



Dansk Selskab for Folkesundhed

Den Nationale Folkesundhedskonference 2026

Det nye landskab

Abstractssamling

Session F

Lighed i sundhed

Moderator
Pernille Pedersen

F	Lighed i sundhed	26
F.1	Sundhedskompetence hos mænd med sårbarhed	26
F.2	Mænd på kanten – et studie af social og geografisk ulighed i sundhed	27
F.3	A mixed-methods study of inequality in cardiac rehabilitation and everyday life	28
F.4	Differentieret hjerterehabilitering og deltagelse	29
F.5	Equal access to health promotion and disease prevention? Learnings from two studies on participatory health literacy interventions among youth	30



Dansk Selskab for Folkesundhed

F Lighed i sundhed

Moderator: Pernille Pedersen

F.1 Sundhedskompetence hos mænd med sårbarhed

E.K. Færch, J. C. Koppelhus, S. B. Lundberg - Forum for Mænds Sundhed

Primært budskab

Analysen skal nuancere forståelsen af sundhedskompetencer blandt mænd i sårbare positioner og bidrage til bedre indsigt i, hvordan almen praksis kan tilpasses målgruppens behov.

Implikationer for praksis

Resultaterne peger på behovet for en mere proaktiv og tilgængelig almen praksis, der adresserer kulturelle normer og barrierer for lægesøgning.

Baggrund

Mænd lever kortere end kvinder. Det skyldes blandt andet, at mænd har højere forekomst af de fleste sygdomme, og især at de har højere dødelighed af disse. Det gælder blandt andet kræft, hjerte-kar-sygdomme og diabetes. Mænd har markant højere aldersstandardiseret dødelighed end kvinder gennem hele livet. Fra 55-årsalderen og frem til omkring 80-årsalderen er mænds overdødelighed 50-60 % på tværs af alle dødsårsager, uanset de bagvedliggende årsagers biologiske eller sociale karakter. Dette skyldes imidlertid ikke kun, at mænd har større forekomst af de fleste sygdomme. Det skyldes også – og især – at det går mænd dårligere, når de bliver syge.

Der er derfor et stort behov for at forstå de bagvedliggende årsagssammenhænge. Formålet med analysen er således at bidrage til den eksisterende viden om mænds sundhedskompetence med særligt fokus på mænd i sårbare positioner.

Metode

Studiet tager for nuværende udgangspunkt i 15 semistrukturerede interviews med mænd på 50 år eller derover, som ikke bor med en partner og ikke har været hos egen læge i minimum to år. Interviewene er gennemført minimum to uger efter, at mændene har modtaget et sygdomsopsporende helbredstjek i forbindelse med projektet Helbredstjek til mænd, som sjældent går til læge.

Interviewene er gennemført enten fysisk, telefonisk eller via Microsoft Teams.

Resultater

Foreløbige resultater viser, at en stor del af deltagerne individualiserer ansvaret for deres sundhed. Dette medfører flere barrierer i forhold til at opsøge egen læge, blandt andet tankegangen om ikke at ville være til besvær eller "ulejlige" lægen.

Yderligere ses narrativer om almen praksis som "utilgængelig" gengivet i tredje person, hvor det altså ikke er mændene selv, der har haft negative oplevelser, men hvor sådanne fortællinger viderefremmes som barrierer for anvendelse af almen praksis.

Endelig viser de foreløbige interviews en lav grad af symptom- og sygdomsforståelse, som udspringer af en anderledes sygdomsstrategi samt kulturelle normer.

Konklusion

De foreløbige resultater understøtter eksisterende viden om målgruppens lavere sundhedskompetence. Dette tyder på at have betydning for, at målgruppen i højere grad afholder sig fra eller udskyder rettidige lægebesøg.



F.2 Mænd på kanten – et studie af social og geografisk ulighed i sundhed

Julie Flyger Holflod, P. Elsborg, M.H. Eliassen, C.B. Petersen, U. Toft, P.T. Andersen, M. Aadahl

1. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg and Frederiksberg Hospital
2. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København
3. Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet, Steno Diabetes Center Copenhagen
4. Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet
5. Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, Esbjerg

Primært budskab

Danske mænd, som lever på kanten socialt, socioøkonomisk og geografisk, har markant dårligere selvrapporteret helbred og trivsel på tværs af næsten alle indikatorer – uanset alder.

Implikationer for praksis

Indsatser målrettet socialt marginaliserede mænd er nødvendige på tværs af aldersgrupper og områder for at reducere ulighed i sundhed.

Baggrund

I Danmark ses generelt kønsforskel i sundhed, og danske mænd havde i 2021 en 4-8 år kortere forventet levetid sammenlignet med kvinder. Enlige mænd med lavt uddannelsesniveau og bosiddende i landdistrikter er særligt udsatte. Her dør én ud af fire før pensionsalderen. Dette studie undersøger selvrapporteret sundhedsadfærd og helbred blandt "mænd på kanten" - mænd, som er marginaliseret socialt, socioøkonomisk og geografisk.

Metode

Vi analyserede data fra mænd i alderen 20-70 år fra den Nationale Sundhedsprofil 2021, suppleret med sociodemografiske data fra nationale registre. At leve på kanten blev defineret som opfyldelse af mindst to af tre kriterier: at bo alene, kun have grundskoleuddannelse og bo i en landdistriktskommune. Deltagerne blev stratificeret i aldersgrupper (20-35, 36-54, 55-70). Vi anvendte deskriptive analyser og logistisk regression - vægtet for manglende respons - til at sammenligne indikatorer for sundhedsadfærd og helbred mellem mænd på kanten og mænd ikke-på-kanten.

Resultater

Ud af 66.430 mænd blev 7.280 identificeret som på kanten. Vi fandt signifikante forskelle på tværs af aldersgrupper mellem mænd på kanten og ikke på kanten. Mænd på kanten i alderen 20-35 år havde højere odds for negative udfald på tværs af alle indikatorer undtagen ugentligt alkoholindtag, hvor mænd, der ikke lever på kanten, viste højere odds for at have et højt ugentligt alkoholindtag. Omvendt havde mænd på kanten i denne aldersgruppe f.eks. 2,71 gange odds for at opleve lav vitalitet sammenlignet med mænd ikke på kanten. I aldersgruppen 36-54 år var negative udfald højere for alle indikatorer undtagen kontakt med egen læge og ugentligt alkoholindtag, hvor der ikke sås forskelle. For mænd i alderen 55-70 var der ingen forskel i kontakt med egen læge, mens det ugentlige alkoholindtag var signifi-kant lavere blandt mænd, der lever på kanten and blandt mænd ikke på kanten.

Konklusion

Danske mænd, der lever på kanten, er markant mere udsatte på tværs af næsten alle sundhedsadfærds- og socioøkonomiske faktorer. Der sås kun små forskelle på tværs af aldersgrupper, men størst forskel i odds for arbejdsløshed, som faldt markant med stigende aldersgruppe, hvilket peger på, at social marginalisering har selvstændig betydning gennem hele livet.



F.3 A mixed-methods study of inequality in cardiac rehabilitation and everyday life

Studie 1: **I Halvorsen**^{1*}, M Kristiansen², V Siersma³, ML Schiøtz^{1,4}, NF Johnsen⁵, SMB Jørgensen⁵, H Birke¹

Studie 2 (manuskript indsendt til publikation): I Halvorsen^{1*}, CG Segers⁶, ML Schiøtz^{1,4}, H Birke¹, M Kristiansen²

¹ Center for Clinical Research and Prevention, Frederiksberg Hospital, Frederiksberg

² Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen

³ Department of Public Health, The Research Unit for General Practice and Section of General Practice, University of Copenhagen

⁴ Research Unit of General Practice, University of Southern Denmark, Odense

⁵ Danish Heart Association, Copenhagen

⁶ Department of Medicine, Zealand University Hospital, Nykøbing Falster

Primært budskab

Supporting equity in cardiac rehabilitation utilisation requires flexible CR programmes able to accommodate the complexity of everyday life and factors often understood as barriers to participation.

Implikationer for praksis

CR programmes may benefit from greater flexibility in timing and organisation, and more individualisation of CR content to better support diverse everyday lives and needs.

Baggrund

Cardiac rehabilitation (CR) remains underutilised despite documented benefits, with persistent inequalities across the CR trajectory. However, limited knowledge exists about inequalities across the CR trajectory and the potential impact of everyday life on CR participation. This abstract presents findings from two interconnected studies within a larger mixed-methods PhD project exploring inequality in CR utilisation and experiences of CR in everyday life.

Metode

An explanatory sequential mixed-methods design was applied. First, a nationwide survey- and register-based cohort study including 2,248 individuals with cardiovascular disease investigated sociodemographic and health-related drivers of inequality across the CR trajectory in Denmark. Quantitative data were analysed using dominance analyses and multivariable logistic regression analyses. Findings from the quantitative study informed the inclusion criteria of the subsequent qualitative study. Subsequently, 11 qualitative interviews with people with heart failure from rural and capital area settings explored experiences of CR in everyday life and how standardised CR fit with participants' everyday lives and needs. Qualitative data were analysed using thematic narrative analysis.

Resultater

The quantitative study identified age, municipality group, socioeconomic factors, and country of birth as key drivers of inequality across the CR trajectory. Older adults, individuals with low socio-economic position, residents in rural municipalities, and individuals born in non-Western countries were less likely to participate across parts of the CR trajectory. Preliminary qualitative findings suggest that aspects of standardised CR do not always fit participants' everyday lives and needs. Participants described how timing of CR, package-based structuring, generic educational content, and limited continuation options could influence the perceived relevance and meaningfulness of CR.

Konklusion

Inequality in CR is not only shaped by sociodemographic factors, but may also be impacted by how the fit between standardised CR and participants' everyday lives and needs influences how CR is experienced and engaged with.



F.4 Differentieret hjerterehabilitering og deltagelse

Hanne Birke - Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Primært budskab

En tværsektoriel og differentieret indsats i hjerterehabilitering øgede deltagelsen signifikant sammenlignet med sædvanlig rehabilitering.

Implikationer for praksis

Tværsektoriel koordinering og differentierede indsatser kan øge deltagelsen i hjerterehabilitering og mindske social ulighed i rehabilitering.

Baggrund

Deltagelsen i hjerterehabilitering (HR) er lav, især blandt borgere i sårbare positioner, selv om HR har veldokumenterede positive effekter på livskvalitet og prognose. Lav deltagelse hænger bl.a. sammen med socioøkonomiske forhold, psykosociale belastninger og utilstrækkelig koordinering mellem sektorer. Patienter med komplekse behov kan have vanskeligt ved at navigere mellem hospital, kommune og civilsamfund og ved at fastholde deltagelse i rehabilitering og fysisk aktivitet. Der er derfor behov for evidensbaserede, tværsektorielle og differentierede indsatser. Formålet med HeRTA-studiet var at undersøge effekten af en differentieret, tværsektoriel indsats på deltagelse i HR og fysisk aktivitet efter endt rehabilitering.

Metode

HeRTA var et randomiseret kontrolleret studie gennemført i et tværsektorielt partnerskab mellem hospital, kommune og civilsamfund. Patienter med hjertesygdom blev ved inklusion screenet for sårbarhed ved hjælp af Tilburg Frailty Indicator og herefter blokrandomiseret efter sårbarhedsniveau. Interventionen bestod af standard HR suppleret med individuel planlægning, psykosocial støtte og styrket tværsektoriel koordinering med fokus på sammenhæng i patientforløbet. Kontrolgruppen modtog standard HR. Det primære outcome var deltagelse i HR defineret som deltagelse i mindst to aktiviteter med mindst 50 % fremmøde. Sekundære outcomes var livskvalitet målt med SF-12, mestringssevne målt med HeiQ samt fysisk aktivitet i fritiden målt med NPAQ ved baseline samt efter 3, 6, 12 og 24 måneder. Data analyseres ved logistisk regression og mixed effects-modeller.

Resultater

Foreløbige resultater ved 6 mdr.

Deltagelsen i HR var signifikant højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Der blev ikke fundet signifikante forskelle mellem grupperne i livskvalitet, mestringssevne eller fysisk aktivitetsniveau efter 6 måneder, men begge grupper forbedrede sig over tid. De langsigtede opfølgingsdata analyseres i efteråret 2026.

Konklusion

Resultaterne indikerer, at koordinerede og differentierede rehabiliteringsindsatser kan øge deltagelsen i HR. Fremtidige indsatser bør fokusere på tilpasning til patienternes behov, støtte i sektorovergange og fastholdelse af fysisk aktivitet.



F.5 Equal access to health promotion and disease prevention? Learnings from two studies on participatory health literacy interventions among youth

VR Hoff¹, SF Villadsen², M Korshøj^{1,2}, CD Hansen³, T Lund¹, OS Mortensen²

¹ Department of Occupational- and Social Medicine, Copenhagen University Hospital Holbæk

² Section of Social Medicine, Department of Public Health, University of Copenhagen

³ Department of Society and Politics, Aalborg University

Background

Youth from socioeconomically disadvantaged backgrounds are at increased risk of poor health. Addressing these inequities requires identifying when, how, and under what conditions prevention and health promotion should be initiated. Health literacy may buffer the negative health effects of coming from a lower socioeconomic position, yet it is often overlooked in interventions targeting vulnerable youth. This study examined what is known about participatory, school-based health literacy interventions and tested the feasibility of such an intervention in Danish youth educations.

Methods

First, a systematic review examined existing school-based health literacy interventions among 13-24-year-olds. Second, a participatory intervention was co-created with teachers and implemented over one school year in two Danish educational settings: one Vocational Education and Training school and one Preparatory Basic Education. A realist evaluation was conducted to identify mechanisms of change. Data included baseline surveys, focus groups, and individual interviews, analyzed using theories of field and cultural health capital.

Results

The review identified only few school-based health literacy interventions targeting vulnerable youth. Critical health literacy and involvement of youth in the development and implementation were lacking. The intervention was adaptable to schools when organizational flexibility and aligned values were present, as understood by field theory. Students facing greater vulnerabilities, such as financial hardship and negative school experiences, were least likely to engage and benefit, illuminated by embodied cultural health capital. Student engagement was higher when trustful teacher-student relationships were established.

Conclusion

Schools are key settings for reaching youth at risk of poor health, and strengthening health literacy in participatory interventions may promote more equitable access to health. However, curriculum changes alone are insufficient. Supportive infrastructures, sufficient time for creating safe, inclusive environments for participation, and teacher autonomy are mechanisms that may increase the responsiveness of interventions to students' needs, contributing to equal abilities to gain benefits from interventions.