

DIÆTISTEN

MÆNDS SUNDHED

Prostatakræft og livsstilsfaktorer

Læs mere på side 11

Hvorfor mænds sundhed og sygdomme?

Læs mere på side 24

Diætist på job i Mænds Sundhedsuge

Læs mere på side 27

SEKRETARIATSADRESSE
Foreningen af Kliniske Diætister
C/O NORSKER OG CO. ADVOKATER
Landemærket 10
1012 København K
Tlf. 33320039

Mandag - fredag kl. 10-16.00

E-mail: post@diaetist.dk
www.diaetist.dk

UDGIVER

Foreningen af Kliniske Diætister
ISSN 1395-1169

REDAKTØR

Ulla Mortensen
mortensen.ulla@gmail.com
Tlf. 20 67 72 31

ANSVARSHAVENDE

Ginny Rhodes
gr@diaetist.dk

SIDSTE FRIST FOR INDLÆG OG ANNONCER

Nr. 106 15. juni 2010
(udkommer august 2010)

Indlæg og annoncer sendes til
sekretariatet, mrk.: "Diætisten"

DESIGN, PRODUKTION OG TRYK

AD-Work. Tlf. 75 50 10 01

Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere indlæg, så de fremstår mere læsevenlige. Annoncer og indlæg i Diætisten udtrykker ikke nødvendigvis redaktionens og Foreningen af Kliniske Diætisters holdning.

INDHOLDSFORTEGNELSE

TEMA

Sundhedskommunikation til "rigtige" mænd	5
Der skal mod til at ændre livsstil!	10
Livsstilsfaktorer i relation til udvikling af prostatakræft	11
Mænds sundhed som politisk emne	16
Fuldkorn til din motor	19
Sund afholdenhed i en fortravlet hverdag	22
Hvorfor mænds sundhed og sygdomme?	24
Diætist på job i Mænds Sundhedsuge	27

FRA BESTYRELSEN

28

FRA ADVOKATEN

30

MØDE- OG KONGRESKALENDER

31

BESTYRELSEN

Formand Ginny Rhodes . Viggo Rothes Vej 23, 2920 Charlottenlund . Tlf. 3940 6652 / 2078 6110 . E-mail: gr@diaetist.dk . **Næstformand Maria Gamborg** . Engparken 11, 1.th, 8230 Åbyhøj . Mobil 2512 0012 . E-mail: mg@diaetist.dk . **Øvrige medlemmer Anne Marie Beck** . Frødings Allé 13, 1., 2860 Søborg . Tlf. 3535 3403 / arbejde 3588 7423 . E-mail: ambe@food.dtu.dk . **Dorthe Wiuf Nielsen** . Sjællandsgade 45, 3. tv., 2200 København N. Tlf. 3535 3417 / arbejde 3545 8342 . E-mail: dwn@diaetist.dk / wuif@mail.dk . **Margit Oien Nielsen** . Hybholtvej 16, 9352 Dybvad . Tlf. 5125 3624 / arbejde 9964 5224 . E-mail: margit.oien@deltadata.dk . **Karen Thomsen** . Højtofte 21, 7760 Hurup Thy . Tlf. 2383 6796 / arbejde 9912 5893. E-mail: akth@ringamt.dk **Stine Krum** . Lærkevej 11, 5853 Ørbæk . Tlf. 2978 5757 / arbejde 5146 9705. E-mail: stinekrum@gmail.com . **Sofie Wendelboe** . Tværgade 7, 4800 Nykøbing F. Mobil 5121 0491 . E-mail: privat@sofiwendelboe.dk . **Suppleant Lonneke Hjermitslev** . Dallvej 36, Dall Villaby, 9230 Svenstrup J . Tlf. 2928 9230 / arbejde 9818 9230 . E-mail: lonneke.hjermitslev@hotmail.com . **Line Rosgaard Dongsgaard** Hindbærvej 15, 8840 Rødkærsbro . Tlf. 3029 7457 / arbejde 2778 0021 . E-mail: lonneke.lrk.30@hotmail.com

REGIONSFORMÆND

REGION HOVEDSTADEN

REGION SJÆLLAND

REGION SYDDANMARK

REGION MIDTJYLLAND

REGION NORDJYLLAND

Dorthe Lindschow Kaasgaard . Mørups Allé 21, 2650 Hvidovre . Tlf. 3678 6110 . E-mail: dorthelindschow@hotmail.com

Lene Sølvkær Nielsen . Vesterhegnet 40, 4600 Køge . Tlf. 3555 7151 . E-mail: lesol@mail.tele.dk

Johnna Bork Christensen . Hjortlund 1, 4000 Roskilde . Tlf. 4635 7586 . E-mail: jbc@regionsjaelland.dk

Helene Andresen . Farverhus 71, 6200 Åbenrå . Tlf. 7433 2159 . E-mail: handre@aabenraa.dk

Line Rosgaard Dongsgaard . Hindbærvej 15, 8840 Rødkærsbro . Tlf. 3029 7457 . E-mail: lrk.30@hotmail.com

Lonneke Hjermitslev . Dallvej 36, Dall Villaby, 9230 Svenstrup J . Tlf. 9834 1420 . E-mail: lonneke.hjermitslev@hotmail.com

Mænd!

Ginny Rhodes
Formand



En eller anden sagde vist om kvinder, at man ikke kan leve med dem, men heller ikke uden dem – mon ikke det samme kan siges om mændene? Og derfor bliver det selvfølgelig lige så interessant at passe på dem, som det er interessant at passe på kvinder. Men læser man her i bladet, tegner der sig et billede af, at vi måske

ikke altid er lige gode til at passe på de mænd - og det er de faktisk heller ikke selv. Sygdom håndteres anderledes, man(d) går ikke til lægen, før det står slemt til, og mænd har kortere middellevetid end kvinder. Alligevel oplever mænd i højere grad end kvinder, at de lever sundt og har et godt helbred(s. 25).

Også mænds kostvaner er anderledes end kvinders. Som sundhedsprofessionel er det nødvendigt at kunne forholde sig til den person, man gerne vil hjælpe, sætte sig ind i vedkommendes situation og motivere og rådgive ud fra denne. Og her må vi konstatere, at budskabet skal serveres forskelligt. Vi ved det godt – mænd er til bøffer, kvinder til salater, eller hvad? Jo, der er stadig noget om snakken (s. 5). Selv om mænd naturligvis er lige så forskellige som kvinder, så er der alligevel tydelig forskel på mænd og kvinder og den måde, de opfatter krop og ernæring til kroppen på.

Snak om slankhed og sundhed har generelt ikke mænds store interesse og opfattes som kvindens område og ansvar. Sundhedskommunikation rettet mod mænd skal derfor tage højde for, at mænd i højere grad tænker kroppen som en maskine, der skal vedligeholdes – der skal benzin og olie på. Samtidig skal "benzinen" bruges til at gøre kroppen stærk og fyldig, så man fremstår maskulin, kan være effektiv og præstere, primært på arbejde. Maskulinitet og identitet hæftes op på præstation på arbejdet, hvor fællesskab med ligesindede også er af betydning.

Så hvordan er det lige vi skal komme i dialog med mændene, når de faktisk ikke rigtig vil høre om kost og sundhed? Det, med arbejdspladsen springer lidt i øjnene som indsatsområde – men en artikel i Berlingske Tidende d. 19.5 afslørede, at hvor arbejdspladser i stort omfang har både en rygepolitik og en alkoholpolitik, så vægrer man

sig ved at tage fat på en kostpolitik (her i relation til overvægt). En follow-up artikel i avisen d. 20.5 afslørede, at arbejdsgivere faktisk kan have overvejelser om ikke at ansætte overvægtige. Så hvorfor tager man ikke fat og indfører en kostpolitik og påtager sig en del af ansvaret for at få de ansatte i tale? – det vil i høj grad gavne de mandlige ansatte. Og jeg er sikker på at mange ernæringsprofessionelle står klar til at hjælpe med opgaven!

Måske denne berøringsangst hænger sammen med den generelle tendens i samfundet til at mene, at (rigtig) ernæring til den enkelte er noget, vi selv kan finde ud af? På en nys afholdt ældrekonference om den ældre medicinske patient var ernæring ikke et emne, til trods for at vi ved, hvor vigtig det er, at de ældre hjælpes til at få rette ernæring. Her kan spares både hospitalsindlæggelser og hjemmepleje. Ligeledes er ernæringsprofessionelle ikke repræsenteret (endnu?) i den styregruppe, Sundhedsstyrelsen har nedsat til at rådgive i forbindelse med udarbejdelse af en national handlingsplan for de ældre medicinske patienter. Selv syge ældre må åbenbart selv tage ansvaret for at få den nødvendige ernæring.

Så det er måske ikke så mærkeligt alt i alt, at vi kan have svært ved at få mændene i tale omkring kosten, når samfundet som sådan ikke tager ernæring særlig alvorligt, og mændene i øvrigt heller ikke gider høre om det, endsige spise "kaninfoder"?

Måske er det i virkeligheden smartere, hvis vi stiller os ned på benzintanken og får en snak om kost med gutterne der – tænk lige over det næste gang, du tanket.

Nyhed til komælksallergiske børn!

Althéra® – et sikkert hydrolysat som smager godt!



Tilskudsberettiget



Enhancing the quality of life

Dampfærgevej 28, 2100 København Ø

Tlf. 3546 0167 • Fax 3546 0234

www.nestlenutrition.dk

healthcarenutrition@dk.nestle.com

Nestlé HealthCare Nutrition støtter WHO's anbefaling om, at modermælk er barnets bedste ernæring

Sundhedskommunikation til "rigtige" mænd

Mænds levetid er unødigt lav og fire år lavere end kvindernes. De er i højere grad overvægtige og rammes ca. 10 år tidligere end kvinderne af hjertekarsygdom (1).

Dette skyldes bl.a. mænds livsstil (2). Erfaringen fra fx Fødevarestyrelsen er, at mændene er svære at nå med brede sundhedskampagner, og ligeledes er der en række barrierer i den individuelle livsstilsvejledning af mænd. En af årsagerne kan være, at hovedparten af kommunikationen i sundhedsvæsenet foretages af kvinder, og samtidig er en stor del af indsatsen og kommunikationen præget af traditionelt kvindelige værdier. For at kunne fremme en sundere livsstil blandt mænd, må sundhedsprofessionelle medtænke mandens køn i kommunikationen og tilpasse indsatsen til mændene.

Mændene i Danmark er generelt mere fysisk aktive end kvinderne. Derimod ser det ud til, at en af hovedårsagerne til den kortere levetid blandt mændene kunne være mændenes kost- og alkoholvaner. Danske mænds kost er, iflg. "Danskernes kostvaner", for fed og indeholder for få kostfibre og for meget alkohol i forhold til

anbefalingerne, og sammenlignet med kvinderne udgør kød, kartofler og alkohol en relativ større andel af mænds kost, mens frugt, grøntsager og fisk udgør en større andel af kvindernes (3). Undersøgelser viser samtidig, at mændene i mindre grad end kvinderne forsøger at ændre deres kostvaner mod en sundere kost, og i det hele taget deltager mændene mindre end kvinderne i sundhedsfremmende tiltag (4). Det er især blandt de kortuddannede eller mænd med lavere socioøkonomisk status, at de usunde kostvaner er

udbredt (5). Jo højere uddannelse mændene har, jo mere spiser de som kvinderne, og med stigende uddannelsesniveau er der generelt en tendens til, at kønsforskellene opblødes eller ophæves. For især de kortuddannede mænd er der fundet nogle karakteristiske træk for deres forhold til mad, sundhed og til, hvad der i det hele taget karakteriserer en "rigtig" mand. Det er disse træk, som der fokuseres på i denne artikel, idet det også er disse mænd, som det har vist sig særlig svært at nå i sundhedskommunikationen.

For at kunne målrette kommunikationen og sundhedsindsatsen, så den i højere grad appellerer til mænd, er der en række centrale faktorer, som gør sig særligt gældende for mænd og som derfor er vigtige at medtænke. Nogle af disse faktorer gennemgås i artiklen, og til slut gives anbefalinger til fremtidige initiativer målrettet mænd. Sidstnævnte anbefalinger tager blandt andet udgangspunkt i en nyligt udarbejdet rapport til Fødevareministeriet om målrettet forebyggelse til bl.a. mænd (6).

At være en "rigtig" mand

Behovet for at fremstå som en "rigtig" mand er dybt inkorporeret i manden. Resultater fra den kvalitative forskning viser bl.a., at en "rigtig" mand sikrer familien, er stærk og ikke viser svaghed. Han har desuden et stærkt individuelt behov for at være uafhængig, fysisk velfungerende og at blive på samme fysiske niveau, som da han var ung (7). Det er derud-

over maskuline træk at være handlekraftig, forholde sig nøgternt og rationelt samt at have en handlingsorienteret indstilling og tænkning (8).

Mænd og mad

Forskellige forskere har set på, hvad der overordnet karakteriserer mænds forhold til mad og deres præferencer, og der ser ud til at være en kønsspecifik måde at forholde sig til maden på.





Ifølge Fürst bekræftes den maskuline identitet gennem, hvad han spiser, mens den feminine identitet bekræftes gennem, hvad hun ikke spiser (9). Andersson hævder, at normerne for kønnes forhold til mad tillader, at mænd er stort- og altædende, mens kvinder forventes kun at spise lidt (10). Kvinder må gerne være kræsne, mens det er ukvindeligt at være grådig. En mand skal tage for sig og spise det, som serveres, og i princippet må han ikke synes, noget er ulækkert (10,11). Analyser foretaget af Eva Callmer i projektet "Hälsomålet" i Stockholm viser, at mænd generelt under sig selv at blive mætte, og at god mad for mænd er: "mad man kan blive mæt af", gerne kød, en god sovs og en form for kartofler. Kvinder vil derimod gerne have mad, som er let og friskt, og som "man ikke bliver for mæt af" (4,12). Endvidere ser mænd ud til at have et mindre kompliceret forhold til mad end kvinder, og betragter i højere grad spisningen som en praktisk del af hverdagen, der giver energi til at arbejde og stiller sulten; og de vælger i mindre grad mad af sundheds- eller slankhedshensyn (10,11).

Desuden synes der at være nogle kønsspecifikke fødevarerpræferencer og nogle symboler knyttet til de enkelte fødevarer. Fx peger en række studier fra adskillige vestlige kulturer på, at mænd tilsyneladende har særlig præference for kød (11,13). Forklaringen på de fundne kønsspecifikke præferencer kan nok delvis være den symbolværdi, nogle fødevarer har. Den sociologiske forskning har vist, at der er en udbredt opfattelse på tværs af kulturer af, at man overtager egenskaber fra det, man spiser ("Du er, hvad du spiser") (4,10). Det er således et tværkulturelt fænomen, at grøntsager klassificeres som produkter med feminine symbolske træk. Kødprodukter, og herunder særligt rødt kød, klassificeres som produkter med maskuline symbolske træk. I mange kulturer er kød og andre energitætte fødevarer således symbol på styrke, maskulinitet og kraft og anses som passende for mænd, mens frugt og grøntsager symboliserer lethed og kvindelighed, og dermed som passende for kvinder (4,10,11,13). Udover kød er alkohol også beskrevet som et vigtigt symbol på maskulinitet. At drikke øl og

blive fuld som mand reflekterer forsøg på at opføre sig i tråd med de kønsspecifikke forventninger (14). Dette er således også i overensstemmelse med det højere alkoholindtag, som ses hos mænd i forhold til kvinder.

Mænd og krop

Ligeledes ser der ud til at være en kønsspecifik måde at forholde sig til kroppen på. Fokus for mænd er at opbygge og øge kroppens styrke, mens fokus for kvinder snarere er at formindske kroppen (15). Dette understreges bl.a. af et citat fra et fokusgruppeinterview med overvægtige mænd, hvor de udtalte sig om mænds kropsidealer: "alt under 100 kg er bøsse". Den ideelle mandekrop skal således være stor, stærk, magtfuld og muskuløs (11). Især blandt kortuddannede ser holdningen ud til at være, at hvis man ikke kan "fylde noget" med musklerne, så må man hellere være fed end tynd (16). Det ser samtidig ud til, at mænd er mindre bevidste om, at de er overvægtige. Iflg. en interviewundersøgelse gennemført af Simon Sjørup Simonsen må mænd gerne have en stor vom, bare de har økonomisk og fagligt succes (17). Selv om mænd vejer alt for meget, svarer de typisk stadig ja til, at de er tilfredse med deres krop (18).

En anden tendens, som går igen i mange studier er, at mænd betragter kroppen som en maskine, og de forholder sig, i modsætning til kvinder, til "mekanikken" ved deres krop: Input, output og effekter i stedet for følelser og fornemmelser (12). Roos et al. refererer til et citat, der belyser denne måde at forholde sig til kroppen på: "As an engineer, you know how sensitive a machine is, if you give wrong fuel or too little oil it starts coughing. In the same way, what people eat..."(11).

Mænd og sundhed

Selvom mænd ser ud til at blive mere bevidste om deres helbred og sundhed med alderen, er der en tendens til, at de overordnet betragter sundhed og helbred, herunder slankekure, som kvinder-

nes område og ansvar (12,17). Ligeledes har mange mænd det så svært med sygdom, at de i stedet for at forholde sig til deres krops signaler, skubber problemet fra sig og ikke reagerer i tide. At være syg er forbundet med svaghed, og det har mange mænd, iflg. Simon Sjørup Simonsen, svært ved at få passet ind i den traditionelle manderolle. Mænd lytter ikke til sygdomssignaler i samme grad som kvinder. De betragter deres krop som en, der bare fungerer – indtil den bryder sammen (17).

Arbejde og præstationer

Vigtigheden af arbejde og præstationer for mænds identitet og maskulinitet fremstår tydeligt i litteraturen. Ifølge sociologen Carlsen socialiseres drenge fra starten af deres liv til at søge selv-værd og bekræftelse af deres identitet og maskulinitet gennem aktive, udfarende og skabende adfærdsmønstre (19). Som følge heraf bliver produktet og effektiviteten af arbejdet væsentligt. Drenge socialiseres således til at hente selv-værd og grundlag for deres identitet og maskulinitet i arbejdet. Dette bevirker, at arbejdet får en helt speciel funktion for mænd (20). Selvom maskulinitet defineres forskelligt mellem sociale klasser, er det dog fælles for mænd i alle sociale lag, at arbejdet og det at præstere noget i forhold til arbejdet, er centralt for deres maskulinitet og identitet (11,19,20).

Konkurrence og fællesskab

I forlængelse af betydningen af arbejde og præstationer for mændenes identitet, ser konkurrence ud til at være vigtig i motivationen af mænd (12), og det at være konkurrerende og have et behov for at være overlegen, er defineret som et traditionelt maskulint træk (20).

I KRAM-undersøgelsen blev deltagerne bl.a. spurgt om deres motivation for at dyrke motion. Resultaterne viste, at mænd primært dyrker motion eller træner for at "have det sjovt, koble af,

være sammen med andre, blive bedre til idræt eller for at konkurrere med andre"(2). Behovet for at indgå i et fællesskab underbygges desuden af en interviewundersøgelse af overvægtige mænd, hvor det fremkom, at fællesskab med andre ligesindede var helt centralt for, at mændene havde lyst til at deltage i sundhedstiltag (12). Mændene ønskede således ikke at indgå i "tilfældige" fællesskaber (eks. støttegrupper), men snarere sammen med fx kolleger eller i en sportsklub.

Opsamling

Ovenfor er gennemgået nogle centrale faktorer, som er karakteristiske for mænd i forhold til mad og sundhed, og som er vigtige at medtænke i kommunikationen til og med mænd. Det gennemgåede er naturligvis en forsimpning, og kun udtryk for nogle generelle tendenser, men vil alligevel være gældende for en stor del af især de kortuddannede mænd.

Overordnet kan det således konkluderes, at mænd har et stort behov for at være stærke, fysisk velfungerende og handlekraftige. Centrale barrierer, som kan blokere for mænds motivation til forandring af kost og alkoholvaner, er bl.a. nogle kulturelle normer om, at manden skal være altædende, have en stor krop og ikke beskæftige sig med sundhed og slankhed.

Derimod ser der ud til at være nogle centrale faktorer, som kan være motiverende for sundere livsstil for mænd, herunder ønsket om at være effektiv og præstere, især i forhold til arbejdsplads, konkurrence, samt at indgå i fællesskab med andre mænd. For at motivere mændene til forandring af livsstilen, må fokus være på sidstnævnte faktorer frem for sundhed, sygdom og slankhed, og formen må være konkret og handlingsorienteret.

ulto@glo.regionh.dk

Konkrete anbefalinger til målrettet kommunikation:

Med baggrund i ovenstående samt rapporten "Sund livsstil – hvad skaber forandring"(6) anbefales følgende:

Budskaberne

- Humoristisk tilgang, med fokus på kroppens øgede ydeevne ved forbedret livsstil.
- Billeder, som refererer til kroppen som en maskine, der skal plejes og udvikles.
- Konkret og handlingsorienteret form. Fasthold mandens autonomi.
- Afsenderen af budskabet skal opleves som seriøs.
- Ingen forbud, påbud, løftede pegefingre eller skrækkampagner.

Interventionerne

- At indgå i fællesskaber er centralt for mænd, og der bør derfor skabes rum for at danne sociale netværk omkring livsstilsændringer.
- Mænd foretrækker fællesskaber, som inkluderer "ligesindede". Dvs. f.eks. arbejdskolleger eller sportskammerater.
- Et konkurrenceelement fremmer motivationen blandt mænd.
- Arbejdspladsen er en velegnet arena til at nå mænd.



Referencer

1. Nissen NK, Rasmussen S. 2008 HjerteStatistik - Fokus på køn og sociale forskelle. Hjertereforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2008.
2. KRAM - undersøgelsen i tal og billeder. Kgs. Lyngby: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og TrygFonden; 2009.
3. Pedersen A, Fagt S, Groth MV, Christensen T, Biltoft-Jensen A, Matthiessen J, Andersen N, Kørup K, Hartkopp H, et al. Danskernes Kostvaner 2003-2008. Hovedresultater. Søborg: DTU Fødevarerinstitutionen; 2010.
4. O'Doherty Jensen K, Holm L. Mad og køn i socialt og kulturelt perspektiv. En litteraturgennemgang. Søborg: Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Fødevarestyrelsen; 1997.
5. Groth MV, Fagt S, Brondsted L. Social determinants of dietary habits in Denmark. Eur J Clin Nutr. 2001;55:959-66.
6. Christensen C, Husby I, Wistoft K, Meillier L, Aadahl M, Jørgensen T, Toft U. Sund livsstil - hvad skaber forandring? Fødevareministeriet; 2010.
7. Meillier L. Sundhedsoplysning og forandring: Mænd, oplysning og forandring af sundhedsvaner. Aarhus: Institut for Epidemiologi og Socialmedicin; 1994.
8. Madsen S. Mænd, køn, sundhed og sygdom. Tidsskriftet Politik, Tema om "køn". 2007;2.
9. Fürst E. Kvinnelig og mandlig mat. Mat - et annet språk. En studie av rasjonalitet, kropp og kvinnelighet belyst med litterære tekster. Oslo: Department of Sociology, University of Oslo; 1995. Report No.: Iso rapport nr. 7.
10. Andersson S. Matens Roller - sociologisk gastronomi. Stockholm: Almqvist & Wicksell Förlag AB; 1980.
11. Roos G, Prattala R, Koski K. Men, masculinity and food: interviews with Finnish carpenters and engineers. Appetite. 2001;37:47-56.
12. Sabinsky M, Toft U. Forebyggelse af fedme hos mænd - et kvalitativt studie i form af fokusgruppe interviews med overvægtige mænd. Speciale. Forskningsinstitut for Human Ernæring; 2002.
13. Holm L, Mohl M. The role of meat in everyday food culture: an analysis of an interview study in Copenhagen. Appetite. 2000;34:277-83.
14. O'Doherty JK, Holm L. Preferences, quantities and concerns: socio-cultural perspectives on the gendered consumption of foods. Eur J Clin Nutr. 1999;53:351-9.
15. Brenner J, Cunningham J. Gender Differences in Eating Attitudes. Body Concept and Self-Esteem among Models. Sex Roles. 1992;27:413-37.
16. Petersson B. Jagten på det sunde liv: om mænd, kvinder og sygdom. 1. udgave ed. L&R Fakta; 2000.
17. Simonsen S. Mænd, sundhed og sygdom - ronkedorfænomenet. Forlaget Klim; 2006. Report No.: Ph.d. afhandling.
18. Rand C, Resnick J. The "good enough" body size as judged by people of varying age and weight. Obes Res. 2000;8:309-16.
19. Carlsen S. Har mænd magt i det patriarkalske samfund? En kritisk diskussion af mænds relationer til den patriarkalske autoritet i arbejdslivet og kvinders magt i familielivet. København: Samfundsvidenskabelige Fakultets Repro-Center. Sociologisk Institut; 1990.
20. Connell R. Masculinities. Polity Press; 1995.



Hvordan får man mænd til at leve sundere?

Fødevareministeriet igangsatte sidste år en videnskabelig udredning af de mest effektive indsatser, når det handler om at ændre adfærd blandt unge, mænd og mindre ressourcestærke. Udredningen ligger nu klar, og den konkluderer bl.a., at arbejdspladsen synes at være en god arena for sundhedsfremmende tiltag rettet mod mænd. Når det gælder de unge, er det derimod godt med kampagner og oplysning, hvor kendte rollemønstre står som afsendere af budskabet.

Gå ind på www.altomkost.dk og find linket 'Sund livsstil - hvad skaber forandring?'. Her kan du læse hele undersøgelsen.

Nutramigen

LIPIL

**Ikke kun et barn med allergi
– også et barn i udvikling**

NYHED



**NU forbedret
med LIPIL**

Så meget mere end behandling af komælksproteinallergi, **Nutramigen LIPIL** giver også førsteklasses ernæring til spædbørn så de kan nå deres fulde potentiale.



MeadJohnsonTM
Nutrition

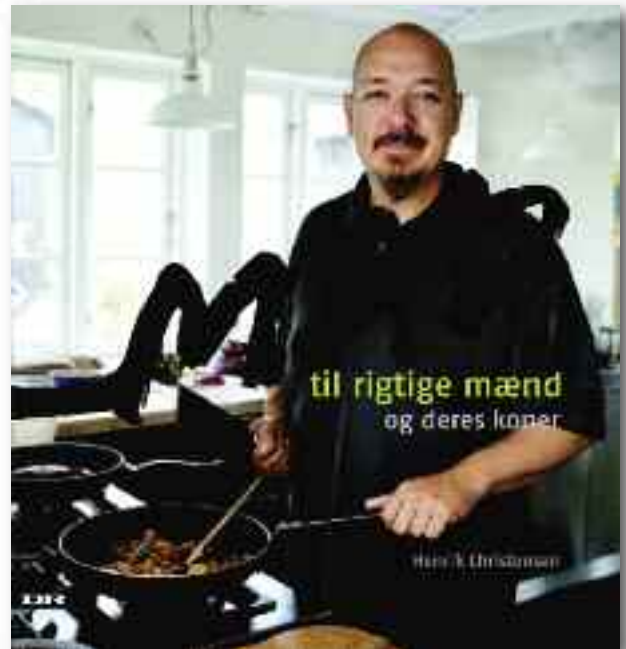
Mead Johnson Nutrition. Lyngby Hovedgade 98
2800 Kgs Lyngby. Tel 45 93 05 06, Fax 45 93 32 50
www.meadjohnson.dk

Der skal mod til at ændre livsstil!

Fornægtelse fungerer fint for os mennesker, og især for mænd som mig selv. I lang tid lod jeg stå til i forhold til kost og motion, og det gik ikke op for mig, at jeg var i gang med at begå selvmord med kniv og gaffel. Det er jo et fundamentalt reaktionsmønster at udskyde de hårde beslutninger. Vi har som mænd brug for at kunne se effekten at vores anstrengelser - og gerne i går! Vores største udfordring i forhold til et vægttab kan være at tøjle tålmodigheden. Derfor er det vigtigt at presse på i processen, så resultaterne kommer - og gerne hurtigt.

Den første klokke, der ringede for mig, var den klassiske med for højt blodtryk og nærmeste nabo til type 2 diabetes. Jeg tænkte: Og hvad så, det kan man da få piller imod eller hvad? Hygge var baseret på det, jeg betegnede som den gode mad og vinen. Den holder jeg jo stadig meget af, men jeg får bare ikke så meget af den mere. Vi trækker den ofte så langt, vi kan, og det er, fordi vi i nogen grad lader som om, at vi forstår hinanden. Og så giver vi af misforstået godhed hinanden ret i, at det i vores tider er en menneskeret at æde og drikke sig ihjel. Dette må jo så betyde, at vi ikke klynker, når sygdommen eller dødsfaldet rammer. Eller hvad? Konsekvenser er vigtige. Vi har brug for omgivelsernes mening, det er bl.a. den, der hjælper os videre og hen mod en stabil og normal vægt. En diætist er vigtig i dette arbejde. Én, som med faglighed kan gå ind og hjælpe.

Motivationen kommer ved at tage ansvar for den nye måde at leve på, og her er netværk og en stærk team-ånd en kæmpe fordel. Ærlighed er også vigtig. Er du tyk, er der kun én ting, du skal spørge dig selv om, hver gang du putter noget i munden: Am I doing the right thing? Hvis svaret er nej, er der kun en ting at gøre... lad være med at spise det. Dette er jo ikke motiverende i sig selv, og netop derfor er det vigtigt at sætte mål for det projekt, man er gået i gang med. Altså delmål på rejsen for at sikre sig, at kursen holdes. Vær ikke bange for at bede om hjælp i det sekund, du kan mærke, at det begynder at gå galt. Råb højt, for pokker, indtil nogen hører dig. Man er for meget værd som menneske til at stå og gemme sig og proppe kalorier i hovedet i den naive tro, at ingen ser det.



Henrik Christensen udgav sidste år kogebogen "Mad til rigtige mænd og deres koner". Bogen er netop genoptrykt på forlaget Lindhardt og Ringhof.

Resultaterne viser sig hen ad vejen. Tænk at kunne smutte ned og købe et par lækre bukser, eller en skjorte, der ikke partout sidder som Benneweis i højsæsonen. Stoltheden kommer snigende i takt med, at du begynder at klemme ballerne og læberne sammen. Den sunde ernæring resulterer jo i et hav af fordele, ikke mindst en glade partner. Grøntsager og superlækker sund mad er naturens viagra, så skulle den være på plads.

Sænk barrikaderne og lyt til de diætister, der ved, hvad de taler om. Find ud af, hvad der ikke har virket de 890 andre gange, du har prøvet at tabe dig. En livsstilsændring er ikke bare noget, du passer ind i dit liv. Nej, det er dit liv, der skal passe ind i den nye livsstil! Vores behov som mænd er åbenlyse. Vi vil stå med en håndbajer ved grillen og hygge, når muligheden byder sig. Vi vil gerne præstere store ting, der understreger, at vi er mænd og skal behandles som sådanne. Men der står ingen steder, at det er en ret, vi besidder som mænd. Der skal jo noget i kassen i forhold til mad og motion før grill-øllen. Så når du står forpustet efter at have hentet grillkullet i garagen, og du hiver ned i din bluse hver gang, du sætter dig, skal du spørge dig selv: AM I DOOING THE RIGHT THING?

Henrik@maigret.dk

Livsstilefaktorer i relation til udvikling af prostatakraft

En af årsagerne til den tiltagende interesse for prostatakraft er den udtalte og fortsat stigende sygdomshyppighed. Fra for blot hundrede år siden at være en næsten ukendt sygdom, har tilstanden med hast udviklet sig til at udgøre den aktuelt hyppigste kræftform blandt danske mænd, med over 4.000 nye tilfælde årligt. Udover det stigende antal ældre medborgere betinges den voldsomme incidensstigning især af den øgede anvendelse af den organ-, men ikke kræftspecifikke blodprøvemærker; Prostata Specifik Antigen (PSA)(1).

Michael Borre



Mette Borre



Prostata og kræft

Den normalt 25 g store sædvæskeproducerende prostatakirtel er lokaliseret umiddelbart foran urinblæren, omsluttende urinrøret og udgør derfor en af de hyppigste årsager til urinvejsproblemer hos mænd (fig.1). Kræft i prostata udgøres altovervejende af adenocarcinomet og er som udgangspunkt androgenafhængig. Sygdommen ses sjældent før 50 årsalderen, hvorefter forekomsten er kraftigt stigende. Sammenlignet med de fleste andre kræftformer er sygdommen meget langsomt voksende, og naturhistorien strækker sig derfor typisk over flere dekader. Sygdommen giver i det lokaliserede og potentielt helbredelige stadie sjældent symptomer. Incidensen af prostatakraft varierer betydeligt internationalt, med den laveste incidens i Sydøstasien og højeste i Nordamerika og Vesteuropa. Mens man i obduktionsstudier finder, at ca. hver tredje mand over 50 år har histologisk påviselig prostatakraft, udgør livstidsrisikoen for at udvikle klinisk symptomgivende prostatakraft imidlertid < 5 pct. Hovedparten af de erkendbare prostatakraft tilfælde er således uden klinisk betydning og tages med i graven. Hvis man derimod fokuserer på pati-

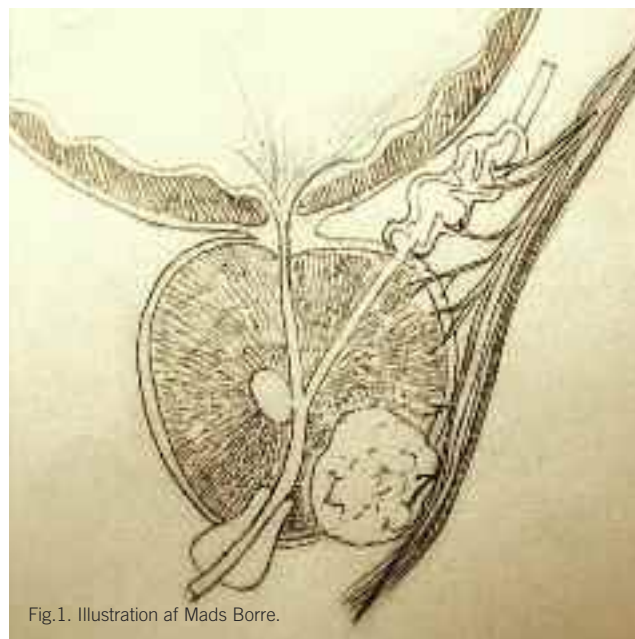



Fig.1. Illustration af Mads Borre.

enter med klinisk og dermed symptomgivende prostatakraft, som uden screening udgør langt hovedparten af de diagnosticerede tilfælde, dør flertallet faktisk af prostatakraft (2).

Behandling af prostatakraft

Da prostatakraft oftest er en meget langsomt voksende tumor, som tillige ikke sjældent optræder i klinisk mindre relevante former, vil man hyppigt efter en risikovurdering kunne anbefale patienten observation frem for aktiv behandling. Dog anbefales lokaliserede sygdomstilfælde ofte forsøg på helbredelse under forudsætning af, at patienten tillige har alder og helbred til endnu 10-15 års forventet levetid. I det lokaliserede og lokalt avancerede sygdomsstadie kan sygdommen behandles med kurativt sigte. Prostata kan dels bortopereres ved såkaldt radikal prostatektomi, og indgrebet kan foretages ved såvel en åben procedure som ved computerassisteret laparoskopi (robotoperation). Herudover kan sygdommen behandles med ekstern strålebehandling à 39 gange, hvor højrisiko patienterne tillige skal gennemgå en typisk to år lang supplerende medicinsk kastrationsbehandling. Strålebehandlingen kan i lettere tilfælde udøves ved intern bestråling, såkaldt brachyterapi, hvor der ultralydsvejledt indsættes 75-100 radioaktive korn, som i løbet af et årstid brænder ud under



indvendig bestråling af prostata. Sidste skud på behandlingsstammen er kryoterapi, hvor prostata eller den tumorbærende del af prostata, ligeledes ultralydsvejledt, nedfryses til < -40 °C, kortvarigt og under anvendelse af gassen Argon. Sidstnævnte procedure kan foretages i dagkirurgisk regi. Samtlige behandlinger er behæftet med varierende risiko for ikke ubetydelige bivirkninger i form af typisk urininkontinens, erektil dysfunktion, blære- og tarmsymptomer.

Hvis sygdommen har spredt sig, kan patienten ikke tilbydes helbredende behandling. Derimod kan hormonmanipulationsbehandling påvirke de hormonfølsomme kræftceller uanset, hvortil de har spredt sig. Antiandrogenbehandling er den mildeste og mindst bivirkningsfyldte hormonbehandling. Ved denne behandling blokeres det kræftstimulerende testosteron kompetitivt på receptorniveau i kræftcellerne. Ved symptomgivende metastaser bør patienten kastreres ved bilateral orchiectomi eller ved repetitive depotinjektioner. Generende hedeture, mindsket muskelmasse, vægtøgning, ændret fedtfordeling, let anæmi og udvikling af osteoporose med øget frakturrisiko er, udover tab af libido og erektionsevne, kendte bivirkninger til kastration. Patienterne udvikler med tiden kastrationsresistent sygdom, som typisk kræver såvel kirurgisk som onkologisk palliation.

Ætiologi

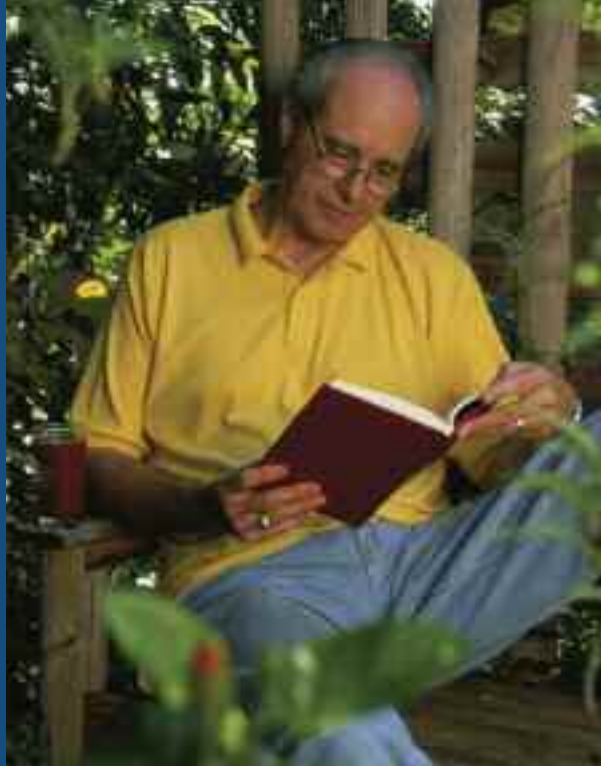
Der er kun begrænset viden om ætiologien til prostatakræft, og skønt vor vestlige levevis formentlig bærer en stor del af skylden for udvikling af sygdommen, kan udviklingen heraf ikke afgørende forebygges.

Antropometri

Sammenhængen mellem højde og vægt og prostatakræft er ikke klarlagt, og undersøgelserne vanskeliggøres af, at der er en invers association mellem overvægt og PSA niveau. I en metaanalyse fandt MacInnis og English en tendens til øget risiko med stigende BMI (3). Associationen var mest udtalt for avanceret prostatakræft, mens der ikke var sammenhæng mellem BMI og lokaliseret sygdom. Overvægt er forbundet med ændring i mængden af frit testosteron og et højere niveau af "insulin-like growth factor-1" (IGF-1), der har været associeret med øget prostatakræft risiko (3). Diskussionen vanskeliggøres imidlertid af en stigende evidens for en invers association mellem diabetes mellitus og prostatakræft risiko.

Kostvaner

En nylig undersøgelse af sygdomsforekomsten blandt asiatiske immigranter i England og USA underbygger antagelsen af, at kostfaktorer kan have betydning for udviklingen af sygdommen (4). Prostatakræft incidensen er høj i lande med højt indtag af kød, fedt og mælkeprodukter (5). Der er flere mulige forklaringer på denne sammenhæng mellem kødindtag og risiko for prostatakræft. Et stort indtag af kød er ofte forbundet med et lavt indtag af frugt og grønt, som menes at have en beskyttende effekt mod prostatakræft (6). Stegt og branket kød kan herudover indeholde potentielle karcinogener (7), ligesom kød endvidere er en væsentlig kilde til zink, der har betydning for testosteronsyntesen. Imidlertid fandt Kolonel et al. (8) i en metaanalyse af mere end 20 studier en let øget prostatakræft risiko ved større dagligt indtag af kød og fedt, mens en nylig stor kohorteundersøgelse af samme gruppe konkluderede, at indtagelse af kød og fedt (total, mættet, mono- og flerumættet samt kolesterol) ikke var associeret med øget risiko for udvikling af prostatakræft (9).



Associationen mellem indtag af mælkeprodukter og prostatakræft synes at være mere konsistent. Flere meta-analyser af hhv. kohorte- og prospektive undersøgelser rapporterer samstemmende om en signifikant forøget risiko for prostatakræft, associeret med høj versus lav mælkeindtagelse (10,11). Tilsvarende har man i et nyt Canadisk case-kontrol studie fundet en dobbelt så stor risiko for prostatakræft i forbindelse med høj (> 400 g/dag) versus lav (< 117 g/dag) mælkeindtagelse (12). Sammenhængen mellem indtagelse af mælk og risikoen for prostatakræft menes at være betinget af mælkens høje calciumindhold, idet mælkeprodukter med lavt fedtindhold også er associeret med en øget prostatakræft risiko. En hypotese går på, at en høj indtagelse af calcium og mælkeprodukter undertrykker syntesen af det muligt beskyttende vitamin D (11). Risikoen for prostatakræft er størst ved indtag af calcium som supplement, og ved indtag over den anbefalede mængde (13).

En række eksperimentelle og deskriptive epidemiologiske undersøgelser indikerer, at et lavt niveau af vitamin D eller lav udsættelse for sollys har en væsentlig indflydelse på risikoen for at udvikle prostatakræft (14). Udover vitamin D har en lang række kostfaktorer været associeret med en reduceret risiko for prostatakræft, herunder tomater, korsblomstrede grøntsager (kål inkl. broccoli), løg, sojaprodukter, grøn te, fisk og flerumættede fedtsyrer, beta-karoten, lycopene, selen, vitamin E og folinsyre. Resultaterne af de epidemiologiske undersøgelser er generelt inkonsistente, og ingen af de pågældende kostfaktorer er på nuværende tidspunkt påvist at have en sikker præventiv effekt imod prostatakræft (6). Tilsvarende har resultaterne af en række interventionsundersøgelser generelt været skuffende. Senest blev en stor randomiseret undersøgelse af selen og vitamin E (SELECT) stoppet før det planlagte tidspunkt, idet der ikke kunne påvises effekt af hverken selen- eller vitamin E tilskud – tværtimod blev der observeret en

øget dødelighed i interventionsgrupperne (15). På baggrund af nye undersøgelser af tomat- og tomatbaserede produkter og lycopene har de amerikanske sundhedsmyndigheder (FDA) i en nylig konsensusrapport konkluderet, at der ikke foreligger evidens for en beskyttende effekt af lycopene i relation til risiko for udvikling af prostatakræft (16). Undersøgelse af fuldkornsrug har tidligere vist gunstig påvirkning på prostatacancer (17). Derfor påbegyndes der dette efterår, i et samarbejde mellem bl.a. Kræftens Bekæmpelse og urinvejskirurgisk afd. i Skejby, et klinisk randomiseret studie af kost og motions indflydelse på patienter med prostatacancer. Patienterne, som randomiseres til aktiv behandling, skal efter kostvejledning ved diætist, dagligt gennem 6 måneder, indtage store mængder fuldkornsrug samt indgå i et systematisk fysisk træningsprogram. Projektet er planlagt udvidet til et Nordisk multicenterstudie.

Fysisk aktivitet

En række mekanismer kan forklare en eventuel sammenhæng mellem fysisk aktivitet og risikoen for prostatakræft (18). Testosteronniveauet hæves ved fysisk aktivitet, men personer, der træner regelmæssigt, har lavere testosteronværdier end ikke-fysiske aktive (19). Der er endvidere færre overvægtige blandt fysisk aktive, og overvægt menes at være associeret med øget risiko for prostatakræft. Fysisk aktivitet stimulerer immunsystemet, og en øget immunologisk aktivitet via særlig "natural killer" celler menes at være associeret med en lavere kræft hyppighed (20). Endelig kan udendørs fysisk aktivitet med udsættelse for ultraviolet lys reducere risikoen for prostatakræft via øget niveau af vitamin D (14). Resultaterne fra epidemiologiske undersøgelser af sammenhængen mellem fysisk aktivitet og prostatakræft er dog inkonsistente.

Alkohol

Medens alkoholoverforbrug er forbundet med en generelt øget cancerrisiko, kan alkohol teoretisk såvel reducere risikoen for prostatakræft ved at ændre på forholdet mellem østrogener og androgener, som øge risikoen på grund af ændret levermetabolisme. Der er således ikke vist nogen sikker sammenhæng mellem alkoholindtag og prostatakræft risiko. En metaanalyse har fundet en let øget risiko, men det var kun blandt personer med et dagligt forbrug på ≥ 8 genstande, hvor forskellen var signifikant (21). Mens der blandt deltagerne i "Prostate Cancer Prevention Trial" fandtes en fordoblet risiko for aggressiv prostatakræft ved en gennemsnitlig indtagelse på mere end 50 g alkohol dagligt eller et jævnt stort forbrug svarende til ≥ 4 genstande på fem eller flere dage ugentligt. Et lavere forbrug var ikke associeret med prostatakræft risiko (22).

Rygning

Cadmiumindholdet i tobaksrøg har været mistænkt for at kunne øge prostatakræft risikoen (23), men denne er imidlertid ikke øget hos personer med erhvervsmæssig eksposition for cadmium (24), og samlet set må det konkluderes, at der er en overvejende neutral effekt af rygning i relation til risikoen for udvikling af prostatakræft.

Konklusion

Der er fortsat kun begrænset viden om ætiologien til prostatakræft, og de få etablerede risikofaktorer – alder, race og genetisk disposition – er ikke modificerbare. Epidemiologiske undersøgelser indikerer dog en vigtig betydning af livsstils- og miljøfaktorer, og der er en vis evidens for, at en kost med lavt fedtindtag, høj indtagelse af frugt og grønt og begrænset indtag af kød og mælkeprodukter har beskyttende effekt over for udvikling af prostatakræft.

borre@ki.au.dk og mettborr@rm.dk

Udvalgte referencer

1. Mukai TO, Bro F, Pedersen KV, Vedsted P. Brug af PSA test. *Ugeskr Læger*. 2010;172:696-700
2. Borre M, Nerstrøm B, Overgaard J. The natural history of prostate carcinoma based on a Danish population treated with no intention of cure. *Cancer* 1997; 80:917-28
3. MacInnis RJ, English DR. Body size and composition and prostate cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. *Cancer Causes Control* 2006; 17: 989-1003.
4. Rastogi T, Devesa S, Mangtani P et al. Cancer incidence rates among South Asians in four geographic regions: India, Singapore, UK and US. *Int J Epidemiol* 2008; 37: 147-60.
5. Ganmaa D, Li XM, Wang J et al. Incidence and mortality of testicular and prostatic cancers in relation to world dietary practices. *Int J Cancer* 2002; 98: 262-7.
6. Ma RW, Chapman K. A systematic review of the effect of diet in prostate cancer prevention and treatment. *J Hum Nutr Diet* 2009; 22: 187-99.
7. Cross AJ, Peters U, Kirsh VA et al. A prospective study of meat and meat mutagens and prostate cancer risk. *Cancer Res* 2005; 65: 11779-84.
8. Kolonel LN. Fat, meat, and prostate cancer. *Epidemiol Rev* 2001; 23: 72-81.
9. Park SY, Murphy SP, Wilkens LR et al. Fat and meat intake and prostate cancer risk: the multiethnic cohort study. *Int J Cancer* 2007; 121: 1339-45.
10. Qin LQ, Xu JY, Wang PY et al. Milk consumption is a risk factor for prostate cancer in Western countries: evidence from cohort studies. *Asia Pac J Clin Nutr* 2007; 16: 467-76.
11. Gao XLa,Valley MP, Tucker KL. Prospective studies of dairy product and calcium intakes and prostate cancer risk: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 1768-77.
12. Raimondi S, Mabrouk JB, Shatenstein B et al. Diet and ProstateCancer Risk with specific focus on dairy products and dietary calcium: A case - control study. *Prostate* 2010; January 8th 2010 [Epub ahead of print].
13. Giovannucci E, Liu Y, Platz EA et al. Risk factors for prostate cancer incidence and progression in the health professional's follow-up study. *Int J Cancer* 2007; 121: 1571-8.
14. Schwartz GG, Hulka BS. Is vitamin D deficiency a risk factor for prostate cancer? *Anticancer Res* 1990; 10: 1307-11.
15. Lippman SM, Klein EA, Goodman PJ et al. Effect of selenium and vitamin E on risk of prostate cancer and other cancers: the Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial (SELECT). *JAMA* 2009; 301: 39-51.
16. Kavanaugh CJ, Trumbo PR, Ellwood KC. The U.S. Food and Drug Administration's evidence-based review for qualified health claims: tomatoes, lycopene, and cancer. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99: 1074-85.
17. Bylund A, Lundin E, Zhang JX et al. Randomised controlled short-term intervention pilot study on rye bran bread in prostate cancer. *Eur J cancer prev* 2003;12:407-415.
18. Patel AV, Rodriguez C, Jacobs EJ et al. Recreational physical activity and risk of prostate cancer in a large cohort of U.S. men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14: 275-9.
19. Fahrner CL, Hackney AC. Effects of endurance exercise on free testosterone concentration and the binding affinity of sex hormone binding globulin (SHBG). *Int J Sports Med* 1998; 19: 12-5.
20. Shepard RJ, Shek PN. Associations between physical activity and susceptibility to cancer: possible mechanisms. *Sports Med*. 1998;26:293-315
21. Dennis LK. Meta-analysis for combining relative risks of alcohol consumption and prostate cancer. *Prostate* 2000; 42: 56-66.
22. Gong Z, Kristal AR, Schenk JM et al. Alcohol consumption, finasteride, and prostate cancer risk: results from the Prostate Cancer Prevention Trial. *Cancer* 2009; 115: 3661-9.
23. Waalkes MP, Rehm S. Cadmium and prostate cancer. *J Toxicol Environ Health* 1994; 43: 251-69.
24. Sakhmoun AE, Case LD, Jackson SA, Schwartz GG. Cadmium and prostate cancer: a critical epidemiologic analysis. *Cancer Invest* 2005; 23: 256-63.

NYT FIBERPRODUKT TIL AT DRIKKE



Vareprøver kan bestilles
på info@husk.dk

Husk[®]fibre er et kosttilskud, der består af Psyllium pulver tilsat en dejlig, frisk smag af enten solbær eller lemon. Psyllium indeholder 85 % kostfibre.

Husk[®]fibre er nemt og hurtigt at tage - pulveret røres op i vand og drikkes med det samme.

Husk[®]fibre kan købes på apoteket, i Matas, helsekostforretninger og dagligvarehandelen



Psylliumpulver
husk fibre

W. Ratje Frøskaller ApS
HUSK PRODUCTS

Kirstinehøj 34
2770 Kastrup

Tlf.: 3251 9600
e-mail: info@husk.dk
se mere på www.huskfibre.dk

Mænds sundhed som politisk emne

Er det mon meningsfuldt at tale om mænds sundhed? Er gruppen af mænd så homogen, har de så meget tilfælles, der adskiller dem fra kvinder, at de skal forstås og behandles på en særlig måde?

Når man taler om ligestilling mellem kønnene, også i sundhedsmæssig henseende, handler det næsten altid om kvinders sundhed. Det gælder ikke bare kvindebevægelsens fortolkning af problemerne, men også generelle politiske udspil om social ulighed i sundhed. Fx i rapporten fra WHO "On Social Determinants of Health" (1), der under overskriften kønsulighed udelukkende beskæftiger sig med kvinders vilkår. Et andet eksempel er den norske regering, som har en kvindersundhedsstrategi, men ikke en mandesundhedsstrategi (2). Jeg er endnu ikke stødt på et politisk udspil, hvor kønsforskelle handlede om mænds sundhed. Betegnelsen medicinsk kvinde- og kønsforskning kan også ses som udtryk for samme tankegang: Mændene er udeladt.

Forskellene i kvinders og mænds helbred er udtalte, men der er tale om et sammensat fænomen. Mænd har i de fleste lande en højere dødelighed end kvinder og dermed kortere middellevetid. I 1980'erne i Danmark var forskellen stor, seks år, mens forskellen i middellevetid til andre tider har været mindre, som i de hundrede år før 1950'erne, hvor den var 2-3 år. Ser man derimod på syge-

lighed, viser det sig, at kvinder oftest har en større forekomst af lidelser, ikke mindst i bevægeapparatet, og psykisk sygdom. Resultatet er, at mænd dør langt tidligere end kvinder, men at kvinder trods deres længere levetid har færre år med godt helbred.

Derfor burde man vel i ligestillingens navn have mindst lige så stor opmærksomhed på uligheden i mænds disfavør, som omvendt. Siden forskellene mellem mænd og kvinders sygelighed og dødelighed ikke er stabile over tid og varierer landene imellem, må de, i det mindste delvis, være socialt betingede og dermed mulige at ændre.

En grund til denne skævhed i politisk interesse, hvor mænds overdødelighed negligeres, er formentlig, at vi har svært ved at tænke på kvinder som mere privilegerede end mænd. Det er efter de fleste kriterier kvinderne, som er dårligst stillede, og derfor fokuseres også på kvinders helbred, når vi taler om kønsulighed i sundhed, selv om det kun er delvis berettiget. En anden forklaring kan være, at fordi mænd er normen, handler politikken om mænd, undtagen når det eksplicit fremgår, at det drejer sig om kvinder.

Mænd som én gruppe?

Et andet spørgsmål er, om det er meningsfuldt at tale om mænds sundhed. Er gruppen af mænd så homogen, har de så meget tilfælles, der adskiller dem fra kvinder, at de skal forstås og behand-



KRAM-undersøgelsen

Information om sundhedstilstanden hos grupper som mænd, kvinder, unge, gamle etc., kan bl.a. findes i KRAM-undersøgelsen. Denne undersøgelse, som fandt sted i 13 kommuner i 2007 og 2008, ser på unge og voksnes sundhed i forhold til kost, rygning, alkohol og motion. Den bekræfter de gængse antagelser om, at kvinder fx spiser sundere end mænd, der til gengæld dyrker mere motion. Og at de unge spiser for meget sukker, mens de gamle spiser for meget fedt.

KRAM-undersøgelsen er en af de største af sin art nogensinde, da knap 76.484 personer besvarede et detaljeret spørgeskema, og 18.065 af dem blev helbredsundersøgt. Dog skal nogle af tallene tages med visse forbehold, da fx kvinder og højtuddannede er overrepræsenteret i undersøgelsen, mens særligt de yngre mænd er underrepræsenteret i forhold til de faktiske forhold i befolkningen.

Læs mere på: <http://www.kram-undersogelsen.dk/>

les på en særlig måde? Det siger sig selv, at når man forholder sig til mandesygdomme som prostata- og testikelkræft, giver det mening med denne skelnen. Men mænd som én gruppe er i sundhedsmæssig henseende meget mere heterogen end gruppen af kvinder. Mænd med ingen eller uoplyst uddannelse har 69 pct. højere dødelighed end dem med lang videregående uddannelse. For kvinders vedkommende er forskellen kun 26 pct. (3). Det giver derfor mindre mening at tale om mænd som en gruppe, end at gøre det om kvinder. En matros har tre gange større risiko for at dø i løbet af et år end en landmand, også når man tager højde for eventuelle aldersforskelle. At tale om mænds gennemsnitlige levetid skjuler således meget store forskelle. Der er flere mænd, som har det rigtig dårligt, sundhedsmæssigt og i andre henseender, og så er der en gruppe af mænd; landmænd, akademikere mv., som har et glimrende helbred, i hvert fald målt i dødelighed (3).

Der kan være god grund til at tale mere om mænds sundhed, fordi den ofte bliver glemt, når man taler om forskelle mellem kønne. På den anden side kan man spørge, om mænd er så ens, at vi bliver meget klogere af at se på, hvordan de har det som gruppe, dvs. gennemsnitligt, når der er så store forskelle inden for gruppen af mænd?

siva@sund.ku.dk



Referencer

1. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Det kongelige helsedepartement. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). Oslo: Det kongelige helsedepartement, 2003.
3. Andersen O, Laursen L, Petersen JK. Dødelighed og erhverv 1996-2000. København: Danmarks Statistik, 2005.

Første del af dette indlæg bygger delvis på en tidligere publiceret klumme "Ulighed i sundhed mellem kønnene" Ugeskrift for Læger 2009;171(10):827

Klinisk ernæring

... når viden er vigtig



Fax "Den grønne ordination" til Mediq Danmark

- hvorefter du kan regne med hjælp fra Mediq Danmarks ernæringsteam



Ulla Hardt
Klinisk diætist
Tel. 2035 4067
Danmark



Rie W. Pedersen
Klinisk diætist
Tel. 2054 9902
Region: Sjælland+
Hovedstaden



Mona Mikkelsen
Klinisk diætist
Tel. 5213 1118
Region:
Midt + Nord.



Lise Bak-Jensen
Klinisk diætist
Tel. 5213 1117
Region: Syd



Jonna Jensen
Klinisk diætist/
Markedchef
Tel. 2035 4077

- Vi giver professionelle råd og vejledning til dig og dine patienter, og for os er fagligheden den højeste prioritet og vores styrke.
- Vi har alle produkter inden for klinisk ernæring samt diverse tilbehør, sonder, ernæringsstæt og pumper.

Husk at du kan bestille gratis smagsprøver på ernæringsdrikke til dine patienter

Fuldkorn til din motor

- En sundhedsfremmende indsats til at øge unge mænds indtag af fuldkorn i morgenmåltidet

Ifølge Fuldkornsrapporten fra DTU Fødevarerinstitutionen (1) lever danskernes daglige indtag af fuldkorn ikke op til de anbefalede 75 g/10 MJ. Det er især mænd i alderen 14-24 år, der indtager mindst, selv om flere undersøgelser, bl.a. fra Fødevarestyrelsen (2), viser, at sund morgenmad er en væsentlig forudsætning for indlæring og koncentration – og en sund livsstil i øvrigt. Dette paradoks gjorde, at jeg og en medstuderende valgte at undersøge unge danske mænds morgenmadsvaner som udgangspunktet for vores bachelorprojekt. Vores undersøgelse dannede grundlag for en sundhedsfremmende indsats med det formål at øge målgruppens indtag af fuldkorn i morgenmåltidet.



Projektet blev gennemført i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse og Fuldkornspartnerskabet, og målgruppen definerede vi som mænd i alderen 16-24 år, der var tilknyttet erhvervsuddannelsen på Teknisk Erhvervs Center (TEC) i Hvidovre. Til at afdække målgruppens morgenmadsvaner gennemførte vi først en spørgeskemaundersøgelse og herefter et fokusgruppeinterview med afsæt i de interessante temaer fra spørgeskemaundersøgelsen. Hermed fik vi et mere nuanceret billede af målgruppens holdninger og refleksioner omkring emner som sundhed, kostvaner, fuldkorn og morgenmad på skolen. Spørgeskemaundersøgelsen blev besvaret af 67 unge mænd i alderen 16-24 år. Fem unge mænd i alderen 16-20 år


deltog i fokusgruppeinterviewet. De blev udvalgt ud fra besvarelserne fra spørgeskemaet, således at de repræsenterede forskellige holdninger samt morgenmadsvaner.

Målgruppens morgenmadsvaner

Besvarelserne i spørgeskemaundersøgelsen viste en tydelig tendens i morgenmadsvanerne; enten indtages morgenmad dagligt, eller også indtages morgenmad sjældent/aldrig. Fig. 1. De foretrukne fødevarer, som målgruppen indtager til morgenmad, er cornflakes, havregryn, toastbrød og yoghurt.

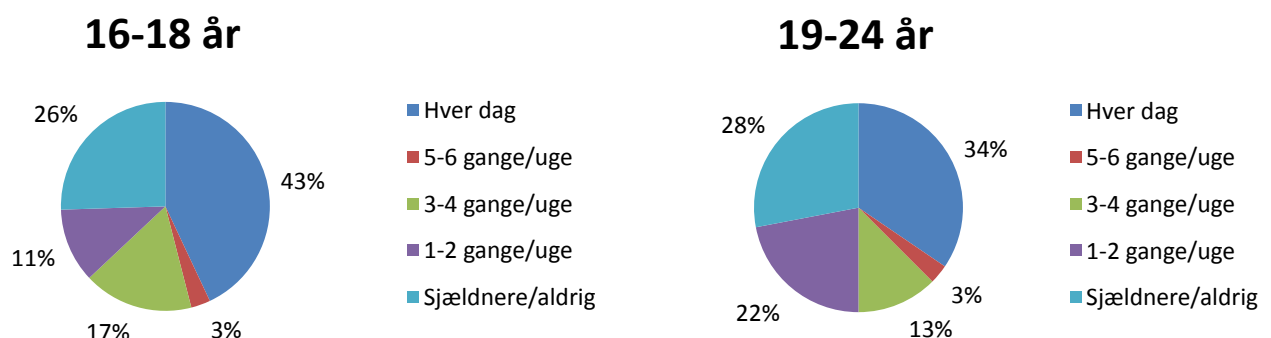
Besvarelserne viste desuden, at målgruppen i høj grad fokuserer

Stine Rodenberg



førte vi først en spørgeskemaundersøgelse og herefter et fokusgruppeinterview med afsæt i de interessante temaer fra spørgeskemaundersøgelsen. Hermed fik vi et mere nuanceret billede af målgruppens holdninger og refleksioner omkring emner som sundhed, kostvaner, fuldkorn og morgenmad på skolen. Spørgeskemaundersøgelsen blev besvaret af 67 unge mænd i alderen 16-24 år. Fem unge mænd i alderen 16-20 år

Fig. 1. Hvor ofte spiser du morgenmad?





på morgenmåltidets fysiske egenskaber, såsom mæthed og øget energi. Faktorer som manglende tid og sult viste sig som væsentlige for, hvorfor dele af målgruppen ikke spiste morgenmad. Til spørgsmålet om, hvad der kunne få målgruppen til at spise mere fuldkorn i morgenmåltidet, var "gratis morgenmad på skolen" det mest fremherskende svar – særligt hos de 16 til 18-årige. Herudover var svarene "mere viden om fordele ved fuldkorn og morgenmad", "en større mæthed", "et mærke til at identificere fuldkornsprodukter" og "færdiglavede produkter" de mest populære.

Kort handlingsperspektiv

"... Så har man lige trænet, så kan man godt være usund. Så går det lige op ... Hvis de (eksperterne) vil sige til mig, du kan blive fed om ti år, jamen det er da fint, men så tager jeg stilling til det om ti år, så kan jeg tabe mig om ti år... jamen så kan jeg måske stoppe med at ryge og spise lidt mindre"

Ovenstående citat stammer fra en deltager i fokusgruppeinterviewet og er udtryk for en holdning, som alle deltagerne i fokusgruppeinterviewet tilkendegav at være enige i. En balancetænkning, hvor fysisk aktivitet fungerer som en form for aflad og retfærdiggørelse af, at man fx spiser en pizza. Den sunde handling retfærdiggør således den efterfølgende usunde handling, men hvorledes disse handlinger påvirker personen på længere sigt, er underordnet for vedkommende. Målgruppen ønskede, at handlinger skulle give et umiddelbart resultat, førend de ville vælge at ændre kostvaner. Det var derfor ikke nærliggende for målgruppen at fravælge noget, som var fristende her og nu – selv om det var usundt på langt sigt.

Tilsvarende, når interviewet omhandlede sundhed i forhold til sygdom, nævnte deltagerne ikke livsstilssygdomme, som kan optræ-

de senere i livet, men derimod infektionssygdomme som eksempelvis forkølelse. Dette viser igen, at målgruppen ikke havde fokus på, hvorvidt deres handlinger her og nu kan have sundhedsmæssige konsekvenser på længere sigt.

Fuldkorn

I fokusgruppeinterviewet fokuserede deltagerne på de fysiologiske aspekter af fuldkorn, eksempelvis den større mæthed i forhold til almindeligt hvedebrød. Dette skal ses i lyset af, at mæthed er en følelse, som opleves umiddelbart under eller i forlængelse af et måltid (3), hvilket giver mening i forhold til målgruppens korte handlingsperspektiv.

Udtalelserne fra deltagerne i fokusgruppeinterviewet bar desuden generelt præg af, at fuldkorn ikke er et emne, der optager deltagerne i deres hverdag. Unge mænds lave indtag af fuldkorn skyldes, ifølge deltagerne, fordomme omkring fuldkornsprodukter, fx at de er tørre og kedelige, samt en usikkerhed overfor at prøve noget nyt. Ifølge deltagerne er metoden til at øge unge menneskers indtag af fuldkorn at øge indholdet af fuldkorn i produkter, som allerede indtages af de pågældende personer. Eller med andre ord; at "snige" fuldkorn ind i kosten, som der henvises til i nedenstående citat.

"... Det skal helst ligge lidt op af det, man plejer at spise... bare det smager godt, og det smager lidt af, hvad det plejer... det tror jeg faktisk..."

Den sundhedsfremmende indsats

"... Jeg tror også, der var mange flere, der ville komme til tiden og følge med i timen... Jeg tror faktisk, det ville være en rigtig god idé."

Indsatsen på erhvervsuddannelsen på TEC i Hvidovre blev tilrettelagt som tre aktiviteter:

- Daglig, gratis morgenmad med morgenmadsprodukter, der bærer fuldkornslogoet. Elever i mindre teams skiftes til at klarlægge morgenmaden.
- Ugentlige gruppemøder med 8-10 elever, tilrettelagt ud fra "Du Bestemmer"-metoden (4,5), hvor forskellige temaer med relevans for elevernes dagligdag diskuteres.
- Et månedligt oplæg af ambassadører fra Fuldkornspartnerskabet, som kan bidrage til elevernes refleksioner omkring deres egne vaner og livsstil.

Indsatsen blev planlagt som en længerevarende intervention (tre måneder) og sigtede mod at motivere til ændring af adfærd, samt at opfordre eleverne til at reflektere over muligheden for at ændre kostvaner og dermed værdien af at ændre sundhedsmæssig adfærd. Tanken var, at eleverne har de bedste muligheder for succes med ændring af adfærd, hvis de selv gør en vedvarende indsats på en række områder, som giver mening for den enkelte (6). Indsatsen, som den er tilrettelagt i bachelorprojektet, blev til dels gennemført i praksis. Konkret blev den gratis morgenmadsordning etableret ved, at Fuldkornspartnerskabet leverede 1200 kg gratis fuldkornsmorgenmad til eleverne over en periode på seks måneder (se evt. [http://www.fuldkorn.dk/index.php?pageid=](http://www.fuldkorn.dk/index.php?pageid=50&newsid=40)

50&newsid=40). De øvrige dele af indsatsen blev desværre ikke gennemført.

Indsatsen var tilrettelagt i forhold til målgruppens korte handlingsperspektiv, som identificeret i spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviewet, samt en høj grad af deltagerinvolvering og -styring. Dette skulle sikre, at de unge mennesker oplever et incitament til at deltage i indsatsen, men også, at den enkelte udvikler handlegeneringer til at ændre livsstil og dermed opnå sundere morgenmadvaner.

Som vi diskuterer i perspektiveringen af bachelorprojektet, skal det også i denne forbindelse bemærkes, at den enkeltes livsstil ikke kun afhænger af personen selv, men også bør ses i sammenhæng med ydre faktorer, som fx tilgængelighed af usunde fødevarer samt afgifter. Her tænkes på afgifter på usunde fødevarer samt en økonomisk støtte til sunde fødevarer, som fx frugt og grønt, evt. via differentieret moms. Endvidere restriktioner på reklame for usunde fødevarer specielt rettet mod børn og unge. Dette vækker samtidig den etiske problemstilling, hvorvidt sundhed er den enkeltes eller det omgivende miljø og samfunds ansvar, og hvor denne grænse går.

rodenberg@dsr.life.ku.dk

Referencer

1. Mejbom H, et al. Fuldkorn – Definition og vidensgrundlag for anbefaling af fuldkornsindtag i Danmark, 2. udgave, DTU Fødevareinstituttet, Afdeling for Ernæring, Nov. 2008.
2. Fødevarestyrelsen. Kostens betydning for læring og adfærd hos børn – En gennemgang af den videnskabelige litteratur, Institut for Human Ernæring, Det Biovidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, Jan. 2009.
3. Benelam B. Satiety, satiety and the effect of eating behavior. *Nutrition Bulletin*. 2009. 34;126-173.
4. Arborelius E. "Du bestemmer"-metoden, Institut for Samfundsmedicin, Linköping 1988.
5. Dalsgaard L, et al. Du bestemmer, nye sammenhænge nye muligheder, Ringkøbing Amt, Roskilde Amt og Københavns Kommune, 2006.
6. Prescott P, Børtveit T. Sundhed og ændring af adfærd, Dansk psykologisk Forlag, 2005.

Sund afholdenhed i en fortravlet hverdag

Når man har travlt, er det nemt at komme til at dumme sig i de mange tilbud om kager, chokolade, gode frokoster og middagsinvitationer.

Selv kender jeg det alt, alt for godt. Travlheden sætter nemlig allerede sine spor om morgenen. Træthed i kroppen gør, at man ligger 20 minutter for længe i sengen! Det går ud over morgenmadden, og så er den negative spiral i gang. Uden ordentlig morgenmad kan man holde stand til kl. 10, men så bliver chokoladerne og croissanterne for fristende.

For mig handler nye gode vaner om at stå op i ordentlig tid, så der kan blive ro til at få et sundt morgenmåltid. Det gør, at det er nemmere at modstå de mange fristelser, en travl og mødefyldt kalender konstant byder på. Min egen "forvandling", fra en mand på 105 kilo med en bodyage på 46 (jeg er 42) til 88 kilo med en bodyage på 36, gik igennem et sundt morgenmåltid.

Beslutningen om at komme i form betød kostmæssigt, at jeg startede med et sundt og mættende morgenmåltid. Jeg sørgede også for at forberede mellemmåltiderne ved at have gulerødder hos mig. Det reducerede sulten til frokost, hvilket gjorde det let at nøjes med det, jeg havde behov for. Samme taktik mellem frokost og aftensmad, som aldrig blev indtaget senere end kl. 19.

På det, jeg kaldte min rejse ned gennem kiloene, var jeg meget, meget mådeholden med alkohol, da det kaloriemæssigt udgør et mellemmåltid for hvert glas rødvin, der indtages. Da jeg også begyndte at løbe meget, gad jeg ikke løbe flere kilometer ekstra for også at kunne drikke rødvin. Det er min opfattelse, at nødvendigheden af at begrænse alkoholindtaget får mange danskere til



at "stå af" en kur, men hvis man vil tabe sig, er det efter min mening lette kalorier at spare.

I dag holder jeg min vægt med motion og omtanke for, hvad jeg spiser. Jeg er ikke længere asketisk, men hvis jeg har spist is en dag, er der noget, jeg ikke kan spise den næste dag. Jeg tror ikke på alt for meget "kalorie-tælleri", men det er vigtigt at være bevidst om, at man "ikke kan være med til festen hver dag".

Det er også vigtigt at tænke lidt fremad. Skal man til stor familie-fest lørdag, er det ikke smart at slippe tøjlerne allerede fredag. Lette løsninger findes ikke. En sund hverdag kræver konstant selvdisciplin og omtanke.

Jakob.Axel@ft.dk



Mænds fysiske aktivitet

Det er ikke nogen hemmelighed, at mænds kostvaner kunne være bedre, men hvordan står det til med den fysiske aktivitet?

Det kan man læse om i en rapport fra DTU Fødevareinstituttet. Rapporten har undersøgt voksne danskernes fysiske aktivitet, og det viser sig her, at knap halvdelen af mændene efterlever den officielle anbefaling om mindst 30 minutters daglig fysisk aktivitet af moderat intensitet. Det sker i forbindelse med deres arbejde, fritids- og motionsaktiviteter og udendørs aktivitet i tilknytning til hus og hjem (gør-det-selv-arbejde, havearbejde og lignende). 24 pct. af mændene dyrker desuden moderat til hård motion i 2-4 timer om ugen.

Find mere information om danskernes – også kvindernes – fysiske aktivitet via hjemmesiden www.food.dtu.dk. Herfra kan du linke til rapporten: Fysisk aktivitet i den voksne danske befolkning 2003-2006 (pdf).

Hvem giver råd, hvis din patient får komplikationer derhjemme?

Mange patienter, som får sondeernæring, oplever på et tidspunkt at få komplikationer. Dette kan vise sig ved f.eks. diarré, ubehag, opkast eller forstoppelse.



- Vores team af diætister har stor erfaring med at afhjælpe komplikationer hos børn og voksne
- Vi har et bredt sortiment af produkter, der i mange tilfælde kan afhjælpe disse problemer
- Vi står altid til rådighed som sparringspartner for både patienter, fagpersonale og pårørende
- Vi har en hotline udenfor normal åbningstid, hvis der opstår akutte problemer

Er du interesseret i at høre mere, eller ønsker du materiale tilsendt, er du meget velkommen til at kontakte en af vores diætister:

Region Sjælland
Ditte Møller Nielsen
Mobil: 21 71 00 58
E-mail: dmn@sw.dk

Region Hovedstaden
Carina Lütken
Mobil: 21 71 00 74
E-mail: cal@sw.dk

Region Nord- og Midtjylland
Pia Overgaard Bjørn
Mobil: 21 71 00 83
E-mail: pib@sw.dk

Region Syddanmark
Heidi Kristiansen
Mobil: 21 71 00 98
E-mail: hek@sw.dk

Simonsen & Weel®

Hvorfor mænds sundhed og sygdomme?

En masse paradokser og en lang række andre forhold gør det fornuftigt at sige, at vi må forholde os specifikt til mænds sundhed og sygdomme, eller som specialet hedder internationalt: 'Men's Health'. Derfor har vi oprettet et Selskab for Mænds Sundhed. Artiklen beskriver paradokser og de punkter, som det er vigtigt at fokusere på, når man sætter manden som køn i centrum.

Svend Aage Madsen



Indtil omkring 1970'erne var sundhedsvæsenet primært indrettet til hvide mænd fra middel- og overklassen. Forskning i sundhed og sygdomme, medicinsk forskning, havde ligeledes gennemgående denne målgruppe som område, hvorfra man så har overført resultater til resten af befolkningen, bl.a. kvinderne. Når man siden

begyndte at tale om køn i sundhedsvæsenet, handlede det om at få øje på kvinden og de særlige behov, hun kan have i forhold til sundhed og sygdomme (1).

Mændene var som sædvanlig langsomme i optrækket og meget usikre, når det gjaldt om at forholde sig til fænomenet køn og ikke mindst det, selv at være et køn. Hvis man endnu i dag blandt mænd fx til et møde taler om mandens køn, bliver der straks moro, urolig skraben med fødderne og der gås hurtigt væk fra emnet. Imidlertid kan vi i dag se, at det er kommet manden til skade ikke at blive set som et køn, for dermed er manden i virkeligheden blevet lige så usynlig, som kvinden var. Manden har ikke fået alle de fordele, der er ved at blive set som et køn.

Ingen er i tvivl om fornuften i den specificering af sundhedsydelser, der ligger i at aldersopdele befolkningen i børn, unge, voksne og gamle. Vi ved også, at social ulighed i sundhed og sygdom er en særdeles vigtig parameter. Der kan tænkes andre gruppeopdelinger, som kan være af betydning, fx hvor man er vokset op, både imellem lande og selv inden for landets grænser. Og som sagt har det været en kæmpe fordel for kvinder, at de har set sig selv og er blevet set som køn i forhold til sundhed og sygdom.

Manden som køn

Hvad ser vi, hvis vi vil se manden som et køn? Vi ser både noget



biologisk, dvs. det, som på engelsk er manden som 'sex', og noget socialt, psykologisk og kulturelt, det, som i kønsforskningen på engelsk kaldes 'gender'. Med begge kønsbegreber ser vi:

- Fagområder inden for sundhed og sygdom, der specifikt er knyttet til den mandlige biologi.
- Epidemiologiske forskelle, hvor mænd inden for visse sundheds- og sygdomsområder skiller sig ud med hensyn til bl.a. forekomst, dødelighed eller andre forhold.
- Sundhedsadfærd, der er 'typisk' for mænd, og opfattelser af symptomer og sygdom, der er fremherskende blandt mænd.
- Sundhedsvidenskabens og sundhedsvæsenets opfattelser af og behandling af mænd.

Paradokser

Hvis vi skal specificere det, kan vi pege på nogle paradokser, der har mandens køn som omdrejningspunkt:

For det første det, som mange kvinder vil sige er svaghed og ynkethed hos manden: Når mænd bliver forkølede, får influenza og andre ret ufarlige sygdomme, griner mange kvinder af mænd og bliver enormt irriterede på deres egen mand og synes, han overdriber og er klynkende. Paradokset her består i, at når mænd bliver alvorligt syge, har de ofte en tendens til ikke at ville snakke



så meget om det eller vise det for andre. Nu kan kvinden så ofte ikke forstå, at han ikke vil dele det med hende og opfordrer ham til at 'sige noget' om, hvordan han har det (2,3).

Et helt centralt paradoks er, at mænd har ca. fem års lavere middellevetid end kvinder. Men ved spørgsmålet om deres oplevelse af deres sundhedstilstand, svarer stort set alle mænd, helt op i halvfems års alderen, at deres helbred er godt eller endog meget godt (4).

Et tredje paradoks er, at mænd bruger den praktiserende læge mindre end kvinder det meste af livet, selvom de jo med den større dødelighed og større sygdomsforekomst har mere brug for forebyggelse og tidlig opsporing af sygdomme. Omvendt fylder mændene mere op i hospitalssengene, hvilket kunne tyde på, at de netop er kommet for sent til lægen med deres problemer (5).

Endnu et paradoks er, at der overalt i de industrialiserede lande er dobbelt så mange kvinder, der er diagnosticeret og i behandling for depression, mens der er næsten tre gange så mange mænd, der begår selvmord, selvom vi ved, at der er en nøje sammenhæng imellem depression og selvmord.

Det er også et paradoks i offentligheden om sygdom og sundhed, at selvom der stort set er lige så mange mænd, der årligt dør af prostatakræft, som der er kvinder, der dør af brystkræft, skrives der otte gange så mange avisartikler om brystkræft som om prostatakræft (6).

Et sidste paradoks, jeg vil nævne, er, at i undersøgelser om patienttilfredshed udtrykker kvinder på stort set alle punkter mest utilfredshed. Men det er også kvinder, der får mest ud af hospitalerne og sundhedsvæsenet. Fx har mænd ti procent dårligere overlevelse i forhold til et gennemsnit af de fleste kræftsygdomme og, som sagt, kortere levetid generelt (7).

Hvor skal der tages fat?

Det er disse paradokser og en lang række andre forhold, der gør det fornuftigt at sige, at vi må forholde os specifikt til mænds sundhed og sygdom, hvilket vi derfor gør i Selskab for Mænds Sundhed. De punkter, som det er vigtigt at fokusere på, når man sætter manden som køn i centrum, er:

Mænd behøver ikke at leve fem år kortere end kvinder. Mange af de forhold, der ligger bag mænds kortere middellevetid kan forebygges.

Mænds dødelighed er for stor ved en række sygdomme. Vi har længe vidst, at midaldrende mænd har en langt større dødelighed af hjerte-kar-sygdomme. Nu er hjerte-kar-sygdomme dalet ned på andenpladsen blandt sygdomme, man hyppigst dør af. I stedet er kræft nu den hyppigste dødsårsag i Danmark med en ganske markant kønsprofil i mændenes disfavør: Mænd har næsten 40 pct. større dødelighed af kræft, og mænd har 16 pct. større risiko for at udvikle kræft. Ser vi bort fra brystkræft, lungekræft og kønsspecifikke kræftformer har mænd næsten 70 pct. større dødelighed af kræft og har mere end 60 pct. større risiko for at få sygdommen (8).

Når det gælder 'mandesygdommen' - prostatakræft – så ser vi en sygdom i stor vækst. Prostatakræft er, med en vækst på to pct. om året, den hurtigst voksende kræftform i Danmark og den mest udbredte alvorlige kræftform blandt danske mænd. Hvert år får flere end 3000 konstateret kræft i prostata, og flere end 1300 dør af sygdommen. Det er dobbelt så mange, som der dør i trafikken. Problemet med den sygdom er, at man stort set ikke ved noget om, hvordan man kan forebygge den. Mulighederne for at opspore den tidsnok er usikre. Der er stor uenighed om, hvorvidt man bør lade sig undersøge eller ej. Der er mange negative effekter af operativ behandling og fare for, at mange kan blive behandlet unødigt.

Mænd har en dramatisk overdødelighed i de unge år. Generelt har mænd i alderen 15-30 år en dobbelt så høj dødelighed, sammenlignet med kvinder. Det er alt det, der handler om pludselig død. Fx har mænd ti gange så mange dødsfald årligt pga. arbejdsulykker. Denne forskel er udtryk for, at mænd i højere grad befinder sig i risiko-situationer, men også for mænds risikoadfærd, som også spiller ind på deres forhold til sundhed, livsstil og pasning af behandling.

Når det gælder de psykiske problemer, er der meget at tage fat på i forhold til mænd. Mænds psykiske problemer er underbehandlede, og mænd har en overhyppighed af selvmord. Dette har flere årsager, bl.a. at mænd har mindre kontakt med læger, at de i kontakten med sundhedsvæsenet sjældent får bragt deres psykiske problemer på banen, og at de få mænd, der er kendt af sundhedsvæsenet, før de begår selvmord, ikke anses for depressive og selvmordstruede og derfor ikke får den rette behandling. Nok så vigtigt ses der hos mænd hyppigere symptomer og tilstande, der ikke traditionelt henføres til depression. Hidtil er selve depressionens væsen blevet defineret ved neddæmpede og indadvendte reaktioner med elementer af selvnedvurdering og skyldfølelse. På mange måder er sådanne tilstande forbundet med reaktioner, man hyppigere tillægger kvinder end mænd. De særlige symptomer, man

hyppigere (men ikke kun) ser hos mænd, er bl.a. aggressivitet, lav impuls kontrol, vredesudbrud, misbrug (specielt alkohol), tilbagetrækning fra relationer, over-engagement i arbejde og rigide krav om autonomi.

Selskab for Mænds Sundhed arbejder bl.a. ud fra ambitionen om at møde mændene der, hvor de er, og sådan som de er. Der findes endnu ikke nogen politik her i Danmark for at gøre en særlig indsats for mænds sundhed, ligesom der er meget få eksempler på og midler til forskning specifikt i mænds sundhed og sundhedstilbud til mænd.

Derfor opfordres sundhedsprofessionelle, politikere og beslutningstagerne i sundhedsvæsenet til at anerkende mænds sundhed som en særskilt og væsentlig problemstilling, såvel i den praktiske daglige kommunikation om sundhed og sygdom, som i kampagner og medier. Der er behov for at blive bedre til at forstå mænds holdning til sundhed, at udvikle tilbud, der tilgodeser mændene, igangsætte sundhedsfremmende projekter målrettet mænd, og at udvikle en sundhedspolitik, der fremmer mænds sundhed.

svendaage@madsen.mail.dk

Læs mere om Selskab for Mænds Sundhed på www.sundmand.dk

Referencer

1. White A. 2004, "Men's Health" in the 21st Century'. International Journal of Men's Health. 5,1-17.
2. Madsen S.Aa. 2006, 'Mænd og sind', i: Christensen K, Graugaard C, Bonde H, Wulff-Helge J, og Madsen S.Aa. (red.) Kend din krop, mand. Aschehoug, København.
3. Madsen S.Aa. (2007) Mænd, køn, sundhed og sygdom. Tidsskriftet Politik, Tema om 'Køn'. Nummer 2: Årgang 10. 48-57.
4. Christensen K. (2006) Mænd og Sundhed. I: Christensen K, Graugaard C, Bonde H, Wulff-Helge J. & Madsen, S.Aa. (red) Kend din krop, mand. København: Aschehoug.
5. Juel K, & Christensen K. (2007) Are men seeking medical advice too late? Contacts to general practitioners and hospital admissions in Denmark 2005. Journal of Public Health. 30,111-13.
6. Infomedia (2008) [http://www.infomedia.dk/dk/Menu/Aktuelt/Nyheder/Brystkr% c3% a6ft+hitter+i+medierne](http://www.infomedia.dk/dk/Menu/Aktuelt/Nyheder/Brystkr%c3%a6ft+hitter+i+medierne)
7. Madsen S.Aa. (2007) Men's special needs and attitudes as patients. Int Journ Men's Health & Gender. 4,361-62.
8. White A, Thomson C, Forman D, & Meryn S. (2010) Men's Health and the Excess Burden of Cancer in Men. European Urology Supplements 9, 467-470.



Mænd og rygestop

Mænd "kan selv", når det kommer til rygestop. Ud af 11.000 mænd i KRAM-undersøgelsen, som er holdt op med at ryge, angiver næsten 9.000, at de 'bare holdt op'. Kun 330, svarende til tre pct., angiver et rygestopkursus som årsag til, at de kunne holde op. Kvinder benytter sig i lidt højere grad af kurser og hjælpetilbud end mænd (KRAM-undersøgelsen i tal og billeder. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Trygfonden 2009).

Mændene er tilsyneladende også bedre til at gennemføre et eventuelt rygestopkursus. Tal fra rygestopbasen i 2009 viser at, selvom flere kvinder end mænd går på kursus, gennemfører 66 pct. af mændene kurset mod 59 pct. af kvinderne. Flere mænd end kvinder er også røgfri ved kursusafslutning (51 pct. versus 43 pct.). (www.rygestopbasen.dk).

Diætist på job i Mænds Sundhedsuge

Når kitlen skiftes ud med gul sikkerhedsvest og reflekstriber, kommer motivationen og interessen frem hos en gruppe borgere, vi ellers har vanskeligt ved at nå. Dette er i hvert fald diætistens erfaring fra Men's Health Week 2009.

Maria Gamborg



Hvert år markeres Men's Health Week. Baggrunden for, at man markerer ugen er, at mænds forventede levetid verden over og i Danmark er unødvendigt lav. Alt for mange mænd dør for tidligt af årsager, som kan forebygges. Mænd har endvidere en særlig høj rate af selvmord, samtidig med at deres psykiske problemer synes underbehandledede.

Og så lever de livet farligt på en række områder - også med hensyn til deres livsstil! Desuden er de mindre tilbøjelige til at søge lægehjælp tidligt i et sygdomsforløb, og når de først kommer i kontakt med Sundhedsvæsenet, opfylder dette ikke altid mændenes særlige behov i forhold til sundhed og sygdomme.

I 2009 var temaet for Men's Health Week "Mænd og Cancer". Årsagen til at man valgte at sætte fokus på mænd og cancer var, at mænd har en større forekomst af stort set alle cancersygdomme, og at de har en overdødelighed af de fleste cancersygdomme.

Som klinisk diætist indgik jeg i et samarbejde med Regitze Siggaard fra Fuldkornpartnerskabet og Jonna Winther, projektleder på "Godt Arbejdsliv - Århus", Folkesundhed, Århus Kommune. Her deltog jeg i Folkesundhed, Århus Kommunes forskellige aktiviteter i forbindelse med Men's Health Week. Vi besøgte en række virksomheder og servicestationer og tilbød disse steder sundhedstjek til henholdsvis ansatte og kunder. Blandt andet var der mulighed for kulitemåling, lungefunktionstest og måling af blodtryk. Endvidere var der mulighed for vejledning i de 8 kostråd og information om fuldkorn ved klinisk diætist.

Tilbuddet blev taget rigtig godt imod. Mange mænd gav udtryk for, at det var et godt initiativ, at vi kom ud til dem. En del fortalte, at de havde svært ved at tage sig sammen til at gå til læge, og flere

gav udtryk for, at de følte sig afviste, når de gik til læge for at få foretaget sundhedstjek. Det var utroligt positivt at opleve den imødekommenhed, der var fra deres side. Og vi erfarede vigtigheden af, at vi som sundheds- og ernæringsprofessionelle kommer ud blandt borgerne og møder dem der, hvor de er!

Selv om man måske kan hævde, at benzinstanderen ikke er det bedste forum for optagelser af kostanamneser og følgende individuel vejledning, så var vi i et forum, hvor mændene var modtagelige. Somme tider gik der sport i, hvem der kunne puste bedst i kulitemåleren, der var kammeratlige drillerier, og så var varedokumentationerne lige ved hånden inde i butikken. Analogien til, hvordan de puslede og plejede deres biler, men ikke tænkte over egen sundhed, blev også tydeligt, når vores blotte tilstedeværelse fik dem til at blive bevidste om de hot dogs og vaffelis eller cigaret-pakker, som lige røg med i farten, når bilen var blevet vasket, støvsuget og havde fået tanket blyfri.

Den største udfordring var nok i virkeligheden at få mændene til at opdage, at vi var der. Altså at få dem til at standse bilen og vælge den servicestation, vi besøgte. Når først motoren var slukket, var situationen en anden. Hvor vi måske ofte sidder tilbage med frustrationer over manglende motivation hos henviste patienter på landets sygehuse, var situationen en anden her. Mændene kom nysgerrigt hen for at se, hvad der skete og stod flere steder i kø for at være med.

Der var naturligvis også skepsis, særligt hvis snakken faldt på sund ernæring, som for mange mænd er lig "kaninføde" og ikke noget, man bliver mæt af. Men når opskriftsamlingen fra Fuldkornpartnerskabet med "Smagen af fuldkorn - særligt til mænd" blev præsenteret med, at den bl.a. var udviklet af en mand til mænd, så var interessen en helt anden. Og erkendelsen af, at selv en pariserbøf kan være sund, fik de fleste mænd til at gå smilende hjem med nysgerrighed på at prøve "det der fuldkorn"!

Læs mere om "Smagen af fuldkorn - særligt til mænd" og se opskrifter på http://fuldkorn.dk/files/Opskrifter/Opskriftsfolder_09.pdf

mg@diaetist.dk

Foreningen af Kliniske Diætister ønsker et bredt samarbejde blandt ernæringsprofessionelle, herunder PBESere.

Foreningen ønsker, at ernæringsprofessionelle ikke kun står sammen rent fagligt, men også fagforeningsmæssigt. Derfor vedtog en enig generalforsamling i marts 2010 at åbne for optag af bl.a. alle Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed (og tilsvarende uddannelser, fx EHer), samt Cand. Scient. i Klinisk Ernæring og Cand. Scient. i Human Ernæring.

I Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD) ønsker vi at styrke samarbejdet mellem ernæringsprofessionelle. Særligt i kommunale stillinger arbejder kliniske diætister i dag tæt sammen med andre ernæringsprofessionelle. I sundhedscentrene varetages opgaver omkring sundhedsfremme og forebyggelse, og hvor Professionsbacheloren i Ernæring og Sundhed qua sit speciale er den helt rigtige til at varetage sundhedsfremmeopgaver og opgaver omkring den borgerrettede forebyggelse, så er den kliniske diætist med sine specifikke kompetencer og sin autorisation den helt rigtige til at varetage den patientrettede.

Dette gør den kliniske diætist til nær kollega og faglig sparringspartner med de øvrige ernæringsprofessionelle. I FaKD ser vi det derfor som en naturlig følge at udvide medlemsskaren for at styrke det brede samarbejde, dels pga. den nye uddannelsesstruktur, hvor alle professionsbachelor i Ernæring og Sundhed (også kliniske diætister) deler samme basisuddannelse, og dels pga. den nationale handlingsplan for forebyggelse.

FaKD ønsker at synliggøre ernæringsprofessionelle

FaKD har eksisteret i mere end 30 år og har bidraget væsentligt til at styrke kendskabet til kliniske diætister. Det er desuden takket være foreningens indsats, at diætister har en titelbeskyttelse og en statsautorisation, og at vi i dag er en anerkendt faggruppe. Helt anderledes ser det ud for mange af de nyuddannede Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed, som i dag må kæmpe mod den udfordring det er at være en relativt ny og ukendt uddannelse.

I FaKD vil vi derfor arbejde for at styrke kendskabet til vores nye ernæringsprofessionelle kolleger. 'Klinisk diætist' og 'diætist' er lovbeskyttede titler gennem autorisationsloven. Medlemskab af



FaKD giver dermed ikke i sig selv ret til at anvende denne titel, idet den er forbeholdt autoriserede kliniske diætister. Men vi vil i FaKD aktivt arbejde for arbejdstitler til alle PBESere uanset specialelinje, ligesom vi ønsker at synliggøre alle over for potentielle arbejdsgivere.

Cand.scient. er

Flere og flere diætister tager en videreuddannelse, og alene af den grund har vi ønsket i FaKD at tydeliggøre, at man selvfølgelig kan fortsætte sit medlemskab af FaKD, selvom man læser videre. Og for netop at styrke vores medlemservice er FaKD pr. 1. januar 2010 blevet en AC organisation via vores medlemskab af fællesrepræsentationen, "de 6". Det betyder, at FaKD naturligvis også forhandler løn for vores videreuddannede medlemmer, og at alle medlemmer, uanset uddannelse, med fordel kan melde sig ind i ACs a-kasse, AAK. Her gives god service til en fornuftig a-kasse pris, og for studerende er der mulighed for gratis medlemskab.

Studerende

FaKD har selvfølgelig også fokus på de studerende på de relevante uddannelser. Medlemskab af FaKD giver et godt netværk at

bygge videre på, hjælp, når der er brug for det, og mulighed for at deltage i FaKD aktiviteter og modtage vores blad, Diætisten. Og alle studerende er velkomne, hvilket vi gerne fortæller mere om, når vi er rundt på uddannelsesinstitutionerne.

Den rette ernæring har stor betydning for sundheden og sygdomsrisikoen for den enkelte borger. Derfor ønsker vi i FaKD at få sat ernæring endnu højere på dagsordenen. Ernæring er et af de områder, hvor en indsats nu kan spare mange penge på sigt,

samtidig med at den rette ernæring er med til at højne livskvaliteten for den enkelte borger. Med et bredt samarbejde mellem ernæringsprofessionelle åbnes op for dialog og tværsektorielt samarbejde mellem ansatte i regioner og kommuner. Herved styrkes rammerne for gode sundhedsfremme-, forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringstilbud, hvilket giver gode, sammenhængende patientforløb og dermed også de bedste muligheder for arbejdet med ernæring og sundhed.

Af advokat Henrik Karl Nielsen, NORSKER & CO. ADVOKATER

Uberettiget bortvisning

FaKD har for nylig indgået forlig med Region Syddanmark i en meget alvorlig medlemssag. Det er heldigvis sjældent, at vi får henvendelser fra medlemmer, der bliver opsagt. Helt usædvanligt er det, at vi har sager for medlemmer, der ligefrem bliver bortvist fra deres arbejde, fordi arbejdsgiveren mener, at de groft har misligholdt deres forpligtelser.

Vi fik i efteråret 2008 en henvendelse fra et medlem på Sygehus Sønderjylland, der havde været sygemeldt siden sommerferien. Sygehuset ønskede - mens medlemmet var sygemeldt - en "tjenstlig samtale", dels om sygefraværet og dels om nogle forhold vedrørende udførelsen af


arbejdet. Man er naturligvis ikke forpligtet til at møde på arbejde, hvis man er sygemeldt. Og da man ikke altid selv er herre over sit helbred, er almindelig sygdom ikke noget, der bør drøftes ved

en "tjenstlig samtale". Omvendt siger al erfaring, at det bliver sværere at vende tilbage til arbejde, jo længere man har været syg.

Vi vurderede fra FaKDs side sammen med medlemmet, at sagen kaldte på en ordentlig dialog mellem parterne, så der kom kontrol over situationen. Derfor besluttede vi at deltage i den tjenstlige samtale i Sønderborg sammen med medlemmet. Under samtalen fremkom den ledende kliniske diætist med forskellige kritikpunkter over for vores medlem. Det forekom som en samling af bagatelagtige forhold, der sædvanligvis løses ved, at leder og medarbejder er i løbende dialog. Ganske usædvanligt blev der fra sygehusets side forlangt en "handleplan", der omfattede en tidsplan for, hvornår medlemmets sygemelding skulle ophøre. Det er i sidste ende en lægelig vurdering, om man er syg. Sygehus Sønderjylland forlangte ikke lægeerklæring fra vores medlem, og det blev ikke drøget i tvivl, at der var tale om sygdom. I stedet indkaldte sygehuset til en ny "tjenstlig samtale", da medlemmet ikke blev rask inden for den tidsfrist, som sygehuset havde dikteret. Vi fandt fremgangsmåden uhørt og meldte afbud til samtalen med henvisning til, at medlemmet fortsat var syge-

Henrik Karl Nielsen





meldt. Sygehusets reaktion var yderligere uhørt, idet man besluttede at bortvise medlemmet på grund af "udeblivelse" fra samtalen.

En bortvisning betyder, at ansættelsesforholdet ophører uden opsigelsesvarsel, hvorved man ikke som normalt modtager løn i en opsigelsesperiode. Det er en alvorlig sanktion, der kun kan bruges, hvis en medarbejder groft har misligholdt sine pligter på arbejdet. FaKD meddelte derfor naturligvis straks Sygehus Sønderjylland, at vi fandt bortvisningen klart uberettiget.

Telefoniske drøftelser og mailveksling med Sygehus Sønderjyllands HR-afdeling førte ikke til nogen tilfredsstillende løsning af sagen, og efter en tid ophørte Sygehus Sønderjyllands vilje til overhovedet at søge sagen løst i mindelighed.

Det er usædvanlig groft at bortvise en medarbejder med henvisning til en sygemelding fra en samtale med ledelsen. Helt uacceptabelt er det naturligvis for os som fagforening, at en offentlig arbejdsgiver lukker alle kommunikationskanaler, når vi ønsker en bortvisning forhandlet. FaKDs bestyrelse besluttede derfor, at sagen var så principiel, at man ville benytte muligheden i foreningens vedtægter for, at foreningen kunne videreføre sagen ved retten.

Straks efter, at sagen var indbragt for retten, valgte Region Syddanmark, som Sygehus Sønderjylland hører under, at udbetale medlemmet løn som opsagt, dvs. løn i opsigelsesperioden (6 måneder). Medlemmet modtog simpelthen en lønseddel og en bankoverførsel på beløbet, uden at der blev givet særskilt besked til FaKDs advokat. Udbetalingen af lønnen var samtidig ensbetydende med, at Regionen trak bortvisningen tilbage. Da medlemmet ifølge sit anciennitetskort havde mere end 12 års anciennitet, havde vi rejst krav om udbetaling af den lovpligtige (ref. funktionærloven) fratrædelsesgodtgørelse på en ekstra månedsløn. Regionen nægtede at udbetale dette beløb. Man henviste til, at man ikke på medlemmets personalesag kunne finde oplysninger

om ansættelse 12 år tilbage. Vi henholdt os til, at ancienniteten udtrykkeligt stod i Sygehus Sønderjyllands lønsystemer. Roderi i personalesager kan naturligvis ikke være hverken vores eller medlemmets problem. Efter lange og tidskrævende forhandlinger lykkedes det at få Region Syddanmark til at udbetale en ekstra månedsløn som fratrædelsesgodtgørelse. Herefter fandt retssagen en tilfredsstillende forligsmæssig løsning.

Men det burde slet ikke være kommet så vidt. Længere sygefravær kan og bør håndteres fremadrettet og konstruktivt. Og hvis ledelsen, som her, ønsker, at en medarbejder ændrer arbejdsrutiner, kan man - som på alle arbejdspladser - tale sammen om dette, så begge parter sammen finder en tilfredsstillende løsning. Ligesom man naturligt indgår i dialog med den ansattes fagforening, hvis dette ønskes. Så når vi som fagforening opfordrer en offentlig arbejdsgiver til en drøftelse af en alvorlig afskedigelses-sag, bør en løsning ikke først komme i stand, når sagen er indbragt for retten.

Det er naturligvis glædeligt, at en grovkornet afskedigelses-sag løses ved, at vi opnår 7 månedslønninger til et medlem. Men en sådan sag kaster skygger på det, der burde være et konstruktivt samarbejde mellem fagforening og arbejdsgiver. Det er ikke tilfredsstillende, hverken for FaKD eller vores medlemmer, at vores regioner ikke retter sig efter loven og forsøger at undgå dialog i stedet for at samarbejde - dette kan resultere i nødvendigheden af at rådgive vores medlemmer til ikke at søge stilling i regionerne, hvis arbejdsforholdene er som skitseret her, eller - som vi også oplever - lønforholdene er for dårlige.

Møde- og kongreskalender 2010

14. – 20. juni:

Men's Health Week. Se program og aktiviteter i ugen på www.sundmand.dk

9. – 10. juli:

The 4th Scandinavian Pediatric Obesity Conference (SPOC2010), Stockholm, Sverige, (www.childhoodobesity.info/spoc2010/)

26. – 27. juli:

The 2010 IANA (International Academy on Nutrition and Aging), Albuquerque, Santa Ana Pueblo, New Mexico, USA, (www.healthandage.com/html/min/iananda)

1. september:

Danske Regioner/Teknologirådet: Seminar om behandling af overvægt og fedme. København. Endeligt program, tilmelding og pris vil i nærmeste fremtid fremgå på www.regioner.dk

29. – 30. september:

Folkesundhedsdagene i Nyborg.

Se www.danskselskabforfolkesundhed.dk



Du store verden.....

Diætisten laver i december 2010 et temanummer om diætisters arbejde og oplevelser uden for landets grænser.

Har du selv arbejdet udenlands – eller kender du en, der har – hører vi meget gerne fra dig.

Send redaktionen en mail på: mortensen.ulla@gmail.com



BESTYRELSESUDVALG

Redaktionsudvalg: Anne Marie Beck

Forretningsudvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen

PR-udvalg: Formand Ginny Rhodes og næstformand Mette Pedersen

Hjemmesideudvalg: Formand Ginny Rhodes, Anne Sofie Wendelboe og Maria Gamborg

Medlemsudvalg: Dorthe Wiuf Nielsen, Karen Thomsen, Maria Gamborg

Fagligt udvalg: Dorthe Wiuf Nielsen, næstformand Mette Pedersen og Anne Sofie Wendelboe

Nordisk Dietistforening/Nordic Dietetic

Association: Sekretær Helle Skandorff Vestergård

Diætistens tema i august er kosttilskud

Ny Nutrison

Bedre **tolerance** i øvre og nedre mave-tarmkanal

Ny
formula



For yderligere information om **Ny Nutrison** kan du kontakte din lokale Nutricia konsulent eller ringe til os på 7021 0709.

NUTRICIA
Nutrison