

# Mænds Sundhedsadfærd i Syddansk Overvægtsinitiativ

En kvalitativ undersøgelse af motivation og barrierer for opsøgning af screening og behandling

Sandie Vandborg, Videncenter Syddansk Overvægtsinitiativ



## **Abstract**

**Background:** Men are less likely than women to engage in preventive health services, including interventions targeting overweight and obesity. This presents a challenge for early detection and prevention of lifestyle-related diseases. The aim of this study is to explore the social, structural, and individual factors influencing men's help-seeking behavior in relation to the Southern Denmark Obesity Initiative (SDOI).

**Methods:** The study is based on a thematic analysis of three data sources: survey data from men with varying willingness to seek healthcare, informal conversations with men engaged in SDOI (FD), and semi-structured interviews with men who do not seek healthcare in relation to overweight (IMii). The analysis is inductive and informed by principles of Grounded Theory in the coding process.

**Results:** The findings indicate that differences in help-seeking behavior are not primarily explained by differences in motivation, but rather by whether access to healthcare is perceived as legitimate. Legitimacy emerges as a key mechanism, whereby men tend to seek healthcare only when their condition is perceived as sufficiently serious and relevant. Low risk-perception, limited knowledge about obesity as a health risk, and expectations of limited benefit from contacting a general practitioner reduce the likelihood of action. In addition, behavior is shaped by masculinity norms, prior experiences with the healthcare system, and structural barriers such as gatekeeping. Social relations play an important role in activating help-seeking behavior.

**Conclusion:** Men's help-seeking behavior should be understood as the result of an interplay between individual, social and structural factors. Increasing participation in preventive health initiatives requires not only enhancing motivation but also reducing thresholds for accessing healthcare and strengthening the perceived legitimacy of seeking help. This includes clearer communication, increased visibility, and organizational adjustments that facilitate the translation of intention to action.

Indledning.....	1
1. Undersøgelsens genstandsfelt .....	1
2. Problemformulering .....	1
3. Teoretisk ramme.....	1
3.1 Maskulinitet og sundhed .....	1
3.2 Stigma og kropshieraki.....	2
3.3 Opsøgende sundhedsadfærd .....	2
4. Metode.....	2
4.1 Design.....	2
4.2 Dataindsamling.....	2
4.3 Surveyundersøgelse.....	2
4.4 Deltagerobservationer (FD-gruppen) .....	3
4.5 Semi-strukturerede interviews (IMii-gruppen) .....	3
4.6 Udvalgelse af deltagere .....	3
4.7 Analytisk tilgang .....	3
4.8 Ethiske overvejelser .....	5
5. Analyse.....	5
5.1 Opsøgende sundhedsadfærd som reaktiv og legitimeringsafhængig .....	5
5.2 Sundhedsopfattelse og risikoforståelse som betingelse for legitimering .....	6
5.3 Barrierer for opsøgende sundhedsadfærd.....	6
5.4 Motivation som nødvendig, men ikke tilstrækkelig.....	8
5.5 Forslag som analytisk indgang til at forstå adfærd .....	9
6. Diskussion .....	10
7. Konklusion .....	13
8. Anbefalinger til SDOI .....	13
8.1 Øge deltagelse i screeningstilbud .....	13
8.2 Øge deltagelse i behandlingstilbud .....	15
Referencer .....	16



# Indledning

Overvægt er et stigende sundhedsproblem i Danmark, hvor især svær overvægt udgør en risikofaktor for en række sygdomme og tilstande (Tolstrup J, 2024). Region Syddanmark tilbyder via Syddansk Overvægtsinitiativ (SDOI) screening for overvægtsrelaterede følgesygdomme med henblik på tidlig opsporing og behandling (SDOI, 2026). Trods en næsten ligelig forekomst af svær overvægt mellem mænd og kvinder (Jensen H, 2025), henvises markant færre mænd til initiativet. Dette peger på, at der findes specifikke sociale, strukturelle og personlige barrierer, som påvirker mænds opsøgende sundhedsadfærd. Samtidig kan vi ud fra SDOI screeningsresultater se, at screenede mænd har en højere forekomst af en lang række overvægtsrelaterede sygdomme sammenlignet med de screenede kvinder. Denne konstatering baserer sig på over 1200 screeningsdeltagere over de sidste 5 år (Vandborg S, 2026).

## 1. Undersøgelsens genstandsfelt

Denne undersøgelse søger at skabe indsigt i de mekanismer, der former svært overvægtige mænds beslutning om at opsøge screening og behandling i SDOI. Gennem feltarbejde, interviews og en survey i Region Syddanmark, undersøges både de motiverende og de hæmmende faktorer, som påvirker mænds adfærd i relation til overvægt og sundhed.

Der undersøges:

- Hvordan mænd oplever overvægt og helbred
- Hvordan mænd forstår sundhedsvæsenets rolle ift. overvægt
- Hvordan maskulinitet, skam og ansvar påvirker mænds handlemønstre
- Hvordan relationer og netværk påvirker mænds beslutningen om at søge hjælp
- Hvilke faktorer der motiverer mænd til at opsøge sundhedsvæsenet og hvilke der afholder dem.

Ved hjælp af tematisk analyse (TA) og inspiration fra Grounded Theory (GT) identificeres centrale mønstre i mænds oplevelser, normer og strategier. Undersøgelsen bidrager med viden, der kan styrke rekrutteringen og fastholdelsen af mænd i SDOIs tilbud og dermed forbedre tidlig opsporing af følgesygdomme hos en underrepræsenteret målgruppe.

## 2. Problemformulering

Hvordan påvirker sociale, strukturelle og internaliserende faktorer overvægtige mænds motivation og barrierer for at opsøge screening og behandling i Syddansk Overvægtsinitiativ?

## 3. Teoretisk ramme

Teorirammen er pragmatisk og empiridrevet og fokuserer på tre centrale aspekter:

### 3.1 Maskulinitet og sundhed

Maskulinitetsnormer påvirker mænds sundhedsadfærd, bl.a. gennem idealer om styrke, kontrol, selvstændighed og modstand mod at vise sårbarhed (Noone J, 2008).

### **3.2 Stigma og kropshieraki**

Overvægt forbindes ofte med skam, skyld og selvbebrejdelse. Dette kan skabe tavshed og undgåelse af sundhedssystemet (Robinson K, 2025).

### **3.3 Opsøgende sundhedsadfærd**

Opsøgende sundhedsadfærd påvirkes af strukturelle forhold (ventetid, og lægekontakt), personlige erfaringer, samt sociale relationer (familie, partner, netværk) (Palmer R, 2024).

## **4. Metode**

### **4.1 Design**

Undersøgelsen er designet som et eksplorativt, kvalitativt studie med det formål at forstå, hvorfor svært overvægtige mænd i mindre grad end kvinder opsøger screening og behandling i Syddansk Overvægtsinitiativ (SDOI). Analysen er gennemført som en reflektiv tematisk analyse inspireret af Braun & Clarke (V, 2022). Kodningen er induktiv og datadrevet, med inspiration fra Grounded Theory-principper såsom åben kodning og konstant komparation.

Projektramme og dataindsamling er gennemført af Karen Grundt Hansen i forbindelse med virksomhedspraktik i 2023/2024 og omfatter tilblivelse af metodisk design, rekruttering af deltagere, udvikling af rekrutteringsmateriale og spørgeskemaer samt gennemførelse af interviews og feltobservationer. Analyse, fortolkning og udarbejdelse af den endelige rapport er foretaget af Sandie Vandborg.

### **4.2 Dataindsamling**

Dataindsamlingen består af tre komplementære datatyper:

1. En survey,
2. Samtaler og observationer med mænd der deltager i SDOI, og
3. Interviews med mænd, der ikke ønsker eller har modtaget screening.

### **4.3 Surveyundersøgelse**

Surveyen blev udsendt online via Facebook-grupper i Region Syddanmark og rettet mod voksne borgere. Formålet med surveyen var todelt:

#### Første trin:

At undersøge forskelle i sundhedsadfærd, motivation og holdninger mellem mænd og kvinder. Denne del fungerede som en forundersøgelse, der bekræftede, at mænd i højere grad end kvinder:

- Undgår opsøgende sundhedsadfærd
- Har lavere motivation for screening
- Oftere udskyder hjælp (bilag B1 + B2.)

#### Andet trin:

På denne baggrund blev fokus rettet mod forskelle internt blandt mænd. Surveybesvarelsene blev opdelt i:

- M-gruppen: mænd der angav, at de ville tage imod screening i SDOI, hvis relevant
- Mii-gruppen: mænd der angav, at de ikke ville tage imod screening i SDOI, hvis relevant

Den opdeling gjorde det muligt at identificere forskelle i holdninger, motivation, skam, ansvar og risikoopfattelse, som senere blev sammenholdt med interview- og observationsdata (se bilag B3 + B4). Data er indsamlet og behandlet i SurveyXact.

#### **4.4 Deltagerobservationer (FD-gruppen)**

Der blev udført feltarbejde baseret på deltagerobservationer med uformelle, kontekstuelle samtaler i forbindelse med screening i SDOI. I alt 8 mænd blev fulgt.

Formålet var at forstå motivationsfaktorer, erfaringer med sundhedsvæsenet og de processer, der førte mændene til at tage imod screeningstilbuddet. Interviewene giver indblik i de mekanismer, der understøtter opsøgende sundhedsadfærd, og fungerer som kontrast til de mænd, der ikke deltager (bilag D9 – D16).

#### **4.5 Semi-strukturerede interviews (IMii-gruppen)**

Der blev gennemført kvalitative, semistrukturerede interviews med mænd, der ikke er henvist til screening i SDOI og som selv angiver, at have lav opsøgende sundhedsadfærd. Denne gruppe er centrale for forståelsen af, hvorfor mænd fravælger screening. I alt 8 mænd blev interviewet (bilag D1 – D8).

#### **4.6 Udvælgelse af deltagere**

##### **Surveyundersøgelse (M + Mii)**

Deltagerne er et convenience-sampling rekrutteret via Facebook. Dette giver et bredt udsnit af borgere i Region Syddanmark.

##### **Deltagerobservationer (FD)**

FD-gruppen er rekrutteret gennem SDOI screeningsdeltagere og er strategisk udvalgt efter deres køn.

##### **Interviews (IMii)**

IMii-gruppen er strategisk rekrutteret gennem opslag på sociale medier og netværk.

Formålet var at sikre variation i alder, livssituation, vægtforløb og motivation.

#### **4.7 Analytisk tilgang**

Analysen bygger på en tematisk analyse af tre datakilder: 1) surveydata fra mænd, der angiver henholdsvis at ville (M) og ikke ville (Mii) opsøge sundhedsvæsenet for overvægt, 2) observationer og uformelle samtaler med mænd der deltager i Syddansk Overvægtsinitiativ (FD), samt 3) semistrukturerede interviews med mænd, der ikke ønskede at opsøge sundhedsvæsenet i relation til overvægt (IMii).

Datakilderne adskiller sig både i form og dybde.

FD-materialet er ikke baseret på semistrukturerede interviews, men består af observationer og ustrukturerede samtaler nedskrevet som feltnoter kort tid efter følgedag.

Dette begrænser en direkte sammenlignelighed, idet fravær af et tema i FD-data ikke kan tages som udtryk for, at temaet ikke er til stede. Af samme grund kan datamætning ikke antages for FD-materialet på samme måde som IMii-materialet, hvor der er arbejdet med gentagende spørgestruktur.

Analysen er primært gennemført som en tematisk analyse, hvor formålet er at identificere og fortolke mønstre på tværs af datamaterialet. Kodningen er induktiv og datadrevet, med inspiration fra principper i GT, herunder åben kodning og konstant sammenligning af meningsbærende udsagn på tværs af datakilder. GT anvendes således ikke som metodologisk ramme, men som analytisk inspiration i kodningsprocessen.

Gennem TA opstod 5 overordnede temaer, som analysen er struktureret omkring:

1. Mænds opsøgende sundhedsadfærd i praksis
2. Sundhedsopfattelse og – orientering
3. Motivation for opsøgende sundhedsadfærd
4. Barrierer for opsøgende sundhedsadfærd
5. Forslag til at fremme opsøgende sundhedsadfærd

Den fulde kodebog med overordnede temaer, koder, underkoder og definitioner fremgår af bilag C. Den samlede tematiske analysetabel, hvor fund fra survey, observationer (FD) og interviews (IMii) er sammenstillet, fremgår af bilag F.

Interviews er transskriberet i en redigeret form. Det betyder, at alle meningsbærende udsagn relateret til undersøgelsens formål er transskriberet direkte, mens passager uden analytisk relevans er udeladt. Dette omfatter f.eks. smalltalk, gentagelser, afbrydelser og sekvenser, der ikke omhandler sundhed eller opsøgende sundhedsadfærd.

Den redigerede transskriptionsform er valgt for at skabe et mere overskueligt datamateriale uden at gå på kompromis med analysens validitet. Alle kodede udsagn kan spores direkte til lyd materialet og feltnoterne (se bilag D).

Kodningen tager udgangspunkt i åbne koder, hvor meningsbærende udsagn fra interviews, observationsnoter og fritekstsvar i surveydata blev identificeret og kodet. Surveydata indgår ikke i den åbne kodning, men anvendes som et supplerende og kontekstualiserende datamateriale, og tillægges ikke en særlig analytisk dybde.

Data blev herefter sammenstillet i en fælles tematisk oversigt, hvor formålet var at identificere mønstre, ligheder og forskellige i, hvordan motivation, barrierer og sundhedsadfærd kommer til udtryk blandt grupperne af mænd. Her bidrager surveydata primært med et bredt overblik over holdninger og selvrapporterede vurderinger, mens interviews og observationer giver indsigt i konkrete erfaringer, praksisser og meningsdannelse.

Datamaterialet består af heterogene datatyper, hvorfor disse ikke er metodisk symmetriske og bør behandles analytisk forskelligt. IMii-data udgør den mest reflektive data og anvendes primært til at belyse mænds eksplicite forståelser, begrundelser og normer. FD-data er kontekstuel og observationsbaseret og anvendes primært til at analysere praksis, indgang til sundhedsvæsenet, interaktionsmønstre og situerede udtryk for sundhedsadfærd.

Surveydata er analyseret deskriptivt og anvendes til at belyse fordeling af holdninger, oplevede barrierer og motivationer blandt mænd, der angiver hhv. høj og lav tilbøjelighed til at opsøge sundhedsvæsenet for overvægt. Procenter anvendes som indikatorer for relative forskelle mellem grupperne, men tolkes ikke som udtryk for kausale sammenhænge eller faktisk adfærd. De kvalitative data er analyseret tematisk med meningsindhold, mønstre og variation i deltagernes fortællinger og handlinger. Kvantificering af kvalitative fund er bevidst fravalgt i analysen, da formålet er at forstå hvordan og hvorfor fænomener optræder, snarere end hvor ofte.

Analysen er underlagt flere metodiske afgrænsninger, som har betydning for fortolkningen af resultaterne. For det første omfatter surveyen mænd uden kendt vægtstatus, hvilket betyder, at surveyfund ikke entydigt kan knyttes til overvægtige mænd, men alene til mænds selvrapporterede holdninger til et overvægtsrelateret tilbud. For det andet er FD-data ikke indsamlet via semistrukturerede interviews, hvilket begrænser muligheden for direkte sammenligning med IMii-interviewene. FD-materialet kan derfor ikke antages at være tematisk mættet på samme måde som IMii-data og anvendes primært til forståelsen af praksis i sundhedsmødet.

#### **4.8 Etiske overvejelser**

Alle deltagere er anonymiseret. Deltagelse er frivillig og informeret. To uger efter interviews med IMii-gruppen, blev mændene kontaktet telefonisk med henblik på at afdække, om spørgsmål eller anden behov for afklaring skulle være opstået siden interviewene.

## **5. Analyse**

På tværs af temaerne fremstår imidlertid et gennemgående mønster, hvor mænds opsøgende sundhedsadfærd ikke alene afhænger af motivation, barrierer eller viden, men i højere grad af, hvorvidt kontakt til sundhedsvæsenet opleves som legitim. Derfor struktureres analysen omkring legitimering som en central mekanisme, der forbinder intention og handling.

### **5.1 Opsøgende sundhedsadfærd som reaktiv og legitimeringsafhængig**

Analysen viser, at mænds kontakt til sundhedsvæsenet i høj grad er reaktiv og hændelsesudløst. Særligt blandt IMii-mændene beskrives kontakt som noget, der først finder sted, når situationen opleves som alvorlig, uafvendelig eller ikke længere håndterbar på egen hånd. Kontakten legitimeres her som nødvendig og ofte som sidste udvej, snarere end som et forebyggende eller afklarende tiltag. Dette kommer til udtryk i udsagn som:

*”Man går ikke til læge før man næsten er ved at dø”. (IMii1)*

Dette kan forstås som en mekanisme, hvor opsøgende sundhedsadfærd først aktiveres, når problemet overskrider en individuel tærskel for, hvad der opleves som legitimt at søge hjælp for. Kontakten legitimeres således retrospektivt, når egen håndtering ikke længere er tilstrækkelig.

For FD-mændene fremstår kontaktmønstret umiddelbart mere opsøgende, hvor flere udtrykker et ønske om afklaring og betoner værdien af at ”blive tjekket”, også i fravær af sygdom. Analysen indikerer dog, at dette i høj grad hænger sammen med, at de allerede befinder sig i en sundhedskontekst. Deres kontakt til SDOI opstår typisk som en forlængelse af eksisterende sygdomsforløb eller lægekontakt. Forskellen mellem grupperne kan derfor

ikke entydigt forstås som et spørgsmål om motivation, men snarere et spørgsmål om adgang til en legitim indgang til sundhedsvæsenet.

## 5.2 Sundhedsopfattelse og risikoforståelse som betingelse for legitimering

Sundhedsopfattelse fremstår som central for, hvornår det opleves legitimt at opsøge sundhedsvæsenet. IMii-mændene udviser ofte lav risikoperception og en tendens til at normalisere egen overvægt, f.eks. ved ikke at betragte sig selv som ”overvægtig nok” til at søge hjælp.

Dette peger på, at manglende erkendelse af risiko reducerer oplevelsen af relevans og dermed legitimiteten af kontakt. Selv når helbredsbeskyring er til stede, omsættes dette ikke til handling, hvis problemet ikke opleves som behandlingskrævende eller relevant for sundhedsvæsenet. Dette kommer til udtryk gennem udsagn som:

*”Jeg vidste ikke at man kunne få søvnapnø af fedme”.* (IMii17).

Og:

*”Jeg føler mig ikke overvægtig nok til, at det er et problem”.* (IMii14).

Tilstedeværelsen af en generel sundhedsbekymring findes hos både FD og IMii, og hos IMii-mændene kommer til udtryk gennem udsagnene:

*”Man har jo en alder, hvor man er nødt til at passe på sig selv”.* (IMii3).

Og

*”Jeg tænker da på mit hjerte og sådan noget... at vægten er et problem, når jeg har en hjertesygdom”.* (IMii15).

Samtidig ses en begrænset forventning til, at sundhedsvæsenet kan tilbyde hjælp i fravær af tydelige symptomer, når det handler om overvægt. Dette kommer til udtryk gennem udsagnet: *”Jeg ville ikke få særlig meget hjælp fra lægen, for de ville nok bare sige, at hvis du kunne tabe dig før, kan du gøre det igen”.* (IMii9).

Dette bidrager yderligere til at svække legitimeringen, idet kontakt ikke opleves som meningsfuld.

Der identificeres dog også en refleksiv omfortolkning af maskulinitet hos IMii-mændene, hvor det at søge hjælp i nogle tilfælde italesættes som ansvarligt. Her italesættes ansvar for eget helbred og viljen til at søge hjælp, ikke nødvendigvis som uforenelig med maskulinitet. Denne omdefinering fremstår dog primært som en refleksiv proces, der opstår i interviewsituationen, snarere end som noget, der allerede er integreret i deltagerens faktiske sundhedsadfærd. Mændene handler således ikke konsekvent i overensstemmelse med en alternativ maskulinitetsforståelse, men formulerer den, som en erkendelse eller tanke undervejs:

*”Den seje mand tager imod hjælpen når han skal bruge den, og ikke når huset er brændt ned”.* (IMii17).

Og:

*”Jeg tror at den stærke mand ofte tænker, at det kan han selv klare – selvom det jo egentligt er en svag mand der ville tænke sådan”.* (IMii3).

## 5.3 Barrierer for opsøgende sundhedsadfærd

Barrierer fremstår som et samspil af faktorer, der øger tærsklen for opsøgende sundhedsadfærd. Særligt hos IMii-mændene beskrives et mere komplekst barrierelandskab

med flere samtidige barrierer, herunder særligt *ideal om selvhjulpethed/robusthed* udtrykt gennem udtalelser som:

*"Jeg er en mand – jeg går ikke til læge"*. (IMii14).

Denne barriere genfindes hos FD-mændene, som også udtrykker dette eksplicit gennem udtryk som:

*"Vi er opdraget til at være stærke mænd, og så vokser man op og føler, at man ikke MÅ være syg eller svag, fordi så er man ikke en ægte mand"*. (FD5).

Idealer om selvhjulpethed og robusthed bidrager til, at helbredsproblemer i første omgang håndteres individuelt. Dette forlænger tiden før kontakt og øger kravet til problemets alvor, før det opleves som legitimt at søge hjælp. Samtidig spiller skam og selvstigmatisering en rolle i forhold til at undgå at italesætte vægt som et sundhedsproblem.

Mistillid til sundhedsvæsenet og tidligere erfaringer med ikke at blive taget alvorligt bidrager yderligere til at øge tærsklen for kontakt. Disse erfaringer skaber en forventning om, at kontakt ikke nødvendigvis vil føre til relevant hjælp, hvilket svækker incitamentet til at opsøge sundhedsvæsenet. Denne barriere synes at være til stede i begge grupper, men særligt hos IMii-mændene.

En af de interviewede mænd beskriver lægens respons på sin henvendelse, som argument for, hvorfor han ikke tager til læge når han oplever sygdom:

*"Prøv med ro og Paracetamol", og det er jo åbenbart sådan – og det er lige meget hvad, så er det dét de siger, uanset hvad man kommer med"*. (IMii17).

En anden beskriver, hvordan han af lægen bliver bedt om at se tiden an, trods han oplever allerede at have gjort dette gennem en længere periode. Den interviewede giver udtryk for bekymring og oplever samtidig ikke, at denne bekymring i tilstrækkelig grad bliver imødekommet i mødet med lægen. Dette kommer til udtryk i følgende udsagn:

*"Ja, når man så kommer og lægen siger, at vi lige ser tiden an, så har vi altså allerede selv set tiden an i alt for lang tid"*. (IMii4).

Flere IMii-mænd beskriver også skam relateret til vægt, internaliseret ansvar for overvægt og erkendelsesbesvær, som barrierer, hvor dette ikke genfindes på samme måde i FD-data. Samtidig beskriver IMii-mændene at opleve en mangel på faglig relevans, og proportionalitet i vægtsnakken i sundhedsvæsenet.

Strukturelle forhold fremstår som særligt betydningsfulde for den opsøgende sundhedsadfærd. Krav om at redegøre for henvendelsesårsag og oplevelser af gatekeeping kan forstås som en institutionel legitimeringsproces, hvor individet på forhånd må retfærdiggøre sin kontakt. For mænd, der i forvejen er i tvivl om problemets alvor eller kæmper med internaliseret skam, kan dette udgøre en væsentlig barriere. Dette beskrives af en de interviewede mænd således:

*"Det er nok også fordi man skal ringe og bestille en tid, at man ikke lige gør det i telefonen, hvor lægen ikke er der. Så får du bare sekretæren, og så er det måske også sådan, at det har man sådan set egentligt ikke lyst til at snakke med dig om"*. (IMii14).

FD-mændene beskriver mange af de samme barrierer, som IMii-mændene, men disse barrierer fremstår mindre dominerende, hvilket kan hænge sammen med, at disse mænd

allerede har etableret kontakt til sundhedsvæsenet og dermed har passeret den primære legitimeringstærskel.

Frygt fremstår som en gennemgående, men ambivalent barriere for mændene. På den ene side kan frygt for alvorlig sygdom bidrage til øget opmærksomhed på egen sundhed, men på den anden side kan frygt for diagnoser og ”dårlige svar” føre til udskydelse af kontakt. Dette kommer til udtryk gennem udtalelsen:

*”... så der gik lidt længere tid, før jeg gik til lægen end jeg burde, fordi jeg var bange for svaret”. (IMii4).*

En FD-mand beskriver på samme måde, hvor svært det var for ham at komme afsted til screening i SDOI den pågældende dag, og anerkender at nogle ikke kommer, fordi man er bange for at få at vide, hvis det står skidt til. Denne barriere genfindes i M- og Mii-gruppen i surveydata.

Dette peger på, at frygt ikke entydigt fremmer eller hæmmer opsøgende adfærd, men fungerer som en tærskelregulerende faktor, hvor handling først initieres, når frygten ikke længere kan ignoreres.

Surveydata understøtter det generelle barrieremønster, hvor det også her ses at mange barrierer deles på tværs af mænd med forskellig tilbøjelighed til at opsøge sundhedsvæsenet, om end i varierende grad. Dette indikerer, at barriererne ikke nødvendigvis er unikke for mænd med lav opsøgende sundhedsadfærd, men at forskellen i højere grad ligger i, hvordan og hvornår barriererne bliver udslagsgivende for handling.

#### **5.4 Motivation som nødvendig, men ikke tilstrækkelig**

Motivation fremstår på tværs af datamaterialet som flerstrengt og kontekstafhængigt og synes ikke betinget af tilbøjeligheden til at opsøge sundhedsvæsenet.

Særligt tidligere sygdomserfaring, funktionstab og relationel påvirkning fremstår som centrale motivationsfaktorer. FD- og IMii-mændene deler mange af de samme motivationsfaktorer, hvilket genfindes i surveydata. Forskellen ligger derfor ikke i, hvorvidt motivation er til stede, men i hvorvidt det omsættes til handling. Motivation synes her at være betinget af, at der samtidig er en oplevelse af legitimitet og mulighed for handling. Uden denne legitimering forbliver motivation latent.

Tidligere sygdomserfaring (egen eller andres) beskrives på tværs af datamaterialet, men særligt i IMii-gruppen. Dette kommer til udtryk gennem udtalelsen:

*”Hans lever dur faktisk ikke mere på grund af vægten, som han fik at vide, og det satte også en bekymring i mig”. (IMii9).*

En mand i FD-gruppen beskriver ligeledes, hvordan det at hans far døde af kræft var udslagsgivende for, at han ”tog sig sammen” til at komme afsted til læge.

FD-mændene udtrykker desuden et behov for vished eller afklaring, som ikke på samme måde genfindes hos IMii-mændene. En af FD-mændene beskriver f.eks., at det er rart med et sundhedstjek og få at vide, hvordan det står til.

Bedre fysisk funktion i hverdagen beskrives også som værende en motivationsfaktor for opsøgende sundhedsadfærd. Dette kommer til udtryk gennem udtalelser som:

*”Når man ikke kan tage sokker på”. (IMii3).*

Ovenstående udtalelse kommer efter spørgsmålet om, hvornår det vurderes legitimt at søge hjælp hos lægen for sin overvægt.

Relationel motivation er til stede på tværs af data, hvor IMii-mændene særligt udtrykker støtte/pres fra venner og/eller partner, som den relationelle motivation. Dette kommer til udtryk gennem udtalelserne:

*"Når vi først bliver gift, så lader vi konen sørge for at vi kommer til læge". (IMii4).*

Og:

*"Jeg har da også lyttet til mine kammerater, hvis de har sagt noget der er godt for dem". (IMii3).*

Betydningen af relationel motivation genfindes i surveydata, hvorved relationel motivation fremstår som en vigtig mekanisme til at aktivere motivation. Støtte og pres fra partner, familie eller netværk kan fungere som en ekstern legitimering og dermed bidrage til at reducere tærsklen for kontakt.

## **5.5 Forslag som analytisk indgang til at forstå adfærd**

Mændenes egne forslag til at fremme opsøgende sundhedsadfærd kan forstås som konkrete udtryk for, hvilke betingelser der skal være til stede, for at handling opleves som legitim og mulig.

Forslag om systematiske helbredstjek og automatisk indkaldelse peger på et behov for at reducere kravet om selv at tage initiativ. Disse forslag adresserer direkte den barriere, der ligger i at skulle legitimere sin egen kontakt, og indikerer, at strukturelle løsninger kan sænke tærsklen for handling. Dette kommer til udtryk gennem udtalelserne:

*"Man skal gøre det fast for så er man sikker på at de kommer ind og bliver tjekket". (IMii18).*

Og:

*"Har vi en tid i kalenderen til lægen, så tager vi afsted". (IMii4).*

Behovet for tydeliggørelse af konsekvenser ved overvægt peger på, at risikoperception spiller en central rolle i legitimeringsprocessen. Når konsekvenserne fremstår uklare, reduceres oplevelsen af relevans og dermed sandsynligheden for handling. Den manglende risikoperception kommer til udtryk gennem udtalelsen:

*"Men det er nok lige så meget fordi, at man ikke er oplyst nok om tingene. Jeg er ikke klar over, at jeg i bund og grund kan få en masse sygdomme, fordi jeg er overvægtig". (IMii14).*

Her beskriver IMii14 begrundelsen for, hvorfor han mener, at flere mænd ikke opsøger lægen på grund af overvægt. Dette behov er også til stede hos FD-mændene, om end mindre eksplicit, hvor en af FD-mændene beskriver, hvordan et fokus på konsekvenser i stedet for den visuelle overvægt i højere grad vil motivere mænd til at opsøge læge med udtalelsen:

*"De er jo ligeglade med deres dunk, men de er ikke ligeglade med om de dør". (FD3).*

Forslag om ændret kommunikation og framing, herunder mindre stigmatiserende sprog og brug af humor, kan forstås som måder at reducere oplevelsen af skam og trussel mod maskulinitet. Disse forslag indikerer, at måden sundhed italesættes på, har betydning for, hvorvidt det opleves som acceptabelt at søge hjælp. Dette kommer til udtryk i udtalelsen:

*"Ja, humor er jo altid en god måde at gøre svære ting nemmere at tale om". (IMii4).*

IMii-gruppen peger også på gruppeforløb og fællesskab med andre mænd, som et forslag til at forbedre opsøgende sundhedsadfærd gennem udtalelser som:

*”Hvis du sidder i en lille lukket gruppe, og man deler erfaringer og bekymringer med hinanden, så vil det jo nok sætte nogle større tanker i gang”.* (IMii14).

Der er dog også mænd der påpeger fordelene ved gruppeforløb for både mænd og kvinder, hvorfor forslaget skal ses i lyset af individuelle præferencer.

Samlet set viser forslagene, at barrierer og motivationer ikke er adskilte fænomener, men tæt forbundne, og aktiveres forskelligt afhængigt af risikoperception og sundhedsforståelse. Forslagene fungerer som konkrete bud på, hvordan eksisterende motivation kan aktiveres gennem ændringer i struktur, kommunikation og adgang.

## 6. Diskussion

Undersøgelsens centrale fund er, at forskelle i mænds opsøgende sundhedsadfærd ikke primært kan forklares ved forskelle i motivationer eller ansvarsfølelse, men i højere grad ved, hvorvidt der er adgang til en legitim indgang til sundhedsvæsenet. På tværs af datakilder fremstår både barrierer og motivationer som relativt ens mellem mænd, der opsøger og ikke opsøger sundhedsvæsenet. Det afgørende synes at være, om og hvornår kontakt opleves som berettiget.

Dette peger på legitimering som en central mekanisme, hvor mænd først opsøger sundhedsvæsenet, når deres problem opleves som tilstrækkeligt alvorligt, relevant og socialt acceptabelt. Legitimering fungerer således som et mellemlid mellem intention og handling. Selv i situationer, hvor mænd udtrykker bekymring for egen sundhed eller kendskab til risici, omsættes dette ikke nødvendigvis til handling, hvis problemet ikke samtidig opfattes som legitimt at søge hjælp for.

Et centralt fund i undersøgelsen er, at flere mænd i IMii-gruppen beskriver en begrænset viden om helbredsrisici ved overvægt samt en tendens til ikke at opfatte sig selv som ”syge nok” eller ”overvægtige nok” til at opsøge læge. Samtidig udtrykkes en forventning om, at lægen ikke kan tilbyde relevant hjælp i relation til overvægt, særligt i fravær af tydelige symptomer. Dette peger på, at lav risikoperception og begrænset viden ikke blot fungerer som individuelle mangler, men som faktorer, der påvirker, hvorvidt problemet overhovedet opleves som legitimt at søge hjælp for. Hvis overvægt ikke forstås som en sundhedsrisiko, eller hvis sundhedsvæsenet ikke opleves som relevant, reduceres sandsynligheden for, at motivation omsættes til handling.

Dette fund kan relateres til det velkendte intention-adfærds gap, som er beskrevet i både Health Belief Model (R, 2024) og Theory of Planned Behavior (K, 2025). Disse modeller forklarer, hvordan intention ikke nødvendigvis fører til handling, selv ved tilstedeværelse af motivation. Undersøgelsen, her nuancerer imidlertid denne forståelse ved at pege på, at legitimering fungerer som en nødvendig betingelse for, at intention kan omsættes til handling. Dermed supplerer undersøgelsen her med en mere kontekstuel forståelse af, hvordan sociale institutionelle forhold påvirker beslutningsprocessen.

Maskulinitetsnormer spiller i denne sammenhæng en kompleks og ambivalent rolle. Idealer om selvhjulpethed, robusthed og modstand mod sårbarhed kan bidrage til at øge tærsklen for

opsøgende sundhedsadfærd, hvilket er veldokumenteret i tidligere forskning (Noone J, 2008) (W, 2000) (Mursa R, 2022). Samtidig viser analysen, at maskulinitet ikke fungerer som en entydig barriere. Flere mænd formulerer alternative forståelser, hvor det at søge hjælp kan opfattes som ansvarligt og handlekraftigt. Dette understøtter anden forskning, der peger på, at mænd kan rekonstruere opsøgende sundhedsadfærd som forenelig med maskuline idealer, men samtidig oplever en vedvarende ambivalens i praksis (A, 2021). Undersøgelsen her bidrager dermed ved at synliggøre, hvordan maskulinitet både kan hæmme og muliggøre opsøgende sundhedsadfærd afhængig af kontekst.

Et centralt aspekt i undersøgelsen er betydningen af mændenes position i relation til sundhedsvæsenet. Mænd i FD-gruppen har ofte en etableret kontakt gennem eksisterende sygdomsforløb, hvilket skaber en legitim indgang til yderligere sundhedsydelser. Dette er i tråd med anden forskning, der viser, at tidligere kontakt med sundhedssystemet kan reducere tærsklen for fremtidig opsøgende sundhedsadfærd (Mursa R, 2022).

I denne undersøgelse fremstår denne mekanisme dog ikke blot som en praktisk fordel, men som en afgørende betingelse for, at opsøgende sundhedsadfærd overhovedet finder sted. Dette peger på, at deltagelse i tilbud som SDOI ikke kan forstås isoleret, men som en del af et bredere mønster i mænds generelle sundhedsadfærd.

Strukturelle forhold i sundhedsvæsenet fremstår i denne sammenhæng som særligt betydningsfulde for den opsøgende sundhedsadfærd. Oplevelser af gatekeeping, mistillid og forventning om systemtræghed kan fungere som barrierer, der øger tærsklen for kontakt. Tidligere forskning har ligeledes peget på organisatoriske barrierer og adgangsproblemer som centrale faktorer i mænds opsøgende sundhedsadfærd (Mursa R, 2022) (Yousaf O, 2013) (Pedersen A, 2020). Denne undersøgelse udvider forståelsen ved at vise, hvordan disse strukturelle forhold ikke blot påvirker adgang, men også oplevelsen af legitimitet. Kravet om at skulle forklare og retfærdiggøre sin henvendelse kan i sig selv fungere som en barriere, særligt for mænd, der i forvejen er i tvivl om problemets alvor.

Et andet interessant fund i analysen er frygtens dobbelte rolle i mænds sundhedsadfærd. I nogle tilfælde fremstår frygt for alvorlig sygdom som en motivationsfaktor for opsøgende sundhedsadfærd, mens den i andre tilfælde bidrager til at udskyde kontakt. Frygtens funktion afhænger således ikke af dens tilstedeværelse, men af den kontekst, hvori den aktiveres og meningsgøres. På samme måde ses idealet om selvhjulpenshed ikke kun at eksistere, som en entydig barriere, men har forskellig betydning afhængig af kontekst. For nogle mænd sameksisterer idealet om selvhjulpenshed med en villighed til at opsøge sundhedsvæsenet, for herigennem at bevare fysisk funktion og/eller sikre at man fortsat kan tage vare på familien. For andre mænd fungerer idealet om selvhjulpenshed som en begrundelse for at undlade kontakt, hvor idealet kompromitteres, hvis mændene søger hjælp, idet flere herigennem beskriver selvstigmatisering forankret i hegemoniske maskulinitetsnormer hvor sårbarhed og hjælp-søgning opleves som truende for social status. Dette kan hænge sammen med den dominerende vente-og-se-strategi, hvor mændene bagatelliserer symptomer og afventer, at de går over af sig selv så længe som muligt, for dermed at undgå risikoen for at blive set som overbæmmede eller unødigt optagede af egen sundhed. Undersøgelsens fund understøttes af andre studier, hvor traditionelle maskulinitetsnormer fungerer som barriere for mænds opsøgende sundhedsadfærd (Mursa R, 2022) (Zafar A, 2022), mens andre studier understøtter undersøgelsens fund omkring omdefinering af ”den stærke mand”, hvor der lader til at være

en refleksion omkring den selfdestruktivitet, som ligger i de normative maskulinitetsnormer (Thompson L, 2011).

Tidligere sygdomserfaring fremstår som en motivationsfaktor på tværs af datakilder, hvor det beskrives som noget der skærper opmærksomheden på egen sundhed og legitimerer kontakt til sundhedsvæsenet. Denne motivationsfaktor beskrives dog for begge grupper, hvorfor tilstedeværelsen af denne motivation i sig selv ikke er nok til at omsættes til handling.

I tråd med Health Belief Model og Theory of Planned Behavior kan dette forstås som et gab mellem intention og adfærd hvor eksisterende barrierer, såsom maskulinitetsnormer og selvstigmatisering, fortsat hæmmer omsætning af motivation til handling for IMii-mændene.

Betydningen af relationer må også antages at have en vigtig rolle i mænds sundhedsadfærd. Flere FD-mænd beskriver således, hvordan deres indgange til sundhedsvæsenet har været initieret af partnere, familiemedlemmer, kollegaer eller venner. Tidligere forskning peger også på vigtigheden af tætte relationer, som kan fungere som primus motor for mere formel hjælp-søgning (Pedersen A, 2020).

Mændenes egne forslag til at fremme opsøgende sundhedsadfærd understøtter, hvordan de strukturelle forhold ikke blot påvirker adgangen til, men også oplevelsen af legitimitet. Forslag om systematisk helbredstjek, automatisk indkaldelse og lettere adgang til kontakt f.eks. gennem arbejdspladser kan ses som måder at reducere behovet for selv at tage initiativ og dermed omgå den barriere, der ligger i at skulle legitimere sin egen henvendelse. Samtidig peger ønsket om tydeligere information om konsekvenser og helbredsrisici ved overvægt på, at betydningen af risikoperception, hvilket er i overensstemmelse med Health Belief Model.

I denne undersøgelse fremstår det dog tydeligt, at øget viden ikke alene er tilstrækkeligt; det er først i samspil med legitimering og strukturel tilgængelighed, at motivation omsættes til handling.

Undersøgelsen har en række metodiske afgrænsninger, som har betydning for fortolkningen af resultaterne. Surveydata er baseret på convenience sampling og inkluderer deltagere med ukendt vægtstatus, hvilket begrænser generaliserbarheden. Derudover er datakilderne metodisk forskellige, idet interviews giver adgang til refleksioner, mens observationsdata i højere grad belyser praksis. Forskelle mellem grupperne kan derfor delvist være metodisk betingede. Endelig må der tages højde for potentiel social desirability i interviews, hvor deltagerne kan fremstille deres holdninger og adfærd mere reflektivt, end det nødvendigvis er i praksis.

Samlet set peger undersøgelsen på, at mænds opsøgende sundhedsadfærd ikke alene kan forstås som et individuelt anliggende, men som et resultat af et komplekst samspil mellem motivation, sociale normer og strukturelle betingelser. Særligt fremgår legitimering som en afgørende mekanisme, der forbinder intention og handling. Dette indebærer, at indsatser, der udelukkende fokuserer på at øge motivation eller viden, kan være utilstrækkelige. I stedet peger resultaterne på behovet for at skabe tydelige, tilgængelige og legitime indgange til sundhedsvæsenet, hvor kontakt ikke kræver, at individet selv overskrider en høj tærskel.

## 7. Konklusion

Formålet var at belyse, hvordan sociale, strukturelle og internaliserede faktorer påvirker overvægtige mænds motivation og barrierer for at opsøge screening og behandling i Syddansk Overvægtsinitiativ.

Undersøgelsen viser, at mænd, der opsøger og ikke opsøger SDOI, i vid udstrækning deler de samme barrierer og motivationsfaktorer. Forskellen synes derfor ikke primært at ligge i graden af motivation, men i hvorvidt denne omsættes til handling. Resultaterne peger samtidig på, at de identificerede mekanismer rækker ud over SDOI og i høj grad afspejler generelle mønstre i mænds opsøgende sundhedsadfærd.

Et centralt fund er, at opsøgende sundhedsadfærd i høj grad er betinget af, hvorvidt kontakt til sundhedsvæsenet opleves som legitim. Legitimering fremstår som en afgørende mekanisme, der forbinder intention og handling, idet mænd typisk først opsøger sundhedsvæsenet, når problemer opleves som tilstrækkeligt alvorligt, relevant og berettiget. Mænd der deltager i SDOI har ofte allerede en etableret kontakt til sundhedsvæsenet gennem andre sygdoms- og kontrolforløb, hvor henvisning til SDOI opstår som en forlængelse af et eksisterende forløb. Denne kontakt kan fungere som en legitim indgang til yderligere sundhedsydelser og dermed sænke tærsklen for deltagelse.

Barrierer som selvhjulpenhed, skam og mistillid til sundhedsvæsenet bidrager til at øge tærsklen for kontakt, mens strukturelle forhold, herunder gate-keeping og krævende adgangsveje, yderligere forstærker denne tærskel. Samtidig viser undersøgelsen, at motivation ofte er til stede, men forbliver latent, hvis ikke den aktiveres gennem relationel støtte eller strukturelle rammer.

Samlet set peger undersøgelsen på, at øget deltagelse blandt mænd ikke nødvendigvis kræver ændringer i motivation, men i højere grad tiltag, der reducerer tærsklen for kontakt og skaber tydelige og legitime indgange til sundhedsvæsenet. Dette indebærer, at fremtidige indsatser i SDOI bør fokusere på strukturel tilgængelighed, tydelig kommunikation og normalisering af opsøgende sundhedsadfærd.

## 8. anbefalinger til SDOI

Med afsæt i undersøgelsens fund præsenteres her en række anbefalingerne til SDOI med henblik på henholdsvis at øge mænds deltagelse i screeningstilbuddet og det efterfølgende behandlingstilbud.

Anbefalingerne tager udgangspunkt i at lav deltagelse blandt mænd ikke primært skyldes manglende motivation, men snarere høje tærskler for kontakt og manglende legitimitet.

### 8.1 Øge deltagelse i screeningstilbud

Da adgang til screening i SDOI er baseret på henvisning fra egen læge eller afdeling, indebærer dette en dobbelt legitimeringsproces, hvor mænd både skal vurdere deres eget behov for hjælp og efterfølgende få dette anerkendt i mødet med sundhedsvæsenet. Dette øger tærsklen for deltagelse og kan bidrage til at forklare den lave repræsentation af mænd. Samtidig viser undersøgelsen, at mange mænd ikke oplever sig selv som i målgruppen, har

lav risikoperception og i begrænset omfang selv opsøger sundhedstilbud. Øget deltagelse kræver derfor både styrket samarbejdet med almen praksis og en styrket, målrettet kommunikationsindsats.

### **1. Positionér SDOI screening som et supplement til almen praksis i en fælles forebyggelsesindsats**

En central barriere for henvisning kan være, at praktiserende læger ikke nødvendigvis oplever en tydelig merværdi i at henvise til SDOI, særligt når opfølgning fortsat ligger i almen praksis. Samtidig ved vi at mænd generelt er mindre tilbøjelige til at opsøge sundhedsvæsenet, hvilket øger risikoen for sen opsporing af sygdom.

- Positionér SDOI som et supplement til almen praksis fremfor en erstatning
- Tydeliggør, at indsatsen bidrager til en fælles, struktureret forebyggelse målrettet en gruppe, der ellers er svær at nå
- Fremhæv, at SDOI og almen praksis i fællesskab kan øge opsporing af risikopatienter og dermed forebygge senere sygdom
- Kommunikér dette gennem kort, praksisnær information

Herved skabes faglig mening og relevans i henvisning.

### **2. Overvej at reducere eller blødgøre henvisningskravet**

Henvisningskravet udgør en væsentlig tærskel, da mænd først skal opsøge læge og legitimere behov.

- Afdæk mulighed for direkte adgang til SDOI uden henvisning
- Alternativ: Tydeliggør at henvisning ikke kræver sygdom eller ”alvorlighed”
- Gør processen enkel og gennemskuelig

Herved kan individuel og institutionel tærskel reduceres.

### **3. Gør tilbuddet mere synligt**

Mange mænd kender ikke til konkrete sundhedstilbud og opsøger ikke selv, hvilke muligheder det måtte være.

- Synliggør tilbuddet i borgernære kontekster (arbejdspladser, kommunale tilbud, lokale miljøer)
- Brug simple budskaber med klare handlingsanvisninger

### **4. Omformulér tilbuddet til noget genkendeligt og relevant**

Begreber som ”svær overvægt” og ”livsstilsintervention” kan virke fremmedgørende og ikke relevant.

- Brug alternative betegnelser som f.eks. ”motortjek”
- Frame tilbuddet som vedligeholdelse fremfor forebyggelse eller behandling
- Undgå moraliserende eller sygdomsorienteret sprog

Herved reduceres stigma og identifikation øges.

### **5. Kommunikér konkrete gevinster for mænd**

Lav risikoperception og manglende oplevet relevans reducerer deltagelse.

- Fokusér på funktionelle gevinster (energi, arbejdsevne, fysisk overskud) gerne med aktivering af relationelt ansvar ved opsøgende sundhedsadfærd
- Gør det tydeligt hvad mænd konkret får ud af screening
- Brug korte, konkrete budskaber fremfor generelle sundhedsargumenter

Relevans og legitimitet øges.

Øget deltagelse blandt mænd kræver ikke primært motivation, men en reduktion af de tærskler, der gør det vanskeligt at omsætte intention til handling. Dette indebærer både at gøre henvisning mere attraktivt for almen praksis og at gøre tilbuddet mere synligt, relevant og legitimt for mænd.

## **8.2 Øge deltagelse i behandlingstilbud**

Undersøgelsen viser, at motivation ofte er til stede ved screening, men at fastholdelse afhænger af oplevet relevans og udbytte.

### **1. Fokus på funktion**

Mænd motiveres af funktionelle forbedringer.

- Fokuser på energi, styrke, arbejds- og hverdagsfunktioner
- Styrk kommunikationen til mænd med fokus på klare helbredsrisici og konkret handling.

### **2. Synliggør konkrete resultater**

Manglende tro på effekt kan reducere deltagelse.

- Vis små fremskridt løbende
- Kommunikér tydeligt hvad deltageren får ud af forløbet

### **3. Aktivér relationel motivation gennem identifikation og rollemodeller**

Undersøgelsen viser, at mænd i højere grad er motiverede, hvis de kan se sig selv i tilbuddet og identificere sig med de andre deltagere.

- Synliggør deltagere eller cases, som målgruppen kan identificere sig med
- Anvend rollemodeller (f.eks. tidligere deltagere), der deler erfaringer
- Kommunikér hvem tilbuddet er for gennem konkrete og genkendelige eksempler
- Understøt fællesskabsfølelsen i forløbet (f.eks. gennem gruppebaserede aktivitet).

Dette kan bidrage til at reducere oplevelsen af at stå alene med problemet og dermed øge sandsynligheden for både opstart og fastholdelse.

### **4. Differentierede tilbud efter præferencer for kønssammensætning**

Undersøgelsen peger på, at mænd ikke udgør en homogen gruppe, og at behov, præferencer og komfort i sundhedstilbud varierer. For nogle mænd kan kønsspecifikke tilbud reducere oplevelsen af stigma og øge trygheden, mens andre foretrækker blandede hold.

- Tilbud mandeorienterede og blandede spor
- Vær tydelig om forskelle i rammesætning og indhold

Dette kan øge rekruttering og fastholdelse gennem bedre match mellem tilbud og præferencer.

### **5. Samarbejd med arbejdspladser som adgangsvej**

Overvej pilotsamarbejde med større arbejdspladser om informationsindsats eller “mini-tjek” der kan føre til SDOI-screening.

## Referencer

- A, V. (26. November 2021). Men's Help-Seeking for Distress: Navigating Varied Pathways and Practices. *Frontiers in Sociology - Gender, Sex and Sexualities*, s. 1-11.
- Jensen H, D. M. (2025). *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2025*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- K, H. M. (20. Januar 2025). Progress on Theory of Planned Behavior Research: Advances in Research Synthesis and Agenda for Future Research. *Journal of Behavioral Medicine*, s. 43-56.
- Mursa R, P. C. (05. Januar 2022). Men's Help-Seeking and Engagement With General Practice: An Integrative Interview. *Leading Global Nursing Research*, s. 1938-1953.
- Noone J, S. C. (14. Juli 2008). Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociology of Health & Illness*, s. 711-725.
- Palmer R, S. B. (21. Marts 2024). The Socio-Ecological Determinants of Help-seeking Practices and Healthcare Access Among Young Men: A Systematic Review. *Health Promotion International*, s. 1-18.
- Pedersen A, T. H. (30. April 2020). Talk to Me , Not at Me: An Ethnographic Study on Health-Related Help-Seeking Behavior Among Socially Marginalized Danish Men. *Qualitative Health Research*, s. 598-609.
- R, A. A.-C. (2024). *The Health Belief Model of Behavior Change*. Treasure Island: StatPearls Publishing.
- Robinson K, S. A. (24. Oktober 2025). Association Between Weight Stigma Experiences in Healthcare and Self-Reported Healthcare Avoidance in a National Sample. *Obesity Science & Practice*, s. 1-10.
- SDOI. (2026). *Syddansk Overvægtsinitiativ*. Hentet fra Esbjerg Grindsted Sygehus: <https://esbjerggrindstedsygehus.dk/syddansk-overvaegtsinitiativ>
- Thompson L, R. T. (20. Maj 2011). I Can't Get My Husband to Go and Have a Colonoscopy: Gender and Screening for Colorectal Cancer. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, s. 235-249.
- Tolstrup J, C. A. (2024). *Andelen af danskere med overvægt, fremskrevet til 2040*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- V, B. V. (2022). *Thematic Analysis - A Practical Guide*. SAGE.
- Vandborg S, T. M. (2026). *Statusrapport SDOI 2025/2026*. Esbjerg: Syddansk Overvægtsinitiativ, Videncenter.
- W, C. (16. Maj 2000). Constructions of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. *Social Science & Medicine*, s. 1385-1401.
- Yousaf O, G. E. (16. Oktober 2013). A Systematic Review of Factors Associated with Delays in Medical and Psychological Help-Seeking Among Men. *Health Psychology Review*, s. 264-276.
- Zafar A, B. F. (18. December 2022). Barriers to Access Cancer-Related Services for Men in High-Income Countries: A Narrative Review Looking Beyond Socioeconomic Disadvantages. *Aging and Cancer*, s. 147-160.