuebesøget registreres der mindst en diagnose, den såkaldte aktionsdiagnose, der specificerer den sygdom eller skade, som undersøgelse og behandling har været rettet mod. Diagnosen angives i overensstemmelse med WHO's sygdomsklassifikation, som opdeler sygdomme og skader i 21 overordnede kategorier og en række undergrupper ved hjælp af bogstavs- og talkoder. Derved er det muligt præcist at specificere den sygdom, der var hovedårsagen til patientens sygehuskontakt, og at angive andre lidelser, der har haft medvirkende betydning for kontakten.

4.1. De mest almindelige årsager til sygehusindlæggelser for kvinder og mænd

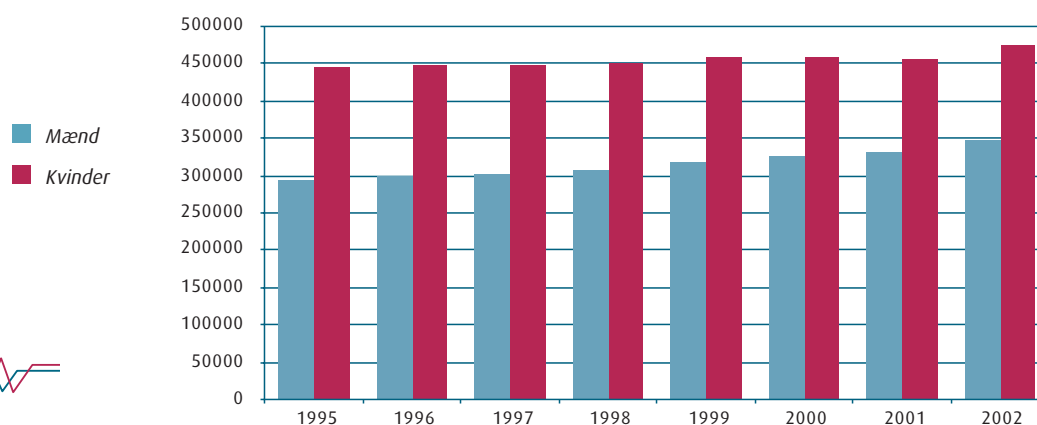
Kvinder har flere sygehuskontakter end mænd. I 2002 var der blandt kvinder 475.000 indlæggelser og blandt mænd 348.000. Kønsforskellen i sygehusindlæggelser kan beskrives som en kønsratio, fx antal indlæggelser pr. 100.000 mænd divideret med antal indlæggelser pr. 100.000 kvinder. Er kønsratio tæt ved 1, er der ingen eller ubetydelige kønsforskelle. I 2002 var kønsratio 0,76 for sygehusindlæggelser, bortset fra indlæggelser på psykiatriske hospitaler. Det vil sige, at indlæggeshyppigheden var mindre blandt mænd end blandt kvinder.



Der er en række forklaringer på denne kønsforskel i indlæggelseshyppighed. Først og fremmest, at det er kvinder, der bliver gravide og føder børn, dernæst, at sygdomme i kønsorganerne optræder hyppigere hos kvinder end hos mænd. Det drejer sig om gynækologiske lidelser og sygdomme i brystkirtlen inklusive kræftsygdomme. Graviditet, fødsel, gynækologiske lidelser og brystkræft var samlet anledning til 112.000 indlæggelser blandt kvinder i 2002. I modsætning hertil var der i alt kun 10.000 indlæggelser blandt mænd for sygdomme i de mandlige kønsorganer, inklusive blærehalskirtlen (prostata) og inklusive kræftlidelser i disse organer.

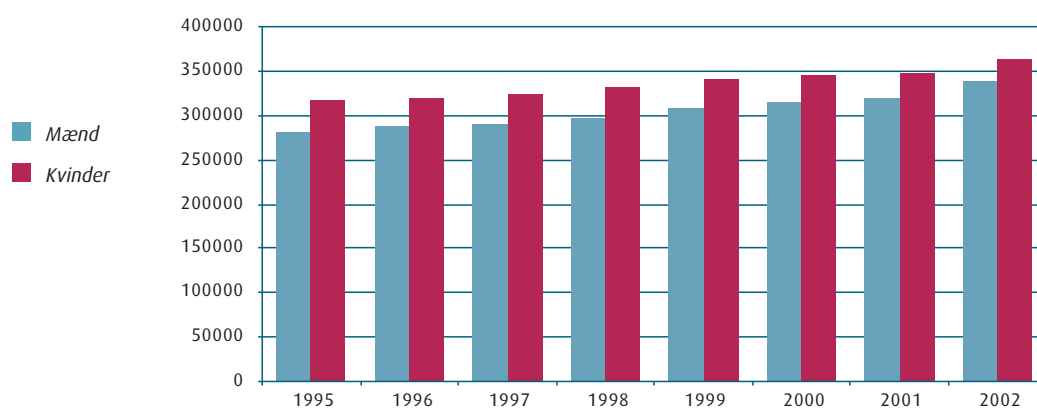
Figur 4.1 viser antallet af samtlige indlæggelser blandt mænd og kvinder i perioden 1995-2002, mens figur 4.2 viser antal indlæggelser i den samme periode, men hvor indlæggelser i forbindelse med graviditet og fødsel og for sygdomme i kønsorganer og brystkræft ikke er medtaget.

Figur 4.1: Antal indlæggelser 1995-2002, mænd og kvinder over 15 år



Kilde: Landspatientregisteret

Figur 4.2: Antal indlæggelser blandt mænd og kvinder, eksklusiv kønsspecifikke sygdomme og fødsler

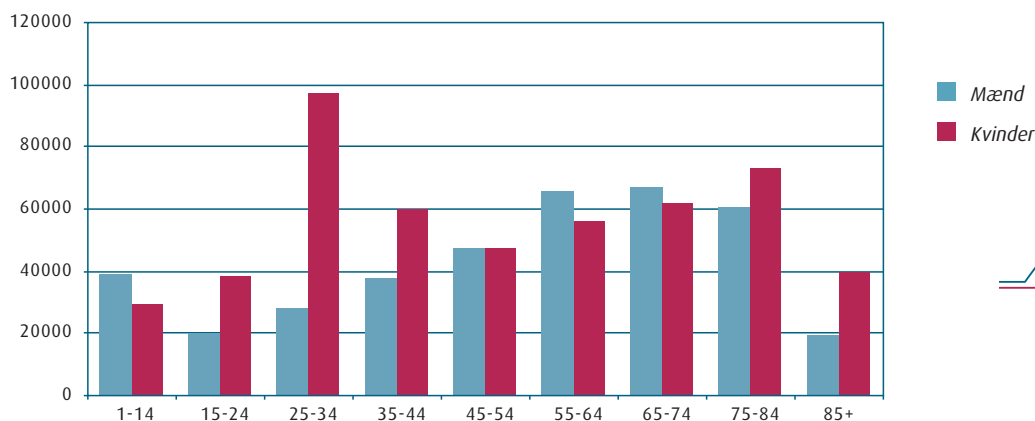


Kilde: Landspatientregisteret

Figur 4.3 viser, hvordan samtlige indlæggelser i 2002 fordelte sig på køn og tiårs aldersgrupper (eksklusive spædbørn). Den store kønsforskel i antallet af indlæggelser blandt 15-44-årige skyldes overvejende fødsler. Indlæggelser i forbindelse med graviditet og fødsel udgør over 57 procent af indlæggelserne i aldersgruppen 25-34 år. Der er årligt ca. 65.000 fødsler i Danmark, og 98% af alle fødsler foregår på hospital. Graviditet og fødsel samt de kønsspecifikke sygdomme er ekskluderet fra indlæggelserne i figur 4.4.

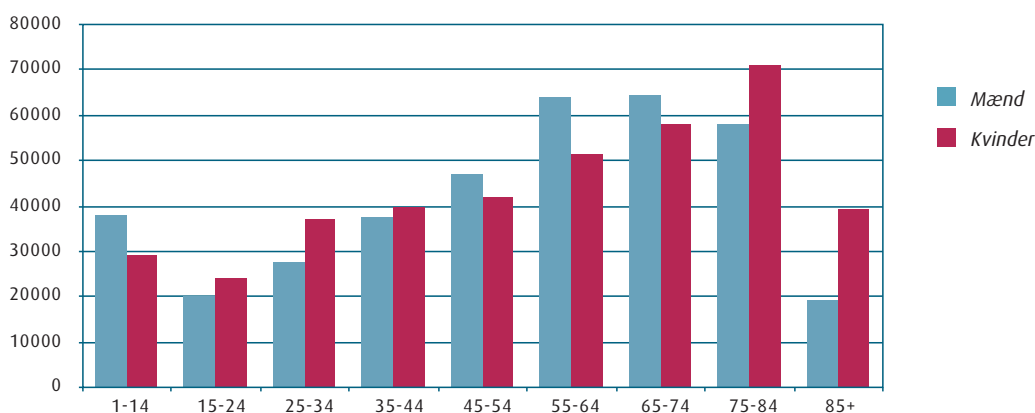
I aldersgruppen 55-74 år er der flere indlæggelser blandt mænd end blandt kvinder, idet der i den aldersgruppe er en høj forekomst af sygdomme, der i særlig grad rammer mænd, først og fremmest hjerte-karsygdomme. I de to ældste aldersgrupper er der flere indlæggelser blandt kvinder end blandt mænd. Det skyldes dels, at der er flere gamle kvinder end gamle mænd, dels, at gamle kvinder hyppigere end mænd har knoglebrud og andre følgetilstande til nedsat knogletæthed, osteoporose. I de følgende kapitler beskrives disse køns- og aldersforskelle yderligere.

Figur 4.3: Antal indlæggelser 2002 fordelt på alder og køn



Kilde: Landspatientregisteret

Figur 4.4: Indlagte personer på alder og køn 2002, eksklusiv kønsspecifikke sygdomme og fødsler



Kilde: Landspatientregisteret

4.2. Baggrund for valg af de sygdomme der særligt trækkes frem i resten af rapporten

Aktionsdiagnosen, dvs. den sygdom eller skade, som undersøgelse og behandling har været rettet mod, er grupperet i hovedgrupper af sygdomme.

Antallet af indlæggelser i perioden 1995-2002 og den procentuelle fordeling af indlæggelserne på diagnosegrupper er vist i tabel 4.1, hvor dog kun de tredive hyppigste grupper er medtaget for hvert køn. Tabellen tydeliggør den betydelige kønsforskel i sygehuskontakt for en lang række sygdomme og skader. Ud fra denne fordeling er der udvalgt en gruppe sygdomme, hvor der er særlig store kønsforskelle i indlæggeshyppighed. Blandt mænd er fx iskæmisk hjertesygdom, dvs. hjertesygdom, der overvejende er betinget af åreforkalkning i hjertets kranspulsårer, den fjerdehyppigste indlæggelsesårsag, næst efter skader, sygdomme i åndedrætsorganer og observation for ukarakteristiske sygdomssymptomer. Derimod er iskæmisk hjertesygdom kun er den tiende hyppigste årsag til indlæggelse blandt kvinder.

Tabel 4.1: Indlæggelser 1995-2002 antal og procent

Kvinder	Pct.	Antal	Mænd	Pct.	Antal
1 Fødsler	19,88	724.184	1 Skader, læsioner	12,44	313.837
2 Skader, læsioner	8,92	324.818	2 Sygdomme i åndedrætsorganer	7,86	198.241
3 Sygdomme i åndedrætsorganer	5,64	205.493	3 Symptomer	6,97	175.742
4 Symptomer	5,57	202.932	4 Iskæmisk hjertesygdom	6,78	171.030
5 Obs, us, uspecificeret	4,47	162.736	5 Pulmonal og anden hjertesygdom	5,27	132.949
6 Sygdomme i kvindelige kønsorganer	4,08	148.717	6 Obs, us, uspecificeret	5,13	129.491
7 Psykosociale og andre problemer mm.	3,49	127.088	7 Andre sygdomme i muskler, bindevæv	3,70	93.419
8 Pulmonal og anden hjertesygdom	3,00	109.358	8 Karsygdomme i hjernen	3,15	79.421
9 Andre sygdomme i muskler, bindevæv	2,92	106.274	9 Sygdomme i mave mv	2,99	75.364
10 Iskæmisk hjertesygdom	2,59	94.475	10 Neurologiske sygdomme	2,78	70.166
11 Tarmkatar	2,39	87.103	11 Tarmkatar	2,65	66.845
12 Endokrine sygdomme	2,38	86.768	12 Endokrine sygdomme	2,64	66.677
13 Graviditetsrelaterede lidelser	2,37	86.410	13 Brok	2,46	62.146
14 Karsygdomme i hjernen	2,11	76.738	14 Virus og infektioner	2,28	57.483
15 Sygdomme i mave mv	1,94	70.543	15 Sygdomme i mandlige kønsorganer	2,25	56.846
16 Neurologiske sygdomme	1,91	69.711	16 Psykiske lidelser	2,10	52.882
17 Sygdomme i galde og pancreas	1,78	64.868	17 Psykosociale og andre problemer mm.	1,94	48.893
18 Virus og infektioner	1,71	62.369	18 Urinvejssygdomme	1,89	47.593
19 Øjen- og øresygdomme	1,48	53.934	19 Hudsygdomme	1,77	44.628
20 Slidgigt	1,37	49.844	20 Sygdomme i galde og pancreas	1,56	39.305
21 Urinvejssygdomme	1,36	49.605	21 Andre sygdomme i vener/lymfesystem	1,54	38.801
22 Brystcancer	1,29	46.989	22 Øjen- og øresygdomme	1,51	38.113
23 Andre sygdomme i vener/lymfesystem	1,28	46.611	23 Mave-tarm cancer	1,46	36.928
24 Hudsygdomme	1,11	40.406	24 Sygdomme i arterier etc.	1,38	34.860
25 Godartet svulst, kvindelige genitalier	1,04	37.944	25 Slidgigt	1,31	33.144
26 Psykiske lidelser	1,02	37.039	26 Cancer mandlige genitalier	1,04	26.299
27 Diverse behandlinger	0,95	34.528	27 Luncancer mm	1,04	26.161
28 Mave-tarm cancer	0,91	32.994	28 Godartet svulst, andre	0,94	23.630
29 Cancer kvindelige genitalier	0,85	31.118	29 Diverse behandlinger	0,93	23.356
30 Anæmier	0,77	28.071	30 Nyresygdomme	0,91	22.961

Kilde: Landspatientregisteret

Graviditet og fødsel er langt den hyppigste årsag til kvinders indlæggelse, ca. 20 pct. af indlæggelser blandt kvinder skyldes graviditet og fødsel. Skader er den hyppigste årsag til indlæggelse blandt mænd og den næsthypigste blandt kvinder. Dernæst er sygdomme i åndedrætsorganerne den hyppigste årsag for begge køn.

I bilagstabel 1 præsenteres der yderligere data om indlæggelser inddelt i aldersgrupper. Der er medtaget både antallet og den procentuelle andel af indlæggelserne for kvinder og mænd over en syvårsperiode, fra 1995-2002, inddelt i 10-års aldersgrupper.

Til brug for denne analyse af kønsforskelle i sygdom er udvalgt en række sygdomme, der alene forekommer hos det ene køn, samt en række sygdomme, der forekommer hos begge køn, men med kønsforskel. Sygehusindlæggelser pga. graviditet og fødsel er ikke gennemgået her. Der er endvidere taget hensyn til, om sygdommene er forholdsvis udbredte, samt om der kan peges på årsager til kønsforskellene.

De sygdomme, som kun forekommer hos det ene køn, eller næsten udelukkende hos det ene køn, som fx brystkræft, omhandler:

- ▶ *Brystcancer og cancer i kvindelige kønsorganer*
- ▶ *Gynækologiske lidelser*
- ▶ *Sygdomme i mandlige kønsorganer og kræft i mandlige kønsorganer.*

Der er dernæst udvalgt en række sygdomme, der forekommer hos både kvinder og mænd, og hvor der umiddelbart er kønsforskelle i indlæggelseshyppighed:

- ▶ *Iskæmisk hjertesygdom (kønsratio 1,81)*
- ▶ *Autoimmune sygdomme (kønsratio 0,57)*
- ▶ *Skader (kønsratio 0,97)*
- ▶ *Kronisk obstruktiv lungesygdom (kønsratio 0,82)*

Der er også udvalgt sygdomme, hvor der ofte antages at være specielt store kønsforskelle i forekomsten, men hvor der for gruppen som helhed ikke er nogen påfaldende kønsforskel i indlæggelseshyppighed:

- ▶ *Psykiatriske sygdomme (kønsratio 0,99)*

Den viste kønsratio er ikke korrigeret for forskelle i alderssammensætning. Det er klart, at det for en række sygdomme har betydning, at der er flere ældre kvinder end ældre mænd i befolkningen.

I de følgende kapitler anvendes betegnelsen indlagte personer, der dækker, hvor mange forskellige individer, der pr. 100.000 i det givne år har været indlagt for vedkommende diagnose. Der er ikke kontrolleret for, at en given patient i tidligere år kan have været indlagt for samme diagnose.



5. Sygdomme der kun rammer det ene køn

De kønsspecifikke sygdomme er sygdomme i kønsorganerne samt brystkræft, der kun sporadisk rammer mænd. I 2002 var sygdomme i de mandlige kønsorganer årsagen til i alt 10.204 indlagte patienter, mens sygdomme i de kvindelige kønsorganer og brystkirtlerne gav anledning til 26.062 indlagte patienter, dvs. en kønsratio på 0,39.

Der er betydelig kønsforskel i aldersfordelingen af de kønsspecifikke sygdomme, det er yngre kvinder og ældre mænd, der hyppigst rammes af disse sygdomme. Lidt over halvdelen af indlæggelserne forekommer blandt kvinder under 55 år mod 20% blandt mænd under 55 år. Aldersfordelingen af i alt 26.068 indlæggelser blandt kvinder og 10.204 lidelser blandt mænd i 2002 for de kønsspecifikke sygdomme er opdelt på hovedgrupper i tabel 5.1.

Tabel 5.1: Aldersfordeling 2002 af indlæggelser for kønsspecifikke sygdomme, fordelt på aldersgrupper

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	i alt
Gynækologisk cancer	17	132	297	578	870	858	625	168	3545
Brystcancer	4	78	450	1131	1579	1259	788	215	5504
Gynækologiske sygdomme	1143	3123	4194	3546	2191	1631	990	195	17013
Sygdomme mandlige kønsorganer	283	357	443	552	1260	1882	1759	373	6909
Cancer mandlige kønsorganer	42	156	116	100	519	968	1115	279	3295

Kilde: Landspatientregisteret

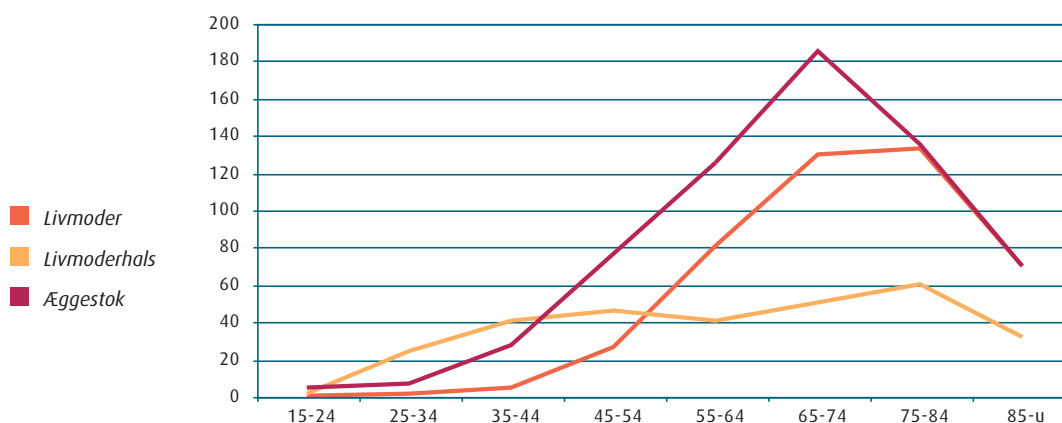


5.1. Kvindesygdomme

5.1.1 Cancer i kvindelige kønsorganer

Kræft i kvindelige kønsorganer omfatter ondartede svulster i ydre kvindelige kønsorganer, livmoderhals, livmoder, æggestok og andre underlivsorganer. De hyppigst forekommende af disse kræftformer er æggestokkræft, livmoderkræft og livmoderhalskræft. I 2002 fordelte de tre kræftformer sig på aldersgrupper som vist i figur 5.1.

Figur 5.1: Gynækologisk cancer 2002, indlagte patienter per 100.000 kvinder



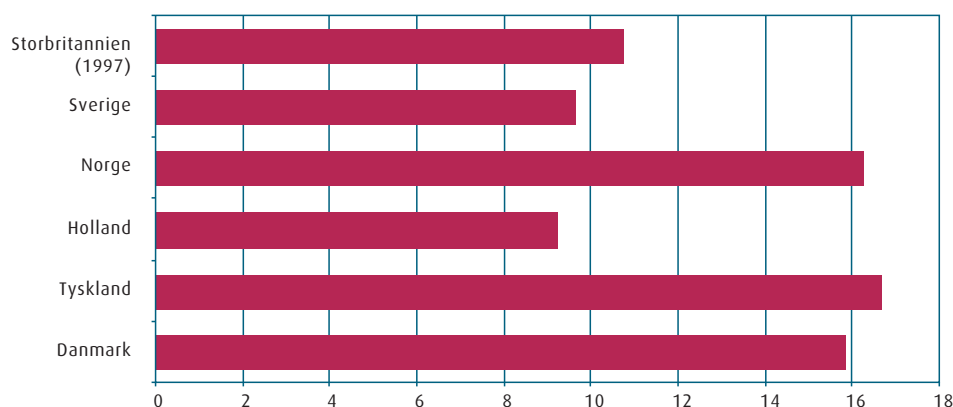
Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Figuren viser, at disse tre gynækologiske kræftformer er hyppigst forekommende i aldersgrupperne 55 år og opefter, med undtagelse af den allerældste gruppe over 85 år. Blandt de alleryngste kvinder er disse kræftformer meget sjældne. Aldersfordeling for livmoderhalskræft er anderledes end for de andre kræftformer, idet indlæggeshyppigheden stiger mere konstant med stigende alder.

For kvinder i aldersgruppen 65-74 år falder det årlige antal af kvinder, der har været indlagt for gynækologisk cancer fra godt 500 per 100.000 kvinder i 1996 til knap 400 per 100.000 kvinder i 2002.

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) bringer årligt sammenlignende sundhedsstatistik for lande i Europa. WHO's tal for incidens af livmoderhalskræft i 6 nordeuropæiske lande er gengivet i figur 5.2:

Figur 5.2: Incidens af livmoderhalskræft i Nordeuropa, nye tilfælde per 100.000, alle aldre, aldersstandardiseret, 1998



Kilde: WHO HfA database

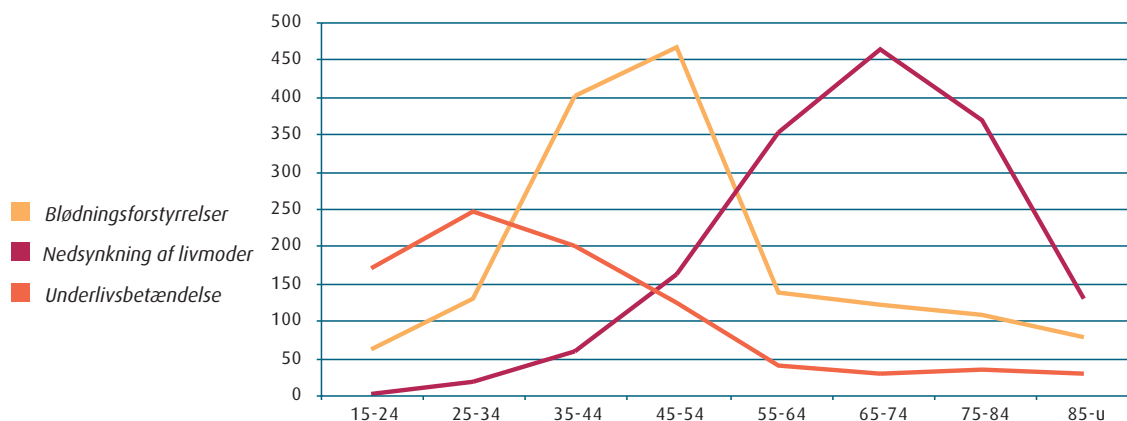
Det fremgår, at Danmark har en forholdsvis høj forekomst af livmoderhalskræft, sammenlignet med en række europæiske lande, dog er forekomsten lidt højere i Norge og Tyskland. Danmark også har en relativt høj dødelighed af livmoderhalskræft. De internationale forskelle kan være begrundet i mange faktorer, blandt andet strukturen af det behandlende sundhedsvæsen, livsstilsfaktorer, etc.

5.1.2 Andre gynækologiske lidelser

Gynækologiske sygdomme, der ikke er betinget af kræft, omfatter dels underlivsbetændelse, dels sygdomme der ikke er betændelsestilstande, såkaldt ikke-inflammatoriske sygdomme. Det drejer sig samlet om underlivsbetændelse, endometriose, nedsyning af livmoder, fistler, blødningsforstyrrelser, diverse fertilitetsproblemer mm.

Figur 5.3 viser aldersfordelingen i 2002 af indlæggeshyppigheden for de hyppigst forekommende gynækologiske lidelser, nemlig blødningsforstyrrelser, nedsynkning af livmoder og underlivsbetændelse.

Figur 5.3: Gynækologiske sygdomme 2002, indlagte patienter per 100.000 kvinder



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Det er i de yngre aldersgrupper, at kvinder får underlivsbetændelse, mens blødningsforstyrrelser er hyppigst ved klimakteriet, dvs. i 45-54 års alderen. Nedsynkning af livmoder forekommer hovedsagelig i de ældre aldersgrupper. Den laveste indlæggeshyppighed findes hos de alleryngste og allerældste kvinder.

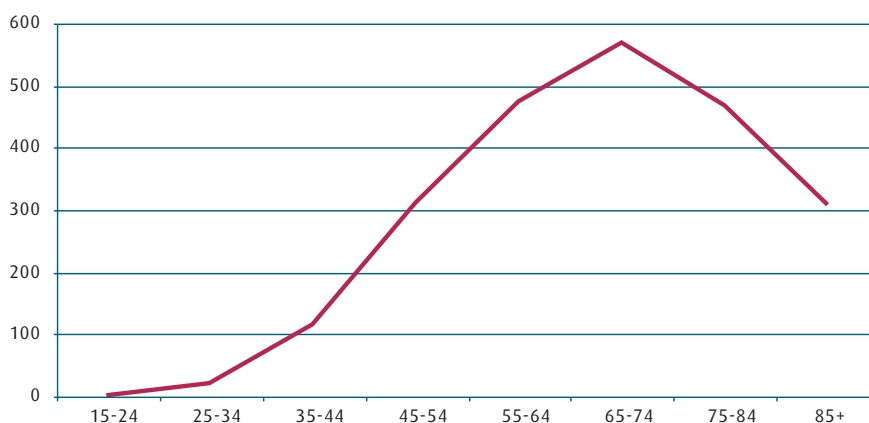
Der har i perioden 1995-2002 generelt været et fald i sygehusindlæggelse for disse gynækologiske lidelser i alle aldersgrupper, men mest udtalt blandt de yngre kvinder.

5.1.3 Brystkræft

Brystkræft rammer næsten udelukkende kvinder. I Danmark er der årligt ca. 3500 nye tilfælde af brystkræft blandt kvinder mod 40 tilfælde blandt mænd. Brystkræft er blandt de hyppigste dødsårsager for kvinder.

Figur 5.4 viser antal kvinder per 100.000, der i 2002 har været indlagt på sygehus for brystkræft, fordelt på alder. Der ses en stigning i indlæggeshyppighed frem til 65-74-årsalderen, og derefter et fald. Indlæggeshyppigheden er lavest for de yngste aldersgrupper.

Figur 5.4: Brystkræft 2002, indlagte patienter per 100.000 kvinder

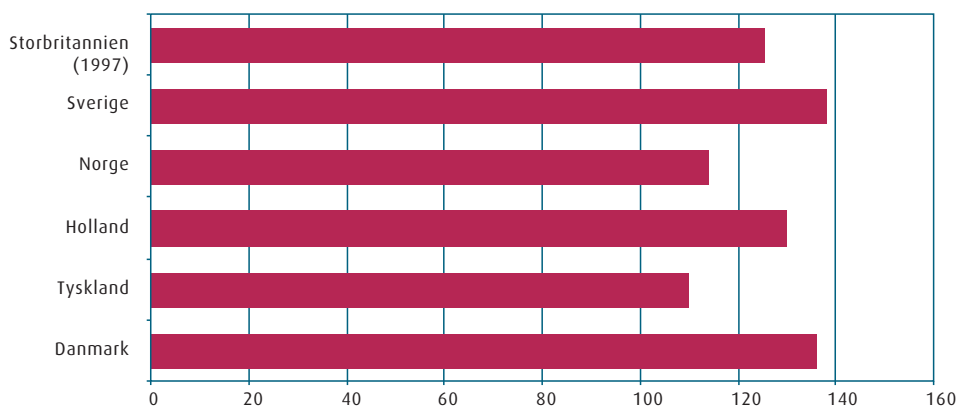


Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Der er siden 1995 konstateret et svagt fald i indlæggeshyppigheden i de fleste aldersgrupper.

I forhold til andre europæiske lande er forekomsten af brystkræft høj i Danmark og Sverige, henholdsvis 138 og 139 nye tilfælde pr. 100.000 kvinder mod 110 pr. 100.000 i Norge, figur 5.5.

Figur 5.5: Incidens af brystkræft, Nordeuropa 1998, nye tilfælde per 100.000, aldersstandardiseret



Kilde: WHO HFA database

I international sammenligning er dødeligheden af brystkræft høj i Danmark. Dette forhold bunder i en kompleks forklaringsmodel, der blandt andet berører forskelle i sygehusstruktur, forskelle i sundhedsadfærd og andre risikofaktorer, men også forskelle i registreringen af dødsårsager mm.

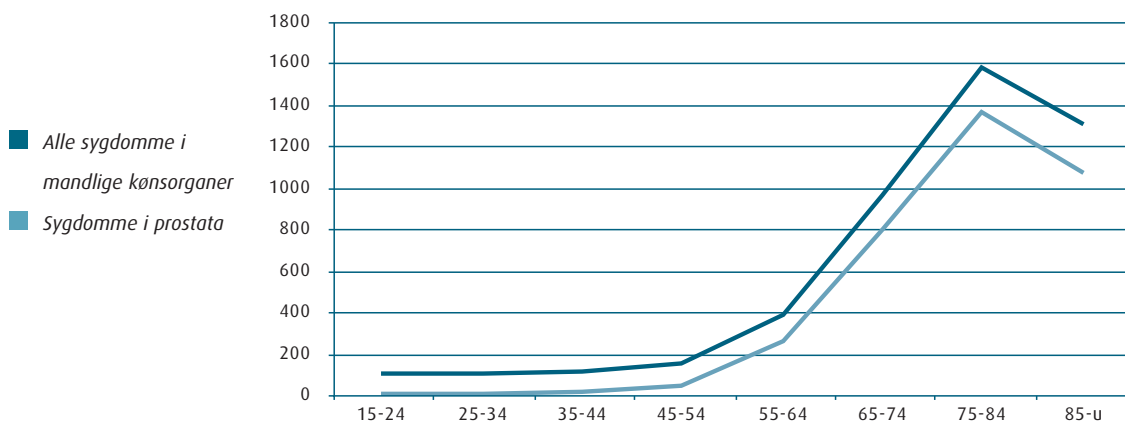
5.2. Mandesygdomme

5.2.1 Sygdomme i mandlige kønsorganer

Sygdomme i mandlige kønsorganer omfatter sygdomme i blærehalskirtel/prostata, i penis, sædblære, bitestikler og testikler. Figur 5.6 viser aldersfordelingen for alle

disse sygdomme samt for sygdomme i prostata, der er årsag til langt de fleste sygehusindlæggelser i denne sygdomsgruppe.

Figur 5.6: Sygdomme i mandlige kønsorganer, 2002, indlagte patienter per 100.000 mænd



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

For hele gruppen af sygdomme i mandlige kønsorganer under et og for prostatalidelser er indlæggeshyppigheden stigende med stigende alder indtil 85-års alderen.

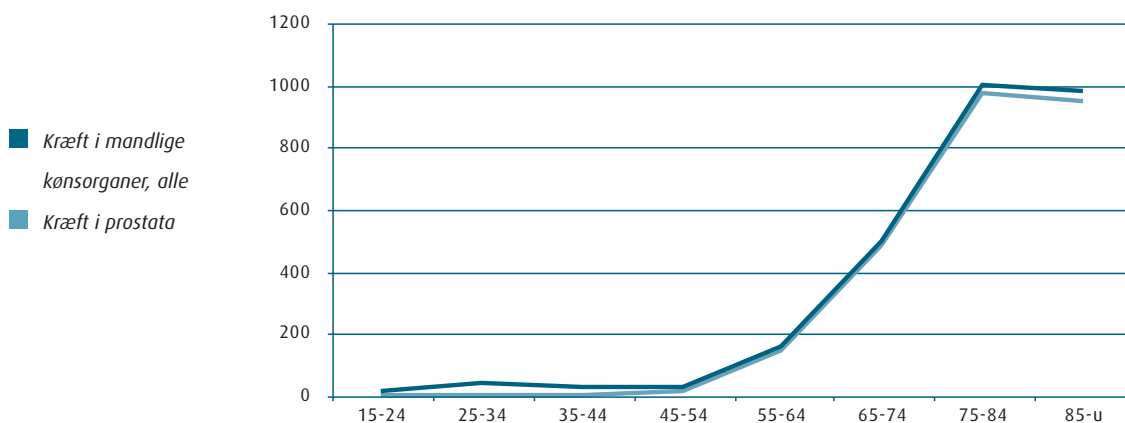
Indlæggeshyppigheden blandt mænd under 65 år er lav og har været uændret inden for de seneste år. Blandt mænd over 65 er indlæggeshyppigheden faldet svagt i den samme periode.

5.2.2 Cancer i mandlige kønsorganer

Kræft i mandlige kønsorganer omfatter kræft i penis, prostata, testikler og andre mandlige kønsorganer. Næsten alle sygehusindlæggelser vedrører dog kræft i prostata.

Aldersfordelingen for indlagte patienter pga. kræft i samtlige mandlige kønsorganer og for prostatakræft i 2002 er vist i figur 5.7

Figur 5.7: Kræft i mandlige kønsorganer 2002, indlagte patienter per 100.000 mænd

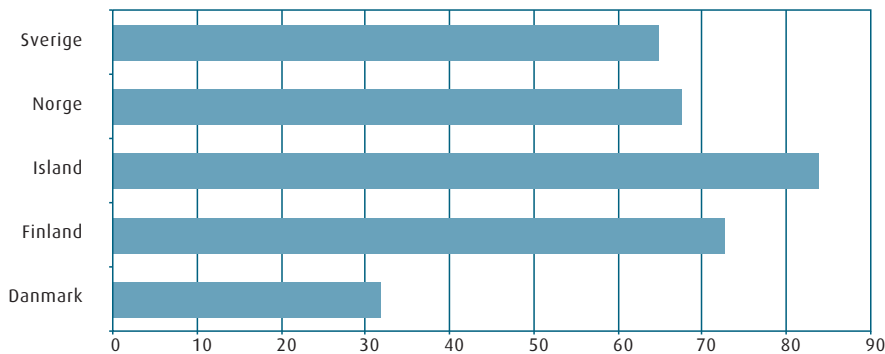


Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Der ses en klar tendens til stigende forekomst med stigende alder. Blandt yngre mænd er indlæggeshyppigheden meget lav.

Kræftens bekæmpelse udgiver tal for kræftforekomsten i de nordiske lande. Tallene i figur 5.8 viser incidensen (målt som nye tilfælde per 100.000) af prostatakraft, aldersstandardiseret, for de fem nordiske lande i 1999.

Figur 5.8: Nye tilfælde af prostatakraft i nordiske lande, per 100.000, aldersstandardiseret rate 1999



Kilde: Kræftens bekæmpelse, NORDCAN database

Incidensen i Danmark er betydeligt lavere end i de øvrige nordiske lande. Opgørelser over dødeligheden viser dog, at dødeligheden af prostatacancer blandt danske mænd er nogenlunde på niveau med de øvrige nordiske lande. Misforholdet mellem niveauet for incidens og niveauet for dødelighed kan have mange og komplekse årsager, hvorfor der ikke kan konkluderes endeligt på dette forhold.



6. Sygdomme, der rammer begge køn – med kønsforskel

Der er markant kønsforskel i hyppigheden af indlæggelse for iskæmisk hjertesygdom, mave- og tarmcancer, autoimmune sygdomme, skader og læsioner og kronisk obstruktiv lungesygdom. Indlæggeshyppigheden for psykiske lidelser er omtrent ens for mænd og for kvinder, men der er forskel i typen af psykiske lidelser.

Biologiske faktorer er formentlig årsagen til, at nogle sygdomme rammer det ene køn hyppigere end det andet. I modsætning til en række andre risikofaktorer for sygdom, fx tobaksrygning, er der relativt sparsom viden om de biologiske mekanismer, fx hvorfor kvinder langt hyppigere end mænd udvikler sygdomme som Crohns sygdom og struma, mens lignende sygdomme lige hyppigt rammer drenge og piger.

Biologiske forhold er en medvirkende forklaring på, at iskæmisk hjertesygdom rammer mænd i en yngre alder og i et større omfang end kvinder, men også livsstil, særlig de tidligere store forskelle i hyppigheden af tobaksrygning blandt mænd og kvinder medvirker til denne kønsforskel. Kronisk obstruktiv lungesygdom ("rygerlunger") rammer begge køn, men kvinder i en yngre alder end mænd, og kvinder synes at være mere sårbare overfor tobaksrygning i forhold til udvikling af lungesygdomme.

Mænd indlægges hyppigst på psykiatriske afdelinger som følge af misbrugsrelaterede psykiske lidelser, mens kvinder hyppigst rammes af depressioner.

I dette kapitel beskrives sygdomme, der rammer begge køn, og som medfører sygehusindlæggelse, og hvor der er markant kønsforskel i indlæggeshyppighed og i type af sygdom. Det drejer sig om iskæmisk hjertesygdom, mave- og tarmkræft, autoimmune sygdomme, dvs. sygdomme der er kendetegnet ved vævsdestruktion, kronisk obstruktiv lungesygdom, skader og læsioner samt psykiske lidelser.

Tabel 6.1 præsenterer antallet af mænd og kvinder, der i 2002 har været indlagt på sygehus for disse sygdomme og viser de åbenbare aldersforskellene i antallet af indlæggelser inden for de forskellige sygdomme. Autoimmune sygdomme, skader og psykiske lidelser rammer relativt hyppigt de yngre, mens hjertesygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom er hyppigst blandt 55-64-årige og ældre.

Kønsforskellene i indlæggelser for skader i de yngre år, hvor langt flere mænd er indlagt, udlignes af det større antal indlæggelser blandt ældre kvinder, således, at der samlet var omtrent lige mange mænd og kvinder indlagt for skader i 2002. Derimod er der i alle aldersgrupper flere mænd end kvinder, der er indlagt for iskæmisk hjertesygdom, dvs. åreforkalkningsbetinget hjertesygdom, og flere kvinder end mænd, der er indlagt for autoimmune sygdomme.



Tabel 6.1: Sygdomme der rammer begge køn, med kønsforskel. Antal indlagte personer 2002

Iskæmisk hjertesygdom	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Mænd	6	127	1061	3595	6716	6802	4947	1060
Kvinder	3	45	415	1273	2457	3653	3825	1746
Mave- tarm cancer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Mænd	2	25	94	496	1208	1504	1173	273
Kvinder	5	21	107	339	760	1130	1195	404
Autoimmune sygdomme	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Mænd	151	227	287	337	414	360	238	65
Kvinder	269	456	688	737	779	625	507	140
Skader	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Mænd	6916	6980	6971	6000	5498	3837	3576	1694
Kvinder	4086	3680	4246	4407	5121	5400	8614	6841
KOL	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Mænd	4	15	73	271	838	1836	1990	390
Kvinder	1	13	95	391	1184	2421	2059	418
Psykiske lidelser	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	
Mænd	745	928	984	642	387	276	420	
Kvinder	926	816	720	586	401	314	652	

Kilde: Landspatientregisteret, Det Psykiatriske centralregister.

NOTE: De angivne tal for psykiske lidelser vedrører førstegangsinlæggelser

6.1. Iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom skyldes overvejende åreforkalkning, dvs. fedtaflejringer, i hjertets kranspulsårer, og dækker sygdomme som brystkrampe (angina pectoris), blodprop i hjertet (akut hjerteinfarkt/AMI), andre former for akut iskæmisk hjertesygdom og åreforkalkning af hjertets kranspulsårer (kronisk iskæmisk hjertesygdom). Åreforkalkning er betinget både af livsstil og af biologiske, dvs. genetiske faktorer.

Iskæmisk hjertesygdom, der medfører sygehusindlæggelse, rammer mænd hyppigere end kvinder og i en yngre aldersgruppe. Kønsratio i indlæggelseshyppighed for alle åreforkalkningsbetingede hjertesygdomme var 1,81 i 2002. Den store kønsforskel er velbelyst af litteraturen. Det antages, at kvinders hormonsammensætning yder en vis beskyttelse mod åreforkalkning og de heraf betingede hjertesygdomme. De tidligere betydelige forskelle i mænds og kvinders tobaksrygning har også haft betydning for kønsforskellene i forekomsten af iskæmisk hjertesygdom. Resultater fra store befolkningsundersøgelser har peget på, at tobaksrygning udgør en større risiko for udviklingen af åreforkalkning for kvinder end for mænd (5).

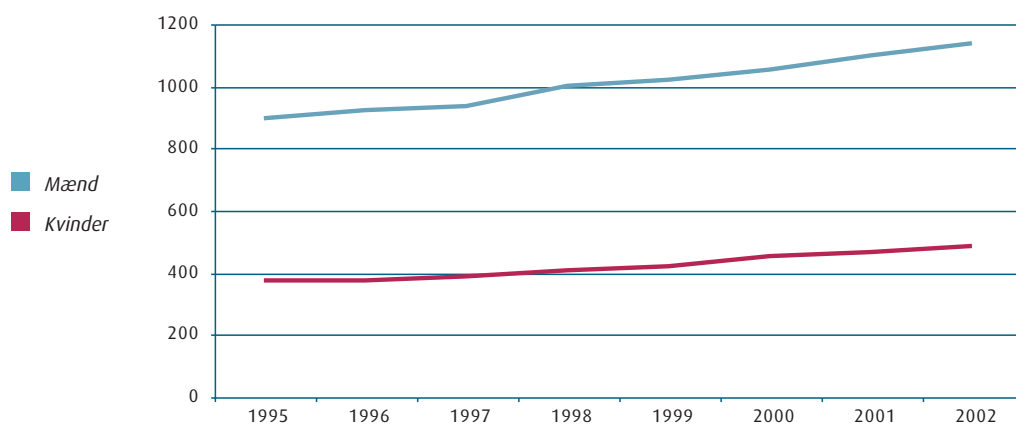
For begge køn ses en stigende indlæggelseshyppighed i perioden 1995-2002 (figur 6.1). Der bør i fortolkning af den påviste stigning tages højde for, at kapaciteten for sygehusbehandling af en række hjertekarsygdomme siden midten af 1990'erne er udvidet betydeligt. Der er også øgede muligheder for tidlig diagnostik af iskæmisk hjertesygdom (54). Den stigende indlæggelseshyppighed behøver således ikke være



udtryk for en øget sygelighed i befolkningen, men kan også afspejle en lettere adgang til behandling, nye undersøgelses- og behandlingsmetoder og muligvis også ændring i indikationerne for hospitalsindlæggelse. Den kan også forklares ved en forbedret overlevelse af akut myokardieinfarkt (AMI), dvs. af akut blodprop i hjertets kranspulsårer, og dermed et større antal patienter med kronisk hjertesygdom, som jævnligt kontrolleres og behandles under sygehusindlæggelse.

Mænd har en markant højere sygdomsforekomst end kvinder, og målt ud fra indlæggeshyppigheden er kønsforskellen ikke formindsket i de seneste 15 år, som det ses af figur 6.1.

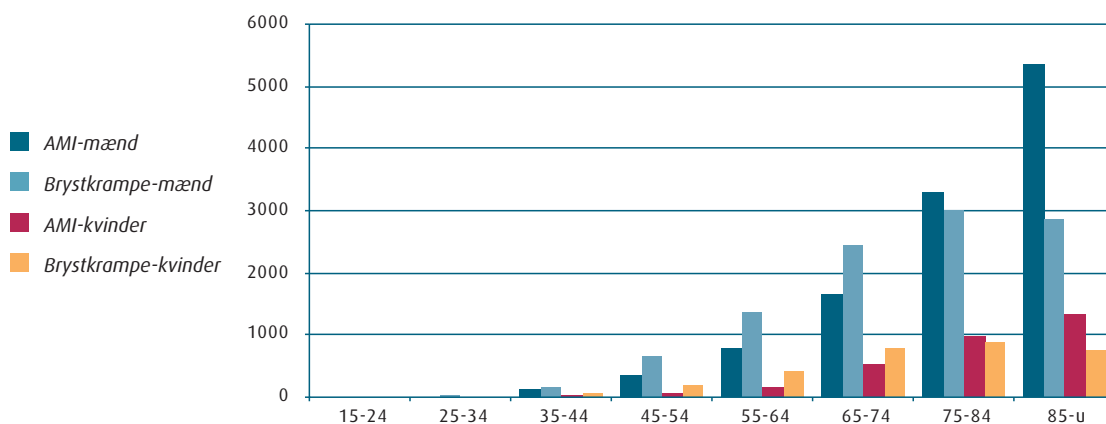
Figur 6.1: Iskæmisk hjertesygdom, indlagte patienter per 100.000, aldersstandardiseret 1995-2002



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

De hyppigste specifikke årsager til sygehusindlæggelse blandt iskæmiske hjertesygdomme er AMI (akut myokardieinfarkt) og brystkræmper. Aldersfordelingen for mænd og kvinder ses af figur 6.2.

Figur 6.2: Iskæmisk hjertesygdom, indlagte patienter per 100.000, på alder og køn 2002



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Der er den højeste hyppighed af sygehusindlæggelse pga. brystkræft blandt de 65-74-årige, mens indlæggelse pga. akut myokardieinfarkt (AMI) er mest udbredt hos de ældste. Figuren viser således, at det særligt er mænd i alderen 55 år og opefter, der er i risikogruppen for iskæmisk hjertesygdom.

Kvinder indlægges også relativt hyppigt for iskæmiske hjertesygdomme. I 2002 var det årsag til hver sekstende indlæggelse blandt 55-64-årige kvinder. Kvinder indlægges typisk i en højere alder end mændene. Det er sandsynligt, at der indlægges flere ældre kvinder med iskæmisk hjertesygdom, end det er afspejlet i figuren. Gamle mennesker har en høj sygelighed og indlægges ofte med et kompliceret sygdomsmønster, hvori kan indgå iskæmisk hjertesygdom, uden det registreres som den overordnede årsag til undersøgelse og behandling, dvs. som aktionsdiagnosen.

Der er således en betydelig kønsforskel i alder for forekomst af iskæmisk hjertesygdom. Mænd rammes i en yngre alder og hyppigheden stiger voldsomt med alderen. Kvinder rammes især efter klimakteriet, hyppigheden stiger relativt lidt med alderen. Tilsvarende er påvist i en nylig rapport om kvinder og hjertesundhed (55).

Der er i undersøgelser, som er baseret på kliniske databaser ikke fundet holdepunkt for, at kvinder med behandlingskrævende hjertesygdom tilbydes færre diagnostiske undersøgelser eller en anden behandling end mænd, når den lavere forekomst af iskæmisk hjertesygdom blandt kvinder tages i betragtning (55). Blandt kvinder, der undersøges med koronarangiografi (røntgenundersøgelse af hjertets kranspulsårer) påvises mindre udbredt sygdom i karrene end blandt mænd, der bliver tilsvarende undersøgt (56).

En nylig dansk undersøgelse har påvist en ensartet stigning i antallet af indlæggelser for akut blodprop i hjertet (myokardieinfarkt) blandt mænd og kvinder siden 1999 og samtidigt et jævnt fald i dødeligheden, som var ensartet for begge køn og alle aldre. Stigningen i indlæggelser kan delvist forklares ved forbedret diagnostik, dvs. mere specifikke undersøgelsesmetoder, til påvisning af iskæmisk hjertesygdom (54).

6.2. Mave-tarm cancer

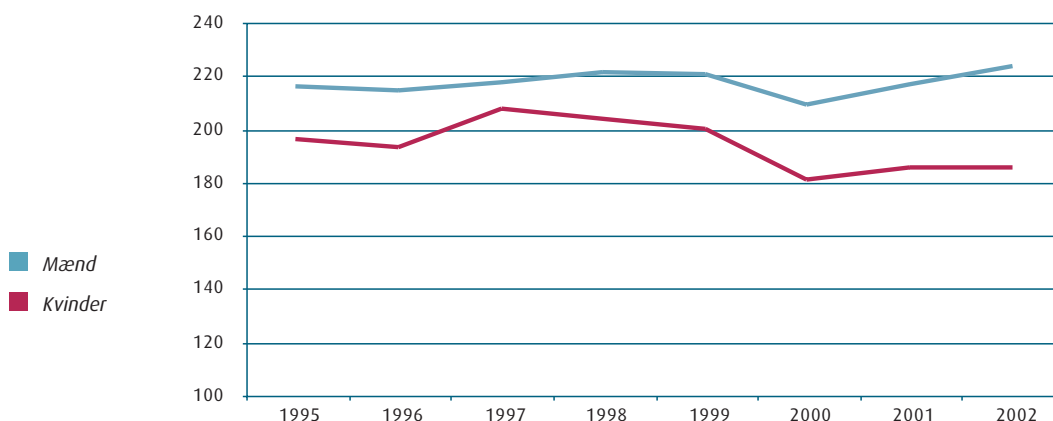
Kræft i mave- og tarmkanalen omfatter: Kræft i spiserør, mavesæk, tyndtarm, tyktarm, endetarm, lever, galdeblære (inkl. galdeveje), bugspytkirtel og kræft i andre fordøjelsesorganer.

I hele perioden er der større indlæggeshyppighed blandt mænd end kvinder. Kønsratio for alle typer af mave-tarmkræft var 1,25 i 2002, og ratio er steget siden 1995, hvor den var 1,14.

Figur 6.3 viser antal mænd og kvinder per 100.000, der var indlagt for de angivne kræftformer, i perioden 1995-2002.



Figur 6.3: Mave-tarm cancer, indlagte patienter per 100.000, 1995-2002, alders-standardiseret

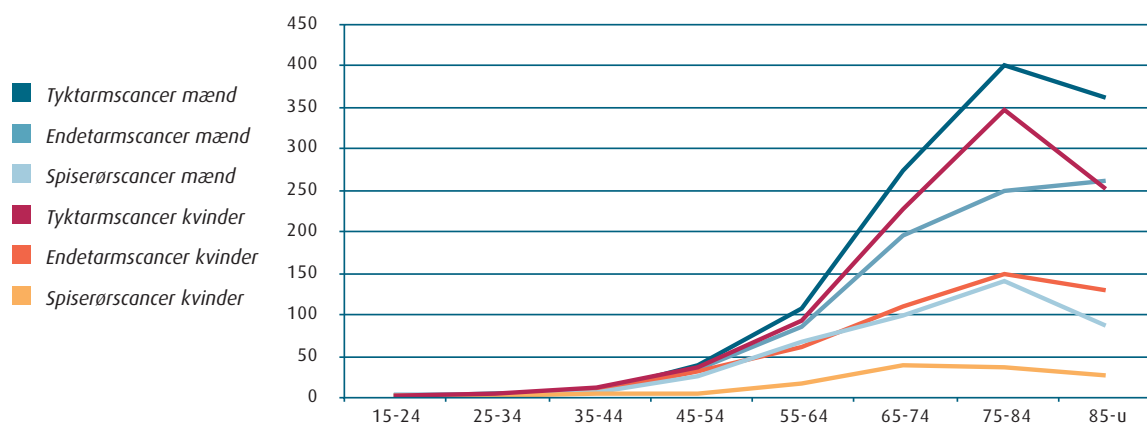


Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

I den beskrevne periode er der først en stigning i indlæggelsehyppigheden for mave-tarm-kræft, dernæst en stabil hyppighed, og til sidst igen en stigning. Kønsforskellen øges i slutningen af perioden. Over hele perioden er der en stigning i indlæggelsehyppigheden blandt mænd fra 215 til 223 indlagte patienter per 100.000 og et fald blandt kvinder, fra 188 til 178 per 100.000.

De hyppigste kræftformer er endetarmskræft, tyktarmskræft og spiserørskræft. Figur 6.4 viser aldersstrukturen for mænd og kvinder for disse tre grupper i 2002.

Figur 6.4: Mave-tarm-cancer, indlagte personer per 100.000 på køn og alder 2002



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Der er for begge køn en stigende hyppighed med stigende alder og et mindre fald i den allerældste aldersgruppe. Kønsforskellen er mindst for tyktarmskræft og størst for spiserørskræft. At spiserørskræft forekommer hyppigere hos mænd end hos kvinder, skyldes formodentlig et højere og anderledes sammensat alkoholforbrug hos mænd end hos kvinder. Et stort forbrug af stærk spiritus, (whisky, calvados mm) er en alvorlig risikofaktor for cancer og andre sygdomme i spiserøret. Årsagerne til kønsforskelle i de øvrige kræftformer er uafklaret. Forskelle i kostens sammensætning kan have betydning.

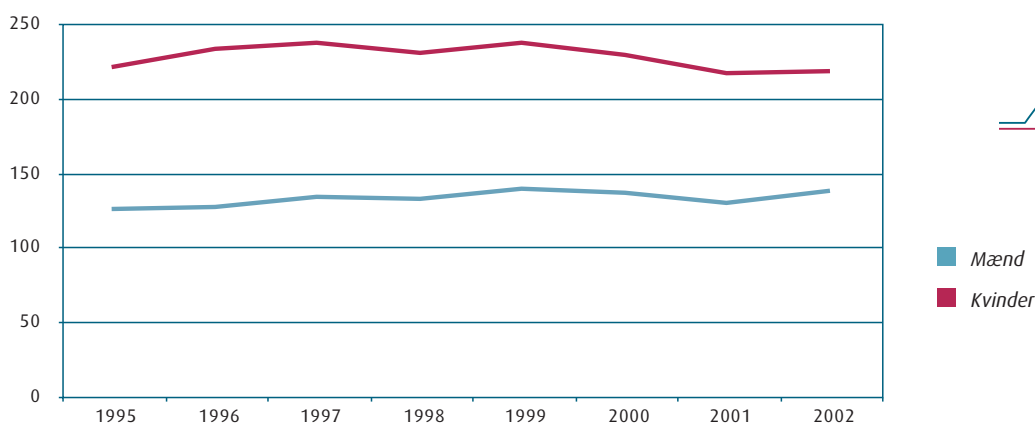
6.3. Autoimmune sygdomme

De såkaldte autoimmune sygdomme omfatter lidelser, der formentlig opstår som følge af en defekt i immunsystemet. Sygdommene viser sig ved, at patienten "reagerer på sit eget væv", og vævet derved ødelægges. Ved den insulin krævende sukkersyge er der sket en destruktion af det væv i bugspytkirtlen, der producerer insulin. Ved tarmsygdommene, colitis ulcerosa og Crohn sygdom, er tarmslimhinden ødelagt.

Blandt de autoimmune sygdomme er her udvalgt sygdomme i endokrine (hormondannende) organer, nemlig Struma og Addisons sygdom, samt Rheumatoid Arthrit (leddegigt), Lupus (en kronisk hudsygdom, der ofte ledsages af gigtagtige smerter), samt Crohns sygdom og colitis ulcerosa. Disse er alvorlige, kroniske tarmsygdomme karakteriseret ved sårddannelser på tarmen og fordøjelsesproblemer.

Det er kvinder, der især rammes af disse sygdomme. Der indlægges årligt næsten dobbelt så mange kvinder som mænd for disse sygdomme. Kønsratio er 0,57 for denne gruppe sygdomme under et. Ratio har været omtrent uændret i 1990'erne, men viser en tendens til konvergens siden 2000, som det ses af figur 6.5.

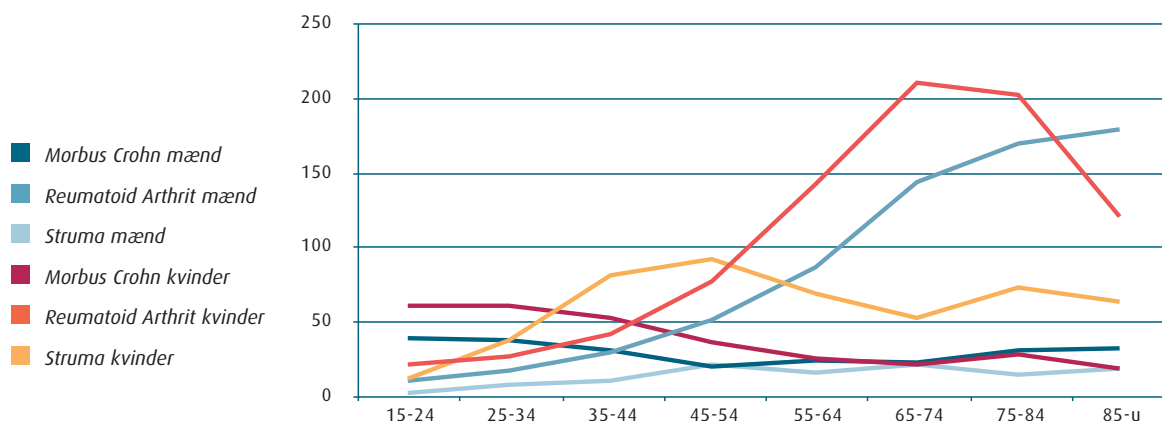
Figur 6.5: Autoimmune sygdomme, aldersstandardiseret, indlagte patienter per 100.000 1995-2002



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Indlæggeshyppigheden fordelt på køn og alder for de tre hyppigste sygdomme reumatoid arthrit, struma og Crohns sygdom i 2002 ses af figur 6.6.

Figur 6.6: Autoimmune sygdomme 2002, indlagte patienter per 100.000, på alder og køn



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Kønsforskellen er mest udtalt vedrørende struma, hvor kvinder har en næsten 5 gange højere forekomst end mænd, målt ved hyppigheden af sygehusindlæggelser. Rheumatoid arthrit, giver anledning til 80% flere indlæggelser blandt kvinder end mænd. For tarmsygdommen, Crohns sygdom er indlæggelseshyppigheden for kvinder 50% højere end for mænd.

Der er en udtalt forskellighed i aldersstrukturen af de viste sygdomme, både mellem sygdomme og mellem køn. Struma forekommer hyppigst blandt kvinder i alderen 35-54. Blandt mænd er indlæggelseshyppigheden for struma stort ens i alle aldersgrupper over 45 år. Crohns sygdom rammer især de yngre kvinder. Blandt mænd er det særligt de ældre mænd, der rammes af Crohns sygdom. Om end flere kvinder end mænd får leddegigt, er sygdommen hyppigere blandt de ældste mænd end blandt de ældste kvinder.

I litteraturen angives flere mulige forklaringer på, hvorfor denne sygdomsgruppe overordnet har så store kønsforskelle, men der findes ikke en klar konklusion på disse overvejelser.

Forklaringsmodellerne omfatter følgende hovedtemaer:

- **Kønshormoner.** En del studier peger på, at de kvindelige kønshormoner virker svækkende på immunforsvaret og derved kan forklare kønsforskellene i forekomsten af disse sygdomme. Mandlige kønshormoner skulle derimod virke beskyttende. Dyreforsøg, hvor de 'kvindelige' kønshormonproducerende kirtler er blevet fjernet, synes at kunne bekræfte denne hypotese. Men imod denne hypotese taler, at leddegigt i en del tilfælde opstår i barndommen, før der er betydende hormonelle forskelle på drenge og piger, og at der også i barndommen er betydelige kønsforskelle i sygdomsforekomsten (44).
- **Genetik.** Det er fremført, at sygdommene kan skyldes en genetisk defekt knyttet til kvinders forekomst af to X-kromosomer, men der er endnu ikke ført bevis herfor (45).

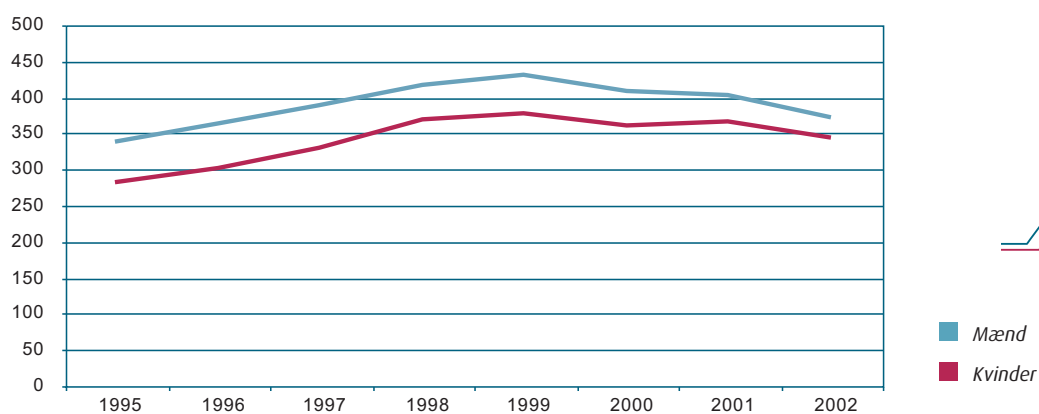
- ▶ Miljø. Visse af de autoimmune sygdomme menes at være provokeret af miljøfaktorer, og det påpeges, at der kan være kønsforskelle i eksponeringen og sårbarheden overfor disse faktorer (57). Som eksempel kan nævnes stoffer afgivet af stegeolie ved madlavning, som det formodes at kvinder udsættes for i højere grad end mænd.

6.4. Kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), benævnes ofte "Rygerlunger", idet denne sygdom i praksis kun forekommer hos storrygere. Sygdommen medfører nedsat vejrtrækningsfunktion og hæmmet iltoptagelse og vil oftest være dødelig. Rygestop kan stoppe udviklingen af sygdommen.

Kønsratio for sygehusindlæggelse for KOL var 0,82 i 2002, dvs. der er flere kvindelige end mandlige patienter. Når der korrigeres for forskelle i alderssammensætning, er indlæggelseshyppigheden dog lidt højere for mænd end for kvinder: figur 6.7.

Figur 6.7: Indlæggelseshyppighed, kronisk obstruktiv lungesygdom, på køn 1995-2002, aldersstandardiseret

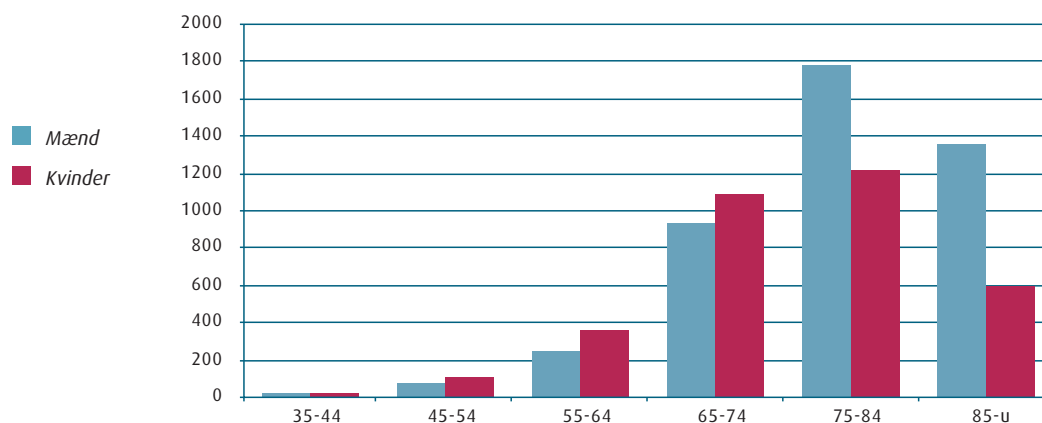


Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Det ses af figur 6.7, at den aldersstandardiserede indlæggelseshyppighed for kvinder tilnærmer sig indlæggelseshyppigheden for mænd i løbet af perioden 1995-2002.

Der var i 2002 en større indlæggelseshyppighed blandt yngre kvinder end yngre mænd. I de ældre aldersgrupper indlægges flere mænd end kvinder, figur 6.8.

Figur 6.8: Kronisk obstruktiv lungesygdom 2002, indlagte personer per 100.000



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

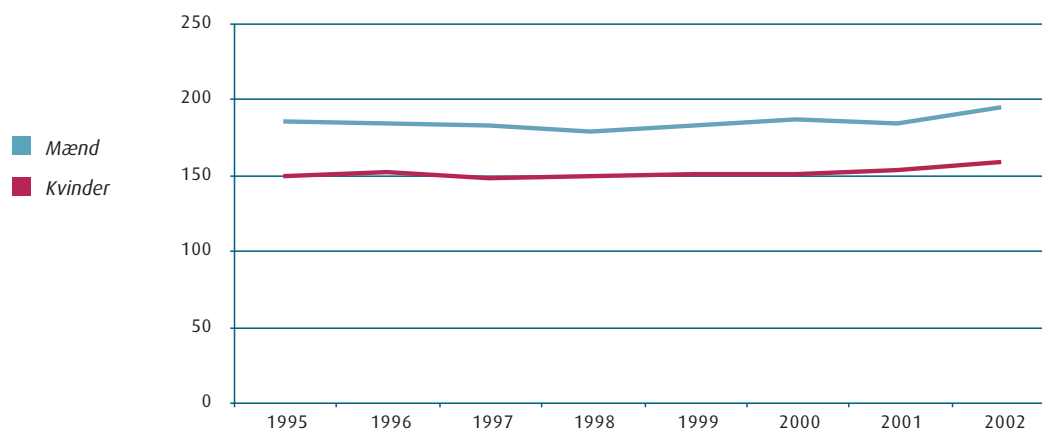
Kønsforskellene i aldersfordelingen af KOL afspejler blandt andet kønsforskelle i rygevaner. Tidligere røg mænd betydeligt mere end kvinder og startede rygning i en tidligere alder. Inden for de seneste år er andelen af rygere højere blandt unge kvinder end unge mænd. Der er evidens for, at kvinder, der ryger, er mere udsatte for at udvikle KOL end mænd, der ryger (4).

6.5. Skader

Skader dækker ikke kun læsioner, så som brud og sår, men også forgiftninger, forbrændinger mv. Når alle typer af skader medtages var der omtrent den samme indlæggelsehyppighed blandt mænd og kvinder i 2002. Kønsratio var 0,97.

Figur 6.9 viser forekomst målt som indlagte patienter per 100.000 indbyggere fordelt på køn, i perioden 1995-2002. Tallene er alderstandardiserede, det vil sige, at der blandt andet er korrigeret for et større antal ældre kvinder end ældre mænd.

Figur 6.9: Skader, indlagte personer per 100.000, alderstandardiseret, på køn 1995-2002

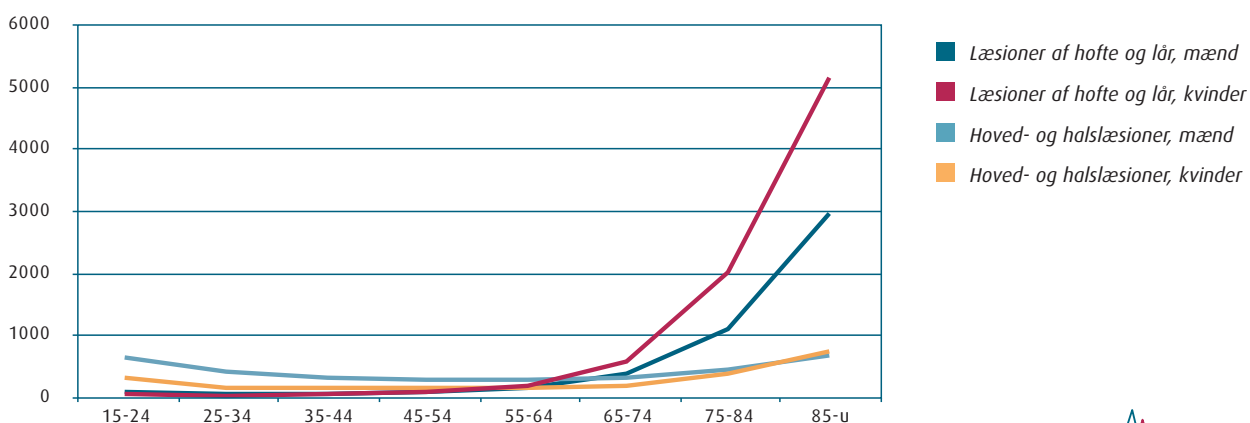


Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

En skade opstår som regel ved en ydre årsag, typisk ulykker, vold eller selvpåført skade, som fx medicinforgiftning. Der er betydelig kønsforskel i årsagerne til skader. Brud på skinne- og lårben og kranielæsioner som følge af motorcykelulykker er langt hyppigst blandt unge mænd. Hoftebrud ved simpelt fald forekommer hyppigst blandt gamle kvinder.

Figur 6.10 viser de betydelige køns- og aldersforskelle i indlæggeshyppigheden for hofte- og hoved- og halslæsioner. Det er de unge mænd, der får hoved- og halslæsioner som følge af trafik- og arbejdsskader, og kvinder over 65, der indlægges for hofte- og lårbrud.

Figur 6.10: Skader på alder og køn 2002, indlagte personer per 100.000



Kilde: Landspatientregisteret, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Blandt voksne kvinder er de fleste læsioner lokaliseret til hofte og lår. Forekomsten er højst i de ældste aldersgrupper, hvor kønsforskellen er størst. Kvinder har også en højere forekomst end mændene af læsioner af knæ, skinneben, ankel og fod. Kønsforskellen i antallet af indlæggelser for brud på hofte, lår og skinne blandt ældre mennesker skyldes dels, som nævnt, at der er flere kvinder i denne aldersgruppe end mænd, dels kønsforskelle i biologiske risikofaktorer. Osteoporose, dvs. nedsat knogletæthed eller knogleskørhed, er en væsentlig risikofaktor for brud.

Osteoporose forekommer langt hyppigere blandt kvinder end blandt mænd. Osteoporose betinger ikke i sig selv sygehusindlæggelse, men er ofte den tilgrundliggende årsag til knoglebrud hos ældre, særligt de ældre kvinder. Forekomsten af osteoporose kendes ikke med sikkerhed. Udenlandske undersøgelser peger i retning af en prævalens (livstidsforekomst) svarende til, at hver 3. kvinde og hver 8. mand rammes af sygdommen (52). Osteoporose kan forebygges gennem fysisk aktivitet (14).

Læsioner opstået som følge af vold er en hyppigere årsag til sygehusindlæggelse blandt mænd end blandt kvinder. Det samlede omfang af indlæggelser pga. volds-skader er dog lille sammenlignet med antallet af indlagte patienter med skader opstået pga. ulykke. I 2002 blev 1169 mænd og 294 kvinder indlagt med skader som følge af vold.

6.6. Psykiatriske lidelser

Der er i dette kapitel anvendt data i Landspatientregisteret i beskrivelsen af de øvrige sygdomme, men Landspatientregisteret dækker ikke indlæggelser på psykiatriske afdelinger. Med henblik på at afdække kønsforskelle i psykiatriske sygdomme er der derfor indhentet oplysninger fra Psykiatrisk Centralregister. Registeret indeholder oplysninger om indlæggelser og ambulante besøg på psykiatriske afdelinger og hospitaler. Der er medtaget data om førstegangsindlæggelser.

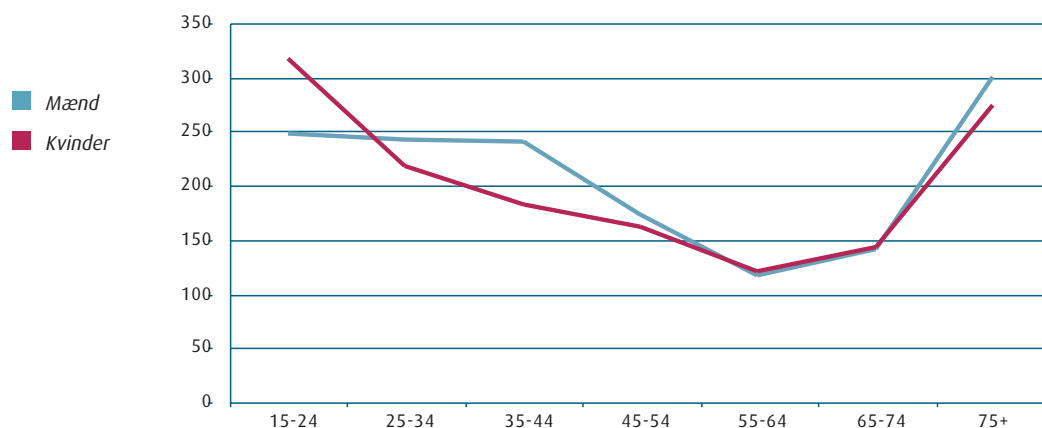
Mænd og kvinder indlægges stort set lige hyppigt på psykiatriske afdelinger. I 2002 blev 20.070 mænd og 21.257 kvinder indlagt på psykiatriske sygehuse og specialiserede psykiatriske afdelinger. I alt 4.382 mænd og 4.415 kvinder blev indlagt for første gang i det psykiatriske behandlingssystem. Tallene for førstegangsindlæggelser svarer til en kønsratio på 0,99, eller omtrent samme antal førstegangs indlæggelser blandt mænd og kvinder.

Desuden var der i 2002 7.067 mænd og 4.981 kvinder, der blev indlagt på andre sygehusafdelinger, og hvor en psykiske lidelse var angivet som den væsentlige årsag til undersøgelse og behandling.

Det psykiatriske behandlingssystem er karakteriseret ved meget lange indlæggelser og hyppige genindlæggelser af ofte kroniske patienter. Endvidere er der en del psykisk sygdom, der behandles uden for sygehusene, hvorfor de viste tal ikke kan anses for dækkende i forhold til psykisk sygdom.

Aldersfordelingen blandt førstegangsindlæggelserne ses af figur 6.11. I den yngste aldersgruppe indlægges flere kvinder end mænd, mens der i aldersgruppen 35-44 indlægges flere mænd end kvinder.

Figur 6.11: Førstegangsindlæggelser på psykiatriske afdelinger 2002, per 100.000 indbyggere



Kilde: Det Psykiatriske Centralregister

Der er stor kønsforskel på typen af psykisk sygdom, der medfører sygehusindlæggelse. Det ses af figur 6.12. Mænd har en stor overvægt af indlæggelser for psykiske lidelser ved misbrug, mens kvinder hyppigere end mænd indlægges for affektive sindslidelser (depressioner og maniodepressive psykoser) og nervøse lidelser.

Figur 6.12: Psykiatriske sygdomme, førstegangsinlæggelser 2002. På diagnosegruppe og køn



Kilde: Det Psykiatriske Centralregister



7. Omkostninger til behandling

På trods af markante kønsforskelle i sygdomsmønster, er der ikke stor forskel på de ressourcer, der i sygehusvæsenet anvendes til behandling af mænds og kvinders sygdomme, forudsat at indlæggelser i forbindelse med graviditet og fødsel ekskluderes.

Der er ofte stor interesse for, hvor mange penge det danske sygehusvæsen bruger til behandling af forskellige sygdomsgrupper, og hvordan pengene anvendes. Ofte er svarene på spørgsmål af denne art noget uklare. Det skyldes, at præcise tal reelt ikke eksisterer, men kun kan beregnes med tilnærmelse. Det samme gør sig gældende for beregning af udgifterne til sygehusbehandling af henholdsvis kvinder og mænd.

7.1. Sygehusvæsenet

Det danske sygehusvæsen er styret efter en model der kaldes mål- og rammestyring. Det betyder, at midlerne til finansiering af sygehusvæsenet bevilges af en central myndighed (typisk amtsrådet) og opkræves via skatterne. Hvert sygehus får så en rammebevilling, der baserer sig på sidste års regnskab samt budgetterede udvidelser eller besparelser. Sygehuset deler så rammebevillingen mellem afdelingerne efter samme princip. De fleste sygehuse har indført en form for kontraktstyring, hvor afdelingerne forpligter sig til at producere et vist antal operationer, sengedage eller ambulante besøg. Sammenhængen med budgettet eksisterer dog kun på papiret, idet en underproduktion sjældent får økonomiske konsekvenser og merproduktion lige så sjældent udløser tillægsbevillinger. Koblingen mellem budget og patientbehandling på patientniveau sker således sjældent i praksis. I virkelighedens verden er det derfor umuligt at opgøre omkostningerne på patientniveau og dermed beregne de sande omkostninger til behandling af særlige sygdomme.

Regeringen tog et afgørende skridt væk fra rammestyringsprincippet i sygehusvæsenet med introduktionen af den såkaldte "Løkkepose" i 2002. Her blev aktiviteten afregnet på patientniveau til DRG-takster¹. DRG-taksterne har siden 2000 været anvendt til afregning mellem amter for udenamtspatienter. "Løkkeposen" blev introduceret med henblik på at øge aktiviteten i sygehusvæsenet og dermed nedbringe ventelisterne. Regnskabstallene efter indførelse af "Løkkeposen" kan dog stadig ikke anvendes til at give detaljerede svar på spørgsmål om omkostninger til behandling af specifikke sygdomme (eller befolkningsgrupper), idet det kun var meraktivitet, der blev afregnet efter "stykpris" eller DRG-takst. DRG-taksterne er gennemsnitspriser, der ikke er udviklet til analyseformål.

Til trods herfor er DRG-taksterne det bedste udgangspunkt for en analyse af sundhedsvæsenets ressourceanvendelse, fordelt på køn. Sundhedsstyrelsen koder Landspatientregisteret efter DRG-grupperingen, hvorefter der knyttes en pris til hver enkelt udskrivning. Om end disse priser er valideret af læger og administratorer og benyttes bredt, er der stadig for den enkelte afdeling kun en vag sammenhæng mellem

¹ DRG (diagnose relaterede grupper) er et takstsystem, der sætter priser på sygehusbehandling ud fra oplysninger om diagnose og behandling, mv. Taksterne er gennemsnitspriser, der beregnes af Sundhedsstyrelsen for et år ad gangen.

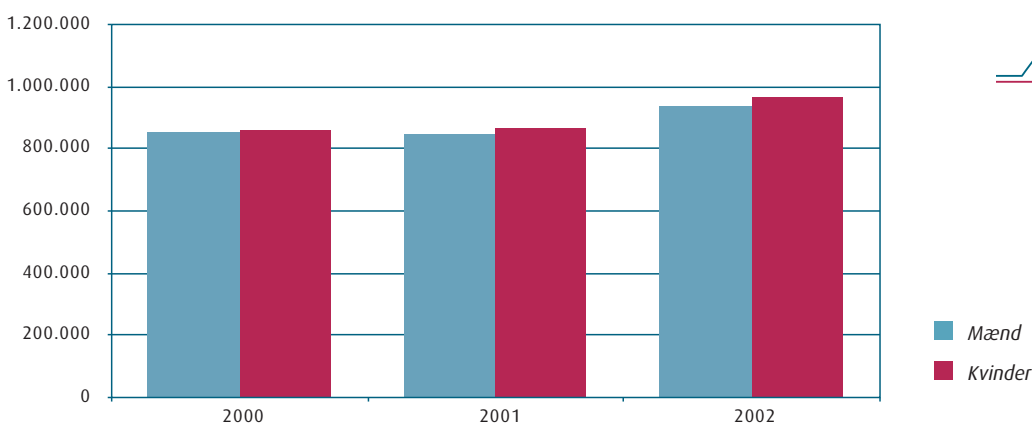
prisen og ydelsen for den enkelte patient. De resultater, der baseres på DRG-gruppering af patienterne fortæller om sygdomsgruppernes gennemsnitlige ressourcetræk på sygehusvæsenet, men kan ikke anvendes til meget detaljerede eller håndfaste konklusioner.

7.2. Fyns Amt

Til brug for nærværende analyse er anvendt data fra Fyns Amt i perioden 2000-2002. Fyns Amt er valgt, fordi det er det amt, hvis befolknings sammensætning mest ligner den for hele landet. Når analysen afgrænses til et enkelt amt skyldes det, at denne delanalyse anvender meget store datamængder. Den er derfor begrænset til Fyns Amt af tekniske årsager. I 2002 var der godt 385.000 personer over 15 år registreret, som boende på Fyn. De data, der er anvendt her vedrører Fyns Amts borgere, og deres kontakter til sygehusvæsenet. Alle indlæggelser er medtaget, også på sygehuse uden for Fyns Amt. Til gengæld er "fremmede" amters borgere på Fyns Amts sygehuse ekskluderet fra beregningen.

I figur 7.1 er omkostningerne ved udskrivninger af alle sygehuspatienter bosat i Fyns Amt grupperet efter patientens køn. Figuren vedrører alene patienter over 16 år, og som det eneste er patientgruppen "Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab" ekskluderet:

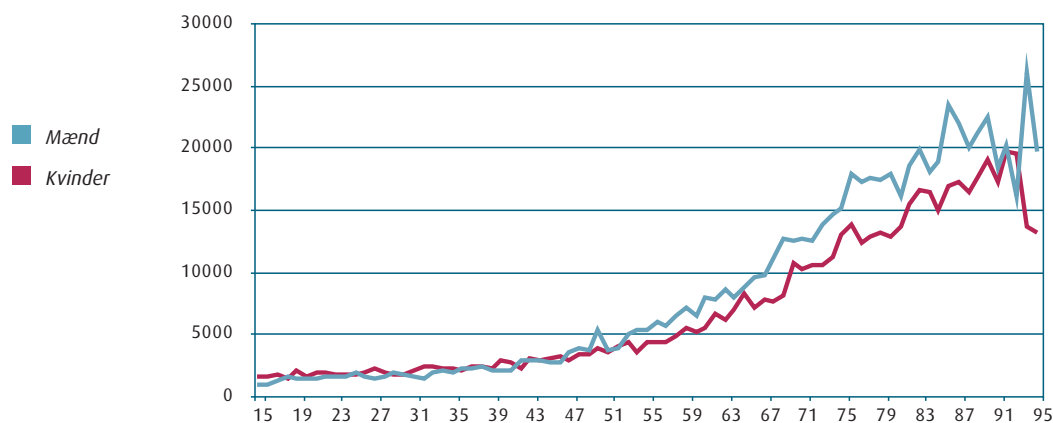
Figur 7.1: Udgifter til patientbehandling Fyns Amt, 1.000 kr.



Kilde: Sundhedsstyrelsen

Tallene viser at der bruges stort set lige mange penge på behandling af sygdomme hos de to køn, når altså det obstetriske område (indlæggelser vedr. graviditet og fødsel) ekskluderes. Årsagen til stigningen i 2002 kan være en generel meraktivitet som følge af ovenfor nævnte "Løkkepose". Der er en lille tendens til, at der bruges flere penge på behandling af kvinder. Med henblik på at undersøge, hvorvidt dette skyldes alderssammensætning, altså at der er flere kvinder end mænd i de ældste aldersgrupper, der har et stort træk på sygehusvæsenet, er beregnet udgifter til behandling per person af den pågældende alder og køn, altså størrelsen af den gennemsnitlige behandlingsudgift per borger i Fyns Amt. Denne størrelse ses af figur 7.2. Der er brugt et-årsaldersgrupper:

Figur 7.2: Udgifter til sygehusbehandling fordelt på alder og køn, Fyns Amt 2002, kroner per borger



Kilde: Sundhedsstyrelsen, befolkningstal fra Danmarks Statistik

Figur 7.2 viser, at der i næsten alle aldersgrupper bruges flere penge på behandling af mænd end kvinder, beregnet per borger. Når der totalt set bruges flere penge på behandling af kvinder, skyldes det alene, at der er flere kvinder end mænd i de ældste og for sygehusvæsenet dyreste aldersgrupper.

Operationer i hofteled (kunstig hofte), et område der er opprioriteret de senere år, udføres næsten dobbelt så hyppigt på kvinder som på mænd. Operationen udføres overvejende på meget gamle patienter.

Dette forhold kan skyldes, at mænd lider af "dyrere" sygdomme end kvinder. Iskæmisk hjertesygdom, der især rammer mænd, er blandt de dyrere sygdomsgrupper. Det kan også skyldes at mænds sygdom måske er mere fremskreden end kvinders på det tidspunkt, hvor behandlingen påbegyndes. En forklaring herpå kan være, at mænd venter længere end kvinder med at reagere på deres symptomer.

8. Selvrapporteret sundhed og sygelighed

Mænd og kvinder opfatter deres egen sundhed og sygelighed forskelligt og reagerer forskelligt på sygdomssymptomer. Det er en medvirkende årsag til de rapporterede kønsforskelle i selvoplevede sygdomssymptomer, kontakt til praktiserende læge og brug af medicin.

Der er kun små kønsforskelle i andelen af voksne, der vurderer deres helbred som virkelig godt eller godt. Men flere kvinder end mænd oplever sig plaget af gener og symptomer i hverdagen. Kvinder angiver oftere end mænd, at de fejler en sygdom. Det kan tolkes som en reel kønsforskel i sygelighed. Det kan også skyldes, at mænd og kvinder har forskellig tærskel for at føle sig syg og/eller en forskel i, om man oversætter sine gener og symptomer til en specifik sygdom.

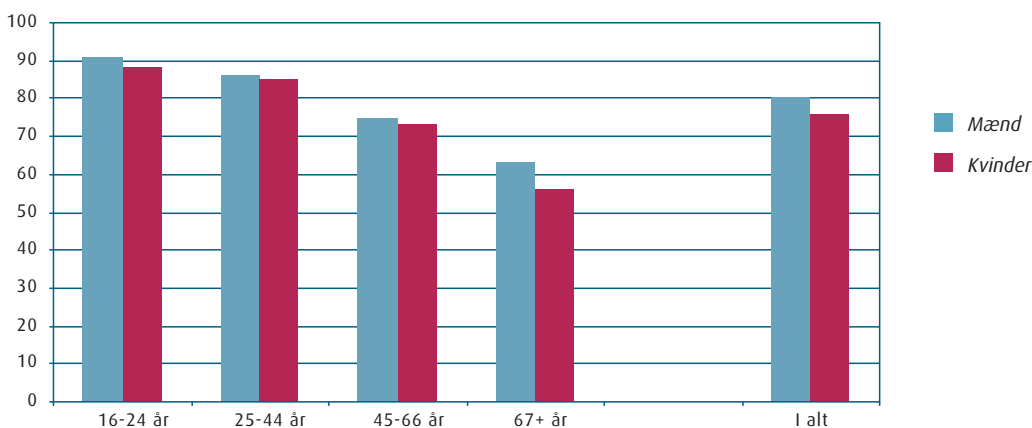
De benyttede data stammer fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2000, en landsdækkende interviewundersøgelse gennemført af Statens Institut for Folkesundhed (2). Undersøgelsen er baseret på en stikprøve på knap 22.500 danske statsborgere på 16 år eller derover. Data er indsamlet ved personlige interview i svarpersonernes hjem, og efter interviewet blev alle svarpersoner bedt om at besvare et selvadministreret spørgeskema. Svarprocenten er 74% ved det personlige interview; 63% af hele stikprøven besvarede det selvadministrerede spørgeskema.

8.1. Kønsforskelle i sundhed

Sundhed er andet end blot fravær af sygdom. Sundhed er at opleve sit helbred som virkelig godt eller godt, at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til, og ikke at føle sig stresset i hverdagen. I dette afsnit vises, hvorledes henholdsvis mænd og kvinder har vurderet deres helbred i Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen i 2000.

Svarpersonerne blev bedt om at vurdere deres generelle helbredstilstand, dvs. om de vurderer, at deres helbred er virkelig godt, godt, mindre godt, dårligt eller meget dårligt. Figur 8.1 viser andelen der har svaret, at helbredet var godt eller virkelig godt, fordelt på alder og køn.

Figur 8.1: Andel, der føler sig ved virkelig godt eller godt helbred



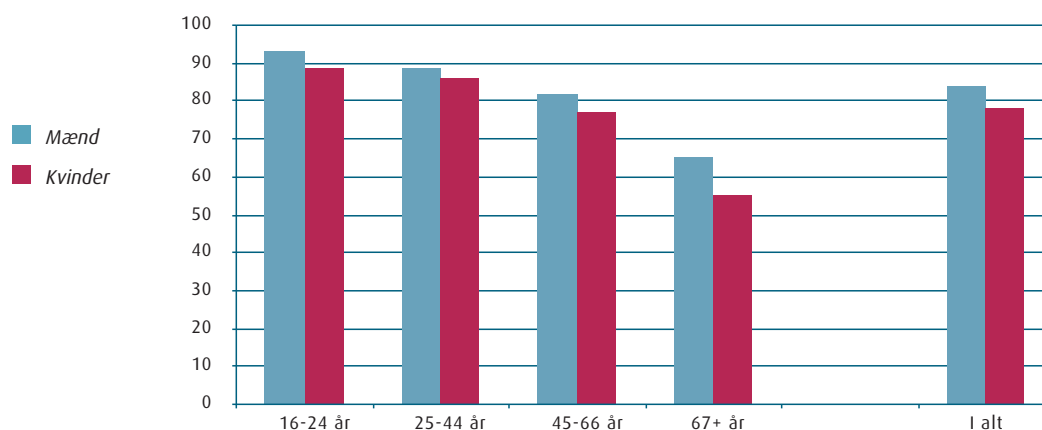
Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000



Tendensen er, at kvinder lidt sjældnere end mænd vurderer, at deres helbred er virkeligt godt eller godt. Forskellen er størst blandt de 67-årige og ældre. Det er en lidt større andel af mænd end af kvinder, der oplever deres helbred som virkeligt godt. Blandt alle mænd er det 37% mod 34% blandt kvinder. Kønsforskellen er størst blandt de yngste, hvor halvdelen af mænd mod 44% af kvinder oplever deres helbred som virkeligt godt.

Figur 8.2 viser besvarelsen af spørgsmålet "føler De Dem frisk nok til at gøre hvad De har lyst til", her er der tre svarkategorier og procentdelen der har svaret "ja for det meste" er anført i figuren.

Figur 8.2: Andel, der er frisk nok til at gøre som de har lyst

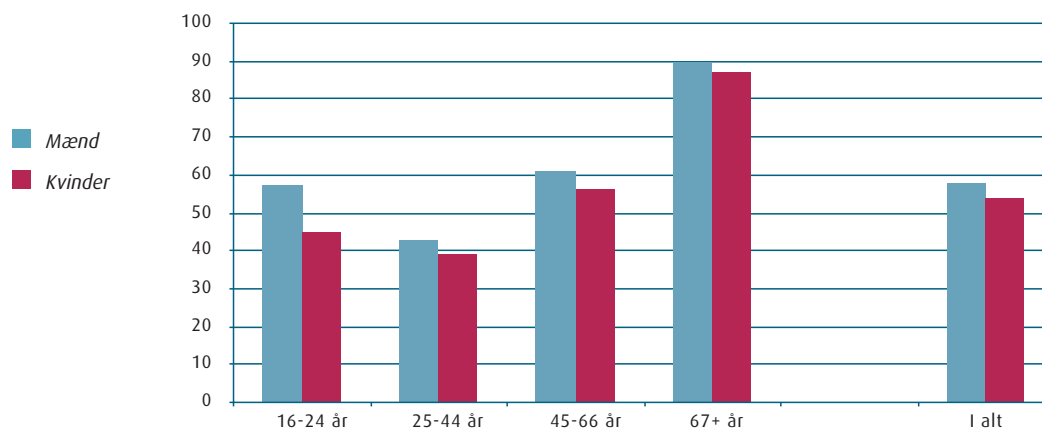


Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

En større andel af mænd end kvinder oplever, at de er friske nok til at gøre, hvad de har lyst til. Selv blandt de helt unge kvinder rapporterer hver tiende, at de ikke kan gøre som de har lyst pga. helbredsproblemer.

Figur 8.3 vedrører stress og her er anført hvor mange, der aldrig eller næsten aldrig føler sig stresset i deres dagligdag.

Figur 8.3: Andel, der ikke føler sig stresset

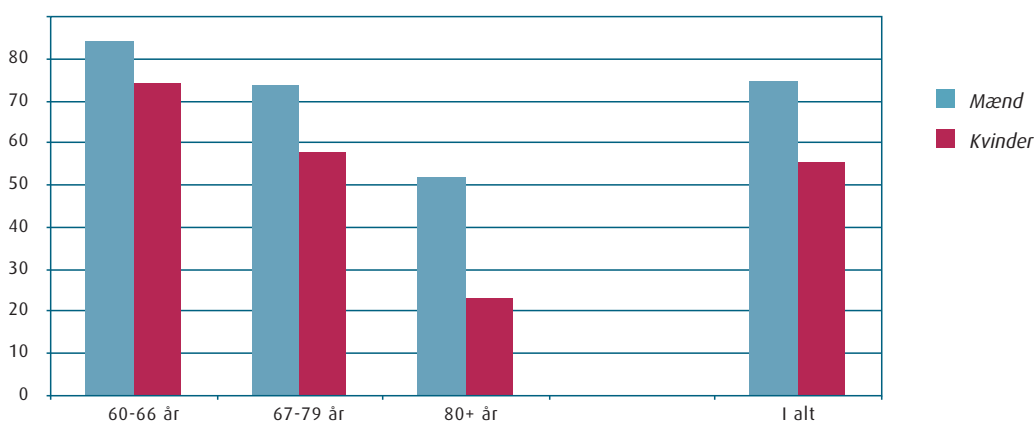


Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Mænd i alle aldersgrupper føler sig mindre stressede end de jævnaldrende kvinder. Men selv i de yngste aldersgrupper er det en stor andel af mænd, der angiver stress i dagligdagen, i alt 42%, og en endnu større andel blandt kvinder, 55%. Andelen, der føler sig stresset er endnu højere blandt de 25-44-årige mænd, og også i denne aldersgruppe flest blandt kvinder, hvor omtrent 60% angiver stress i dagligdagen.

Omfanget af funktionsbegrænsninger blandt de ældre viser betydelige kønsforskelle. Det fremgår af figur 8.4, der viser procentandelen med god fysisk mobilitet blandt 60-årige og derover. Svarpersonerne er blevet spurgt, hvorvidt de uden besvær kan gå 400 meter uden hvile, gå op og ned ad trapper uden besvær, og kunne bære 5 kg., fx en indkøbspose (Figur 8.4).

Figur 8.4: Andel af svarpersoner over 60 år, der angiver at have god fysisk mobilitet



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Der er fremsat en række hypoteser vedrørende disse kønsforskelle i opfattelsen af eget helbred. Skyldes forskellene, at kvinder klager sig mere? Er kvinder mere optaget af sundhed og sygdom som en funktion af, at de oftest varetager hele familiens trivsel? Kan kønsforskellene forklares ud fra forskelle i mænds og kvinders position i samfundet, dvs. ud fra socioøkonomiske faktorer? (17) (33).

En undersøgelse fra slutningen af 1990'erne blandt universitetsansatte i England påviste, at der er betydelig kønsforskel i forekomsten af relativt banale symptomer og klager, men at forskellene blev udjævnet, når der blev kontrolleret for betydningen af arbejdsforhold, herunder jobtilfredshed og jobindflydelse, indtægt og plads i hierarkiet (9).

En nylig undersøgelse fra Arbejds miljøinstituttet har vist, at også i Danmark er der flere kvinder end mænd, der oplever høje følelsesmæssige krav og konflikter og har mindre indflydelse i arbejdet end mænd. Der er sammenhæng mellem disse arbejdsvilkår og ringe psykisk velbefindende. Kvinder har specielt været udsat for ensidigt gentaget arbejde, som kan give gener i bevægeapparatet (58). Mænd synes til gengæld at være mere belastet af arbejdsmiljøet, når der ses på betydningen af arbejdsmiljø i forhold til sygehusindlæggelser (10).

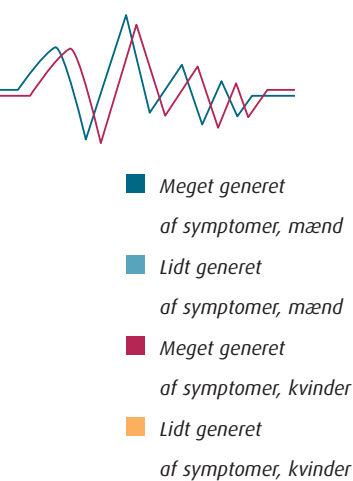
Der er således gennemgående kønsforskelle i selv vurderet helbred. Men forskellene er ikke så store, som det ville kunne forventes ud fra oplysningerne om mænds og kvinders kontakt til praktiserende læge, jf. nedenfor.

8.2. Kønsforskelle i gener, sygdomssymptomer og langvarig sygdom

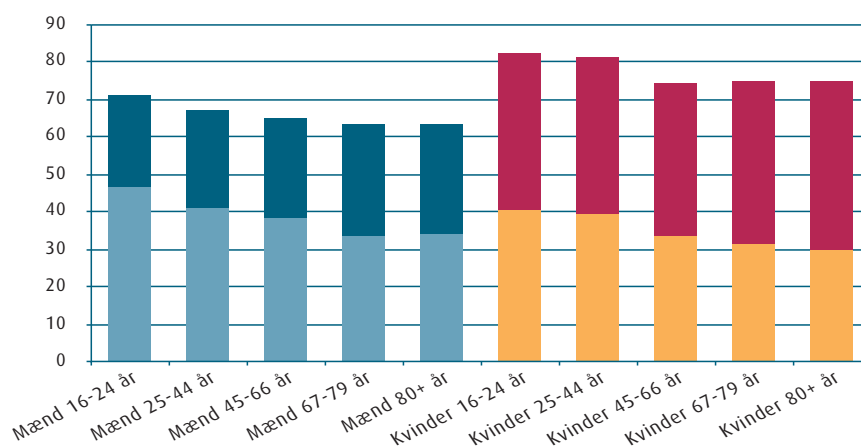
Kvinder oplever hyppigere end mænd gener og angiver oftere, at generne er meget generende. Mindst hver tiende yngre kvinde klager over træthed, hovedpine og muskelsmerter mod mindre end hver tyvende mand.

Kvinder rapporterer oftere end mænd langvarige sygdomme og angiver flere specifikke sygdomssymptomer end mænd.

I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen udspørges om gener, sygdomssymptomer over et afgrænset tidsrum og forekomsten af langvarig sygdom. Svarpersonerne har fx i interviewet haft mulighed for at svare ja eller nej til, om de har haft fx hovedpine inden for de sidste 14 dage inden interviewet. Svarede de ja, blev de tillige spurgt, om de opfattede symptomet som lidt eller meget generende. Fordelingen heraf varierer naturligt med arten af symptomer samt med alder og køn. For alle symptomer under et fordeler forekomsten sig på køn og alder sig som vist i figur 8.5, som også viser, hvorvidt svarpersonerne har oplevet symptomerne som lidt eller meget generende.



Figur 8.5: Andelen af mænd og kvinder, der angiver at have haft gener og symptomer inden for 14 dage fordelt på alder



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Der er slående kønsforskelle i at føle sig lidt eller meget generet af symptomer. Der er lidt flere mænd end kvinder, der rapporterer symptomer, som de kun føler sig lidt generet af. For begge køn falder omfanget af lette gener med alderen. Der er langt flere kvinder end mænd, der fortæller, at de er meget generet af symptomer, og andelen med svære gener er i alle aldersgrupper større end andelen, der har lette gener.

I interviewet er der spurgt til en række specifikke gener, dvs. konkrete symptomer på dårligt helbred eller sygdom inden for de seneste 14 dage. Der ses en betydelig kønsforskel i de rapporterede gener og symptomer. Forekomsten af de forskellige symptomer er vist i tabel 8.1.

Tabel 8.1: Forekomst af gener og symptomer de seneste 14 dage, procent

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67-79 år		80+ år		I alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Smerter/ubehag i skuldre/nakke	3,4	8,9	6,7	11,7	8,4	14,7	4,8	11,1	4,5	12,0	6,6	12,3
Smerter/ubehag i ryg/lænd	4,6	9,4	6,5	10,1	8,9	13,5	6,9	16,0	5,1	15,6	7,1	12,2
Smerter/ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	4,5	6,3	6,2	8,3	9,3	16,4	10,4	18,0	11,8	20,2	7,8	12,6
Hovedpine	3,8	11,6	4,7	12,6	3,7	8,4	2,7	3,4	1,5	5,5	3,9	9,6
Træthed	3,3	10,2	4,4	10,0	4,1	8,1	4,8	8,7	5,4	11,2	4,2	9,3
Forkølelse /hoste	5,4	8,9	4,8	7,1	3,4	4,9	3,1	3,6	1,5	3,5	4,1	6,0
Søvnbesvær	2,4	4,5	3,2	4,3	3,5	7,5	5,1	8,7	5,3	7,5	3,5	6,1
Mavesmerter	2,3	3,7	1,7	2,9	1,9	3,1	2,5	3,7	2,1	2,2	2,0	3,1
Åndedrætsproblemer	0,2	1,2	0,7	1,2	2,1	3,5	6,1	5,9	4,9	2,3	1,9	2,6
Ængstelse/nervøsitet/uro/angst	0,9	2,8	1,3	2,6	1,5	3,7	1,7	4,7	0,6	4,6	1,3	3,4
Nedtrykt/deprimeret/ulykkelig	1,6	3,6	1,5	3,2	1,8	3,5	1,6	4,2	2,0	3,3	1,7	3,5
Fordøjelsesbesvær/tynd eller hård mave	1,2	1,4	1,0	2,9	1,4	3,2	3,3	3,8	2,4	6,4	1,5	3,1
Eksem/hududslet/kløe	1,0	2,9	1,1	2,5	0,9	2,1	2,3	3,1	1,2	2,6	1,2	2,5
Hurtig hjertebanken	0,2	0,3	0,6	0,9	1,1	2,0	0,5	2,2	1,7	3,0	0,8	1,4

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Flere kvinder end mænd oplyser at have haft en eller flere af disse gener og symptomer. Det gælder for alle symptomer og i alle aldersgrupper. Tabellen afspejler en betydelig kønsforskel i forekomsten af symptomer, der i nogen grad kan være biologisk betinget (fx mavesmerter ved menstruation, hormonelt betinget hovedpine etc.), men det er langt fra den eneste forklaring. Det er i de yngre aldersgrupper, at der er særlig udtalt kønsforskel i forekomsten af klager over hovedpine, træthed og muskelsmerter.

En del af forklaringen kan også være kønsforskelle i erhvervsbetingede lidelser. Kvinder har i højere grad end mænd været belastet af monotont, stillesiddende arbejde, som er en alvorlig risikofaktor for led- og muskellidelser. En lang række undersøgelser har således vist, at disse sygdomme forekommer hyppigere hos kvinder end mænd, og at lidelserne ofte er årsag til førtidspensionering (41). Det er tilsvarende blandt 45-66-årige, at der er særlig udtalt kønsforskel i forekomsten af smerter i muskler og led.

De rapporterede kønsforskelle kan delvist skyldes, at kvinder reagerer anderledes end mænd på kropssignaler, og at kvinder opfatter disse signaler anderledes end

mænd. I kapitel 9 beskrives, hvordan mænd og kvinder reagerer på deres gener og symptomer, dvs. kønsforskellene i sygdomsadfærd. Det er belyst ud fra deres kontakt til sundhedsvæsenet og brugen af medicin og alternative midler i forbindelse med gener og sygdomssymptomer.

8.2.1 Selvrapporteret sygdom

Deltagerne i Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen har svaret på, hvorvidt de lider af en række specifikke sygdomme og lidelser på interviewtidspunktet. Ved interviewet har svarpersonen fået forevist en liste med 22 navngivne lidelser, hvoraf kun fem er medtaget her. Der er tale om personens egen opfattelse af helbredsproblemer og ikke (nødvendigvis) lægediagnosticeret sygdom.

Tabel 8.2 viser andelen af svarpersoner, der har angivet aktuelt at have en af fem sygdomssymptomer, fordelt på alder og køn.

Tabel 8.2: Selvrapporterede sygdomssymptomer

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67-79 år		80+ år		I alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Nervøse lidelser	0,8	0,9	1,5	2,6	2,9	4,9	2,2	7,0	2,2	5,7	2,0	3,8
Stærk hovedpine/migræne	4,0	9,9	5,2	14,3	5,2	12,1	2,3	4,6	1,6	4,5	4,6	11,3
Allergi	15,0	18,7	16,0	20,6	9,0	15,0	4,7	10,8	5,9	6,1	11,8	16,5
Eksem	5,0	10,8	5,4	9,7	3,9	5,9	4,4	5,4	2,3	3,3	4,6	7,7
Rygsygdom	5,0	7,0	10,6	8,2	14,8	15,1	9,5	19,7	8,5	14,7	11,2	12,1

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Der er generelt flere kvinder end mænd, der rapporterer sygdomssymptomer. Uanset om kvinder er sygere end mænd eller kvinder føler sig sygere end mænd, passer ovenstående billede med, at kvinder bruger den praktiserende læge mere end mænd.

Det er ikke muligt ud fra registerdata at vurdere, hvor ofte kontakten til praktiserende læge netop skyldes de viste lidelser. Sygesikringsregisteret giver kun oplysning om antallet af ydelser, og kontakter, pr. patient, ikke om årsagen til ydelsen.

8.2.2 Langvarig sygdom

I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen er interviewpersonerne blevet spurgt, om de lider af en langvarig sygdom, handicap eller anden langvarig lidelse. I bekræftende fald er de blevet bedt om at karakterisere sygdommen, så svarene har kunnet fordeles på sygdomsgrupper.

Tabel 8.3 viser procentandelen, der har angivet at de lider af 4 grupper af langvarig sygdom, fordelt på køn og alder.

Tabel 8.3: Langvarig sygdom

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67-79 år		80+ år		I alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Muskel- og skelet-sygdomme	7,8	9,7	12,0	11,3	17,7	21,3	16,8	29,6	17,2	28,3	14,2	17,6
Hjerte- og karsygdomme	0,7	0,6	1,5	1,6	8,1	7,5	19,8	16,4	22,6	19,5	6,5	6,2
Psykiske lidelser	0,5	0,8	1,6	1,9	1,7	2,9	0,5	2,1	0,6	1,3	1,4	2,1
Sukkersyge/diabetes	0,9	0,2	0,8	0,8	3,8	2,9	8,2	5,4	9,1	7,2	3,0	2,3

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Flere kvinder end mænd anfører at lide af muskel- og skeletsygdomme (fx gigt) og psykiske lidelser. Det omvendte gør sig gældende for sukkersyge og for hjerte-karsygdom. Kønsforskellen i hjertesygdom er ikke særligt stor, særligt ikke i forhold til den store kønsforskel i sygehusindlæggelse for hjerte- og karsygdom. Det skal dog bemærkes, at hjerte-karsygdomme er et videre begreb end iskæmisk hjertesygdom, som er beskrevet i kapitel 6.

Men interviewpersonerne er også udspurgt, om de har eller har haft blodprop i hjertet eller har hjertekrampe, dvs. iskæmisk hjertesygdom, på interviewtidspunktet. De betydelige kønsforskelle i diagnosticeret iskæmisk hjertesygdom genfindes således ikke i den selvopfattede hjertesygdom. Der er her ingen kønsforskel. Der skal tages forbehold for, at der er tale om små tal, og at der derfor er betydelig usikkerhed forbundet ved tolkningen.

Tabel 8.4 demonstrerer, at der er mindre forskel på de to køn med hensyn til, hvornår man føler sig syg af hjertesygdom, end for lægediagnosticeret sygdom, målt ved det årlige antal af sygehusindlæggelser for vedkommende hjertesygdomme. En forklaring kan være, at der kan være kvinder, der føler sig "hjertesyge" uden at have været diagnosticeret af en læge, og der kan være mænd, der har fået stillet en hjertediagnose tidligere, men som ikke fortæller om deres sygdom, fordi de glemmer, bagatelliserer den eller oplever, at sygdommen er overstået.



Tabel 8.4: Iskæmisk hjertesygdom blandt kvinder og mænd

	Selvrapporteret hjertekrampe eller blodprop i hjertet nu, procent	Selvrapporteret langvarig hjerte-kar sygdom, procent	Indlagte personer 2002
Mænd	0,6	6,5	24.314
Kvinder	0,6	6,2	13.417
Kvinder i procent af mænd	100,0	95,4	55,2

Kilde: Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2000 og Landspatientregisteret 2002

9. Kønsforskelle i sygdomsadfærd

Hver anden kvinde og hver tredje mand har brugt praktiserende læge inden for de seneste tre måneder. Yngre kvinder har dobbelt så mange kontakter til praktiserende læge, som yngre mænd har. Ældre mænd kontakter langt hyppigere skadestue for sygdom, end ældre kvinder gør. Kvinder kontakter hyppigere egen læge ved sygdomssymptomer, end mænd gør.

Kvinder, især de midaldrende, bruger mere medicin, end mænd gør.

Sygdomsadfærd er den måde, et individ reagerer på, når han eller hun føler sig syg. Begrebet kan opfattes som målrettet adfærd, der har til formål at fjerne en negativ tilstand.

Litteraturen peger på en kønsforskel i måden at besvare spørgsmål om sygdom på. Undersøgelser har vist, at blandt personer, der bliver spurgt, om de har det alment dårligt, svarer flere mænd end kvinder ja (31). Spørges der derimod til specifikke dårligdomme, som hovedpine, ondt i maven etc., svarer flere kvinder end mænd bekræftende. Et forsøg udsatte en gruppe personer for forkølelsesvirus, og blandt de smittede svarede flere kvinder end mænd, at de var forkølede, men flere mænd end kvinder svarede, at de ikke havde det så godt (59).

Som anført kan kønsforskelle i sygdomsadfærd måske forklares ved, at kvinder i højere grad forholder sig til deres symptomer, relaterer symptomerne til en specifik sygdom og søger behandling herfor. Det kan være en del af forklaringen på, at der er flere kvinder end mænd, der henvender sig til deres praktiserende læge, selvom mænd hyppigere end kvinder lider af en række alvorlige sygdomme, der kræver sygehusbehandling.

I dette kapitel beskrives mænds og kvinders henvendelsesmønster til praktiserende læger og deres henvendelsesmønster til skadestuer. Begge størrelser er mål for sygdomsadfærd. Endvidere belyses kønsforskellene i besvarelsen af spørgsmål om sygdom og reaktioner på sygdom ud fra oplysninger i sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000, herunder brug af medicin.

9.1. Praktiserende læger

De alment praktiserende læger i Danmark har rollen som sundhedsvæsenets ledvogtere. De er for langt de fleste patientforløb indgangen til det behandlende sundhedsvæsen, og en del af forløbene afsluttes også hos den praktiserende læge. De fleste patienter, der føler sig syge eller er bekymrede for sygdom, vil henvende sig hos deres praktiserende læge. En del sygdomme og dårligdomme behandles med medicin, som patienten får recept på hos den praktiserende læge. Andre patienter henvises videre til speciallæge eller sygehus. Den almindelige praksis er, at praktiserende læger, vagtlæger, og skadestuer er de eneste steder i sundhedsvæsenet, hvor patienter kan henvende sig uden nogen form for visitation ("filter"). Køns-

forskelle i henvendelsesmønstret afspejler derfor blandt andet kønsforskelle i sygdomsadfærd.

Den praktiserende læge udfører mange opgaver, der ligger udover det ovenfor beskrevne. Alle gravide tilbydes 4 besøg hos den praktiserende læge, og børn tilbydes forebyggende børneundersøgelser. Disse typer af konsultationer samt opgaver vedrørende prævention mv. har deres egne ydelseskoder, fordi der er beregnet et specielt honorar for dem.

Tabel 9.1 viser fordelingen af alment praktiserende lægers ydelser på typer af ydelser, fordelt efter, om der er tale om en konsultation (denne gruppe udgør hovedparten af praktiserende lægers ydelser og kan dække et bredt spektrum), eller en specifik undersøgelse (fx blodprøvetagning), en særlig forebyggelseskonsultation (inklusive graviditetsundersøgelser og lignende), udfyldelse af attester, sygebesøg eller andet. En lægekontakt kan rumme flere forskellige ydelser.

Tabel 9.1: Praktiserende lægers ydelser 2002, fordelt på køn

	Mænd	Kvinder	I alt
Konsultation	10.586.668	17.994.870	28.581.538
Besøg	3.584.411	4.616.850	8.201.261
Undersøgelser	1.885.704	3.938.140	5.823.844
Behandling	1.420.055	2.514.041	3.934.096
Forebyggelse	80.791	270.292	351.083
Andet	88.428	258.681	347.109
Social	90.376	159.622	249.998
Attester	7.027	8.440	15.467
I alt	17.743.460	29.760.936	47.504.396

Kilde: Sygesikringsregisteret

Praktiserende lægers honorar for ydelser afregnes med sygesikringen. Der afregnes per ydelse. Der ligger derfor ret præcis information om praktiserende lægers ydelsesmønster i Sygesikringsregisteret, hvor der siden 1990 er samlet data om alle ydelser i praksissektoren, både almen praksis og speciallægepraksis samt ydelser hos fysioterapeut mm.

Kønsforskellen er markant over hele linjen, også på konsultationer, der udgør 60% af alle ydelser og dermed er langt den største gruppe. I det følgende er der kun medtaget data om konsultationer, mens fx forebyggende undersøgelser ikke er medtaget. I tabel 9.1 inkluderer dette også telefonkonsultationer og lignende, mens der i figurerne herunder alene er medtaget data om almindelige konsultationer.

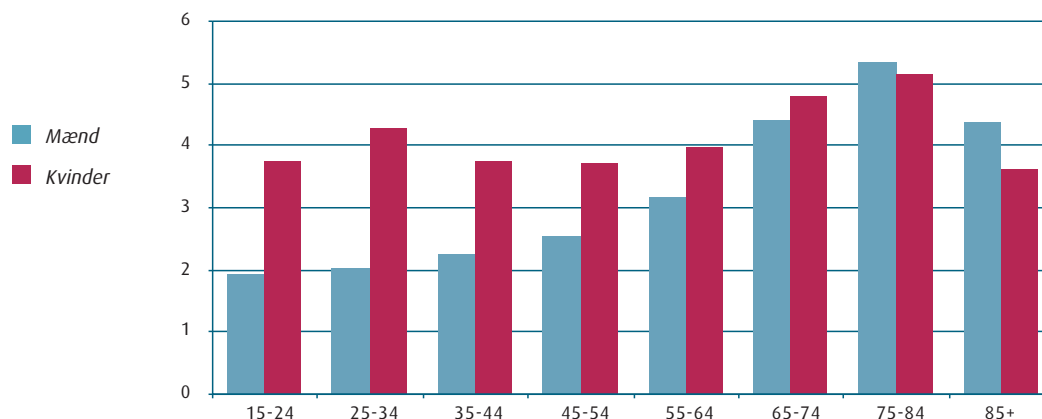
Figur 9.1 viser antallet af konsultationer i 2002, fordelt på alder og køn, og divideret med antal personer i den pågældende aldersgruppe. Forskellen på mænd og kvinder varierer med alderen. Den meget store kønsforskel i aldersgruppen 15-34 (omkring dobbelt så mange henvendelser per kvinde som per mand) kunne tyde på, at en del



konsultationer i forbindelse med prævention og graviditet er registreret som konsultation og ikke under de særlige ydelsesnumre vedrørende forebyggelse.

For kvinder falder henvendeshyppigheden efter 35 års alderen, for igen at stige efter 55 års alderen. For mænd øges kontakthypigheden med stigende alder indtil 85 år. I aldersgruppen 75-84, som benytter praktiserende læge allermest, er der flere konsultationer per mand end per kvinde. Det er også tilfældet i den ældste aldersgruppe.

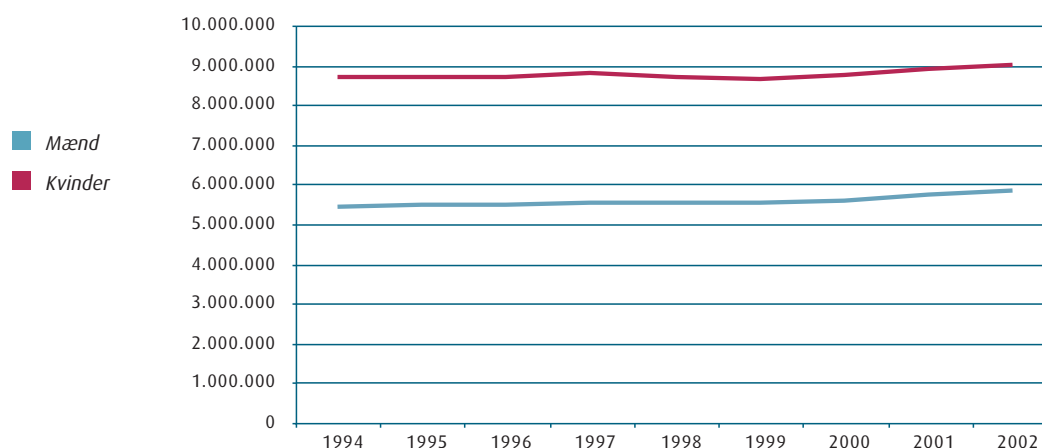
Figur 9.1: Konsultationer per person, 2002



Kilde: Sygesikringsregisteret

Siden 1994 har udviklingen i praktiserende lægers konsultationer været som vist i figur 9.2.

Figur 9.2: Antal konsultationer hos praktiserende læge, patienter over 16 år



Kilde: Sygesikringsregisteret

Gennem hele perioden, 1995-2002, har kvinder mere end 50% flere henvendelser til praktiserende læge end mænd. Kønsratio er ca. 0,64.

Sygesikringsregisteret viser således en markant kønsforskel, som er størst i de yngre aldersgrupper. Der skal dog tages forbehold for en vis usikkerhed i data. Data fra syge-

sikringsregisteret kan ikke opdeles på diagnoser. Det kan derfor ikke afgøres, i hvor høj grad kønsforskellen afspejler kønsforskelle i sygdomsadfærd og i hvor høj grad den skyldes forskelle i biologisk betinget sygelighed, fx begrundet i mange henvendelser vedrørende gynækologiske sygdomme eller forhold omkring graviditet.

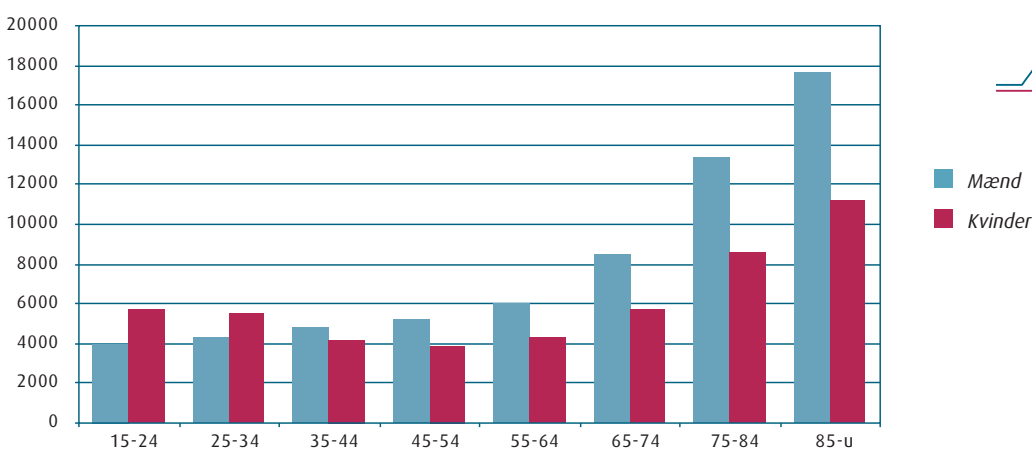
9.2. Skadestuekontakter på grund af sygdom og ulykke

De fleste steder i landet kan man henvende sig på en skadestue i tilfælde af mistanke om akut opstået sygdom. Dog er der de senere år lukket en del skadestuer, således at man i stedet kontakter vagtlæge eller en vagtlægecentral på et sygehus. Disse kontakter registreres ikke i Landspatientregisteret.

I Landspatientregisteret opdeler man kontakterne efter variabelen kontaktårsag. Kontaktårsag kan være sygdom, ulykke, vold, selvtilføjet skade eller andet. De fleste henvendelser til en skadestue sker på grund af skader opstået ved ulykker og på grund af sygdomssymptomer. Omfanget af henvendelser på grund af vold, selvtilføjet skade og andre årsager er i sammenligning ret lille.

Aldersfordelingen af skadestuekontakter på grund af sygdom per 100.000 indbygger ses af figur 9.3. Her er der ikke tale om patienter, men om kontakter, dvs. samme person kan have haft flere skadestuekontakter i samme år.

Figur 9.3: Skadestuekontakter pga sygdom per 100.000, 2002

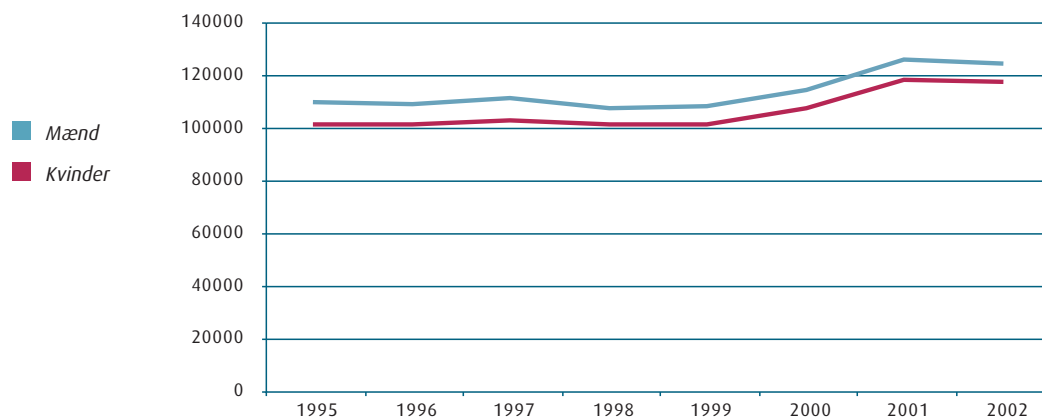


Kilde: Landspatientregisteret

Mænd har flere skadestuekontakter end kvinder. Det er kun i de to yngste aldersgrupper, at der er en højere henvendelsesfrekvens for kvinder end for mænd. Kønsforskellen stiger med alderen.

Figur 9.4 viser udviklingen i antal kontakter til skadestuer med kontaktårsag sygdom for mænd og kvinder i perioden 1995-2002:

Figur 9.4: Skadestuekontakter på grund af sygdom

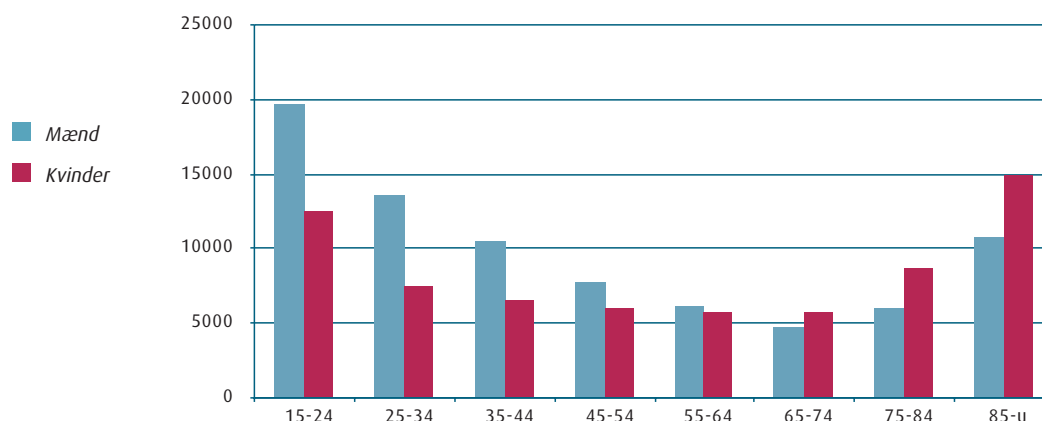


Kilde: Landspatientregisteret

For alle aldersklasser over 15 år under et, er der i perioden 1995-2002 blandt mænd lidt flere henvendelser til skadestuen på grund af sygdom end blandt kvinder, svarende til en kønsratio på 1,06. På basis af disse tal om mænds og kvinders skadestuekontakter, synes der at være en klar kønsforskel i de to køns sygdomsadfærd, som peger på at mænd tager på skadestuen, når de har symptomer på sygdom, mens kvinder kontakter den praktiserende læge.

Mænd oplever flere ulykker end kvinder, især i de yngre aldersgrupper. Der er derfor også flere mænd end kvinder, der henvender sig til skadestuen pga. ulykker. I 2002 henvendte 223.000 mænd og 170.000 kvinder sig til skadestuer som følge af ulykker. Aldersfordelingen af disse kontakter ses af figur 9.5.

Figur 9.5: Skadestuekontakter pga ulykker 2002, per 100.000

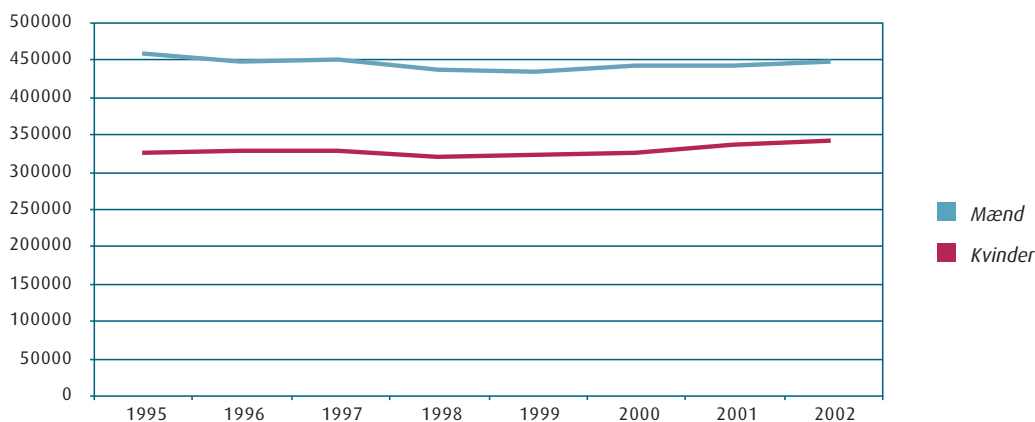


Kilde: Landspatientregisteret

Den store kønsforskel ses især i de yngre aldersgrupper, hvor der er langt flere skadestuekontakter blandt mænd end blandt kvinder. Over 65-årsalderen er der flere

skadestuekontakter blandt kvinder end blandt mænd pga. ulykker. Udviklingen over tid for skadestuekontakter på grund af ulykker ses af figur 9.6.

Figur 9.6: Skadestuekontakter på grund af ulykker 1995-2002, antal, fordelt på køn



Kilde: Landspatientregisteret

9.3. Selvrapporteret kontakt til sundhedsvæsenet

I sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000 blev interviewpersonerne spurgt om, hvorvidt de inden for en 3 måneders periode har haft kontakt til forskellige dele af sundhedsvæsenet. Samlet er det knap halvdelen af den voksne befolkning, der har haft kontakt til enten praktiserende læge, speciallæge, hospitalslæge eller anden læge. Andelen er betydeligt højere blandt kvinder, 52%, mod 41% blandt mænd. Tabel 9.2 viser procentdele af svarpersoner der angiver at have brugt praktiserende læge, vagtlæge eller skadestue inden for de seneste 3 mdr. Tabellen er delt op på alder og køn.



Tabel 9.2: Brug af sundhedsvæsenet

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67-79 år		80+ år		I alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Brugt praktiserende læge inden for de seneste 3 mdr.	24,3	41,9	27,9	41,3	35,3	45,9	52,2	55,3	53,0	56,9	33,6	45,5
Brugt vagtlæge inden for de seneste 3 mdr.	2,9	4,2	1,9	3,2	1,7	2,5	2,8	1,5	2,8	1,6	2,1	2,8
Brugt skadestue inden for de seneste 3 mdr.	4,7	4,3	3,1	2,1	1,8	1,8	1,4	2,2	1,4	1,5	2,6	2,2

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Den tendens, der er beskrevet tidligere i kapitlet, ses også her. Generelt aflægger kvinder flere besøg hos praktiserende læge end mænd, men forskellen i den selvrapporterede kontakt til sundhedsvæsenet er især for de ældre aldersgrupper mindre end påvist ud fra registerdata.

Brugen af praktiserende læge omfatter her alle former for ydelser hos praktiserende læge, dvs. også diverse forebyggende og vejledende ydelser i forbindelse med

graviditet og forebyggelse heraf. Det forklarer den høje hyppighed af lægekontakt hos de unge kvinder. Om det er kvinder med små børn, der især bruger vagtlæge og skadestue, vides ikke. Det er bemærkelsesværdigt, at brugen af vagtlæge falder med alderen for kvinder, men at der ikke ses en sådan tendens for mænd. Til gengæld er det yngre mænd, der bruger skadestuen (bemærk at der i denne tabel ikke er afgrænset efter kontaktsårsag). Det betyder, at en skadestuekontakt kan være for sygdom, ulykke eller andet. Det svarer til data i Landspatientregisteret vedrørende skadestuekontakt. Med alderen rapporterer mænd færre skadestuekontakter, denne tendens er knap så udtalt for kvinder.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen viser endvidere, at 6% af mændene og 9% af kvinderne rapporterer, at de havde haft kontakt til praktiserende speciallæge (fx gynækolog, ørelæge eller øjenlæge) inden for de seneste 3 måneder. I alt 6% af mændene og 7% af kvinderne havde været på hospitalsambulatorium og 38% af mændene og 39% af kvinderne havde været til tandlæge. Inden for det seneste år inden interviewet havde 15% af mændene og 26% af kvinderne brugt alternativ behandling (fx zoneterapi, akupunktur etc.)

9.4. Brug af medicin

Kvinder bruger mere medicin end mænd, både receptpligtige produkter og håndkøbsmedicin. I tabel 9.3 er gengivet data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000 om svarpersonernes egen angivelse af deres medicinbrug. Tabellen viser procentdele af svarpersoner, fordelt på alder og køn, der har anvendt medicin inden for de seneste 14 dage inden interviewet.

Det generelle billede er, at flere kvinder end mænd bruger medicin. Det er overvejende grad de ældre mænd og kvinder, der bruger receptpligtig medicin. Der er betydelige kønsforskelle i forbruget af smertestillende midler/håndkøbsmedicin.

Tabel 9.3: Brug af medicin i en 14 dages periode, procent

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67+ år		I alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Receptmedicin	14	21	19	26	34	44	64	69	30	39
Håndkøbsmedicin	23	36	26	39	22	36	26	34	24	37
Smertestillende medicin	20	33	26	40	24	42	25	40	24	40
Blodtrykssænkende medicin	0	0	2	2	12	12	25	30	8	10
Astmamedicin	3	5	3	4	4	6	8	7	4	5
Hjertemedicin	0	0	1	0	8	5	28	23	7	6
Nervemedicin	1	1	2	2	4	7	5	11	3	5
Sovemedicin	0	0	1	1	3	5	9	16	3	5

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

I det foregående kapitel var der oplysning om andelen af mænd og kvinder, der havde haft gener og symptomer inden for en 14 dages periode. De personer, der har angivet at have disse gener og symptomer, er efterfølgende blevet spurgt om, hvad de gjorde som reaktion på deres gener. Tabel 9.4 viser svarene i procent, fordelt på alder og køn:

Tabel 9.4: Reaktion på gener og symptomer, procent

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67+ år		I alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Gjorde ikke noget	30	20	23	17	22	14	17	14	23	16
Gjorde noget selv	28	33	26	36	24	34	21	26	25	33
Tog håndkøbsmedicin	19	32	23	35	20	30	20	28	21	32
Tog receptmedicin	7	11	12	18	22	30	37	45	18	25
Talte med læge	5	9	6	9	9	9	9	10	8	9
Tog naturmedicin	4	8	7	12	14	25	19	26	13	19

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Der er tydelige kønsforskelle i måden at reagere på symptomer. Især er det tankevækkende, at en del mænd tilsyneladende har symptomer, som de ikke reagerer på. Kvinder derimod rapporterer i højere grad, at de reagerer på gener, selvom mange af dem vælger kun at "gøre noget selv". Det dækker fx at ændre kost eller motionsvaner. Derudover opsøger flere kvinder end mænd alternative behandlere. Denne forskel skal ses i lyset af, at flere kvinder end mænd rapporterer, at de er meget generet af deres symptomer. I alt 13% af mænd og 19% af kvinder har taget naturmedicin i forbindelse med gener og sygdomssymptomer. Det dækker et bredt spektrum af såkaldte naturprodukter, inklusive diverse kosttilskud mm.



10. Kønsforskelle i sundhedsadfærd

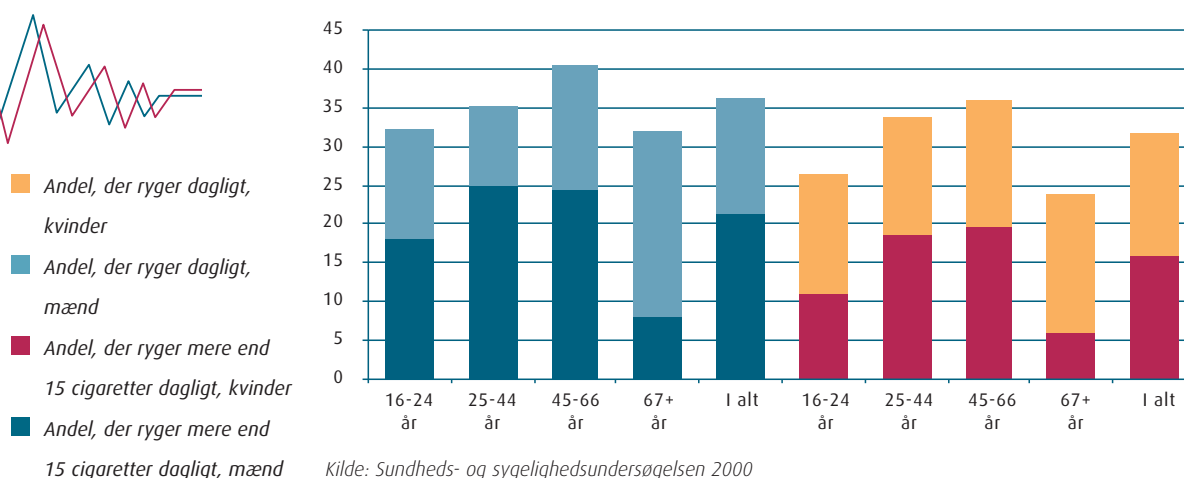
Der er markante forskelle på kønnene i livsstil. Mænd dyrker mere motion end kvinder, men kvinder har sundere kostvaner end mænd. I de ældre aldersgrupper ryger kvinder langt mindre end mænd, og i alle aldersgrupper drikker kvinder mindre alkohol end mænd. Der ser dog ud til at være en ændring i kønsmønstret for rygevaner, idet der blandt helt unge, er flere piger end drenge, der ryger daglig.

I dette kapitel beskrives i korte træk forskelle på mænds og kvinders sundhedsvaner med særlig fokus på risikofaktorer, der kan medføre sygdom, dvs. rygning, alkoholforbrug, kost og motion. Der er hovedsageligt anvendt data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000.

10.1. Rygning

Flere mænd end kvinder ryger dagligt, men kønsforskellen er ikke stor i Danmark i modsætning til de fleste andre EU lande. Danske kvinder er blandt de kvinder i verden, der ryger mest. Figur 10.1 viser andelen af dagligrygere og storrygere, defineret som et dagligt forbrug på 15 eller flere cigaretter, blandt kvinder og mænd i forskellige aldersgrupper.

Figur 10.1: Andelen af dagligrygere og storrygere (ryger mere end 15 cigaretter om dagen) blandt mænd og kvinder



Både blandt mænd og kvinder er der flest dagligrygere i aldersgruppen 45-66 år. Kønsforskellen i andelen af rygere stiger med alderen, mens billedet er lidt anderledes for storrygerne. Der er flere mandlige end kvindelige storrygere, men andelen af kvindelige storrygere stiger fra aldersgruppen 25-44 år til aldersgruppen 45-66 år, mens andelen falder for mænd.

Tallene i figuren viser tydeligt, at der i de yngre aldersgrupper kun er en meget lille kønsforskel i andelen af rygere, mens der blandt ældre kvinder er langt færre rygere end blandt ældre mænd.

10.2. Alkoholforbrug

I alle aldersgrupper har mænd et højere alkoholforbrug end kvinder. Det antages, at mænd tåler større mængder af alkohol end kvinder. Desuden må det forventes at kulturelle faktorer spiller ind med hensyn til særligt storforbrug af alkohol. Et moderat alkoholforbrug har vist sig at virke forebyggende overfor iskæmisk hjertesygdom, mens et storforbrug medfører øget dødelighed af andre årsager.

Tabel 10.1 viser alkoholforbrug målt i genstande i den seneste uge, fordelt på alder og køn:

Tabel 10.1: Alkoholforbrug blandt mænd og kvinder, angivet i procent

Antal genstande på den sidste uge	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67-79 år		I alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
0	15,6	31,0	14,6	27,3	13,2	20,8	16,7	37,9	14,9	28,2
1-7	26,0	39,3	34,9	48,0	31,5	45,8	35,4	43,2	32,5	44,7
8-14	20,0	17,1	24,9	18,5	24,6	21,7	23,2	11,7	23,7	18,1
15-21	17,3	8,4	13,7	4,2	13,5	7,7	13,4	4,2	14,0	5,9
22-29	10,4	2,6	6,3	1,4	8,3	2,5	6,2	1,8	7,6	1,9
Mere end 30	10,7	1,5	5,5	0,5	8,8	1,2	4,6	0,4	7,2	0,8

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

For begge køn gælder det, at det hyppigst er de unge og de 45-66-årige, der overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse på 21 og 14 genstande for henholdsvis mænd og kvinder.



10.3. Kost

Der er ikke nogen skarp definition på, hvad der er sund kost. I Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2000 blev interviewpersonerne udspurgt om en række kostparametre, der kan give en vurdering af, hvorvidt svarpersonens kost generelt er sund. Det drejer sig blandt om daglig indtagelse af grønt, ugentlig indtagelse af fisk og fedtfattig kost, dvs. ingen smør mm på brød. Målt ud fra disse parametre spiser kvinder sundere end mænd (Tabel 10.2).

Tabel 10.2: Kønsforskelle i visse kostvaner, angivet i procent

	16-24 år		25-44 år		45-66 år		67-79 år		I alt	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Spiser dagligt salat/råkost	7,8	15,0	8,7	15,0	11,4	17,1	9,5	12,2	9,6	15,1
Spiser ugentligt fisk	30,7	26,5	37,4	39,7	50,6	54,4	67,1	61,0	45,2	46,7
Spiser aldrig fedtstof på brød	12,1	23,5	11,5	16,0	11,4	21,0	8,9	13,5	11,0	17,9

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Det er særligt de yngre aldersgrupper der spiser salat, mens de ældre spiser fisk. Kønsforskellen er gennemgående i alle aldersgrupper på nær de 67-79-årige, hvor der er en højere andel mænd end kvinder, der spiser fisk.

I Fødevarerdirektoratets landsdækkende kostundersøgelse i 2000/2001 har 827 mænd og 991 kvinder besvaret en række spørgsmål om deres kostvaner, fysiske aktivitet og levevilkår. På basis af denne undersøgelse er der udarbejdet en rapport, der fokuserer på kvinders og mænds sundhedsbevidsthed, kostvaner og fysiske aktivitet (15). Undersøgelsen viser, at en større andel af kvinder end mænd spiser sundt, dvs. i overensstemmelse med anbefalingerne om højst 30 energiprocent fedt i maden og megen frugt og grøntsager dagligt. Men det er stadigvæk kun 27% af kvinderne, der overholder disse retningslinjer – og kun 15% af mændene. Til gengæld oplever mænd meget hyppigere end kvinder, at deres kost er sund.

Der er sociale forskelle i mænds indtag af sund kost, i meget mindre grad i kvinders. Men et stort fedtindtag var for begge køn korreleret til uddannelsesniveau og alder, således at jo højere uddannelse og jo lavere alder, jo mindre fedt var der i maden.

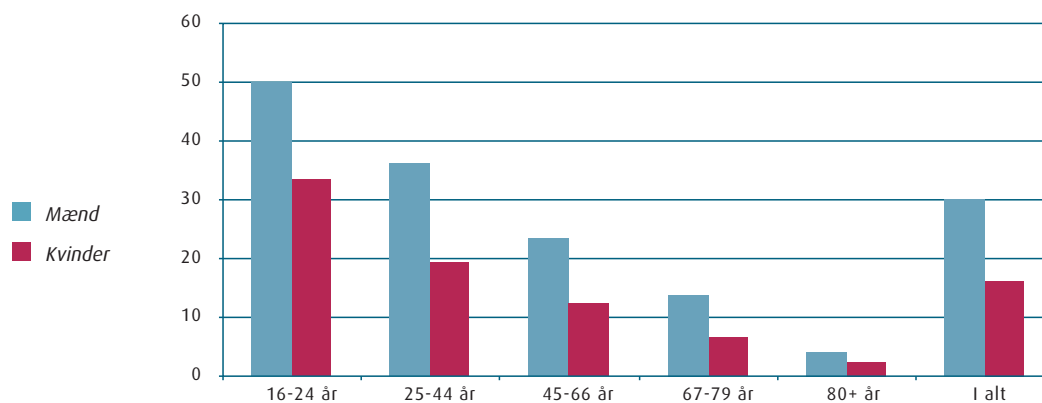
Det konkluderes i rapporten, at mangel på tid og gamle kostvaner ofte angives af mænd som en væsentlig barriere mod at spise sundt. Der skal tilsyneladende andre budskaber og en anden kostplan til, for at få mænd til at spise sundt.

10.4. Motion

Mænd er generelt mere fysisk aktive end kvinder. Det gælder i alle aldersgrupper. Figur 10.2 viser andelen af mænd og kvinder, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i fritiden, i mindst 4 timer om ugen.



Figur 10.2: Kønsforskelle i andelen der dyrker hård eller moderat motion mindst 4 timer om ugen



Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000

Andelen af motionsdyrkende kvinder og mænd falder med alderen. I alle aldersgrupper er der flere fysisk aktive mænd end kvinder. Kønsforskellen er markant i alle aldersgrupper. Derudover viser Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, at der er flere mænd end kvinder, der har et fysisk hårdt arbejde.

I rapporten om kvinders og mænds sundhedsbevidsthed, kostvaner og fysiske aktivitet fremhæves det, at både mænd og kvinder nævner mangel på tid som den væg-

tigste grund til ikke at dyrke motion. Lidt flere kvinder end mænd angiver, at de ikke har energi, og at deres helbred ikke er godt nok.

Det er kun 40% af kvinderne og 54% af mændene, der er fysisk aktive svarende til Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst en halv times moderat fysisk aktivitet dagligt. Det kan inkludere husarbejde, havearbejde og andre former for fysisk aktivitet, der ikke direkte opfattes som motion (15).

10.5. Sundhedsadfærd blandt unge

De ovenfor viste oplysninger vedrører alene kvinder og mænd over 16 år. De helt unges sundhedsadfærd er belyst i rapporten "Ung og Køn". Data er fra en landsomfattende spørgeskemaundersøgelse, der i 2002 blev gennemført blandt 11% af alle landets 9. klasses elever. Udvalgte tal for sundhedsadfærden blandt 15-16-årige er vist i tabel 10.3.

Tabel 10.3: Sundhedsadfærd blandt 15-16-årige

	Drenge, procent	Piger, procent
Ryger dagligt	13,6	14,8
Drikker øl mindst ugentligt	53,5	38,9
Dyrker hård motion mindst ugentligt	80,1	73,5

Kilde: "Ung og Køn" 2003

Det fremgår, at kønsforskellene i sundhedsadfærd grundlægges tidligt, og selvom omfanget af alkoholforbrug og motion ændres væsentligt med alderen, ændres der ikke ved den grundlæggende forskel mellem kønnene. Rygemønsteret udviser derimod en ændring i kønsforskelle, i ungdomsårene er der nu flere piger end drenge, der ryger, mens der blandt 45-årige og ældre stadig er flere mænd end kvinder, der ryger.



Bilagstabel

De 30 hyppigst forekommende sygdomsgrupper 1995-2002, delt op på køn og alder. Procent og faktiske tal

Mænd, procent	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Skader, læsioner	34,71	25,49	18,48	12,42	7,96	5,58	6,26	9,54
Sygdomme i åndedrætsorganer	8,33	6,69	5,34	4,79	6,30	9,52	11,10	11,31
Symptomer	7,40	7,15	6,83	6,63	6,26	6,48	7,66	9,13
Iskæmisk hjertesygdom	0,04	0,42	2,64	7,65	10,60	10,14	7,50	5,23
Pulmonal og anden hjertesygdom	0,91	1,37	2,27	3,98	5,99	7,36	7,99	8,32
Obs, us, uspecificeret	5,14	5,55	6,02	5,97	5,41	4,66	4,26	3,97
Andre sygdomme i muskler, bindevæv samt	2,26	5,00	6,80	5,84	3,92	2,51	1,70	1,17
Karsygdomme i hjernen	0,15	0,34	0,88	2,18	3,62	4,61	5,36	4,96
Sygdomme i mave mv	4,49	3,87	3,37	3,14	2,67	2,42	2,56	2,89
Neurologiske sygdomme	2,65	3,01	3,31	3,29	2,94	2,50	2,37	1,92
Tarmkatar	2,21	3,19	3,27	2,84	2,30	2,28	2,61	3,10
Endokrine sygdomme	1,90	2,18	2,66	2,95	2,90	2,53	2,60	3,25
Brøk	1,14	1,66	2,30	2,99	2,98	2,82	2,41	1,62
Virus og infektioner	4,09	3,94	3,04	2,21	1,67	1,49	1,76	2,30
Sygdomme i mandlige kønsorganer	1,77	1,38	1,24	1,33	2,13	3,17	3,33	2,51
Psykiske lidelser	3,25	2,51	4,27	3,50	1,70	0,87	0,92	1,18
Psykosociale og andre problemer mm.	1,20	5,39	3,51	1,46	1,25	1,09	1,35	2,25
Urinvejssygdomme	0,87	1,67	2,08	2,02	1,87	1,76	2,06	2,72
Hudsygdomme	3,95	3,83	2,82	1,89	1,30	0,91	0,79	0,83
Sygdomme i galde og pancreas	0,38	1,24	2,22	2,25	1,64	1,40	1,36	1,25
Andre sygdomme i vener/lymfesystem	0,73	1,56	2,32	2,46	1,90	1,26	0,81	0,58
Øjen- og øresygdomme	1,71	1,57	1,48	1,55	1,52	1,35	1,50	1,72
Mave-tarm cancer	0,01	0,09	0,32	1,08	1,99	2,34	2,22	1,64
Sygdomme i arterier etc.	0,04	0,10	0,29	0,90	1,81	2,39	2,07	1,51
Slidgigt	0,08	0,31	0,71	1,33	2,00	1,95	1,49	0,70
Cancer mandlige genitalier	0,29	0,56	0,38	0,26	0,72	1,55	2,18	1,82
Lungecancer mm	0,03	0,05	0,21	0,77	1,61	1,96	1,24	0,56
Godartet svulst, andre	0,77	0,97	1,04	1,17	1,07	0,93	0,74	0,47
Diverse behandlinger	0,90	0,77	0,81	0,79	0,87	0,91	1,10	1,50
Nyresygdomme	0,54	0,63	0,67	0,79	0,97	1,11	1,14	1,04

Kvinder, procent	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Fødsler	37,90	57,38	25,02	0,28	0,01	0,00	0,00	0,00
Skader, læsioner	9,76	3,54	7,07	9,33	8,81	9,26	12,94	18,52
Sygdomme i åndedrætsorganer	5,19	1,74	2,83	4,58	7,93	10,43	8,61	7,14
Symptomer	7,82	3,28	5,38	6,51	6,23	5,77	6,21	6,36
Obs, us, uspecificeret	4,84	3,19	4,62	5,79	5,64	4,84	4,32	3,94
Sygdomme i kvindelige kønsorganer	3,56	3,90	7,87	8,66	4,10	2,68	1,39	0,56
Psykosociale og andre problemer mm.	2,76	5,98	6,81	2,45	1,63	1,26	1,63	2,69
Pulmonal og anden hjertesygdom	0,36	0,27	0,81	1,84	3,35	5,35	6,98	7,55
Andre sygdomme i muskler, bindevæv samt	1,63	1,36	3,97	5,78	4,32	3,34	2,61	1,68
Iskæmisk hjertesygdom	0,01	0,04	0,58	2,41	4,61	5,60	5,17	4,28
Tarmkatar	1,54	1,02	1,88	2,82	2,91	3,11	3,48	3,88
Endokrine sygdomme	1,06	0,79	1,93	2,94	3,05	3,10	3,65	4,28
Graviditetsrelaterede lidelser	4,25	6,27	4,16	0,17	0,01	0,00	0,00	0,00
Karsygdomme i hjernen	0,08	0,11	0,53	1,46	2,41	3,72	5,07	5,27
Sygdomme i mave mv	1,90	0,77	1,47	2,26	2,44	2,34	2,76	2,91
Neurologiske sygdomme	1,33	0,88	2,03	3,04	2,65	2,36	2,24	1,72
Sygdomme i galde og pancreas	0,98	1,25	2,18	2,92	2,71	1,91	1,46	1,3
Virus og infektioner	2,71	1,06	1,36	1,68	1,69	1,74	2,09	2,32
Øjen- og øresygdomme	0,84	0,41	0,94	1,49	1,65	2,03	2,82	2,65
Slidgigt	0,03	0,05	0,37	1,40	2,75	3,29	2,62	1,09
Urinvejssygdomme	1,14	0,62	1,09	1,57	1,55	1,50	1,87	2,58
Brystcancer	0,01	0,09	0,90	2,93	3,25	2,25	1,28	0,72
Andre sygdomme i vener/lymfesystem	0,36	0,63	1,94	2,68	2,13	1,34	0,97	0,78
Hudsygdomme	1,75	0,87	1,43	1,48	1,10	0,88	0,84	0,96
Godartet svulst, kvindelige genitalier	0,33	0,45	2,36	4,20	1,12	0,39	0,16	0,07
Psykkiske lidelser	1,17	0,35	1,19	1,72	1,17	0,87	1,18	1,38
Diverse behandlinger	0,38	0,24	0,62	0,98	1,04	1,15	1,67	2,44
Mave-tarm cancer	0,01	0,02	0,18	0,81	1,63	2,01	1,83	1,37
Cancer kvindelige genitalier	0,05	0,15	0,62	1,52	1,86	1,71	0,97	0,45
Anæmier	0,13	0,08	0,31	0,53	0,61	1,00	1,71	2,71
Godartet svulst, andre	0,43	0,29	0,76	1,31	1,27	1,00	0,65	0,39

Mænd, antal	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	alle
Skader, læsioner	57946	58132	51079	45520	33896	27642	26897	12725	313837
Sygdomme i åndedrætsorganer	13900	15256	14748	17535	26849	47169	47702	15082	198241
Symptomer	12355	16307	18877	24304	26678	32100	32946	12175	175742
Iskæmisk hjertesygdom	69	961	7300	28045	45145	50285	32253	6972	171030
Pulmonal og anden hjertesygdom	1523	3125	6263	14602	25499	36489	34357	11091	132949
Obs, us, uspecificeret	8589	12658	16633	21864	23064	23081	18304	5298	129491
Andre sygdomme i muskler, bindevæv	3777	11405	18791	21402	16707	12453	7324	1560	93419
Karsygdomme i hjernen	250	780	2420	7992	15430	22873	23056	6620	79421
Sygdomme i mave mv	7495	8822	9318	11512	11383	11987	10996	3851	75364
Neurologiske sygdomme	4419	6856	9158	12067	12513	12411	10175	2567	70166
Tarmkatar	3695	7264	9042	10397	9778	11311	11222	4136	66845
Endokrine sygdomme	3169	4967	7341	10794	12358	12552	11166	4330	66677
Brøk	1895	3784	6369	10950	12683	13956	10348	2161	62146
Virus og infektioner	6821	8990	8411	8097	7122	7400	7571	3071	57483
Sygdomme i mandlige kønsorganer	2962	3149	3429	4862	9066	15707	14322	3349	56846
Psykiske lidelser	5426	5726	11800	12829	7225	4335	3972	1569	52882
Psykosociale og andre problemer mm.	2011	12289	9711	5361	5310	5390	5824	2997	48893
Urinvejssygdomme	1448	3804	5751	7399	7947	8744	8871	3629	47593
Hudsygdomme	6600	8740	7783	6941	5531	4515	3414	1104	44628
Sygdomme i galde og pancreas	628	2828	6146	8249	6994	6938	5857	1665	39305
Andre sygdomme i vener/lymfesystem	1213	3555	6406	9014	8083	6265	3493	772	38801
Øjen- og øresygdomme	2851	3575	4093	5695	6461	6695	6454	2289	38113
Mave-tarm cancer	16	209	898	3972	8491	11621	9529	2192	36928
Sygdomme i arterier etc.	75	235	799	3281	7701	11864	8896	2009	34860
Slidgigt	126	697	1949	4862	8506	9684	6388	932	33144
Cancer mandlige genitalier	491	1279	1054	961	3055	7659	9372	2428	26299
Lungecancer mm	47	111	574	2810	6837	9712	5318	752	26161
Godartet svulst, andre	1279	2214	2882	4290	4563	4588	3187	627	23630
Diverse behandlinger	1497	1762	2237	2882	3720	4531	4729	1998	23356
Nyresygdomme	898	1428	1845	2878	4115	5521	4893	1383	22961

Kvinder, antal	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	alle
Fødsler	128943	483043	111113	1048	19	11	6	1	724184
Skader, læsioner	33219	29775	31382	34481	32975	43058	68696	51232	324818
Sygdomme i åndedrætsorganer	17648	14663	12583	16937	29679	48500	45740	19743	205493
Symptomer	26593	27596	23903	24082	23311	26859	32984	17604	202932
Obs, us, uspecificeret	16451	26890	20529	21405	21095	22508	22962	10896	162736
Sygdomme i kvindelige kønsorganer	12113	32861	34942	31995	15362	12489	7408	1547	148717
Psykosociale og andre problemer mm.	9391	50326	30243	9053	6098	5884	8653	7440	127088
Pulmonal og anden hjertesygdom	1226	2315	3603	6817	12557	24896	37063	20881	109358
Andre sygdomme i muskler, bindevæv	5540	11474	17631	21382	16178	15535	13882	4652	106274
Iskæmisk hjertesygdom	46	378	2569	8926	17250	26040	27438	11828	94475
Tarmkatar	5233	8570	8339	10414	10879	14446	18488	10734	87103
Endokrine sygdomme	3612	6638	8574	10869	11425	14409	19400	11841	86768
Graviditetsrelaterede lidelser	14447	52798	18484	641	19	8	10	3	86410
Karsygdomme i hjernen	275	893	2353	5400	9005	17283	26951	14578	76738
Sygdomme i mave mv	6456	6459	6524	8365	9123	10896	14677	8043	70543
Neurologiske sygdomme	4526	7426	8994	11223	9913	10993	11881	4755	69711
Sygdomme i galde og pancreas	3327	10520	9699	10803	10135	8886	7733	3765	64868
Virus og infektioner	9204	8924	6060	6218	6330	8117	11109	6407	62369
Øjen- og øresygdomme	2871	3487	4176	5504	6188	9431	14960	7317	53934
Slidgigt	109	446	1624	5175	10287	15294	13907	3002	49844
Urinvejsygdomme	3891	5199	4826	5822	5802	6969	9950	7146	49605
Brystcancer	19	729	3975	10839	12177	10471	6782	1997	46989
Andre sygdomme i vener/lymfesystem	1238	5342	8625	9904	7978	6215	5147	2162	46611
Hudsygdomme	5945	7296	6356	5488	4122	4073	4460	2666	40406
Godartet svulst, kvindelige genitalier	1113	3779	10467	15532	4192	1795	872	194	37944
Psykiske lidelser	3970	2926	5274	6374	4389	4048	6249	3809	37039
Diverse behandlinger	1297	2034	2758	3612	3906	5329	8847	6745	34528
Mave-tarm cancer	38	203	788	3001	6101	9372	9699	3792	32994
Cancer kvindelige genitalier	154	1273	2769	5605	6978	7962	5134	1243	31118
Anæmier	451	696	1391	1973	2281	4671	9099	7509	28071
Godartet svulst, andre	1459	2439	3381	4849	4746	4672	3466	1083	26095

Referencer

- (1) Brønnum-Hansen H. Tabte gode leveår. 2004.
- (2) Kjøller M, Rasmussen NK. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000. Statens Institut for Folkesundhed. København 2002.
- (3) WHO. Women and health. Kobe Plan of Action. WHO Women and Health Programme, editor. WHO/WKC/Tech.Ser/03.1. 2003. Geneva, WHO.
- (4) Prescott E, Bjerg AM, Andersen PK, Lange P, Vestbo J. Gender difference in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: results from a Danish longitudinal population study. *Eur Respir J* 1997; 10(4): 822-827.
- (5) Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ* 1998; 316(7137): 1043-1047.
- (6) Watt T, Grønvold M, Bjørner JB, Nøholm V, Rasmussen NA, Bech P. Fatigue in the Danish general population. Influence of sociodemographic factors and disease. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(11): 827-833.
- (7) Legato MJ. Women's health in the 21st century: moving towards sex-based biology. World Health Organization Centre for Health Development, editor. WHO/WKC/Tech.Ser/03.5, 21-25. 2003. Kobe, Japan, WHO.
- (8) Astbury J. Why gender-based medicine is good medicine. In: WHO Centre for Health Development, editor. Women and health. Kobe: WHO, 2003: 26-31.
- (9) Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Gender differences in minor morbidity among full time employees of a British university. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53(8): 465-475.
- (10) Bach E, Borg V, Hannerz H, Mikkelsen KL, Melchior Poulsen O, Tüchsen F. Sammenhænge mellem arbejdsmiljø og sygdom. 2002. København, Arbejdsmiljøinstituttet.
- (11) Brønnum-Hansen H. Health expectancy and the hypotheses of compression, expansion and dynamic equilibrium. In: NOMESCO, editor. Sustainable social and health development in the Nordic countries. Copenhagen: NOMESCO, 2003: 122-133.
- (12) Helweg-Larsen K, Andersen S, Bryde Nielsen U, Madsen M. Ung og køn. Kønspektivet i unges trivsel og sundhedsadfærd i starten af det 21. århundrede. Minister for ligestilling & Statens Institut for Folkesundhed. København 2003.
- (13) Gale EA, Gillespie KM. Diabetes and gender. *Diabetologia* 2001; 44(1): 3-15.
- (14) European Commission. Report on osteoporosis in the European Community – Action for prevention. Eds. Employment and social affairs, European Commission. Brussels 1997.
- (15) Groth MV, Fagt S. Kvinders og mænds sundhedsbevidsthed, kostvaner og fysiske aktivitet. Institut for Fødevarerikthed og ernæring, Fødevaredirektoratet. København 2003.
- (16) Kvinden som patient. Sygeliggørelse af kvinder i en teknificeret lægeverden. Eds. Kastrup M, Petersson B, Helweg-Larsen K. København: Lindhardt og Ringhof, 1982.
- (17) Hunt K, Annandale E. Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health [editorial]. *Soc Sci Med* 1999; 48(1): 1-5.
- (18) Men's Health Network. Men's Health Network as a specific social concern. www.menshealthnetwork.org. 2004.
- (19) Waldron I. Why do women live longer than men? *J Human Stress* 1976; 2(1): 2-13.
- (20) Verbrugge LM. Sex differentials in morbidity and mortality in the United States. *Soc Biol* 1976; 23(4): 275-296.



- (21) Nathanson CA. Sex roles as variables in the interpretation of morbidity data: a methodological critique. *Int J Epidemiol* 1978; 7(3): 253-262.
- (22) Waldron I. Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence. *Soc Sci Med* 1983; 17(16): 1107-1123.
- (23) Waldron I. The contribution of smoking to sex differences in mortality. *Public Health Rep* 1986; 101(2): 163-173.
- (24) Verbrugge LM. Sex differentials in health. *Public Health Rep* 1982; 97(5): 417-437.
- (25) Lindhardt M. Sygdomsundersøgelsen i Danmark af 1950. Munksgaard, København 1960.
- (26) Hollnagel H, Kamper-Jørgensen F. Utilisation of health services by 40-year-old men and women in the Glostrup area, Denmark. *Dan Med Bull* 1980; 27(3): 130-138.
- (27) Nybo Andersen A-M. Kvinders brug af sundhedsvæsenet – hvor stor er den lille forskel? I: Pedersen BL, Helweg-Larsen K, Tønnes Pedersen A, editors. *Kvinder. Køn, krop og kultur*. Gyldendal, København 2000: 29-35.
- (28) Barefoot JC, Mortensen EL, Helms MJ, Avlund K, Schroll M. A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychol Aging* 2001; 16(2): 342-345.
- (29) Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Sørensen P. Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107(3): 197-202.
- (30) Dahl Sørensen M. Hverdagens dårligheder. I: Pedersen L, Helweg-Larsen K, Tønnes Pedersen A, editors. *Kvinder. Køn, krop og kultur*. Gyldendal, København 2000: 378-393.
- (31) Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med* 1999; 48(1): 89-98.
- (32) Højrup A, Lunde I. Jeg bruger lægen til. *Månedsskrift Praktisk Lægegerning* 1995; 73: 347-353.
- (33) Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav* 1985; 26(3): 156-182.
- (34) Kvinders liv og dødelighed. Mærkedal I, Helweg-Larsen K, editors. *Socialforskningsinstituttet, København* 1994.
- (35) Helweg-Larsen K, Knudsen LB, Petersson B. Women in Denmark – why do they die so young? Risk factors for premature death. *Scand J Social Welfare* 1998; 7(4): 266-276.
- (36) Helweg-Larsen K, Juel K. Sex differences in mortality in Denmark during half a century, 1943-92. *Scand J Public Health* 2000; 28(3): 214-221.
- (37) Juel K. Livsstil, social ulighed og dødelighed. En 10års opfølgning af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen. Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, Notat nr. 8. Statens Institut for Folkesundhed, København 1999.
- (38) Middellevetidsudvalget. Social ulighed i sundhed. Forskelle i helbred, livsstil og brug af sundhedsvæsenet. Sundhedsministeriet, Sundhedsanalyser 2000:2.
- (39) Bonke J. Tid og velfærd. Socialforskningsinstituttet, København 2002.
- (40) Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women’s health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med* 1999; 48(1): 99-115.
- (41) Andersen JH, Kaergaard A, Frost P, Thomsen JF, Bonde JP, Fallentin N et al. Physical, psychosocial, and individual risk factors for neck/shoulder pain with pressure tenderness in the muscles among workers performing monotonous, repetitive work. *Spine* 2002; 27(6): 660-667.



- (42) Lund T, Jensen C, Lindhardt Nielsen M, Borg V. Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv. Enheden for forskning i fravær og arbejdsophør, editor. 2003. København, Arbejdsmiljøinstituttet.
- (43) Njølstad I, Løchen M-L. Koronarsykdom hos kvinder og menn. Fellestrekk og ulikheter i forekomst, risikofaktorer og behandling. *Norsk Epidemiologi* 1999; 9(2): 149-157.
- (44) Castagnetta L, Granata OM, Traina A, Cocciadiferro L, Saetta A, Stefano R et al. A role for sex steroids in autoimmune diseases: a working hypothesis and supporting data. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 966: 193-203.
- (45) Chitnis S, Monteiro J, Glass D, Apatoff B, Salmon J, Concannon P et al. The role of X-chromosome inactivation in female predisposition to autoimmunity. *Arthritis Res* 2000; 2(5): 399-406.
- (46) Hayashi T, Faustman DL. Genome and hormones: Gender differences in physiology. Association of gender-related LMP2 inactivation with autoimmune pathogenesis. *Journal Applied Physiology* 2001; 91: 2804-2815.
- (47) Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 93(3): 450-456.
- (48) Prescott E. Kvinder og rygning - konsekvenser af en mandlig livsstil. I: Pedersen BL, Helweg-Larsen K, Tønnes Pedersen A, editors. *Kvinder. Køn, krop og kultur*. Gyldendal, København 2000: 74-89.
- (49) Juel K, Døssing M. KOL i Danmark. Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet. 2003. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (50) Prescott E, Osler M, Hein HO, Borch-Johnsen K, Lange P, Schnohr P et al. Gender and smoking-related risk of lung cancer. The Copenhagen Center for Prospective Population Studies. *Epidemiology* 1998; 9(1): 79-83.
- (51) Forsen L, Bjørndal A, Bjartveit K, Edna TH, Holmen J, Jessen V et al. Interaction between current smoking, leanness, and physical inactivity in the prediction of hip fracture. *J Bone Miner Res* 1994; 9(11): 1671-1678.
- (52) Mosekilde L. Osteoporose. *Rationel Farmakoterapi* 2001;(11).
- (53) Knudsen L. Køn - om forskelle i sygelighed og dødelighed. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, editors. *Medicinsk Sociologi*. Munksgaard, København 2003: 254-274.
- (54) Abildstrøm SZ, Rasmussen S, Madsen M. Stigende hospitaliseringsrate og bedre overlevelse efter akut myokardieinfarkt. *Ugeskrift for Læger* 2004; 166(5): 380-383.
- (55) Madsen M, Kjølner M, Rasmussen S. Kvinder og hjertesundhed - en rapport om sundhedsadfærd og hjertesygdom blandt kvinder. 2003. København, Hjerteforeningen & Statens Institut for Folkesundhed.
- (56) Bech J, Madsen JK, Jørgensen E, Videbæk R, Tuxen CD, Helqvist S et al. Resultater fra en database om koronar angiografi. En undersøgelse af 5.536 registreringer ved Rigshospitalets Kardiologiske Laboratorium. *Ugeskr Læger* 2002; 164(6): 765-769.
- (57) Amre K, Seidman G. Etiopathogenesis of pediatric Crohn's disease. Biologic pathways based on interactions between genetic and environmental factors. *Med Hypotheses* 2003; 60(3): 344-350.
- (58) Groth MV. Køn, arbejdsmiljø og helbred. 2002. København, Arbejdsmiljøinstituttet.
- (59) Macintyre S. Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. *Soc Sci Med* 1993;36(1): 15-20.





