

Forskelle mellem mænd og kvinder

32

- Mænd har færre sygdomme og helbredsproblemer end kvinder.
- Mænd har færre funktionsindskrænkninger.
- Mænd vurderer eget helbred mere positivt end kvinder.
- Alligevel har mænd i alle aldre en højere dødelighed end kvinder.
- Baggrunden for paradokset er uden tvivl multifaktoriel. Biologiske og genetiske faktorer, livsstil og sundhedsvaner, levevilkår og sociale roller samt forskelle i brug af sundhedsvæsenet er af betydning.

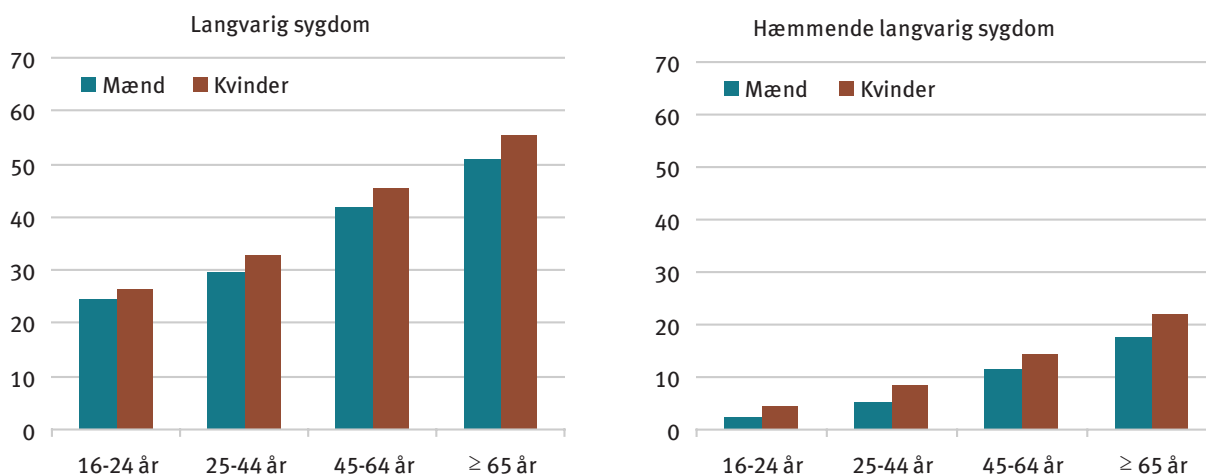
Kønnsforskelle i helbred og dødelighed – et paradoks

Der er en påfaldende uoverensstemmelse mellem mænds og kvinders helbred og dødelighed. Mænd er generelt stærkere, rapporterer om færre sygdomme og har færre begrænsninger i deres daglige aktiviteter. Alligevel er mænds dødelighedsrater væsentligt højere end kvinders i alle aldre, fra 0 til 100 år.

Årsagerne til dette paradoks – at kvinder lever længere end mænd, men har et dårligere helbred – er mangfoldige. Mange forskellige faktorer synes at kunne bidrage til forklaringen heraf. Biologiske og genetiske faktorer, livsstil og sundhedsvaner, levevilkår samt brug af sundhedsvæsenet er alle faktorer, som på forskellig måde kan bidrage til forklaringen af paradokset.

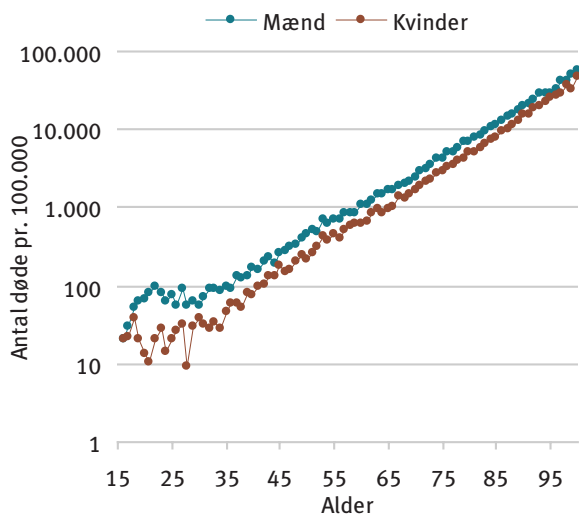
Figur 32.1 illustrerer paradokset. I alle aldersgrupper er andelen af kvinder med langvarig sygdom hhv. langvarig sygdom

Figur 32.1. Forekomst (%) af langvarig sygdom hhv. meget hæmmende langvarig sygdom blandt danske mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2005.



Kilde: Ekholm et al, 2006.

Figur 32.2. Aldersspecifikke dødelighedsrater for mænd og kvinder i Danmark 2004-2005.



Kilde: Danmarks Statistik.

dom, der er hæmmende for de daglige gøremål, større end blandt mænd. Alligevel har mænd en højere dødelighed i alle aldre (figur 32.2).

Kønssforskelle i dødelighed: historisk og internationalt

Siden 1700-tallet har der været dødelighedsstatistikker i en række vestlige lande, og et gennemgående mønster har været, at kvinder har haft en lidt længere middellevetid på trods af betydelig dødelighed i forbindelse med fødsel og barsel. Med udviklingen i levevilkår og levevaner i forbindelse med den økonomiske fremgang er kvindernes forspring øget op gennem de første tre fjerdedele af det 20. århundrede i de fleste vestlige lande, inkl. Danmark, mens udviklingen har været uensartet i de sidste 25 år. Mand-kvindeforskellene i dødelighed snævrede således ind i de fleste europæiske lande fra 1980. I Danmark var forskellen størst i 1970'erne og 1980'erne (1). Herefter har en gunstige udvikling i dødeligheden blandt mænd ført til formindskede kønssforskelle i dødelighed, men endnu i 2006 var kvindernes middellevetid 80,4 år, hvorimod mændenes var 75,9 år (se kapitel 4).

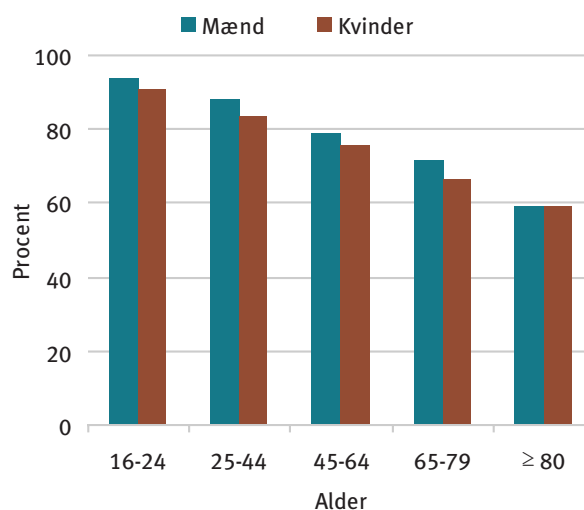
Overlevelsen blandt ældre danskere er forbedret markant over de sidste 50 år, hvilket er afspejlet i en næsten eks-

ponentiel vækst af 100-årige. Bag den store vækst af 100-årige gemmer der sig imidlertid meget store kønssforskelle – væksten skyldes næsten udelukkende en øgning af antallet af 100-årige kvinder. Hvor der for få årtier siden var dobbelt så mange 100-årige kvinder som mænd, er der nu fem gange så mange. Hvis man bruger antallet af 100-årige som indikator for sundhedstilstanden og sundhedsvæsenets behandlende indsats over for de allerældste – på samme måde som spædbarnsdødeligheden kan anvendes som indikator for svangre- og børneomsorg – tyder det på, at de ældste danske mænd ikke i samme grad som danske kvinder har fået fordel af de forbedrede levevilkår og behandlingsmuligheder for ældre. Andre lande har set en mere parallel udvikling i antallet af 100-årige mænd og kvinder, så den danske udvikling kan næppe blot afskrives som en biologisk, ikke-påvirkelig forskel (2).

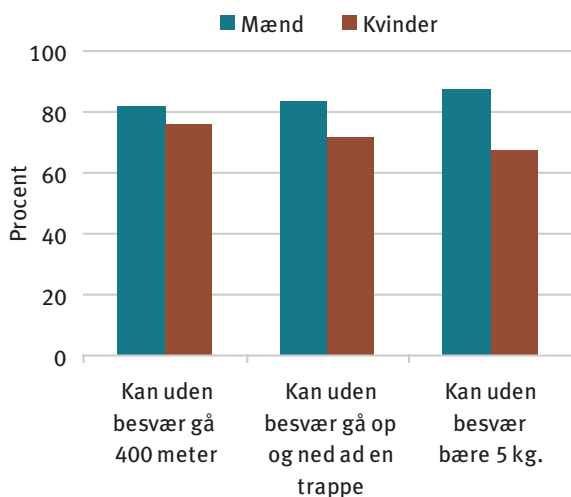
Kønssforskelle i selvrapporeret helbred, daglige gøremål (ADL) og målinger af fysisk formåen

Langt de fleste studier, om end ikke alle, finder ringere selvrapporeret helbred blandt kvinder sammenlignet med mænd (3,4) (figur 32.3). Kvinder har med alderen også sværere ved at udføre de daglige gøremål (ADL – Activities of

Figur 32.3. Virkelig godt og godt selvvurderet helbred blandt danske mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2005.



Figur 32.4. Fysisk funktionsniveau blandt danske mænd og kvinder på 60 år eller derover. 2005.



Kilde: Ekholm et al, 2006.

Daily Life), og har dermed større risiko for at udvikle alvorlig funktionsindskrænkning end mænd. Figur 32.4 viser, at blandt 60-årige kan en større andel af mænd end af kvinder uden besvær klare en række forskellige fysiske funktioner. Forskellene ses inden for alle aldersgrupper. Forløbsundersøgelser viser, at fysiske funktionsindskrænkninger på alle alderstrin er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd – både når det gælder forekomst af nye tilfælde af funktionsindskrænkninger (incidens) og forekomst på et givet tidspunkt (prævalens).

I Danmark er middellevetiden for kvinder som nævnt næsten fem år længere end for mænd, men antallet af leveår uden funktionsindskrænkning er næsten det samme hos mænd og kvinder (se figur 4.14) (5).

Kønsforskelle i sygelighed

Spørgsmålet om kønsforskelle i sygelighed er mere komplekst. Eksempelvis sker incidensstigningen i hjerte-kar-sygdomme ca. ti år tidligere hos mænd end hos kvinder, og dødeligheden er omtrent dobbelt så høj for mænd som for kvinder blandt midaldrende, men den mandlige overvægt af hjerte-kar-sygdom og dødelighed reduceres efter 60-årsalderen, og efter 80-års alderen er forskellen beskeden (6) (kapitel 5). Nogle studier har fundet, at åreforkalkning (målt ved antal arteriosklerotiske plaques) er mere udbredt blandt

Tablet 32.1. Andel (%) blandt mænd og kvinder med langvarig sygdom, forskellige former for specifikke sygdomme¹⁾, gener og symptomer²⁾ samt gennemsnitligt antal rapporterede sygdomme. 2005.

	Andel med sygdom		Gennemsnitlig antal sygdomme	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Langvarige sygdomme	37,8	41,7	1,4	1,5
Specifikke sygdomme	59,4	66,6	1,8	2,2
Gener og symptomer	75,3	84,0	2,6	3,3
Meget generende gener og symptomer	32,3	46,8	1,9	2,2

¹⁾ Interviewpersonerne udspørges på basis af en liste med 19 forskellige sygdomme, f.eks. allergi, ryggsygdom, forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine.

²⁾ Interviewpersonerne udspørges på basis af en liste med 14 forskellige former for gener og symptomer, f.eks. smerter i skulder eller nakke, søvnbesvær, eksem, forkølelse og skal for hver rapporteret gene eller symptom angive, om de er meget eller lidt generet af det.

Kilde: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

mænd i næsten alle aldersklasser, hvorimod andre studier viser sværere apopleksier (hjerneblødninger) hos kvinder end hos mænd. Akut myokardieinfarkt (blodprop i hjertets kranspulsårer) er alvorligst hos enten mænd eller kvinder afhængigt af hvilken målemetode, der bliver brugt til at evaluere sygdommens sværhedsgrad (7). Det betyder, at kønsforskelle ved sygdom kan afhænge af hvilken sygdom og aldersgruppe, man undersøger, og hvilke udfald og procedurer, man anvender til at måle sværhedsgraden.

I følge de fleste befolkningsstudier har kvinder højere gennemsnitligt antal rapporterede symptomer end mænd (tabel 32.1), og bortset fra de kønsspecifikke sygdomme en højere prævalens af migræne, bevægeapparatssygdomme (se figur 7.2) og autoimmune sygdomme. Autoimmune sygdomme omfatter lidelser, der formentlig opstår som følge af en defekt i immunsystemet og viser sig ved, at patienten reagerer på sit eget væv og beskadiger dette, f.eks. struma og tarmsygdomme som Crohns sygdom og colitis ulcerosa. Kvinder har således en overvægt af sygdomme, der er forbundet med lav dødelighed, mens mænd har en øget forekomst af hjerte-kar-sygdomme, som er forbundet med en betydelig dødelighed. Indtil 1950'erne havde mænd og kvinder samme kræftdødelighed, som kvinder stort set har bibeholdt, mens mændenes kræftdødelighed er steget – hovedsageligt på grund af rygerelaterede kræftsygdomme (8) (se også kapitel 6).

Forklaringer på helbreds- og dødelighedsparadokset

Der er ikke én men mange forskellige teorier om og forklaringer på forskellene i mænd og kvinders sygelighed og dødelighed. Ingen af forklaringerne kan stå for sig selv men indgår i et komplekst samspil. Nedenfor omtales en række af forklaringsmodellerne, idet der sondres mellem forklaringer og teorier med vægt på biologiske forhold, livsstil, levevilkår samt brug af sundhedsvæsenet.

Biologi og genetik

Blandt de mest fremtrædende biologiske forklaringer er hormonelle, autoimmune og genetiske forklaringer.

Østrogen

Hos kvinder stiger forekomsten af hjerte-kar-sygdomme markant efter overgangsalderen. Da naturligt (endogent) østrogen sænker skadelige fedtstoffer i blodet (LDL - det dårlige kolesterol) og øger det "gode" kolesterol (HDL) samtidig med, at det har en gunstig indflydelse på en række degenerative (nedbrydende) processer, mest udtalt osteoporose (knogleskørhed), har det ført til den hypotese, at østrogen er en central faktor i helbreds- og dødelighedsparadokset (9). Indtil for få år siden var det en almindeligt accepteret antagelse, at hormonbehandling (hormone replacement treatment - HRT) kunne reducere kvinders risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme efter overgangsalderen. Imidlertid tyder nyere undersøgelser på, at en sådan hormonbehandling øger risikoen for at udvikle hjerte-kar-sygdomme, blodprop i lungerne og blodprop i hjernen (10,11). Samtidig er der dokumenteret en beskyttende effekt af HRT-behandling over for kræft i tarm og livmoder samt osteoporose (11,12).

Medens østrogenhypotesen kan være en forklaring på helbreds- og dødelighedsparadokset blandt midaldrende og yngre ældre, synes den at være mindre velegnet til at forklare forskellene hos de ældste kvinder, hvor østrogenproduktionen er ophørt i forbindelse med overgangsalderen flere tiår tidligere.

Immunapparatet

Incidenten og prævalensen af sygdomme i bevægeapparatet er højere hos kvinder end hos mænd, og især de autoimmune systemiske sygdomme er hyppigere hos kvinder (13).

Det mandlige kønshormon testosteron virker immunreducerende og den mindre mandlige "immunkompetence" har været foreslået som en central mekanisme i helbreds- og dødelighedsparadokset.

Allerede i spædbarns- og barnealderen har drenge en større sygelighed pga. infektionssygdomme og deres dødelighed er højere end pigers. Højere dødelighed blandt mænd i forbindelse med infektion ses i nogle lande (men ikke udtalt i Danmark, fraset AIDS), men omvendt kan det reducerede immunrespons være årsagen til, at mænd sjældnere får autoimmune sygdomme. Men da infektionssygdomme er en relativt sjælden dødsårsag, synes immunkompetence kun at kunne forklare en mindre del af paradokset om mænd og kvinders sygelighed og dødelighed.

X-kromosomet: kvinder har to chancer

Kvinder er en mosaik af to genetisk forskellige cellelinier: en linie, hvor faderens X er aktivt, og en linie, hvor moderens X er aktivt. Dette er åbenlyst en fordel ved kønsbundne sygdomme, men det har også været foreslået, at det generelt er en fordel at have to cellelinier i alle organer. Med alderen er der en øget andel af kvinder, der kun har den ene cellelinie tilbage i blodet. Studier af perifere blodceller hos ældre, enæggede, kvindelige tvillinger viser en stærk tendens til, at den samme cellelinie bliver dominerende med alderen hos to tvillingesøstre, hvilket tyder på, at den ene cellelinie er "stærkere" end den anden hos mange kvinder. Kvinder har således et "back-up" system, når den ene cellelinie uddør (14).

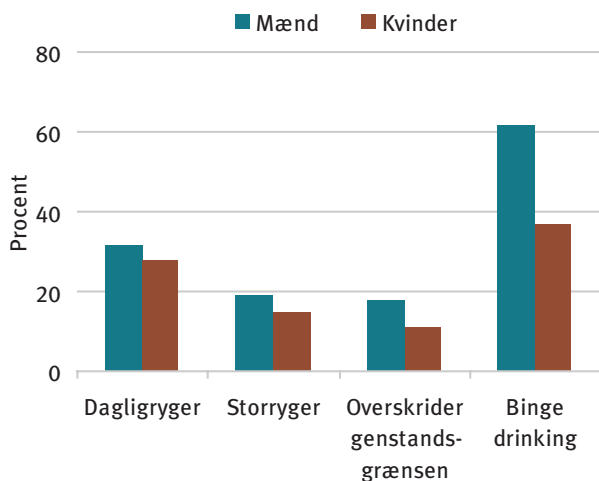
Livsstil

Kønsmæssige forskelle i sygelighed og dødelighed kan til dels forklares ved forskelle i mænd og kvinders livsstil, sundheds- og risikoadfærd.

Det er dokumenteret, at mænd langt hyppigere har dårligere sundhedsvaner end kvinder. Det gælder rygning, alkoholforbrug (figur 32.5), kost, overvægt og brug af euforiserende stoffer. Kun mht. fysisk aktivitet har mænd bedre sundhedsadfærd end kvinder (4).

Der er generel enighed om, at cigaretrykning er den største, kendte enkeltfaktor, der medvirker til forskellen i middellevetid for mænd og kvinder, men også at det ikke forklarer hele forskellen. Dels er der betydelig forskel i middellevetiden for mænd og kvinder, der aldrig har røget, og dels var der allerede forskelle i middellevetiden, inden rygning blev et betydeligt helbredsproblem (13).

Figur 32.5. Rygeadfærd og alkoholforbrug blandt mænd og kvinder, 2005.



Kilde: Ekholm et al, 2005.

Levevilkår

Der er i høj grad ligestilling mellem mænd og kvinder i det danske samfund. Alligevel er der forskelle på de betingelser, mænd og kvinder lever under og dermed også på risikoen for at blive syg. Selv om uddannelsesniveauet generelt er steget i Danmark (se figur 3.4) er det fortsat kvinderne, der er dårligst uddannet og dermed også ofte får de mest belastende job.

Undersøgelser af arbejdsmiljøforhold viser klare sociale forskelle (4,15). Det generelle billede er, at det fysiske arbejdsmiljø er dårligst blandt lønmodtagere på grundniveau og blandt andre lønmodtagere, dvs. de grupper, der har kortest eller ingen erhvervsrettet uddannelse. Det er også de grupper, der har ringe indflydelse på deres arbejde, i ringe grad har meningsfyldt arbejde og har ringe fremtidsudsigter (se tabel 33.1 og 33.2). Kvinders større sygelighed og især højere forekomst af bl.a. muskel- og skeletsygdom (16) kan således i et vist omfang forklares ved de arbejdsmæssige betingelser.

Arbejdsdelingen i hjemmet er fortsat skæv (17) og dermed også et bidrag til forklaringen af kvinders større sygelighed end mænds. Selvom forskellene er mindsket siden 1987 bruger kvinder fortsat mere tid på husholdning og omsorg for børn end mænd. Den større forekomst af stress blandt kvinder end blandt mænd er også sat i relation til kvinders

dobbeltarbejde og til en hypotese om, at psykosocialt stress synes at belaste mænd og kvinder forskelligt (18).

Brug af sundhedsvæsenet

Registerbaserede analyser viser, at kvinder har et større forbrug af almen praksis, speciallæge, ambulante kontakter og lægemidler end mænd (19) (tabel 32.2). Kvinder bruger også flere lægemidler end mænd. Omvendt har mænd flere skadestuekontakter end kvinder, og når der ses bort fra kontakter relateret til svangerskab, fødsel og sygdomme i kønsorganer (urogenitale sygdomme, indlægges mænd oftere på sygehus end kvinder.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 viser tilsvarende resultater om brug af sundhedsvæsenet og medicinbrug. Kvinder rapporterer større forbrug end mænd af både håndkøbsmedicin og receptpligtig medicin (4).

Der er fremsat mange forklaringer på forskellene i mænd og kvinders brug af sundhedsvæsenet. En forklaring er, at kvinder er mere kropsbevidste end mænd og dermed rapporterer flere symptomer, hvilket bl.a. skal ses i sammenhæng med, at kvinder pga. menstruationscyklus og senere graviditet og fødsel tidligt er blevet vænnet til at observere forandringer og reagere på dem.

En anden forklaring inddrager forskellene i sygdomsmønster, hvor mænds sygdomsmønster er præget af iskæmisk hjertesygdom, diabetes og kronisk obstruktiv lungesygdom – altså livstruende sygdomme – mens kvinder i højere grad end mænd har ikke-livstruende sygdomme, f.eks. muskel- og skeletsygdomme, herunder osteoporose samt psykiske lidelser. I nogle undersøgelser er der også påvist kønsforskelle i smerteopfattelse, som ligeledes kan være en forklarende faktor i relation til brug af sundhedsvæsenet (20).

En tredje forklaring peger på betydningen af kønsroller og sociale normer, hvor mænd er tilbøjelige til at søge lægehjælp og vurderer symptomer og sygdom som svagelighed, mens kvinder oftere reagerer på gener og fornemmelser. Det har været benævnt som henholdsvis Tarzansyndromet (sygdomsfornægtelse) og Askepotsyndromet (hjælpeløshed) (21,22). Kvinders hyppigere kontakt til sundhedsvæsenet skal også ses i sammenhæng med, at kvinder i den fertile alder har mange flere anledninger til kontakt med sundhedsvæsenet end mænd. Det er kvinder, der går til læge i forbindelse med svangerskabsprævention, det er kvinder, der indkaldes til screeningsundersøgelser, og det er oftere

Tabel 32.2. Voksne kvinder og mænds brug af sundhedsvæsenet i 2005 og skadestuer, ambulatorier og sygehuse i 2004.

Brug af	Antal/ voksen/ år	Kvinde/ mand ratio	Alders- standar- diseret antal/ voksen/ år ^{a)}	Kvinde/ mand ratio
<i>Almen praksis^{b)}</i>				
Kvinde	9,068	1,57	8,885	1,47
Mand	5,778		6,030	
<i>Speciallæge^{c)}</i>				
Kvinde	0,933	1,43	0,918	1,36
Mand	0,653		0,674	
<i>Ambulatorium^{d)}</i>				
Kvinde	0,450	1,28	0,451	1,19
Mand	0,351		0,379	
<i>Ambulatorium uden kontakter relateret til svangerskab, fødsel og urogenitale sygdomme</i>				
Kvinde	0,402	1,20	0,401	1,11
Mand	0,344		0,360	
<i>Skadestue^{e)}</i>				
Kvinde	0,143	0,68	0,155	0,71
Mand	0,211		0,217	
<i>Skadestue^{e)} uden kontakter relateret til svangerskab, fødsel og urogenitale sygdomme</i>				
Kvinde	0,140	0,67	0,152	0,70
Mand	0,209		0,215	
<i>Sygehus^{f)}</i>				
Kvinde	0,256	1,17	0,249	1,01
Mand	0,218		0,247	
<i>Sygehus^{f)} uden kontakter relateret til svangerskab, fødsel og urogenitale sygdomme</i>				
Kvinde	0,198	0,96	0,189	0,81
Mand	0,207		0,234	
<i>Lægemiddel^{g)}</i>				
Kvinde	569,236	1,35	544,575	1,22
Mand	420,324		446,189	
<i>Lægemiddel^{g)} uden kønshormoner og hor- moner til systemisk brug (ATC-gruppe G og H)</i>				
Kvinde	479,858	1,18	454,350	1,06
Mand	405,427		429,832	

a) Standardiseret til aldersfordelingen for hele befolkningen på 20 år og derover.

b) Konsultationer, telefonkonsultationer, hjemmebesøg, e-mail-konsultationer.

c) Konsultationer hos ørelæger, øjenlæger, psykiatere, ortopædkirurger, neuromedicinere, kirurger, internmedicinere, reumatologer og hudlæger.

d) Ambulante besøg på ambulatorier og ambulante kontakter på afdelinger.

e) Besøg på skadestuer.

f) Antal udskrivelser fra afdelinger.

g) Antal solgte definerede døgndoser udskrevet i primærsektoren for alle ATC-grupper på nær varia (V), cancermidler og lægemidler til behandling af immunsystemet (L).

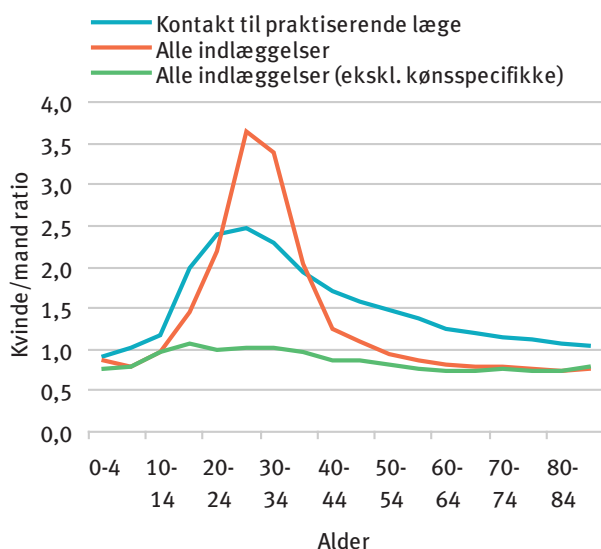
Kilde: Vedsted, Ugeskr Læger 2007.

kvinder, der går til børneundersøgelser med deres børn. Derfor bliver det mere oplagt, at kontakte læge ved egen sygdom eller gener (22). I denne sammenhæng kan der også peges på tendensen til medikalisering og sygeliggørelse af kvinders normale fysiologiske funktioner (21).

Det rapporteres endvidere fra almen praksis, at kvinder i højere grad end mænd har en stor sygdomsfrygt (eller sygdomsindsigt) og hyppigt kontakter praktiserende læge ud fra en forventning om, at alt, hvad der kan gå galt, vil gå galt, og for nervøse symptomer såsom hjertebanken, træthed og oppustet mave, der i intensitet kan adskille sig fra normale kropsfunktioner men ikke i karakter (23).

Forskellene i mænd og kvinders brug af sundhedsvæsenet synes således at tyde på, at danske mænd oftere ignorerer tidlige sygdomstegn og udsætter besøg hos lægen i de tidlige faser af sygdommens udvikling til et tidspunkt, hvor den kræver mere komplekse interventioner, som er mindre effektive i henseende til overlevelse samt mere omkostningskrævende. Figur 32.6 underbygger denne forklaring. Figuren viser forholdet mellem kvinder og mænds brug af praktiserende læge og hospitalsindlæggelser. En kvinde-mand-ratio på mere end en betyder, at kvinder har højere kontakthypighed til praktiserende læge henholdsvis indlæggeshypighed end mænd. Det ses, at i alle aldersgrupper har kvinder flere kontakter til alment praktiserende læge end mænd, og forskellen er særlig stor blandt de 15-35 årige, hvilket skal ses i sammenhæng med graviditet og fødsel. Tilsvarende har de 15-49 årige kvinder markant flere indlæggelser af alle årsager end mænd, men ses der bort fra de kønsspecifikke indlæggelser er der ikke forskel i mænd og kvinders indlæggeshypighed. Det er også bemærkelsesværdigt, at efter 50-årsalderen har kvinder fortsat flere kontakter til almen praksis end mænd, mens mænd har højere indlæggeshypighed end kvinder.

Figur 32.6. Hospitalsindlæggelser og kontakt til alment praktiserende læge. Aldersspecifik kønsratio (rate for kvinder/rate for mænd), 2005.



Kilde: Juel og Christensen, J Public Health 2007.

Som det er fremgået, er der ikke én men mange bidrag og forklaringer på paradokset om mænds højere dødelighed og kvinders højere sygelighed. Ingen af forklaringerne kan på nuværende tidspunkt stå alene, men må hver især ses som elementer i den samlede forklaring. Lige så vigtigt er erkendelsen af, at der er tale om et dynamisk samspil mellem de forskellige faktorer og forklaringer.

Konsekvenser for forebyggelse og behandling

De konstaterede forskelle mellem mænds og kvinders sundhed, sygelighed og brug af sundhedsvæsenet fører naturligt til en række overvejelser over, hvor vidt indsatsen for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling fremover skal gøres almen eller gøres forskellig for mænd og kvinder. På udvalgte områder kan en kønsspecifik indsats forekomme rimelig.

Litteraturliste

1. Juel K, Christensen K. Kønsforskelle i dødelighed i Danmark 1840-2005. Ugeskrift for Læger 2007;169:2398-403.
2. Robine JM, Caselli G, Saito Y, Jagger J, van Poppel PF, Ruisdael CNJ et al. An unprecedented increase in the number of centenarians. Genus LXI 2005;61(1):57-82.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997;38(1):21-37.
4. Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen L et al. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
5. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. Eur J Public Health 2005;15(1):20-5.
6. Videbæk J, Madsen M (red.). Hjertestatistik 2004. Hjertereforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, 2004.

7. Lezzoni LI, Ash AS, Shwartz M, Mackiernan YD. Differences in procedure use, in-hospital mortality, and illness severity by gender for acute myocardial infarction patients: are answers affected by data source and severity measure? *Med Care* 1997;35(2):158-71.
8. Juel K, Christensen K. Are men seeking medical advice too late? Contacts to general practitioners and hospital admissions in Denmark 2005. *J Public Health (Oxf)* 2007. doi:10.1093.
9. Austad SN. Why women live longer than men: sex differences in longevity. *Gend Med* 2006;3(2):79-92.
10. Løkkegaard E, Pedersen AT, Heitmann BL, Jovanovic Z, Keiding N, Hundrup YA et al. Relation between hormone replacement therapy and ischaemic heart disease in women: prospective observational study. *BMJ* 2003;326(7386):426
11. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288(3):321-33.
12. Hundrup YA, Hoidrup S, Ekholm O, Davidsen M, Obel EB. Risk of low-energy hip, wrist, and upper arm fractures among current and previous users of hormone replacement therapy: The Danish Nurse Cohort Study. *Eur J Epidemiol* 2004;19(12):1089-95.
13. Case A, Paxon C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography* 2005;42(2):189-214.
14. Christensen K, Kristiansen M, Hagen-Larsen H, Skytthe A, Bathum L, Jeune B et al. X-linked genetic factors regulate hematopoietic stem-cell kinetics in females. *Blood* 2000;95(7):2449-51.
15. Burr H, Bach E, Gram H, Villadsen E. *Arbejdsmiljø i Danmark 2005*. Arbejdsmiljøinstituttet, 2006.
16. Burr H, Jensen C. *Bevægeapparatsbesvær*. København: Arbejdsmiljøinstituttet, 2002.
17. Bonke J. *Tid og velfærd*. Socialforskningsinstituttet, 2002.
18. Petersson BH, Hargreave M. *Køn og stress*. *Ugeskrift for Læger* 2007;169(25):2416.
19. Vedsted P. *Kønforskelle i brug af sundhedsvæsenet*. *Ugeskrift for Læger* 2007;169(25):2403-8.
20. Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L. Forskelle i smerteperception hos mænd og kvinder. *Ugeskrift for Læger* 2007;169(25):2425-7.
21. Knudsen L. *Køn – om forskelle i sygelighed og dødelighed*. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P (red.). *Medicinsk Sociologi*. Samfund, sundhed og sygdom. Munksgaard, 2002.
22. Kruse M, Helweg-Larsen K. *Kønforskelle i sygdom og sundhed*. Minister for Ligestilling, Statens Institut for Folkesundhed, 2004.
23. Dahl Sørensen M. *Hverdagens dårligdomme*. I: Helweg-Larsen K, Pedersen BL, Pedersen AT (red.). *Kvinder. Køn, krop og kultur*. København: Gyldendal, 2000.