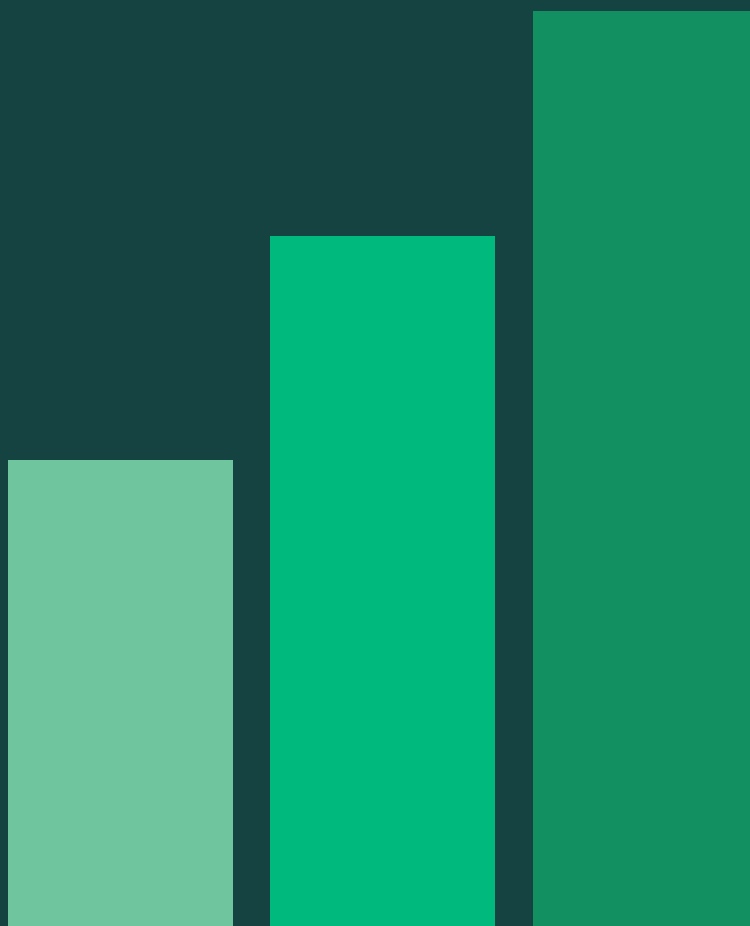


Hvordan har du det?

Sundhedsprofil for Nordjylland 2025



Hvordan har du det?

-Sundhedsprofil for Region Nordjylland 2025

Udgivet marts 2026 af:

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø

Forfattere:

Stine Bangsted Lem Christensen, Region Nordjylland.
Jesper Søndergaard Brødløs, Region Nordjylland.
Anker Lund Vinding, Region Nordjylland.
Sheba Sharif Paiwand, Region Nordjylland.
Jes Hejbøll Larsen, Vesthimmerlands Kommune.
Michael Hye, Thisted Kommune.
Tommi Vorbeck Nielsen, Aalborg Kommune .
Tine Hansen, Hjørring Kommune.

Kapitlet 'Digitale sundhedskompetencer og engagement i egen sundhed' er forfattet af:

Jacob Østergaard Madsen, Forskningscenter Sundhed
og anvendt teknologi, UCN.
Lisa Korsbakke Emtekær Hæsum, Forskningscenter
Sundhed og anvendt teknologi, UCN.
Sofie Gry Pristed, Bioanalytikeruddannelsen, UCN.
Anna Diop-Christensen, Forskningscenter Sundhed
og anvendt teknologi, UCN.
I samarbejde med Region Nordjyllands forfattergruppe.

Tak til følgende for sparring og review:

Mathilde Hougaard Madsen, Daniel Kjærgaard Simonsen.
Begge fra Region Nordjylland.
Den Tværsektorielle projektgruppe for Sundhedsprofilen
(kommunal repræsentant fra hver kommune).

Publikationen kan hentes på www.rn.dk/sundhedsprofil

Layout:

Region Nordjylland

Marts 2026

**Hvordan
har du det?**

Forord

Sundhedsvæsenet er under forandring, og behovet for et solidt vidensgrundlag har aldrig været vigtigere. For femte gang har vi i 2025 gennemført sundhedsprofilundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i Region Nordjylland. Som noget nyt er Region Nordjylland og de nordjyske kommuner i fællesskab afsender på denne rapport. Det fælles afsæt afspejler vores ambition om at styrke forebyggelse og sundhedsfremme på tværs af sektorer – og sikre, at indsatserne bygger på den bedst mulige forståelse af borgernes sundhed og trivsel.

En stor tak skal lyde til de mange nordjyder, der har deltaget i undersøgelsen. Jeres bidrag gør det muligt at træffe beslutninger på et solidt grundlag og sikre en udvikling, der tager udgangspunkt i virkeligheden og i de mennesker, det hele handler om.

Undersøgelsen er den første af sin slags i Region Nordjylland efter COVID 19-pandemien og giver dermed et unikt øjebliksbillede af, hvordan nordjyderne har det på bagkanten af en historisk samfundsudfordring. Resultaterne viser, at flere parametre omkring trivsel og mental sundhed er på niveau med 2021, men endnu ikke er faldet tilbage til niveauet før pandemien. Det understreger behovet for fortsatte, målrettede initiativer, der kan styrke borgernes sundhed og mentale velbefindende.

På flere områder ser vi stabil eller positiv udvikling. Andelen af borgere med svær overvægt er stagneret. Samtidig fortsætter den positive tendens med fald i rygning, hvilket er en af de mest afgørende faktorer for folkesundheden. Men udfordringerne ændrer karakter: blandt unge er forbruget af røgfri nikotinprodukter højt, og det kalder på nye fælles løsninger og en vedvarende opmærksomhed.

Digitalisering spiller en stadig større rolle i både hverdagsliv og sundhedsvæsen. Derfor har vi for første gang kortlagt nordjydernes digitale sundhedskompetencer. Den viden bliver central, når vi fremover skal udvikle tilgængelige og inkluderende sundhedstilbud, der gavner alle borgere – uanset digitale forudsætninger.

Med den nye struktur i sundhedsvæsenet står vi i Nordjylland med et stærkt fundament for et endnu tættere samarbejde på tværs af region, kommuner og andre aktører. Undersøgelsens indsigter giver os et fælles udgangspunkt for at sætte ind dér, hvor behovet er størst, og for at forme fremtidens forebyggelses- og sundhedsindsatser til gavn for alle nordjyder.

Mads Duedahl



Regionsrådsformand

Mikael Klitgaard



Formand for KKR Nordjylland og
borgmester i Brønderslev Kommune



Thisted Kommune



Hjørring Kommune



Indhold

Forord	3
Sammenfatning	6
Formål, baggrund og metode	12
Læsevejledning	18
Selv vurderet helbred	20
Rygning	25
Alkohol	31
Kost	38
Fysisk aktivitet	44
Vægt	51
Søvn	57
Mental sundhed	63
Sociale relationer	70
Kronisk sygdom og multisygdom	77
Social ulighed i sundhed	84
Unge – sundhedsadfærd og trivsel	87
Digitale sundhedskompetencer og engagement i egen sundhed	97

Sammenfatning

Denne rapport beskriver resultaterne af den nordjyske befolkningsundersøgelse "Hvordan har du det?" 2025. Formålet med undersøgelsen er at beskrive den selvvaluerede sundhedstilstand blandt de nordjyske borgere, samt hvordan denne har udviklet sig over tid.

Undersøgelsen er baseret på en repræsentativ stikprøve blandt 34.700 nordjyder fra 16 år og opefter. I alt 41% af de inviterede valgte at svare på spørgeskemaet, hvilket svarer til 14.341 personer. Der blev gennemført tilsvarende undersøgelser i 2010, 2013, 2017 og 2021. I denne rapport beskrives udviklingen fra 2010 til 2025.

Undersøgelsen er den første regionale undersøgelse siden 2021, og giver dermed et blik på sundhedstilstanden i Nordjylland efter COVID-19 pandemien.

I sammenfatningen præsenteres de væsentligste resultater fra de 14 kapitler, rapporten består af. Udover resultaterne i denne rapport, kan der findes yderligere resultater på sundhedsprofilens platform på www.rn.dk/sundhedsprofil, hvor det er muligt at finde kommunale resultater og udføre egne analyser.

Sundhedsråd

Hvert kapitel indeholder resultater på kommuneniveau samt sundhedsrådsniveau. På de fleste mål er der ikke forskel på de to sundhedsråd på det overordnede niveau. Der ses dog enkelte forskelle:

Sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland ses der blandt borgerne i Sundhedsråd Vendsyssel en større andel med svær overvægt samt flere med dårlig søvnkvalitet, hvilket ikke gør sig gældende for Sundhedsråd Limfjorden.

Derudover er der i Sundhedsråd Vendsyssel sket en stigning i andelen, der vurderer, at deres helbred er dårligt fra 2021 til 2025.

Sundhedsråd Limfjorden adskiller sig kun på et enkelt af de undersøgte mål fra det regionale gennemsnit idet andelen, der angiver at lide af en langvarig sygdom, er steget signifikant fra 2021 til 2025.

Kommunale forskelle

Resultaterne på Sundhedsrådsniveau afspejler, at forskellene mellem de nordjyske kommuner på mange parametre er begrænsede. På 14 af de 22 sundhedsmål, der er opgjort på kommuneniveau i rapporten, er der enten ingen forskel mellem kommunerne (otte mål) eller kun en kommune, der adskiller sig fra det regionale gennemsnit (seks mål).

Den største variation ser vi på målet 'tæt knyttet til sit lokalområde', hvor borgerne i fem kommuner i højere grad føler sig knyttet til lokalområdet sammenlignet med gennemsnittet, mens en kommune ligger under gennemsnittet. På de øvrige mål er det tre til fire kommuner, der afviger fra det regionale gennemsnit.

Sundhedsadfærd

Rygning

- 10% af nordjyderne ryger dagligt.
- Fra 2010 til 2025 er andelen af dagligrygere faldet fra 22% til 10%, og siden sidste undersøgelse i 2021 er andelen faldet fra 14%.
- Andelen af storrygere (mindst 15 cigaretter om dagen) er 4%. Andelen er faldet fra 11% i 2010.
- 9% af de unge bruger røgfri nikotinprodukter dagligt. For de øvrige aldersgrupper er andelen 0-5%.

Den største andel dagligrygere ses blandt borgere, der modtager førtidspension.

Faldet i dagligrygning ses for begge køn og alle aldersgrupper.



Kost og madvaner

- 23% af nordjyderne har 'lav score på kostskalaen' (indikerer kost med meget fedt, lidt grønt, frugt og fisk). Andelen er steget fra 18% i 2010 og 21% i 2021.
- 35% af nordjyderne vurderer, at deres madvaner er sunde.
- Ca. to ud af tre nordjyder har en 'middel score på kostskalaen' og tilsvarende vurderer 57%, at deres kostvaner er 'nogenlunde sunde'.

Der er flest borgere med 'lav score på kostskalaen' blandt mænd, borgere med grundskole eller erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse samt førtidspensionister.

For både mænd og kvinder samlet, er andelen med lav score på kostskalaen steget signifikant fra 2010 til 2025. For kvinderne ses der også en stigning fra den seneste undersøgelse i 2021.

Fysisk aktivitet

- 19% af nordjyderne er fysisk inaktive. Denne andel er uændret både i forhold til 2010 og 2021.
- 44% af nordjyderne lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet, hvilket er en stigning fra 2021.
- Mange af de fysisk inaktive nordjyder – mellem 52% og 91% – ønsker at være mere fysisk aktive.

Det er blandt borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse, borgere, der er ledige, førtidspensionister og øvrige uden for arbejdsmarkedet, at der er flest fysisk inaktive.

Blandt de unge er der flere, der er fysisk inaktive i 2025 sammenlignet med 2010, mens det er omvendt for borgere i alderen 67+ år, hvor der i 2025 er færre, der er fysisk inaktive.

Vægt

- Moderat overvægt forekommer hos 36% af nordjyderne og har ligget stabilt siden undersøgelsen i 2010.
- Svær overvægt forekommer hos 22% af nordjyderne.
- Andelen med svær overvægt er steget siden 2010, men stagneret i 2025.

Andelen med svær overvægt er højest i aldersgruppen 45–66 år, blandt borgere med grundskole eller erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse, førtidspensionister og øvrige uden for arbejdsmarkedet.

Stigningen i andelen med svær overvægt fra 2010 til 2025 ses på tværs af køn og alder, dog med undtagelse af de yngste borgere i alderen 16–24 år.

Alkohol

- 12% af nordjyderne drikker mere end 10 genstande om ugen, hvilket er et fald fra 21% i 2010.
- 7% af nordjyderne drikker mindst en gang om ugen fem eller flere genstande ved samme lejlighed (rusdrikkeri/binge drinking). Det er et fald fra 11% i 2013, hvor spørgsmålet indgik første gang.
- Flere mænd (8%) end kvinder (3%) har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer.

Det er særligt mænd generelt, pensionister samt unge af begge køn, der drikker mere end 10 genstande om ugen.

På tværs af køn og aldersgrupper er der sket et markant fald i, hvor mange der drikker mere end 10 genstande om ugen fra 2010 til 2025. For nogle aldersgrupper ses der også fald fra 2021 til 2025, men for kvinder i alderen 16–24 år er der derimod sket en stigning i den periode.

Søvn

- 33% af nordjyderne sover mindre end 7 timer i døgnet. Dette er uændret i forhold til de tidligere undersøgelser.
- 18% af nordjyderne har dårlig søvnkvalitet.
- Andelen med dårlig søvnkvalitet er steget siden 2013, hvor det første gang indgik i undersøgelsen.

Det er især kvinder, borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse samt borgere, der er ledige, førtidspensionister og øvrige uden for arbejdsmarkedet, der oplever dårlig søvnkvalitet.

På tværs af køn og alder er der flere, der oplever dårlig søvnkvalitet i 2025 sammenlignet med 2013, dog undtaget borgere over 66 år, hvor andelen er stabil.



Mental sundhed og trivsel

Mental sundhed

- 29% af nordjyderne har en høj score på stressskalaen.
- For alle køn og aldersgrupper, med undtagelse af de 67+ årige, har der været en voksende andel med høj score på stressskalaen i perioden 2013 til 2025.
- Lav score på trivselsindeks følger samme mønster som høj score på stressskalaen.
- To ud af tre nordjyder har moderat mentalt velbefindende. 21% har lavt mentalt velbefindende, mens 17% har højt mentalt velbefindende.

Det er især blandt kvinder, at andelen med høj score på stressskalaen er høj – 52% blandt de 16 til 24-årige. Derudover er den også høj blandt borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse samt borgere der er ledige, førtidspensionister og øvrige uden for arbejdsmarkedet.

Sociale relationer

- 11% af nordjyderne er ensomme, hvilket er flere end de 8% i 2017, hvor spørgsmålet indgik første gang, men uændret i forhold til 2021.
- 5% af nordjyderne har begrænset social støtte, hvilket er uændret i forhold til tidligere undersøgelser.
- Mere end hver tredje nordjyde har mindst tre nære venner.

Andelen af ensomme er højest blandt kvinder i alderen 16–44 år og mænd i alderen 25–44 år. Derudover er den også høj blandt borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse samt borgere, der er under uddannelse, ledige, førtidspensionister og øvrige uden for arbejdsmarkedet. For kvinder i alderen 67+ år er andelen, der er ensomme, faldet siden 2021.

7% af de borgere, der bor sammen med andre, er ensomme, mens det gælder 19% af de borgere, der ikke bor sammen med andre.

Helbred og sygdom

- 81% af nordjyderne vurderer, at de har et godt, vældig godt eller fremragende helbred.
- Andelen, der vurderer, at deres helbred er dårligt, er steget fra 15% i 2010 til 19% i 2025.
- 34% af nordjyderne lever med 2–3 samtidige sygdomme, mens 20% har fire eller flere samtidige sygdomme.
- For 14 ud af 16 sygdomme er andelen med sygdommen steget fra 2010 til 2025, og for syv sygdomme er andelen også steget fra 2021 til 2025.

Angstlidelser og depression er blandt de hyppigste sygdomme for de 16 til 24-årige samt de 25 til 44-årige, hvor det er andre sygdomme, der er hyppige for de ældre aldersgrupper. Helt naturligt stiger forekomsten af lidelser i bevægeapparatet med alderen. Den største andel med sygdomme, som relaterer sig til slitage af knogler og led, findes blandt de 67+ årige. Omkring halvdelen i denne aldersgruppe har desuden forhøjet blodtryk.

Social ulighed i sundhed

I alle kapitlerne indgår uddannelsesniveau, der kan anvendes som indikator for social ulighed i sundhed. I kapitel 12 samles der op på de forskelle, der ses i forhold til uddannelsesniveau. Den sociale ulighed i sundhed er fortsat tydelig, både når det kommer til sundhedsadfærd som rygning og fysisk aktivitet, samt når der ses på mental sundhed, trivsel og sociale relationer. Der er en tydelig uddannelsesgradient, hvor især risikabel sundhedsadfærd er mere udtalt, jo lavere uddannelsesniveau. Det ses især på følgende sundhedsmål, at andelen stiger med faldende uddannelsesniveau:

- fysisk inaktivitet
- lever op til anbefalingerne om fysisk aktivitet fra WHO (omvendt sammenhæng)
- dårligere kost (lav score på kostskalaen)
- svær overvægt
- daglig- og storrygere

Overordnet er billedet, at borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelsesniveau ligger dårligere end regionsgennemsnittet. Borgere med erhvervsfaglig uddannelse eller kort videregående uddannelse ligger på niveau med gennemsnittet, mens borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse ligger bedre end regionsgennemsnittet.

Unge

I kapitel 13 præsenteres en række mål inden for overskrifterne sundhedsadfærd, mental sundhed og sociale relationer for aldersgrupperne 16–19 år og 20–24 år.

16–19 år

- 3% af mændene og 2% af kvinderne ryger dagligt.
- 7% af mændene og 4% af kvinderne bruger produkter som nikotinposer dagligt.
- 57% af kvinderne og 30% af mændene har en høj score på stressskalaen. Dette er på niveau med 2021.
- 66% af kvinderne er meget generet af hovedpine.
- 27% af kvinderne og 12% af mændene er ensomme. Dette er på niveau med 2021.
- 38% deltager mindst én gang om ugen i fritidsaktiviteter.

20–24 år

- 6% af både kvinder og mænd ryger dagligt.
- 12% af mændene og 13% af kvinderne bruger produkter som nikotinposer dagligt. Dette er en stigning for kvinderne fra 2021.
- 47% af kvinderne og 29% af mændene har en høj score på stressskalaen. Dette er på niveau med 2021.
- 64% af kvinderne er meget generet af hovedpine.
- 22% af kvinderne og 16% af mændene er ensomme. Dette er på niveau med 2021.
- 30% deltager mindst én gang om ugen i fritidsaktiviteter.

Det fremgår også i kapitlet, at mens der umiddelbart ikke er sammenhæng mellem høj score på stressskalaen og sundhedsadfærd, så ses det, at andelen med ensomhed, angst, lav score på trivselsindeks samt generet af hovedpine er signifikant højere for unge med høj score på stressskalaen, sammenlignet med unge med en lav score på stressskalaen. Det ses også, at ensomhed har betydning for trivslen, idet ensomme unge for eksempel i højere grad oplever, at det er svært at leve op til andres forventninger, angiver ikke at have nogle nære venner og i mindre grad deltager i fritidsaktiviteter, end unge, der ikke er ensomme.

Nordjydernes digitale sundhedskompetencer og engagement i egen sundhed

Som noget nyt er der i 2025 spurgt til nordjydernes digitale sundhedskompetencer, specifikt borgernes evne til at anvende digitale løsninger i sundhedssammenhæng samt deres motivation for samme. Generelt viser opgørelserne, at borgernes selvvurderede evner er højere end deres motivation. Det fremgår også, at der er en tydelig aldersgradient, hvor de ældste borgere scorer lavest på begge parametre. Ligeledes ses en uddannelsesgradient, hvor både evner og motivation stiger med uddannelsesniveau. I samme kapitel indgår også opgørelser vedrørende borgernes evne til aktivt at tage hånd om egen sundhed. Her er aldersgradienten omvendt – aktivt tage hånd om egen sundhed stiger med alderen.

Formål, baggrund og metode

Formålet med undersøgelsen

Hvert fjerde år gennemføres spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', som er datagrundlaget for Region Nordjyllands sundhedsprofil. De tidligere undersøgelser er gennemført i 2010, 2013, 2017 og 2021.

Formålet med Region Nordjyllands 'Hvordan har du det?'-undersøgelse er at belyse nordjydernes trivsel, sundhed og sygdom samt at følge udviklingen over tid. Region Nordjylland og de nordjyske kommuner er afsender på denne rapport, der præsenterer de væsentligste resultater fra 2025-undersøgelsen. Resultaterne kan også findes på sundhedsprofilens platform, hvor der findes kommunale resultater og er mulighed for at lave egne analyser. Sundhedsprofilens platform kan tilgås på www.rn.dk/sundhedsprofil.

Sundhedsprofilen bliver brugt i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden i kommunerne og regionen. Resultaterne anvendes som et grundlag for prioritering og planlægning af strategier og indsatser på sundhedsområdet i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. For eksempel anvendes Region Nordjyllands sundhedsprofil i forbindelse med de kommunale sundhedspolitikker og vil ligeledes være et relevant vidensgrundlag for de nye sundhedsråd. Derudover bliver undersøgelsens indsamlede resultater anvendt til forskning.

Denne rapport præsenterer de væsentligste resultater af undersøgelsen. Resultaterne giver et øjebliksbillede baseret på en række udvalgte indikatorer, der kan indgå i det samlede vidensgrundlag, der ligger til grund for arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme i Region Nordjylland.

Sundhedsbegreber

Når man skal bruge sundhedsprofilens resultater, kan det være nyttigt at gøre sig klart, hvilken forståelse af sundhed, sygdom, forebyggelse og sundhedsfremme man har. I en meget snæver forståelse handler sundhed kun om, at der skal være fravær af sygdom, og bliver man syg, kan sundhedsvæsenet hjælpe med at behandle sygdommen ⁽¹⁾. I en bredere forståelse handler sundhed også om trivsel i både fysisk, psykisk og social forstand. Heri ligger også en forståelse af, at borgernes sundhed påvirkes både af egne valg og af de omgivelser, som det enkelte individ lever i. Disse omgivelser består af forskellige samfundsstrukturer såsom levevilkår, sociale grupper, sociale netværk, lovgivning og regulering samt individers forståelsesramme og kulturelle baggrund. Det er denne forståelse WHO arbejder ud fra ⁽²⁾. Det betyder også, at forebyggelse ikke kun handler om eksempelvis at få befolkningen til at stoppe med at ryge, men også at have en opmærksomhed på de strukturelle forhold, der kan have en sundhedsfremmende – eller sundhedshæmmende – effekt.

Baggrund

Region Nordjyllands sundhedsprofil er en del af en landsdækkende undersøgelse, der gennemføres på baggrund af en aftale indgået i 2009 mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsministeriet og Finansministeriet om udarbejdelsen af sammenlignelige sundhedsprofiler på tværs af regioner og kommuner i Danmark. Der gennemføres sundhedsprofiler i alle regioner samt nationalt på samme tid, hvor hver region, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed er ansvarlig for hver undersøgelse.

I Region Nordjylland udarbejdes 'Hvordan har du det'-undersøgelsen i et samarbejde mellem Region Nordjylland og alle 11 nordjyske kommuner. Samarbejdet om sundhedsprofilen har i projektperioden været politisk forankret i det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommuner. Der blev i starten af undersøgelsens forløb nedsat en tværsektoriel projektgruppe med repræsentanter fra de kommunale administrationer og den regionale administration, der har stået for det praktiske samarbejde omkring gennemførelse og afrapportering af undersøgelsen.

Første undersøgelse efter COVID-19-pandemien

Sundhedsprofilundersøgelsen 2025 er den første regionale undersøgelse siden 2021, der er gennemført under mere normale samfundsmæssige rammer. Undersøgelsen i 2021 blev gennemført under COVID-19-pandemien, hvor en række restriktioner og ændrede levevilkår var til stede under indsamlingsperioden. Resultaterne fra 2021 skal derfor fortolkes med dette i mente, særligt ved sammenligninger over tid. Sundhedsprofilen 2025 giver et billede af nordjydernes sundhedstilstand efter COVID-19.

Adgang til data

Rapport og platform

Denne rapport er et fælles produkt udarbejdet i samarbejde mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner. Rapporten indeholder udvalgte, grundlæggende resultater på regionalt og kommunalt niveau, der samlet set giver et grundigt billede af sundhedstilstanden i Region Nordjylland.

I forbindelse med de tidligere undersøgelser har der været udgivet en pjece med resultater for hver kommune. Denne gang findes der resultater for kommunerne og de kommende sundhedsråd i rapporten her, samt på sundhedsprofilens platform www.rn.dk/sundhedsprofil. Her er det muligt at vælge den kommune, man er interesseret i, og få adgang til lokale resultater inden for 8 emner.

Derudover er der mulighed for adgang via www.rn.dk/sundhedsprofil til en lang række data og mulighed for selv at gennemføre analyser.

Metode

Spørgeskemaet

Spørgeskemaet, der er grundlaget for hele undersøgelsen, er udviklet i et samarbejde mellem de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. Her er der valgt 55 spørgsmål, der er obligatorisk indhold, som ligeledes indgår i de øvrige regioners undersøgelse samt i den nationale sundhedsprofilundersøgelse. Derudover har Region Nordjylland, i samarbejde med de nordjyske kommuner, valgt yderligere 27 spørgsmål. Disse spørgsmål er valgt ud fra et ønske om at kunne følge bestemte indikatorer over tid eller med henblik på at sætte fokus på eller nuancere relevante sundhedsrelaterede emner. De overordnede emner i spørgeskemaet er:

- Helbred, livskvalitet og trivsel
- Sygdom og gener
- Brug af sundhedsvæsen og medicinforbrug
- Sundhedsadfærd
- Motivation til og rådgivning om ændring af sundhedsadfærd
- Sociale relationer
- Sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer
- Baggrundsvariable

Stikprøve og svarprocent

Dataindsamlingen foregik fra den 4. februar 2025 til den 18. maj 2025. I alt blev 34.700 nordjyder fra 16 år og opefter inviteret til at svare på spørgeskemaet. Deltagerne er udtrukket tilfældigt af Sundhedsdatastyrelsen, fordelt på de nordjyske kommuner. Antallet af inviterede er baseret på, at der skal inviteres 2.000 fra hver kommune. For at sikre robuste resultater, suppleres med 14.000 ekstra respondenter, der fordeles på baggrund af indbyggertallet i kommunerne. Fra Læsø kommune er der inviteret 700 borgere, hvilket skyldes, at der i den nationale aftale om sundhedsprofilundersøgelser er defineret, at der højst må udtrækkes 50% af kommunernes indbyggere på 16 år og opefter. Tabel 1.1 viser hvor mange, der blev inviteret fra hver kommune.

De udtrukne borgere blev inviteret til at deltage via deres digitale postkasse. Invitationen bestod af et brev samt et link til spørgeskemaet. De, der ikke svarede, fik endnu en henvendelse i den digitale postkasse og dernæst en fysisk henvendelse med post og derefter to henvendelser i deres digitale postkasse. Det fysiske brev indeholdt brugernavn og adgangskode, så borgerne havde mulighed for at gå ind på hjemmesiden www.svar2025.dk og besvare spørgeskemaet digitalt.

Borgere uden digital post fik invitationen med post, og der blev sendt yderligere to henvendelser til dem, der ikke svarede.

Ovenstående indsamlingsmetode blev også anvendt af de øvrige regioner samt Statens Institut for Folkesundhed.

Under hele indsamlingsperioden kunne borgerne kontakte sundhedsprofilteamet telefonisk eller via en elektronisk blanket. Enkelte borgere ønskede at besvare skemaet telefonisk, hvilket de fik mulighed for.

Alle, der besvarede spørgeskemaet, deltog i lodtrækning om supergavekort. Desuden blev der trukket ekstra præmier blandt de borgere, som besvarede spørgeskemaet inden for de første 14 dage.

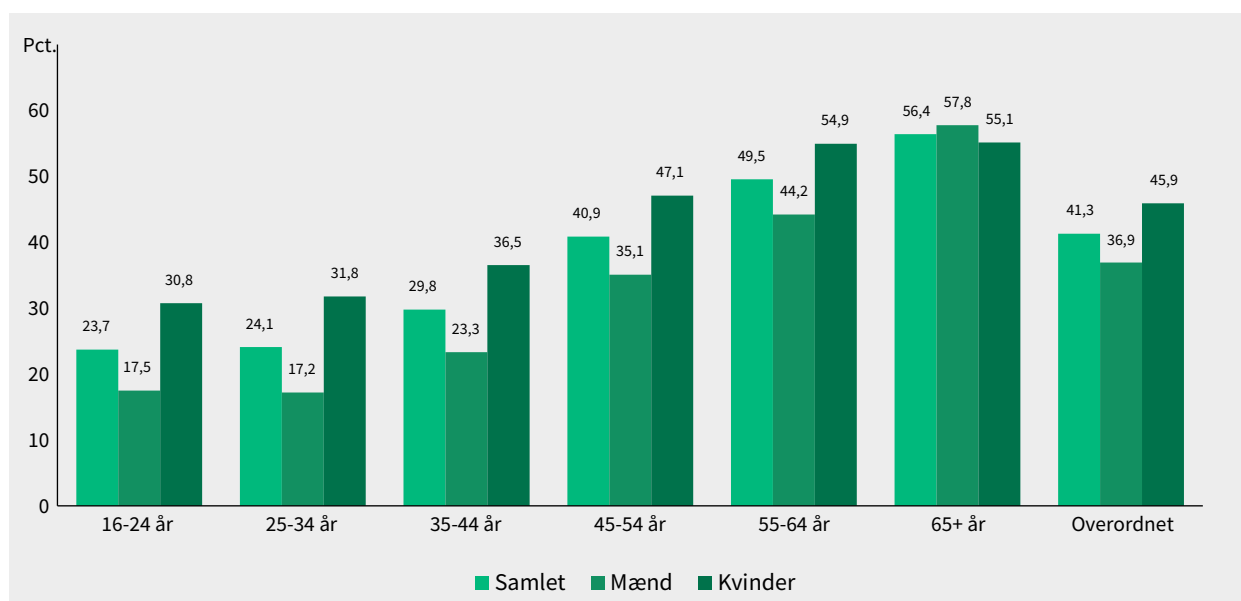
Tabel 1.1: Antal inviterede og svarprocent i kommunerne.

Kommune	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Svarprocent
Aalborg	7.300	2.990	41,0
Læsø	700	286	41,9
Frederikshavn	3.400	1.423	41,9
Hjørring	3.500	1.536	43,9
Morsø	2.500	1.016	40,6
Thisted	3.000	1.260	42,0
Vesthimmerland	2.900	1.103	38,1
Brønderslev	2.800	1.154	41,2
Rebild	2.700	1.110	41,1
Mariagerfjord	3.000	1.247	41,6
Jammerbugt	2.900	1.213	41,8
RN i alt	34.700	14.338	41,3

I alt 41,3% af de inviterede valgte at svare på spørgeskemaet, hvilket svarer til 14.338 personer. Heraf valgte 85,3% (12.236) at svare på nettet, mens 14,7% (2.102) besvarede og indsendte papirskemaet. I 2021 var svarprocenten 54%, mens den i 2017 var 60%.

Svarprocenten mellem kommunerne varierer fra 38% til 44%, og fremgår af tabel 1.1.

Figur 1.1: Endelig svarprocent for Region Nordjylland fordelt på køn og alder. 2025. Procent.



For kvinder var den samlede svarprocent 45,9%, mens den for mænd var 36,9%. De yngste i aldersgruppen 16–24 år har samlet den laveste svarprocent på 23,7%, mens aldersgruppen 65+ år har den højeste svarprocent på 56,4%. Figur 1.1 viser svarprocenterne for henholdsvis mænd og kvinder fordelt på forskellige aldersgrupper.

Vægtning og signifikanstest

Der anvendes vægte for at sikre, at resultaterne med størst mulig sikkerhed kan anvendes til at generalisere til den nordjyske befolkning som helhed. Vægtene er udviklet af Danmarks Statistik, og korrigerer for skævheder i udtrækssandsynligheder og bortfald, eksempelvis når en lavere andel af de unge har valgt at svare i forhold til de ældre aldersgrupper. Vægtene betyder, at vi med stor sandsynlighed kan sige, at resultaterne af undersøgelsen er repræsentative for hele den nordjyske befolkning. Herudover opregner vægtene til populationen bestående af personer i Region Nordjylland i alderen 16 år og opefter.

I beregning af vægtene tages der højde for følgende demografiske, sociale og økonomiske forhold samt kontakt med sundhedsvæsenet:

- Køn
- Alder
- Kommune
- Højeste afsluttede uddannelse
- Bruttoindkomst
- Socioøkonomisk gruppering
- Familietype
- Etnicitet
- Antal lægebesøg i 2024
- Kontakt med sygehus i 2023
- Ejerforhold

Signifikanstest

For at kunne vurdere, om der er reel forskel på to resultater, for eksempel i udviklingen fra 2021 til 2025, er der gennemført signifikanstest. Signifikanstest er udarbejdet med et 95% signifikansniveau, hvilket betyder, at det med 95% sikkerhed kan siges, at de forskelle, der fremkommer i analyserne, også gør sig gældende i den nordjyske befolkning som helhed.

Inklusion af national stikprøve

Som beskrevet tidligere, gennemføres, udover de regionale sundhedsprofiler, også en national sundhedsprofil. Til den undersøgelse udtrækkes en særskilt stikprøve, der også indeholder nordjyske borgere. For at få et endnu stærkere datagrundlag, har Region Nordjyllands analyseteam, ligesom i 2021-rapporten, valgt at inkludere besvarelsenerne fra de ca. 1.000 nordjyder, der besvarede det nationale spørgeskema i 2025. Det betyder, at antallet af inkluderede respondenter er større for de 55 nationale kernespørgsmål, end for de specifikke nordjyske tillægsspørgsmål.

Ændringer i opgørelsesmetoder

Resultaterne i denne rapport kan ikke nødvendigvis sammenlignes direkte med resultaterne i de tidligere sundhedsprofilrapporter. Det skyldes, at der løbende træffes beslutning om blandt andet opgørelsesmetoder for konkrete spørgsmål, både internt og på tværs af regionerne og Statens Institut for Folkesundhed. Ændringerne skyldes faglige vurderinger. Ved behov kan overblik over ændrede opgørelsesmetoder med videre rekvireres ved henvendelse til sundhedsprofilteamet i Region Nordjylland.

Baggrundvariable

Gennemgående i hele rapporten opgøres sundhed, sundhedsvaner og sygelighed i en standardtabel, hvor forekomsterne præsenteres fordelt på en række baggrundvariable. Der er tale om køn, alder, uddannelsesniveau, erhvervsstatus og samlivsstatus. Tabel 1.2 viser fordelingsmønsteret på de forskellige baggrundvariable samt den uvægtede og vægtede procentfordeling.

Køn og alder

Oplysningerne om køn og alder stammer fra CPR-registret. Alder er opgjort pr. 1. januar 2025.

Uddannelsesniveau

Opgørelse om uddannelse stammer fra selvrappede oplysninger fra spørgeskemaets spørgsmål omhandlende borgerens længst fuldførte uddannelse.

Uddannelsesniveaue er opgjort på følgende måde:

- Grundskole: Personer, der enten har svaret at 'de stadig går i grundskole', eller har 'grundskole' eller 'et eller flere kortere kurser' som længst fuldførte uddannelse.
- Erhvervsfaglig uddannelse: Personer, som har angivet 'Studenter-, Hf-eksamen (for eksempel HF, STX, HHX, HTX)' eller 'Erhvervsfaglig uddannelse/faglært'.
- Kort videregående uddannelse: Personer, der har angivet 'kort videregående uddannelse'.
- Mellemlang videregående uddannelse: Personer, der har angivet 'mellemlang videregående uddannelse'.
- Lang videregående uddannelse: Personer, der har angivet 'lang videregående uddannelse'.

Erhvervsstatus

Oplysninger fra erhvervsstatus stammer dels fra spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og spørgsmålet 'Er du i arbejde?' samt dels fra DREAM-registret¹. Er personen ikke i arbejde, anvendes oplysninger om ydelser i forbindelse med førtidspension, efterløn samt ledighed i løbet af 2024 fra DREAM-registret.

- Beskæftigede: Borgere mellem 16–25 år, som har svaret nej i spørgsmålet om at være under uddannelse, men som har svaret ja i spørgsmålet om at være i arbejde samt personer mellem 26–67 år, som har svaret ja i spørgsmålet om at være i arbejde.
- Under uddannelse: Borgere mellem 16 og 24 år, der har angivet at være under uddannelse, samt borgere mellem 25–66 år, som har angivet at være under uddannelse, og som har angivet, at de ikke er i arbejde.
- Førtidspensionister: Borgere, som modtager førtidspension eller seniorpension.
- Pensionister: Defineres i 2025-dataene som alle borgere, der er 67 år eller ældre, mens det i data-sættene for 2010, 2013, 2017 og 2021 defineres som alle borgere fra 65 år og opefter. Derudover defineres borgere, der modtager 'tidlig pension' eller efterløn også som pensionister.

Udenfor arbejdsmarkedet:

Personer, som har svaret nej i spørgsmålet om at være under uddannelse og samtidig har svaret nej til spørgsmålet om at være i arbejde.

- **Ledige:** Borgere, som ifølge DREAM står som aktiv ledig, jobparat eller i matchgruppe 1.
- **Øvrige ikke-erhvervsaktive:** Borgere, som ikke opfylder ovennævnte kriterier for arbejdsløshed, kategoriseres som øvrige ikke-erhvervsaktive, for eksempel hjemmegående husmødre/husfædre, unge, som forsørges af deres forældre, personer som har opgivet at søge arbejde, og som ikke er registeret som ledige⁽³⁾.

Samlivsstatus

Oplysningerne om samlivsstatus er primært hentet fra spørgeskemaets spørgsmål om samliv. Er spørgsmålet ubesvaret, hentes oplysninger fra CPR-registret pr. 1. januar 2025.

- **Samlevende:** Personer, der i spørgsmålet om samliv har angivet, at de bor sammen med ægtefælle eller samlever, og personer der i CPR-registret står som 'Gift' eller 'Registeret partnerskab'.
- **Ikke samlevende:** Personer, der i spørgsmålet om samliv har angivet, at de ikke bor sammen med ægtefælle eller samlever, og personer der i CPR-registret står som 'Ugift', 'Fraskilt', 'Enkestand', 'Ophævet registreret partnerskab' og 'Længstlevende af to partnere'.

1 DREAM er en forløbsdatabase baseret på data fra Beskæftigelses- og Undervisningsministeriet, CPR-registret samt SKAT

Tabel 1.2: Baggrundsvariable anvendt i ”Hvordan har du det?” 2025

		Antal svarpersoner	Opregnet antal i Region Nordjylland	Uvægtet procent	Vægtet procent
Køn	Mand	6.997	249.929	45,3	50,2
	Kvinde	8.451	247.548	54,7	49,8
	I alt	15.448	497.477	100	100
Alder	16–24 år	1.043	64.804	6,8	13,0
	25–44 år	2.644	118.195	17,1	23,8
	45–67 år	6.094	166.194	39,4	33,4
	67+ år	5.667	148.284	36,7	29,8
	I alt	15.448	497.477	100	100
Uddannelse	Grundskole	1.542	51.537	12,1	13,1
	Erhvervsfaglig udd.	5.308	166.906	41,8	42,5
	Kort videregående	1.282	38.504	10,1	9,8
	Mellemlang videregående	3.292	92.164	25,9	23,5
	Lang videregående	1.281	43.689	10,1	11,1
	I alt	12.705	392.800	100	100
Erhvervsstatus	Beskæftigede	5.930	191.939	42,2	43,8
	Ledige	180	6.611	1,3	1,5
	Under uddannelse	605	39.343	4,3	9,0
	Førtidspensionister	1.017	28.895	7,2	6,6
	Pensionister	5.752	150.450	40,9	34,3
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	570	21.059	4,1	4,8
	I alt	14.054	438.297	100	100
Samlivsstatus	Samlevende	9.433	279.149	70,6	66,3
	Ikke samlevende	3.930	142.135	29,4	33,7
	I alt	13.363	421.284	100	100

Referencer

1. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T:
”Sygdomsforebyggelse”. Kbh., 2014.
2. WHO. Official Records of the World Health Organization no.2. S. 16, WHO, 1946.
3. Danmarks Statistik: ”Registerbaseret arbejdsstyrke” Registerbaseret arbejdsstyrkestatistik (RAS): Indhold - Danmarks Statistik (besøgt d. 06-02-2026), 2026

Læsevejledning

Rapporten består af 14 kapitler. 10 af kapitlerne er bygget over den samme skabelon. Første del af kapitlet har følgende indhold:

- En indledning.
- Afgrænsning og definitioner af mål og indikatorer.

Dernæst følger grafiske præsentationer af udvalgte indikatorer, der er relevante for kapitlet. Der er fire faste grafiske elementer, samt én eller flere yderligere elementer, der kan variere mellem kapitler. De faste elementer er:

- Standardtabel, der viser to nøglevariable fordelt på årstal, køn, alder og sociale forhold.
- Udviklingsgraf, der viser udviklingen på en nøglevariabel fordelt på køn og alder.
- Kommunekort, der viser resultatet for en nøglevariabel for hver kommune og om resultatet afviger fra regionsgennemsnittet.
- Kommunal udviklingsgraf, der viser udviklingen for hver kommune og sundhedsråd på en nøglevariabel.

For læsevenligheds skyld afrundes procenttallene til nærmeste hele tal. Dette kan i enkelte tilfælde betyde, at der markeres en signifikant forskel på to enslydende tal, fordi udviklingen i perioden er meget lille, men dog statistisk signifikant. Det ses i figur 11.3, at andelen med hjertekrampe er 2% i alle undersøgelsesårene, men fra 2021 til 2025 er der en signifikant forskel på decimalniveau.

Beskrivelse af faste grafiske elementer

Standardtabel

Standardtabellen viser forekomst på to variable fordelt på forskellige baggrundsvariable.

Tabellen viser yderligere om andelen er signifikant større eller mindre end regionsgennemsnittet. Den grønne markering illustrerer, at andelen er signifikant større, og den blå markering illustrerer, at andelen derimod er signifikant mindre.

Udviklingsgraf – køn og alder

Udviklingsgrafen viser udviklingen for en udvalgt indikator. Udviklingen vises fra 2010 til 2025 fordelt på køn og aldersgrupper. På enkelte indikatorer er der ikke data for alle fire undersøgelsesår.

Den gule markering illustrerer en signifikant forskel mellem det første undersøgelsesår og 2025, hvilket viser, om der har været en ændring over en længere periode. Den blå markering signalerer en signifikant forskel mellem 2021 og 2025 og indikerer dermed, om der er sket en udvikling i løbet af de seneste fire år.

Kommunekort

Farverne angiver, om kommunens resultat afviger signifikant fra gennemsnittet i regionen. Farverne blå og grøn viser, om gennemsnittet for kommunens borgere er henholdsvis mindre eller større sammenlignet med gennemsnittet for alle borgerne i regionen.

Udviklingsgraf – kommuner og sundhedsråd

Den kommunale udviklingsgraf viser udviklingen for hver kommune for en udvalgt indikator. Grafen viser udviklingen fra 2010 til 2025. På enkelte indikatorer er der ikke data for alle undersøgelsesår. Som i udviklingsgrafen for køn og alder, viser de gule og blå markeringer i grafen, om der er en signifikant forskel. De gule markeringer viser ændringer fra det første undersøgelsesår til 2025, mens de blå markeringer viser ændringer fra 2021 til 2025.

Tværgående kapitler

De tre kapitler om henholdsvis 1) Social ulighed i sundhed, 2) Unge - sundhedsadfærd og trivsel og 3) Nordjydernes digitale sundhedskompetencer og engagement i egen sundhed følger ikke skabelonen for de

øvrige 11 kapitler. De tre kapitler præsenterer udvalgte variable, der er relevante for det pågældende emne. Hvert af kapitlerne har en indledning, der præsenterer indholdet i kapitlet.

Eksempel på standardtabel

Totalen for Region Nordjylland i 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Eksempelvis er der i 2025 10% i alt, der er dagligrygere i Nordjylland.

Den vægtede forekomst i procent. Farven angiver, om resultatet afviger signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland. Eksempelvis ses det, at 5 procent af de unge mænd ryger dagligt, hvilket er signifikant lavere end det samlede gennemsnit i 2025.

		Dagligrygere		Storrygere	
		Pct.		Pct.	
Alle	2010	22		11	
	2013	17		8	
	2017	17		8	
	2021	14		6	
	2025	10		4	
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	11		4	
	Sundhedsråd Limfjorden	10		4	
Mænd	16-24 år	5		2	
	25-44 år	12		5	
	45-66 år	14		8	
	67+ år	10		4	
	Alle mænd	11		5	
Kvinder	16-24 år	4		0	
	25-44 år	9		2	
	45-66 år	13		5	
	67+ år	8		2	
	Alle kvinder	10		3	
Uddannelsesniveau	Grundskole	17		8	
	Erhvervsfaglig udd.	11		4	
	Kort videregående	12		5	
	Mellemlang videregående	8		3	
	Lang videregående	4		2	
Erhvervsstatus	Beskæftigede	10		4	
	Ledige	12		4	
	Under uddannelse	4		1	
	Førtidspensionister	22		11	
	Pensionister	9		3	
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	16		7	
Samlivsstatus	Samlevende	9		3	
	Ikke-samlevende	13		5	

Signifikant større Signifikant mindre Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Selvvurderet helbred

Et godt helbred er andet og mere end fraværet af sygdom, det handler om de mange faktorer, der påvirker både fysisk, mental og social trivsel ⁽¹⁾.

'Selvvurderet helbred' beskriver en persons samlede vurdering af sit eget helbred. Det rummer en lang række helbredsaspekter, der ikke indfanges af kliniske målinger eller lægefaglige observationer, men i stedet beror på personens erfaringer med sit eget helbred gennem livet, kendskab til sygdom og dødelighed blandt familie samt sammenligning med jævnaldrendes helbredstilstand ^(2, 3). Desuden påvirkes selvvurderet helbred af oplevelsen af egne ressourcer til at håndtere sygdom og muligheden for at få støtte og hjælp fra sit netværk ^(3, 4).

'Selvvurderet helbred' er et anerkendt og velafprøvet mål, der udtrykker en selvstændig risikofaktor for både sygdom og tidlig død ^(2, 5). Undersøgelser peger på, at målet i nogle sammenhænge er lige så godt, eller

bedre, som objektive kliniske målinger til at prædicere tidlig død, og at målet over tid er blevet endnu stærkere ⁽²⁾.

'Selvvurderet helbred' er således et mål, der giver et godt, overordnet billede af nordjydernes sundhedstilstand.

Definition og afgrænsning

I denne undersøgelse belyses selvvurderet helbred ud fra følgende spørgsmål: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?', hvor det er muligt at svare: 'Fremragende', 'Vældig godt', 'Godt', 'Mindre godt' og 'Dårligt'. I kapitlet præsenteres både dårligt selvvurderet helbred, der udgøres af svarmulighederne 'mindre godt' og 'dårligt', mens godt selvvurderet helbred dækker alle, der har svaret 'fremragende', 'vældig godt' eller 'godt' på spørgsmålet.

Resultater

Figur 2.1: Godt og dårligt selv vurderet helbred – køn, alder og sociale forhold.

		Godt selv vurderet helbred		Dårligt selv vurderet helbred	
		Pct.		Pct.	
Alle	2010	85		15	
	2013	85		15	
	2017	82		18	
	2021	83		17	
	2025	81		19	
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	80		20	
	Sundhedsråd Limfjorden	81		19	
Mænd	16–24 år	93		7	
	25–44 år	87		13	
	45–66 år	80		20	
	67+ år	80		20	
	Alle mænd	83		17	
Kvinder	16–24 år	86		14	
	25–44 år	81		19	
	45–66 år	78		22	
	67+ år	75		25	
	Alle kvinder	79		21	
Uddannelsesniveau	Grundskole	70		30	
	Erhvervsfaglig udd.	80		20	
	Kort videregående	83		17	
	Mellemlang videregående	86		14	
	Lang videregående	88		12	
Erhvervsstatus	Beskæftigede	88		12	
	Ledige	69		31	
	Under uddannelse	86		14	
	Førtidspensionister	53		47	
	Pensionister	78		22	
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	63		37	
Samlivsstatus	Samlevende	83		17	
	Ikke-samlevende	77		23	

■ Signifikant større
 ■ Signifikant mindre
 ■ Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Størstedelen af nordjyderne vurderer, at de har et godt selv vurderet helbred. Der ses dog en faldende tendens over tid. I 2025 er andelen 81%, hvilket er signifikant færre sammenlignet med de tidligere undersøgelser.

Det ses også af figur 2.1, at der generelt er flere mænd end kvinder, der vurderer at deres helbred er godt, mens det er i gruppen af førtidspensionister, at vi finder den laveste andel med godt selv vurderet helbred på 53%.

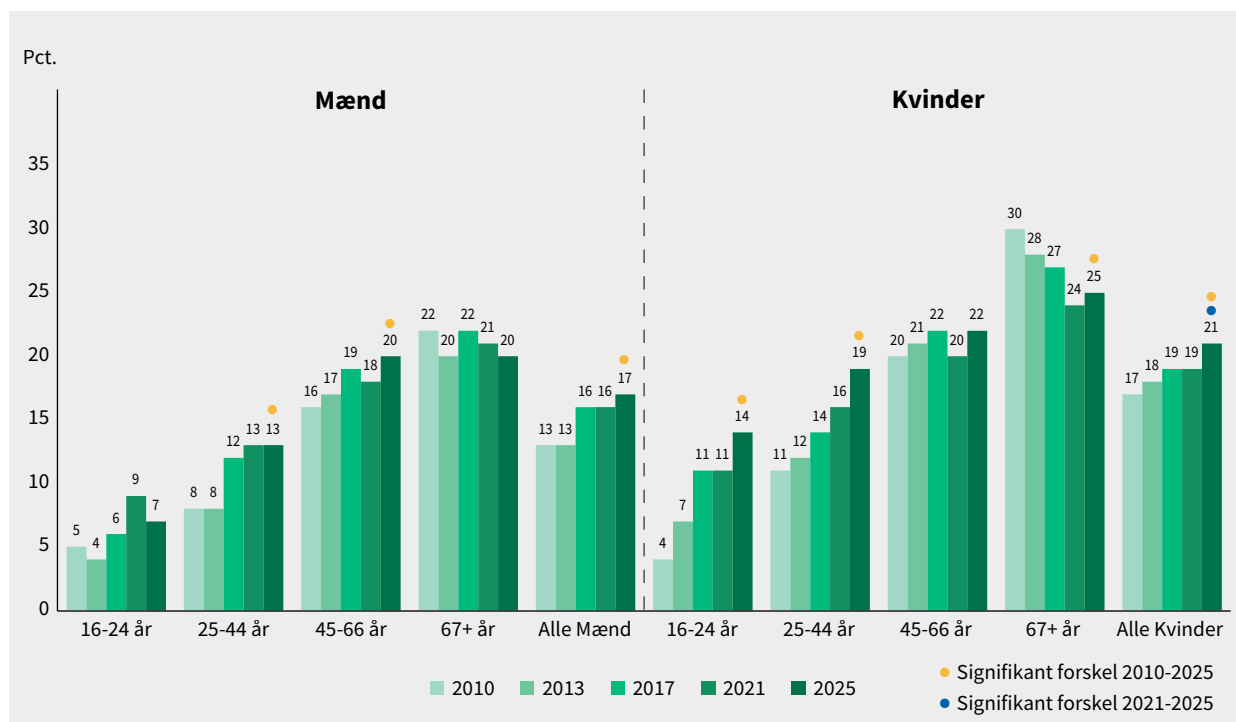
Blandt følgende grupper ses en større andel med godt selv vurderet helbred end gennemsnittet for Region Nordjylland:

- Mænd i aldersgrupperne 16–24 år og 25–44 år samt mænd samlet set
- Kvinder i alderen 16–24 år
- Borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse
- Borgere i beskæftigelse eller under uddannelse
- Borgere, der bor sammen med andre (samlevende)

Ses der i stedet på de borgere, der vurderer, at deres helbred er dårligt, er der sket en stigning fra 15% i 2010 til 19% i 2025. Følgende grupper ligger signifikant over det regionale gennemsnit:

- Kvinder i aldersgrupperne 45–66 år, 67+ år og kvinder samlet set
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, der er ledige, førtidspensionister, pensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med andre (ikke-samlevende)

Figur 2.2: Dårligt selv vurderet helbred. Udvikling fra 2010–2025. Procent.



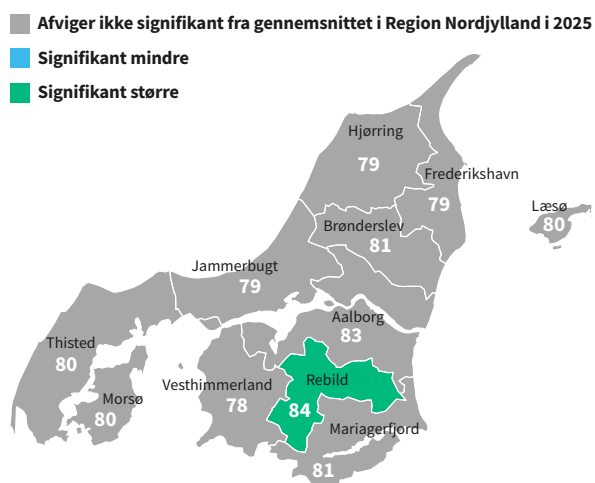
For mændenes vedkommende er andelen med dårligt selv vurderet helbred relativt stabil over tid, dog ses en signifikant stigning fra 2010 til 2025 for aldersgrupperne 25–44 år og 45–66 år samt for mændene samlet set.

For kvinderne er billedet lidt anderledes. For de ældste kvinder i aldersgruppen 67+ år ses en faldende

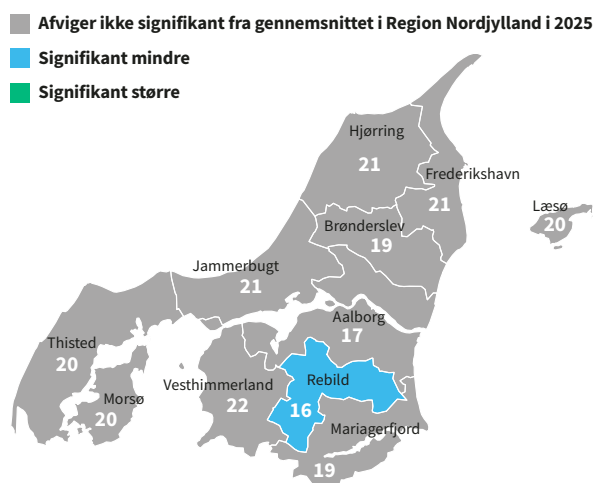
tendens fra 2010 til 2025, det vil sige, at der ser ud til at blive færre med dårligt selv vurderet helbred i den aldersgruppe. For kvinder i aldersgrupperne 16–24 år og 25–44 år er der derimod sket en signifikant stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred fra 2010 til 2025 på henholdsvis 8 og 10 procentpoint. For kvinder samlet set viser figuren en stigning fra 2021 til 2025 i andel med dårligt selv vurderet helbred.

Resultater for kommuner og sundhedsråd

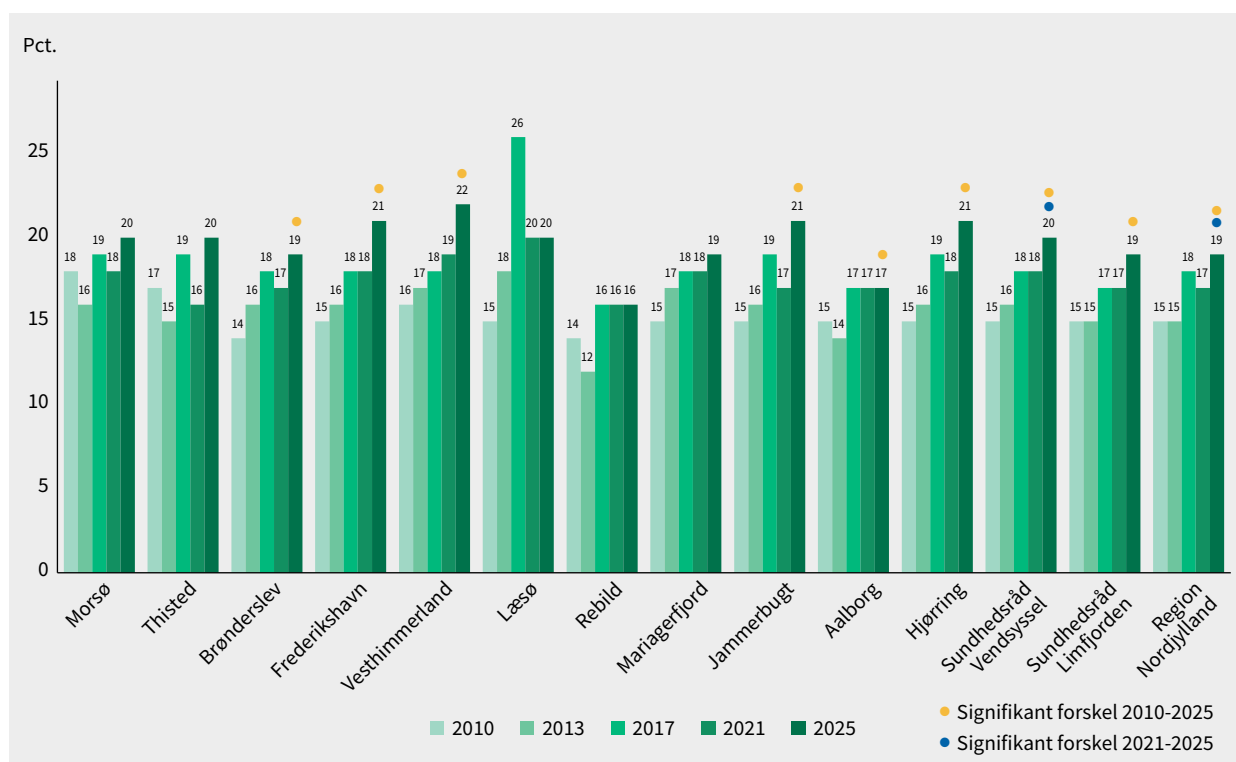
Figur 2.3: Godt selv vurderet helbred i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 2.4: Dårligt selv vurderet helbred i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 2.5: Dårligt selv vurderet helbred i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2010–2025. Procent.



Det fremgår af figur 2.3 og 2.4, at kun en enkelt kommune skiller sig signifikant ud fra det regionale gennemsnit. I Rebild kommune er andelen med

godt selv vurderet helbred højere end gennemsnittet og tilsvarende er andelen med dårligt selv vurderet helbred lavere.

Figur 2.5 viser udviklingen i andel med dårligt selvvurderet helbred i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. I følgende kommuner og sundhedsråd er andelen steget fra 2010 til 2025:

- Brønderslev
- Frederikshavn
- Vesthimmerland
- Jammerbugt
- Aalborg
- Hjørring
- Sundhedsråd Vendsyssel
- Sundhedsråd Limfjorden

Samlet set for borgere i Sundhedsråd Vendsyssel ses også en stigning fra 2021 til 2025.

Referencer

1. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T: "Sygdomsforebyggelse". Kbh.; 2014.
2. Wuorela M et al: "Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up". BMC Geriatrics 20:120, 2020.
3. Kjærulff T M, Ersbøll A K, Petersen M N S, Skaarup C, Udesen C H "Social ulighed i sundhed og sygdom", Sundhedsstyrelsen. 2024.
4. Idler EL, Benyamini Y: "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies." Journal of Health Soc Behav. 1997; 38: 21-37.
5. Schnittker J, Bacak V: "The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health". Plos One. 9, 2014.

Rygning

De sundhedsskadelige konsekvenser ved tobaksprodukter er formentlig kendt af de fleste. Rygning er årsag til langt de fleste tilfælde af lungekræft og KOL og øger risikoen markant for en række andre sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme og andre kræftformer⁽¹⁾. Tobaksrygning er også den enkeltfaktor, der har størst negativ indflydelse på danskernes helbred⁽²⁾.

Helbredseffekterne afhænger af, hvor meget og hvor længe man har røget, samt hvornår et eventuelt rygestop sker. Risikoen for tidlig død og langvarig sygdom stiger med mængden og varigheden af rygning⁽²⁾. Et rygestop giver derfor betydelige sundhedsgevinster, og jo tidligere et rygestop igangsættes, des større er de helbredsmæssige gevinster.

Ud over cigaretter og pibe, er der stigende fokus på e-cigaretter/vapes og røgfri tobaks- og nikotinprodukter som snus, tyggetobak og nikotinposer - især blandt de unge. Disse produkter er sundhedsskadelige og kan øge risikoen for senere cigaretforbrug, hvilket gør det vigtigt at følge udviklingen⁽³⁾.

Siden 2020 er der indført flere politiske tiltag for at forebygge tobak- og nikotinforbrug, blandt andet højere cigaretpreiser, regulering af smagsstoffer og nikotinindhold i nikotinposer samt røgfri skole- og arbejdstid⁽⁴⁾.

Definition og afgrænsning

I dette kapitel præsenteres resultater vedrørende nordjydernes rygevaner samt dagligt forbrug af røgfri tobaks- og nikotinprodukter.

Rygevaner

Til at belyse borgernes rygevaner er der først blevet spurgt om, hvorvidt de ryger (e-cigaretter undtaget), således de kan inddeles i følgende grupper:

- Dagligrygere: Borgere, der ryger dagligt.
- Lejlighedsrygere: Borgere, der ryger, men ikke dagligt.
- Eksrygere: Borgere, der tidligere har røget.
- Aldrigrygere: Borgere, der aldrig har røget.

Borgere, som ryger dagligt, er desuden blevet spurgt om, hvor meget de ryger i gennemsnit pr. dag. På den baggrund defineres storrygere som personer, der ryger mindst 15 cigaretter om dagen.

E-cigaretter/vapes

Andelen, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, udgøres af de deltagere, der på spørgsmålet 'Bruger du e-cigaretter/vapes?' har svaret 'Ja, hver dag'.

Røgfri tobaks- og nikotinprodukter

Andelen, der bruger røgfri tobaks- og nikotinprodukter, udgøres af de deltagere, der på spørgsmålet 'Bruger du snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?' har svaret 'Ja, hver dag'.

Resultater

Figur 3.1: Dagligrygere og storrygere – køn, alder og sociale forhold.

		Dagligrygere		Storrygere	
		Pct.		Pct.	
Alle	2010	22		11	
	2013	17		8	
	2017	17		8	
	2021	14		6	
	2025	10		4	
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	11		4	
	Sundhedsråd Limfjorden	10		4	
Mænd	16–24 år	5		2	
	25–44 år	12		5	
	45–66 år	14		8	
	67+ år	10		4	
	Alle mænd	11		5	
Kvinder	16–24 år	4		0	
	25–44 år	9		2	
	45–66 år	13		5	
	67+ år	8		2	
	Alle kvinder	10		3	
Uddannelsesniveau	Grundskole	17		8	
	Erhvervsfaglig udd.	11		4	
	Kort videregående	12		5	
	Mellemlang videregående	8		3	
	Lang videregående	4		2	
Erhvervsstatus	Beskæftigede	10		4	
	Ledige	12		4	
	Under uddannelse	4		1	
	Førtidspensionister	22		11	
	Pensionister	9		3	
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	16		7	
Samlivsstatus	Samlevende	9		3	
	Ikke-samlevende	13		5	

■ Signifikant større
 ■ Signifikant mindre
 ■ Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Figur 3.1 viser, at der er sket et signifikant fald både i andelen af borgere, der ryger dagligt, og i andelen af storrygere. Siden undersøgelsen i 2010 er andelen af dagligrygere faldet fra 22% til 10%, mens andelen af storrygere er faldet fra 11% til 4%. Også fra 2021 til 2025 ses et fald på begge parametre.

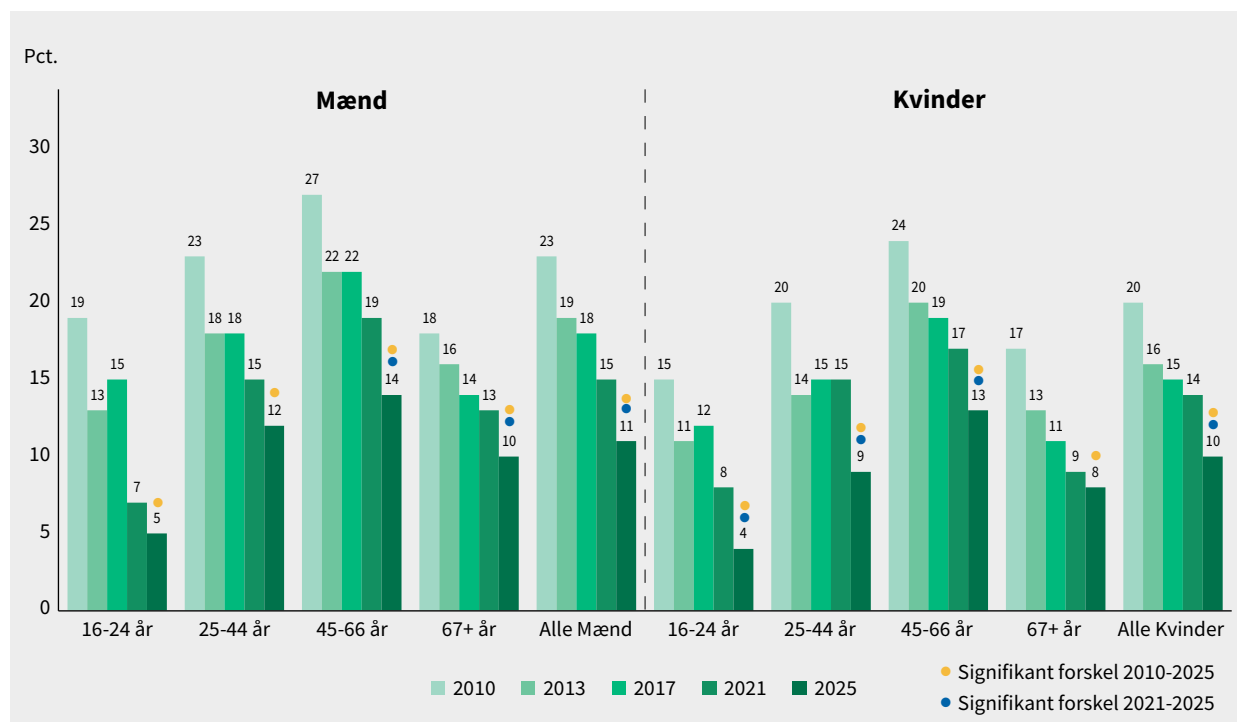
- Borgere i alderen 45–66 år
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, som enten er på førtidspension eller øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, som bor alene (ikke-samlevende)

Sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland er det særligt følgende grupper, hvor der både ses flere dagligrygere og storrygere:

Andelen af dagligrygere er signifikant lavere blandt de 16 til 24-årige, kvinder i aldersgruppen 67+ år, borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse, borgere under uddannelse samt samlevende. Samme

mønster gør sig gældende for gruppen af storrygere. Udover de nævnte grupper ses også at signifikant færre pensionister ryger mere end 15 cigaretter om dagen.

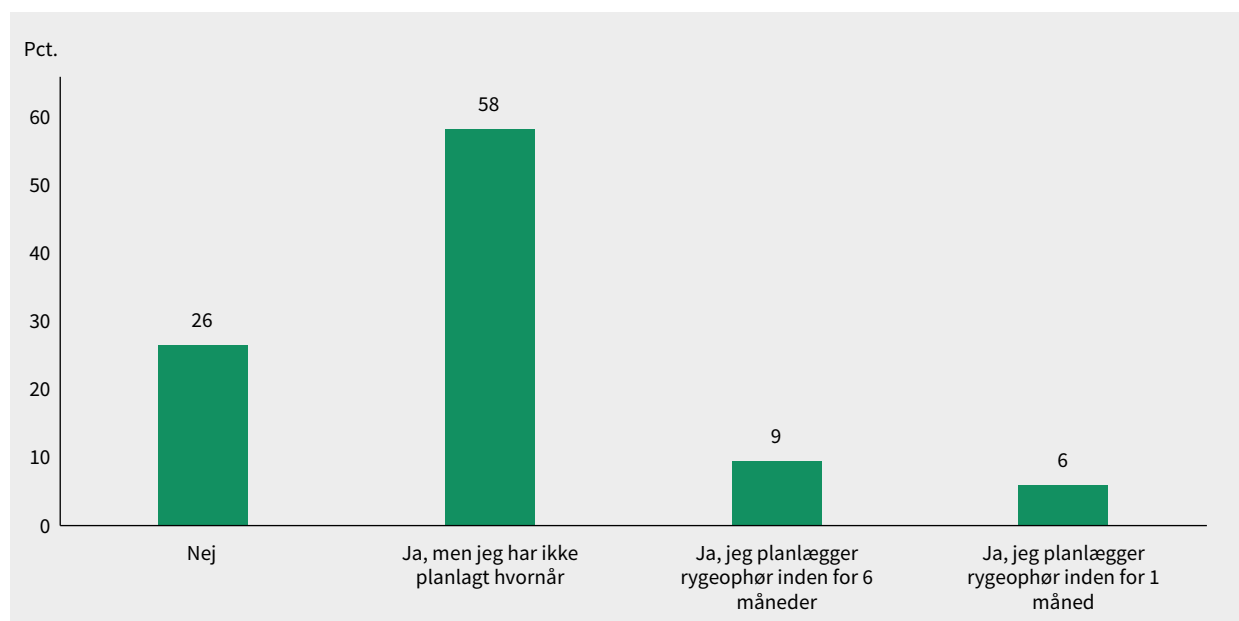
Figur 3.2: Dagligrygere. Udvikling fra 2010–2025. Procent.



Det markante fald i antallet af dagligrygere ses blandt både kvinder og mænd. I 2010 var 23% af alle nordjyske mænd dagligrygere. I 2025 er andelen faldet til 11%. Alene siden 2021 er andelen faldet betydeligt, fra 15% til 11%. Den samme udvikling gør sig gældende blandt kvinderne: I 2010 røg hver femte nordjyske kvinde dagligt (20%), mens det i 2025 gælder hver tiende (10%). Også her er der sket et markant fald siden 2021, hvor andelen var 14%.

Generelt er der sket et fald i andelen af dagligrygere på tværs af alle aldersgrupper – uanset køn. Sammenlignet med 2010 er faldet signifikant i alle aldersgrupper, undtagen blandt kvinder i alderen 45–66 år. Sammenlignet med undersøgelsen i 2021 ses faldet blandt kvinderne især i de yngre aldersgrupper (16–24 år og 25–44 år), mens det blandt mændene er de ældre aldersgrupper (45–66 år og 67+ år), der har oplevet det største fald.

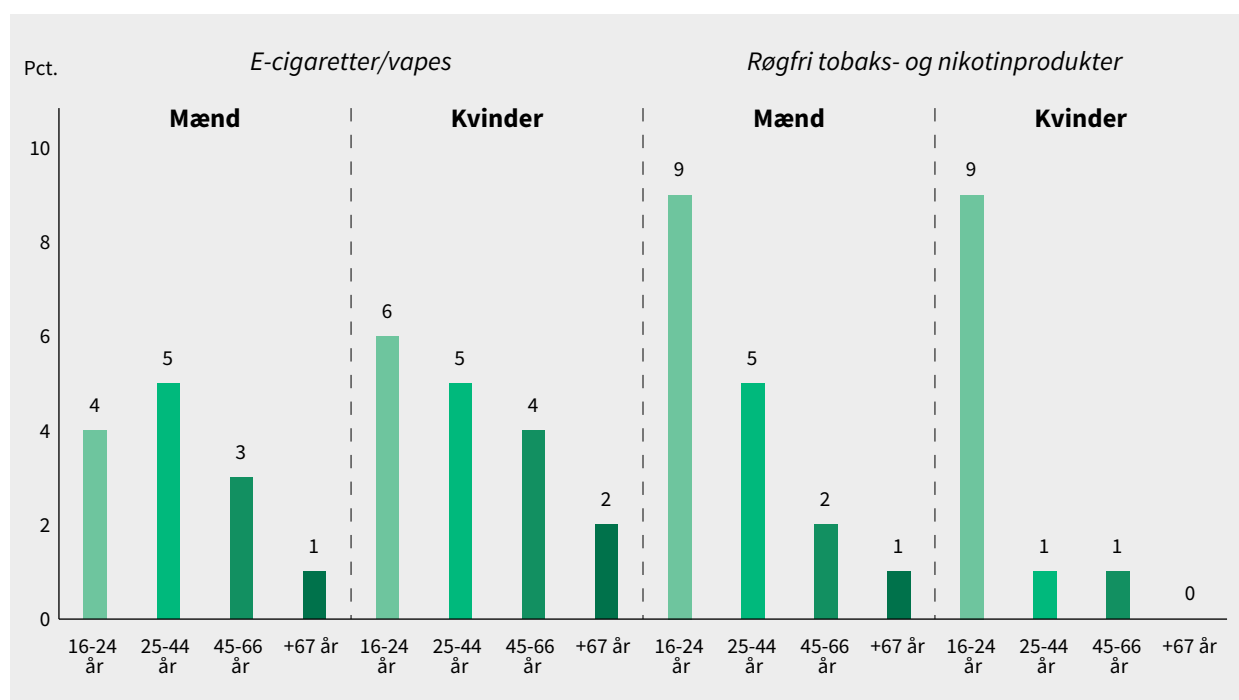
Figur 3.3: Dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge. 2025. Procent.



Figur 3.3 viser, at over halvdelen af dagligrygerne (58%) har et ønske om at stoppe med at ryge, men ikke har planlagt hvornår. 9% af nordjyderne planlægger at stoppe indenfor seks måneder, mens 6%

planlægger at stoppe indenfor en måned. Hver fjerde dagligryger (26%) har derimod ikke et ønske om at stoppe med at ryge.

Figur 3.4: Daglig brug af e-cigaretter/vapes eller røgfri tobaks- og nikotinprodukter fordelt på køn og alder. 2025. Procent.

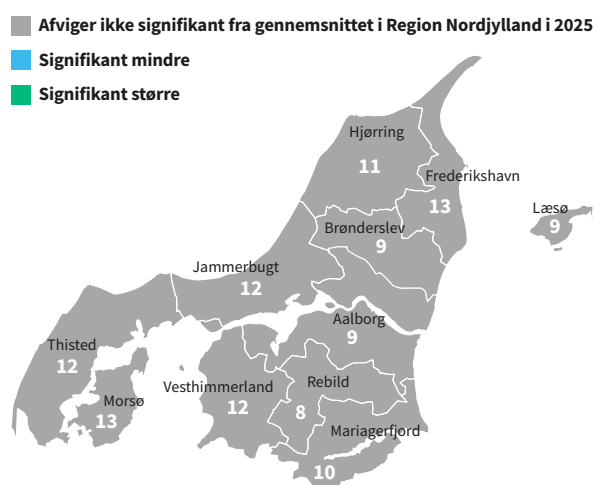


I forhold til daglig brug af e-cigaretter/vapes viser figur 3.4, at mellem en og seks procent af nordjyderne bruger disse hver dag. Andelen er højest i aldersgrupperne 16–24 år og 25–44 år. For røgfri nikotinprodukter fremgår det, at anvendelsen af disse produkter er mest udbredt i aldersgruppen 16–24 år, hvor næsten hver tiende mand og kvinde bruger disse produkter dagligt.

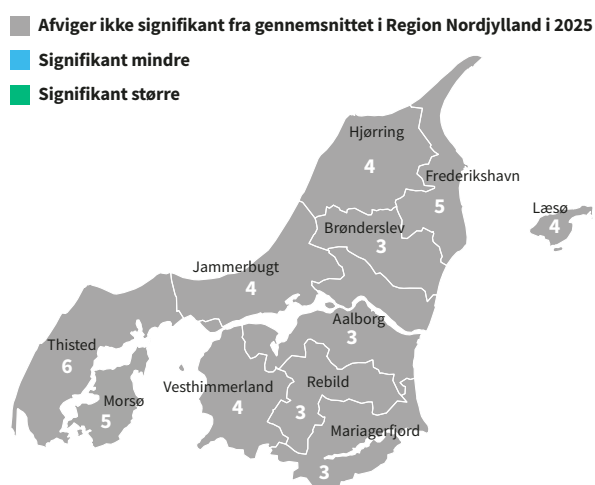
Andelen der har svaret, at de bruger e-cigaretter/vapes eller røgfri nikotinprodukter ugentligt eller sjældnere end ugentlig, er meget lille – under 2% for e-cigaretter/vapes, og under 1% for røgfri nikotinprodukter (data ikke vist).

Resultater for kommuner og sundhedsråd

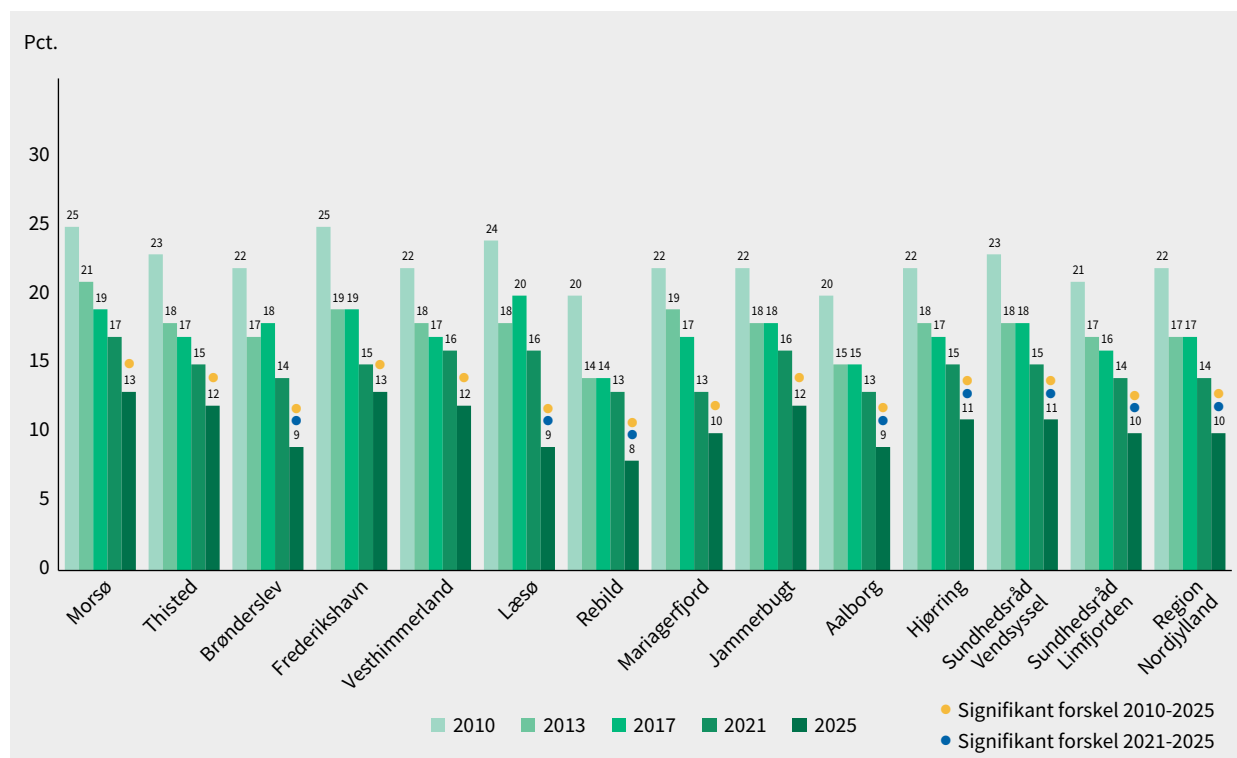
Figur 3.5: Daglig rygning i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 3.6: Storrygning i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 3.7: Daglig rygning i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2010–2025. Procent.



Figur 3.5 og 3.6 viser de kommunale forskelle i andelen af henholdsvis dagligrygere og storrygere. Som det fremgår af figurerne, er variationen mellem kommunerne begrænset – både når det gælder dagligrygning og storrygning. I alle de nordjyske kommuner er andelen af borgere, der er dagligrygere eller storrygere, på niveau med regionsgennemsnittet.

Som det fremgår af figur 3.7, der viser udviklingen i dagligrygning i de nordjyske kommuner, har alle de nordjyske kommuner siden 2010 oplevet et betydeligt fald i andelen af borgere, der ryger dagligt. Følgende kommuner og sundhedsråd har desuden også oplevet et signifikant fald i antallet af dagligrygere i perioden 2021 til 2025:

- Brønderslev
- Læsø
- Rebild
- Aalborg
- Hjørring
- Sundhedsråd Vendsyssel
- Sundhedsråd Limfjorden

Referencer

1. "The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General." U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
2. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J: "Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer." Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2022.
3. Vestbo J, Andreasen JT, Bast LS, Lund L og Pisinger C: "Børn og unges nikotinbrug – konsekvenser og forebyggelse." Vidensråd for Forebyggelse, 2022.
4. Arp S, Lund L, Bast LS: "SRøg – en undersøgelse af tobak, adfærd og regler", Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2025.

Alkohol

Indtagelse af alkohol kan udgøre en risiko for helbred og trivsel. Denne risiko er både påvirket af, hvor ofte man drikker og af mængden, der drikkes. Alkohol kan føre til afhængighed og øge risikoen for depression, angst og søvnproblemer⁽¹⁾.

Et stort alkoholforbrug kan ligeledes være årsag til mere end 200 kroniske og akutte tilstande og sygdomme, og hvert år er der næsten 3.000 dødsfald i Danmark med alkohol som enten den primære eller medvirkende dødsårsag. Et stort forbrug af alkohol kan desuden føre til omfattende psykosociale konsekvenser for den enkelte og dennes familie og netværk samt øge risikoen for blandt andet vold, selvmord og ulykker⁽²⁾.

Det fremgår af "10-4: Sundhedsstyrelsens anbefalinger om alkohol", at der ikke findes en nedre grænse for, hvornår det er risikofrit at drikke alkohol. Børn og unge under 18 år samt gravide og kvinder, der prøver at blive gravide, frarådes derfor helt at drikke alkohol. Ved sygdom og brug af medicin bør man spørge lægen til råds angående alkohol⁽³⁾.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at voksne over 18 år, som vælger at drikke alkohol, højst drikker 10 genstande om ugen og højst 4 genstande ved samme lejlighed. Unge mellem 18 og 25 år skal være særlig opmærksomme på ikke at overskride anbefalingerne⁽²⁾.

Definition og afgrænsning

Drikker mere end 10 genstande om ugen

Borgerne er blevet bedt om at svare på, hvor mange genstande de drikker for hver ugedag. På den baggrund beregnes det gennemsnitlige antal genstande om ugen. I det følgende præsenteres kun data for de borgere, der drikker mere end 10 genstande om ugen.

Ugentligt rusdrikkeri

Spørgsmålet 'Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?' bruges til at identificere dem, der minimum en gang om ugen drikker 5 genstande eller mere ved samme lejlighed – kan også kaldes ugentligt rusdrikkeri eller binge drinking.

Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer

Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer belyses i denne undersøgelse ved brug af det validerede spørgsmålsbatteri CAGE-C⁽⁴⁾. CAGE-C indeholder seks spørgsmål (se A-F i tekstboksen). Der er tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, hvis der er svaret 'Ja' til mindst tre af spørgsmålene A-E, eller der er svaret 'Ja' til mindst et af spørgsmålene A-E, og der samtidig er svaret, at man drikker alkohol mindst fire dage om ugen (spørgsmål F).

Følgende spørgsmål indgår i vurderingen af tegn på moderate eller svære alkoholproblemer (CAGE-C):

- A. Har du indenfor de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
- B. Er der nogen indenfor de seneste 12 måneder, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?
- C. Har du indenfor de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
- D. Har du indenfor de seneste 12 måneder jævnlige taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller "blive tømmermændene kvit"?
- E. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?
- F. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

Resultater

Figur 4.1: Drikker mere end 10 genstande om ugen og ugentligt rusdrikkeri – køn, alder og sociale forhold.

		Mere end 10 genstande		Ugentligt rusdrikkeri*
		Pct.		Pct.
Alle	2010	23		
	2013	18		11
	2017	15		9
	2021	13		7
	2025	12		7
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	11		7
	Sundhedsråd Limfjorden	12		7
Mænd	16–24 år	20		17
	25–44 år	8		6
	45–66 år	17		12
	67+ år	23		7
	Alle mænd	17		9
Kvinder	16–24 år	18		14
	25–44 år	3		2
	45–66 år	4		4
	67+ år	7		3
	Alle kvinder	6		4
Uddannelsesniveau	Grundskole	11		7
	Erhvervsfaglig udd.	13		8
	Kort videregående	12		6
	Mellemlang videregående	10		5
	Lang videregående	11		5
Erhvervsstatus	Beskæftigede	9		6
	Ledige	12		7
	Under uddannelse	15		13
	Førtidspensionister	8		7
	Pensionister	15		5
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	12		9
Samlivsstatus	Samlevende	11		5
	Ikke-samlevende	14		10

Signifikant større Signifikant mindre Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Figur 4.1 viser, at andelen af nordjyder, der drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænse på 10 genstande om ugen, har været faldende i alle årene i perioden fra 2010 til 2025, mest signifikant dog i første del af perioden. Mens der i 2010 var 21%, der drak mere end 10 genstande om ugen, er andelen faldet til 12% i 2025.

I 2025 er det blandt mændene 17% og blandt kvinderne 6%, der drikker mere end den anbefalede genstandsgrænse på højst 10 genstande om ugen.

I forhold til gennemsnittet i Region Nordjylland, er der i følgende grupper en større andel, der drikker mere end 10 genstande om ugen:

- Mænd i aldersgrupperne 16–24 år, 45–66 år, 67+ år samt mænd samlet set
- Kvinder i aldersgruppen 16–24 år
- Borgere, der er pensionister
- Borgere, der bor alene (ikke samlevende)

Det er især blandt kvinderne, der ses en lavere andel, der drikker mere end 10 genstande om ugen, sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland, samt blandt borgere i arbejde og førtidspensionister. Blandt kvinderne er det kun de 16–24-årige, hvor der ses en større andel end gennemsnittet, som drikker mere end den anbefalede genstandsgrænse.

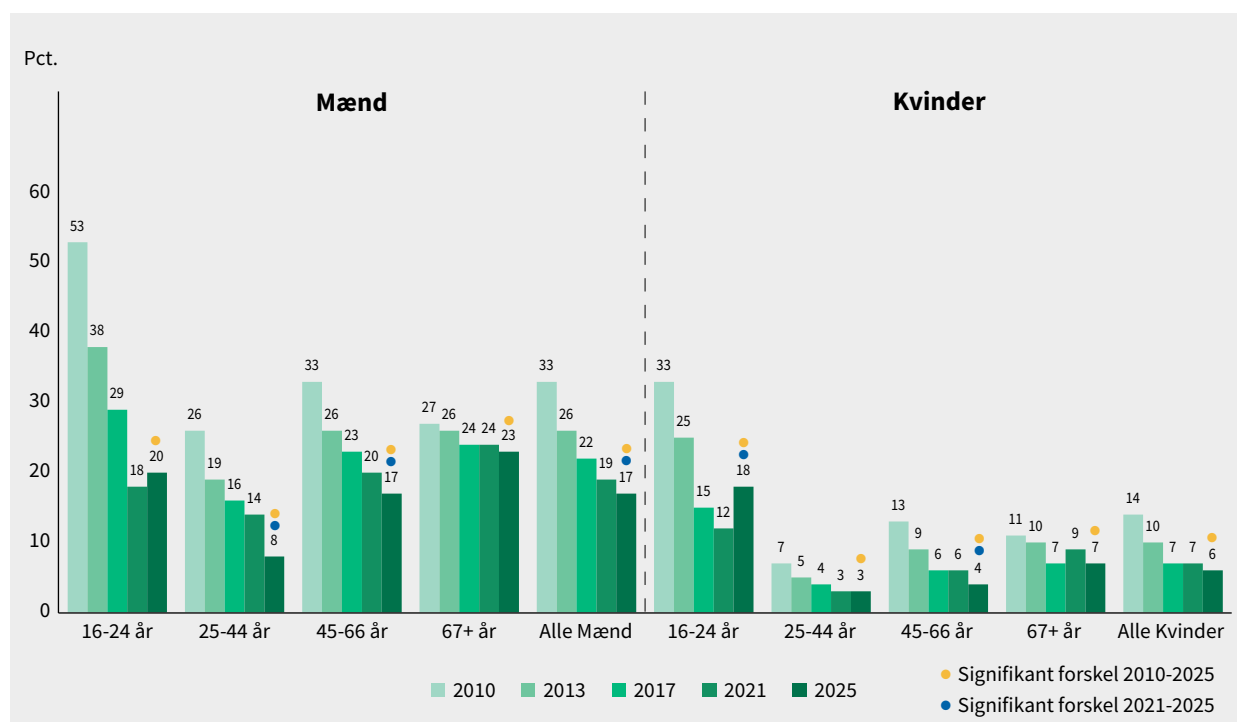
Figur 4.1 viser ligeledes, at 7% af borgerne oplyser, at de mindst en gang ugentligt drikker 5 genstande eller mere ved samme lejlighed, som er definitionen på rusdrikkeri. Det er et fald fra 2013 og 2017.

Følgende grupper ligger signifikant højere end gennemsnittet i regionen:

- Mænd i aldersgrupperne 16–24 år, 45–66 år samt mænd samlet set
- Kvinder i aldersgruppen 16–24 år
- Borgere, der er under uddannelse
- Borgere, der bor alene (ikke samlevende)

Igen ses det, at det er blandt kvinderne, at der er de laveste andele, der rusdrikker. Dog gælder det også for borgere med mellemlang videregående uddannelse, pensionister samt borgere, der bor sammen med nogen, at andelen, der rusdrikker, er mindre end det regionale gennemsnit.

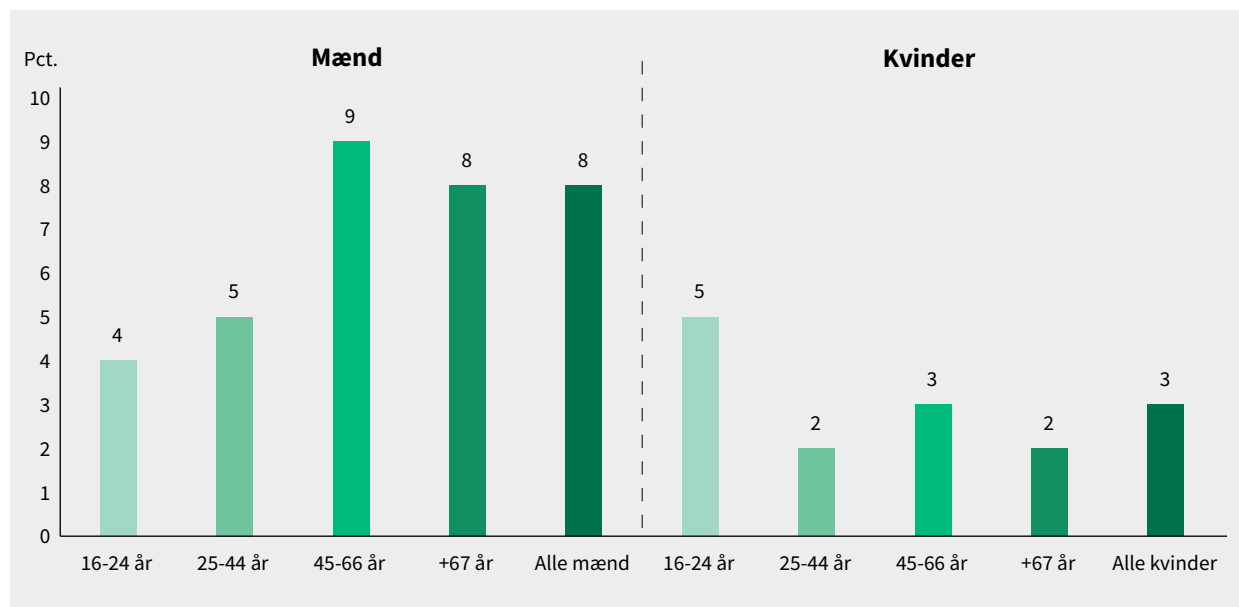
Figur 4.2: Drikker mere end 10 genstande om ugen. Udvikling fra 2010–2025. Procent.



Udviklingen i borgere, der drikker mere end 10 genstande om ugen, viser, at blandt både mænd og kvinder har der i perioden fra 2010 til 2025 i alle årene været en faldende tendens i andelen, der drikker mere end 10 genstande ugentligt. Undtagelsen er mænd i alderen 67+ år, hvor der har været små udsving i både

op- og nedadgående retning. Mens de øvrige aldersgrupper har oplevet et fortsat fald i 2025, har unge i alderen 16-24 år i stedet oplevet en stigning, så det nu er omkring hver femte, der drikker mere end 10 genstande om ugen.

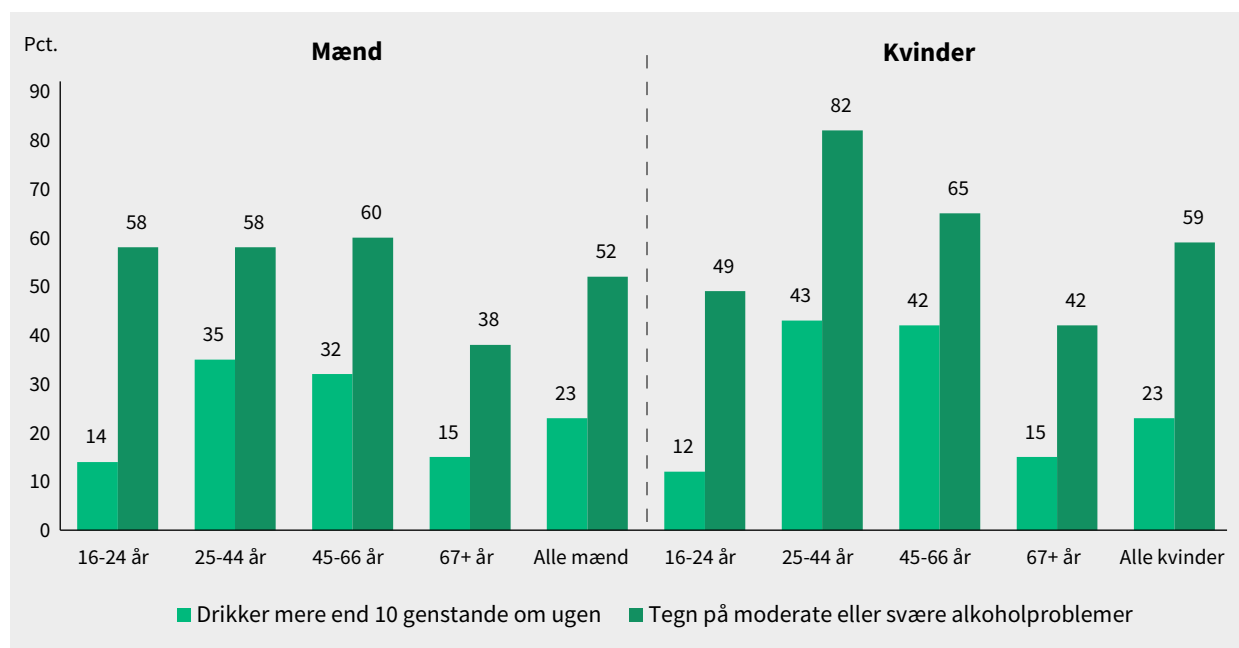
Figur 4.3: Borgere med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer. 2025. Procent.



Det fremgår af figur 4.3, at der generelt er flere mænd end kvinder, der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, særligt i aldersgrupperne fra 45 år

og opefter. Blandt de 16 til 24-årige mænd og kvinder er der ingen forskel i andelen, der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer.

Figur 4.4: Borgere med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer/drikker mere end 10 genstande om ugen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. 2025. Procent.

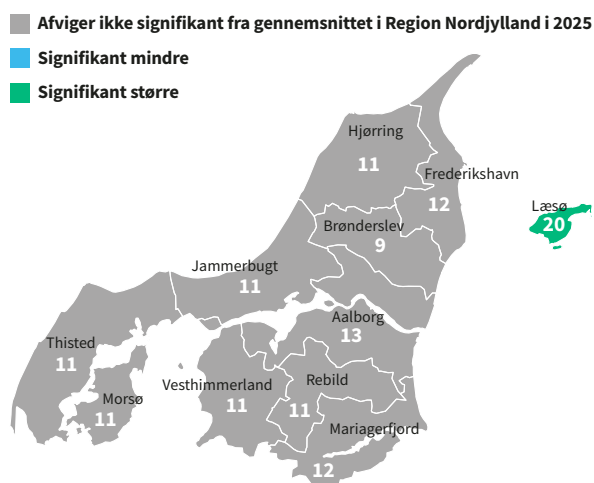


Blandt borgere med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer er der flere, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug end det ses blandt de borgere, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Motivationen

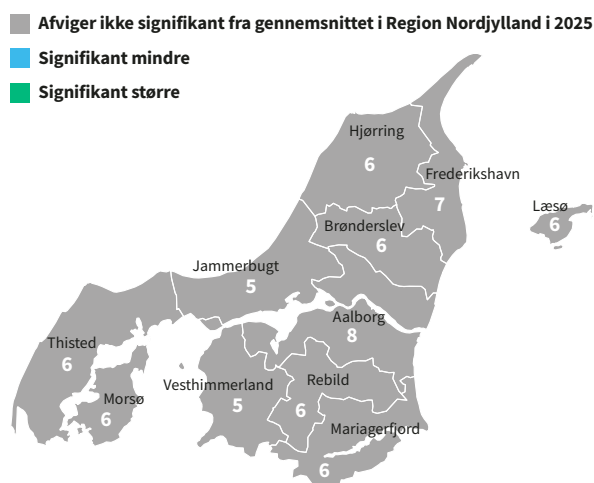
er lavest blandt borgerne i alderen 67+ år, mens den generelt ser ud til at være lidt højere blandt kvinder.

Resultater for kommuner og sundhedsråd

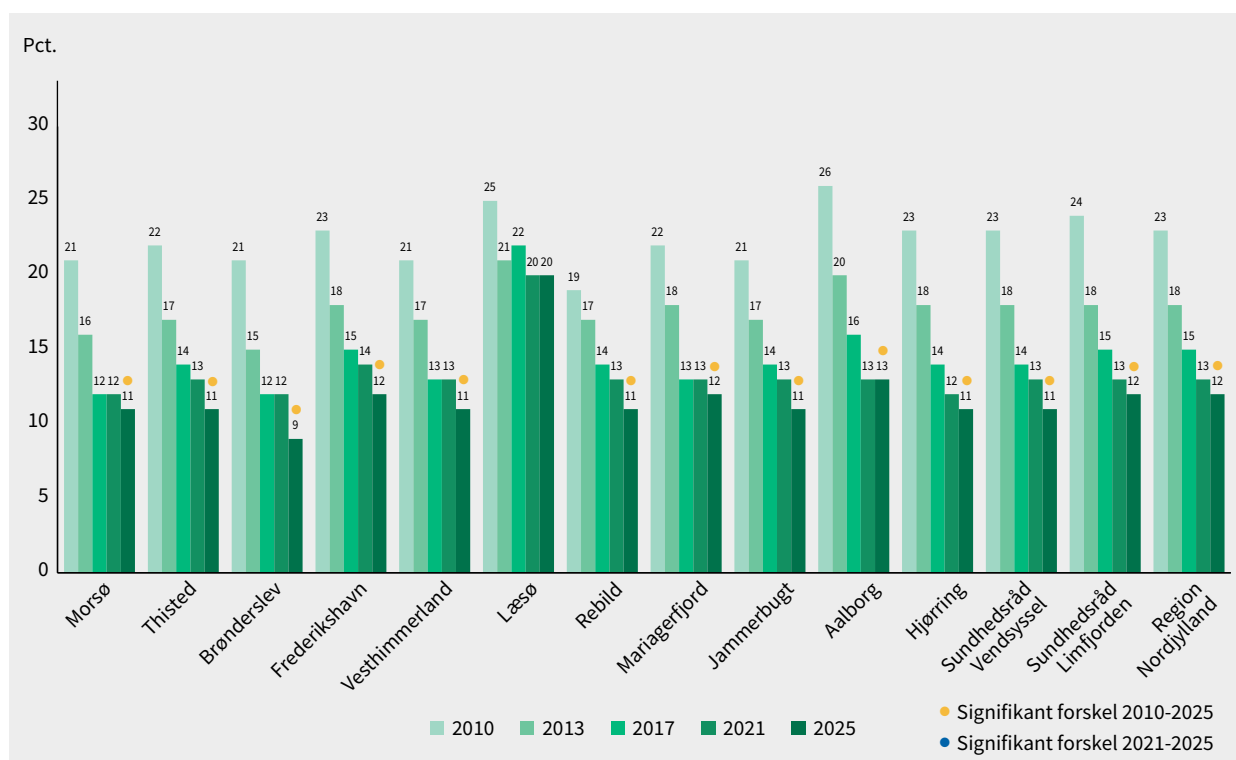
Figur 4.5: Drikker ugentligt mere end 10 genstande i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 4.6: Ugentligt rusdrikkeri i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 4.7: Drikker ugentligt mere end 10 genstande i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2010–2025. Procent.



Figur 4.5 viser, at der er relativ små udsving mellem kommunerne i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, bortset fra i Læsø Kommune, hvor det er hver femte borger, som overskrider Sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænse.

Figur 4.6 viser, at ligesom det gælder i forhold til den anbefalede genstandsgrænse, er der relativt små udsving mellem kommunerne i andelen, som rusdrikker ugentligt.

Der er ingen signifikant forskel mellem sundhedsrådene.

Det fremgår af figur 4.7, med undtagelse af Læsø Kommune, at alle de nordjyske kommuner i perioden 2010 til 2025 har oplevet et betydeligt fald i andelen af borgere, der drikker mere end 10 genstande om ugen.

Referencer

1. Dansk Misbrugsbehandling,
<https://www.danskmisbrugsbehandling.dk/alkoholmisbrug/sygdomme-og-skader/> (Besøgt d. 12.9.2025).
2. Sundhedsstyrelsen: "Fakta om alkohol":
<https://www.sst.dk/vidensbase/forebyggelse/alkohol/fakta-om-alkohol> (Besøgt 16.1.26).
3. Sundhedsstyrelsen: "Anbefalinger om alkohol",
<https://www.sst.dk/vidensbase/forebyggelse/alkohol/anbefalinger-om-alkohol> (Besøgt d. 16.1.2026).
4. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, Holm SS, Jorring S, Melsen T, et al. "Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers". Scand J Clin Lab Inv. 2005; 65: 615–22.
5. Hjarnaa L, Tolstrup JS, Becker U, Ekholm O. "Antal danskere med et alkoholproblem – En analyse baseret på alkoholscreeningsværktøjet CAGE-C". Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.

Kost

Det, vi spiser og drikker, har ofte stor betydning for vores oplevede livskvalitet. Samtidig har madvanerne betydning for vores generelle sundhed. Usunde madvaner kan øge risikoen for udvikling af for eksempel hjerte-kar-sygdomme og type 2-diabetes^(1,3,5). Omvendt kan sunde madvaner være med til at fremme og bevare et godt helbred⁽⁵⁾.

Kost og madvaner er også et komplekst område, med mange og skiftende råd om eksempelvis forskellige fødevarergrupper og hvad der er sundt eller usundt⁽⁶⁾. Samtidig er vores madvaner påvirket af mange elementer, herunder smagspræferencer, kulturelle normer, økonomiske og tidsmæssige ressourcer, færdigheder, funktionsniveau og fysiske rammer⁽⁴⁾.

De officielle kostråd udgives af Fødevarestyrelsen. Ved at spise og drikke efter kostrådene, får kroppen dækket behovet for vitaminer, mineraler og andre næringsstoffer⁽¹⁾.

De aktuelle kostråd for de 2–70-årige er⁽¹⁾:

- Spis planterigt, varieret og ikke for meget
- Spis flere grøntsager og frugter
- Spis mindre kød – vælg bælgrugter og fisk
- Spis mad med fuldkorn
- Vælg planteolier og magre mejeriprodukter
- Spis mindre af det søde, salte og fede
- Sluk tørsten i vand

Definition og afgrænsning

I dette kapitel præsenteres borgernes placering på en kostskala samt deres selvvalgte madvaner.

Kostmønster

Nordjydernes kostmønster er i undersøgelsen opgjort ved hjælp af en samlet kostscore. Respondenterne er blevet stillet spørgsmål omkring indtaget af

henholdsvis frugt, grønt, fisk og fedt, og derudfra er der konstrueret et samlet mål for kostens kvalitet. Det er muligt at score fra 0 til 8 point⁽²⁾, og afhængigt af det samlede antal point, placeres borgeren i én af tre rangordnede kostmønstergrupper:

Høj score på kostskalaen (6–8 point): Generelt sundt kostmønster, typisk med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk, samt et lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt.

Middel score på kostskalaen (3–5 point): Et kostmønster, der typisk består af et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk, samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt. Der er en stor variation i gruppens kostvaner, hvor kosten består af både sunde og mindre sunde elementer.

Lav score på kostskalaen (0–2 point): Et kostmønster med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk, samt et højt indtag af fedt – især mættet fedt. En lav score indikerer, at der er behov for forbedringer af kostvanerne.

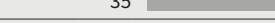
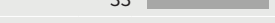
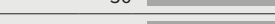
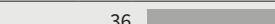
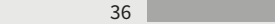
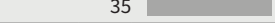
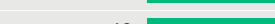
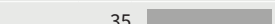
Den overordnede udvælgelse af de enkelte kostfaktorer og det tilhørende pointsystem er udviklet af forskere fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (Nu Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse). Udvælgelsen er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udviklingen af hjerte-kar-sygdomme⁽²⁾.

Selvvalgte madvaner

Borgernes selvvalgte madvaner er i undersøgelsen indhentet med spørgsmålet 'Hvordan vurderer du dine madvaner alt i alt?', hvor det var muligt at svare 'meget sunde', 'sunde', 'nogenlunde sunde', 'usunde' og 'meget usunde'. I kapitlet er svarkategorierne 'meget sunde' og 'sunde' slået sammen til 'sunde madvaner', mens 'meget usunde' og 'usunde' er slået sammen og betegnes 'usunde madvaner'.

Resultater

Figur 5.1: Lav score på kostskalaen og sunde selvvalgte madvaner – køn, alder og sociale forhold.

		Lav score på kostskalaen Pct.	Selvvalgte sunde madvaner Pct.
Alle	2010	18 	
	2013	18 	
	2017	19 	
	2021	21 	
	2025	23 	35 
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	23 	33 
	Sundhedsråd Limfjorden	22 	36 
Mænd	16–24 år	29 	36 
	25–44 år	27 	34 
	45–66 år	31 	31 
	67+ år	24 	43 
	Alle mænd	27 	36 
Kvinder	16–24 år	23 	28 
	25–44 år	21 	28 
	45–66 år	17 	36 
	67+ år	14 	42 
	Alle kvinder	18 	35 
Uddannelsesniveau	Grundskole	33 	28 
	Erhvervsfaglig udd.	25 	31 
	Kort videregående	23 	37 
	Mellemlang videregående	16 	42 
	Lang videregående	10 	46 
Erhvervsstatus	Beskæftigede	23 	33 
	Ledige	31 	30 
	Under uddannelse	23 	35 
	Førtidspensionister	29 	29 
	Pensionister	19 	42 
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	31 	24 
Samlivsstatus	Samlevende	20 	38 
	Ikke-samlevende	28 	31 

 Signifikant større  Signifikant mindre  Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Figur 5.1 viser, at andelen af nordjyder med en lav score på kostskalaen er steget signifikant siden første undersøgelse i 2010 (18%) og frem til 2025, hvor den er 23%. Det kan også ses, at flere mænd end kvinder generelt har en lav score på kostskalaen.

Sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland, ses en signifikant større andel borgere med lav score på kostskalaen i følgende grupper:

- Mænd i alderen 45–66 år
- Mænd samlet set
- Borgere med grundskole eller erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelsesniveau
- Borgere, som er førtidspensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, som bor alene (ikke-samlevende)

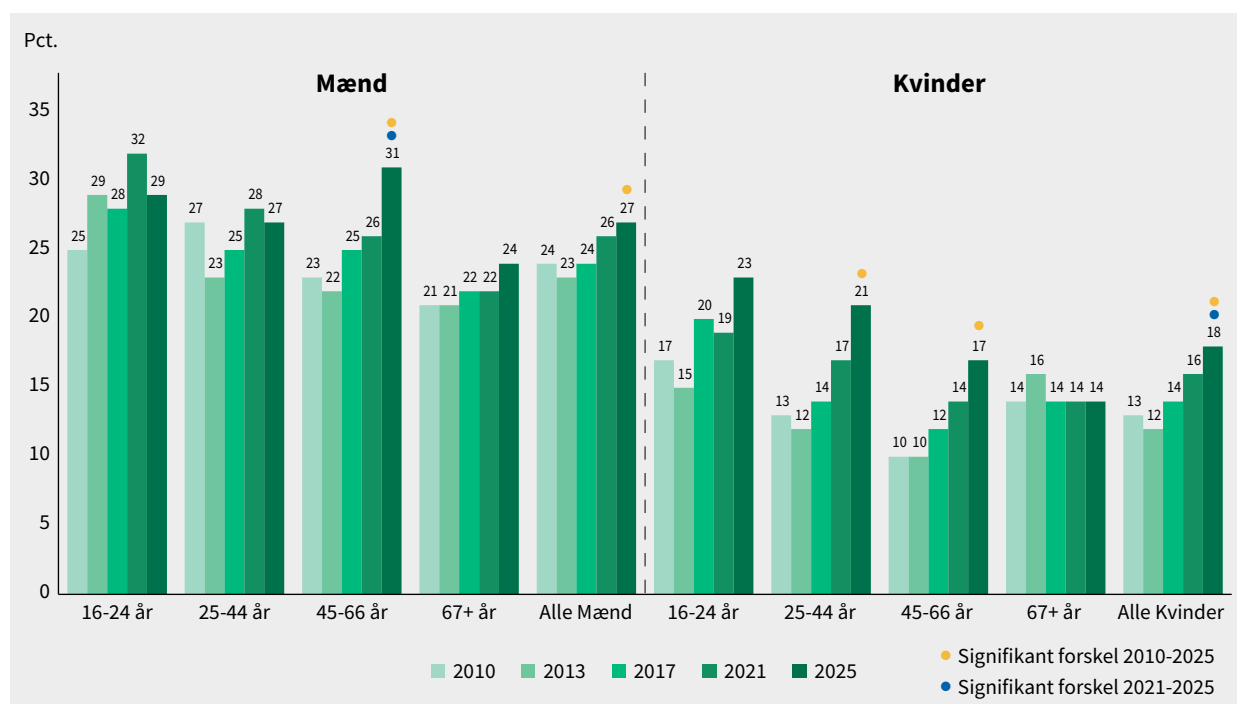
Omvendt er der en lavere andel med lav score på kostskalaen blandt kvinder i aldersgrupperne 45–66 år og 66 år og derover, borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse, pensionister samt samle-vende borgere.

Lidt mere end en tredjedel af borgerne i Nordjylland vurderer, at deres madvaner er sunde (35%). Blandt følgende grupper er andelen med selv vurderede sunde madvaner signifikant lavere end gennemsnittet for Region Nordjylland:

- Mænd i alderen 45–66 år
- Kvinder i aldersgrupperne 16–24 år og 25–44 år
- Borgere med grundskole eller erhvervs-faglig uddannelse som længst fuldførte uddannelsesniveau
- Borgere, som er førtidspensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, som bor alene (ikke-samlevende)

Blandt de ældste borgere fra 67 år er der derimod en signifikant større andel, der vurderer at deres madvaner er sunde. Det gælder både for mænd og kvinder. Det gælder også borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse, pensionister samt samle-vende borgere.

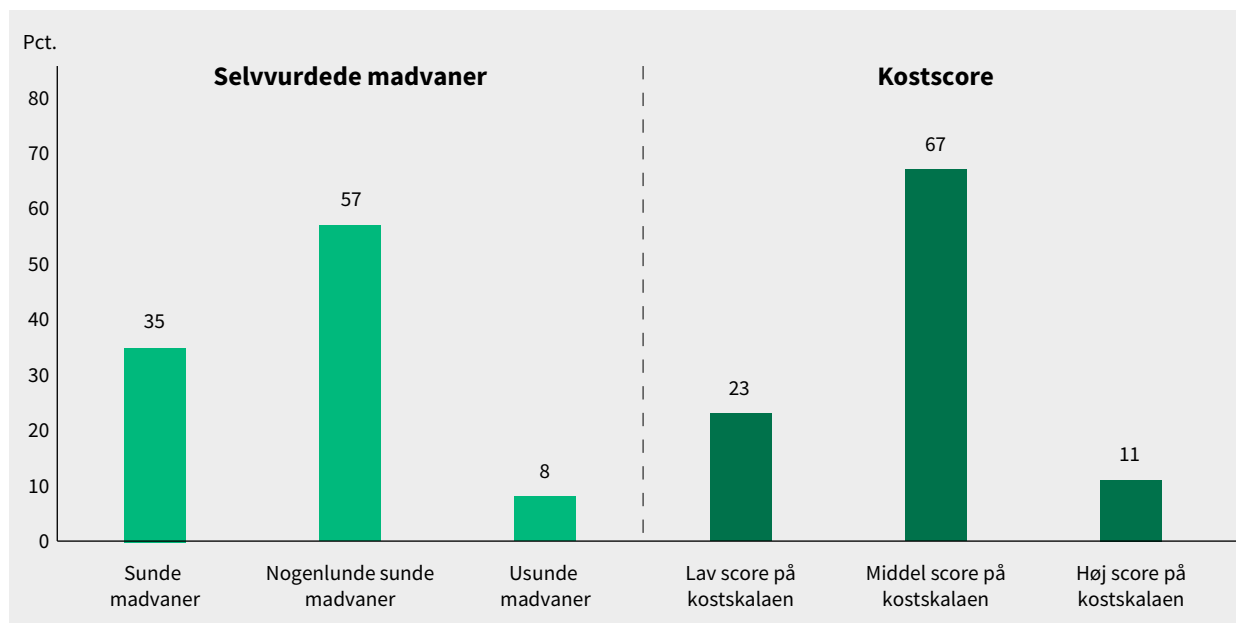
Figur 5.2: Lav score på kostskalaen. Udvikling fra 2010–2025. Procent.



For både mænd og kvinder samlet, er andelen med lav score på kostskalaen steget signifikant fra 2010 til 2025. Ses der på udviklingen fra seneste undersøgelse i 2021, er der ligeledes sket en signifikant stigning for kvindernes vedkommende.

Inden for kønnene ses det, at der for mændene i aldersgruppen 45–66 år sket en stigning fra både 2010 (23%) til 2025 (31%) samt fra 2021 (26%) til 2025 (31%). For kvinderne er der sket en signifikant stigning fra 2010 til 2025 for de 25 til 44-årige samt de 45 til 66-årige.

Figur 5.3: Borgernes fordeling på selvvaluerede madvaner samt kostscore. 2025. Procent.



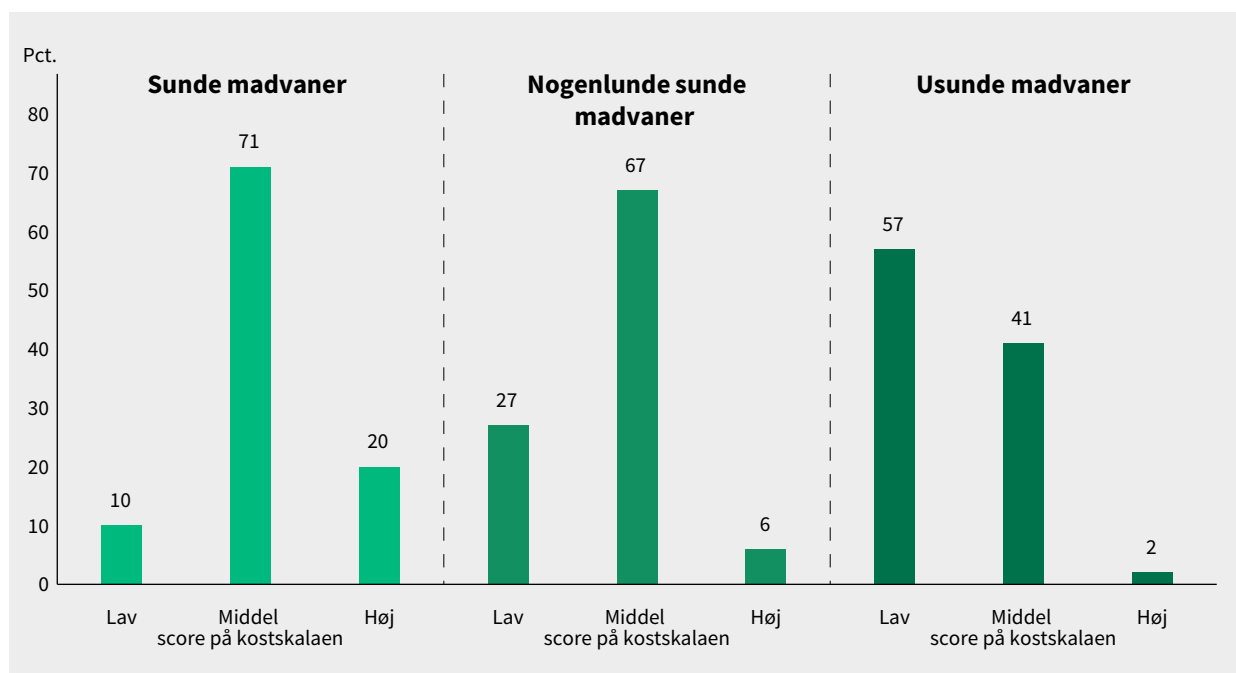
Over halvdelen af nordjyderne vurderer, at deres madvaner er nogenlunde sunde. 35% vurderer, at de er sunde eller meget sunde, mens 8% vurderer, at de er usunde eller meget usunde.

På kostskalaen fordeler borgerne sig med ca. to ud af tre på en middel score – det vil sige et kostmønster med både sunde og usunde elementer, mens 23% har

en lav score (typisk mange usunde elementer) og 11% har en høj score (typisk flest sunde elementer).

Samlet set viser begge indikatorer, at over halvdelen af borgerne ligger i midtergruppen, uanset om der måles på egen vurdering eller ud fra indtag af konkrete fødevarergrupper.

Figur 5.4: Borgernes placering på kostskala i forhold til selvvaluerede madvaner. 2025. Procent.

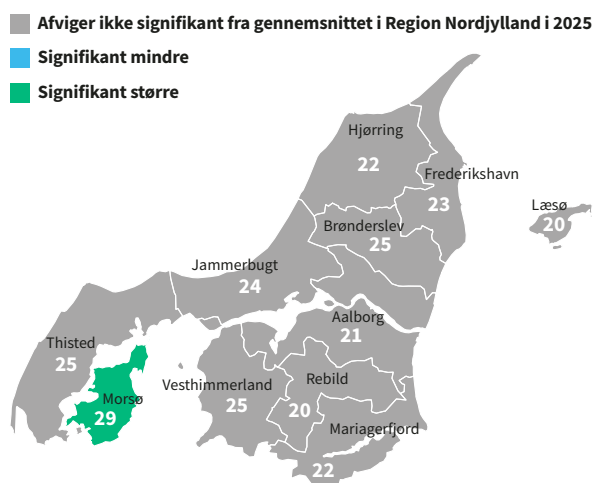


Figur 5.4 viser, at der er sammenhæng mellem de selvvaluerede madvaner og score på kostskalaen. Blandt de nordjyder, der vurderer, at deres madvaner er sunde eller meget sunde, er der 20%, der har en høj score på kostskalaen (hvilket indikerer et kostmønster

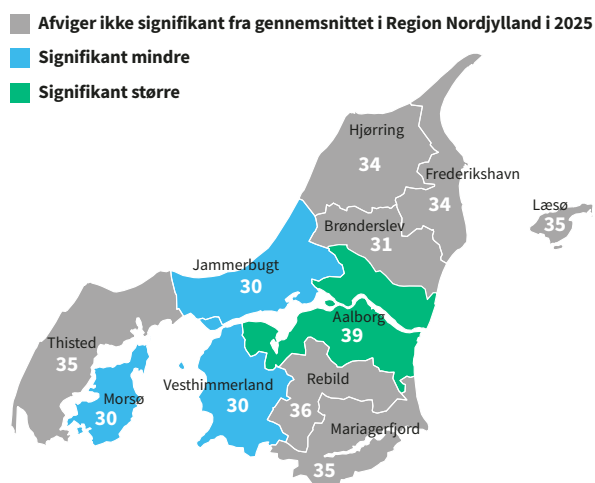
med meget grønt, frugt, fisk og mindre indtag af fedt). Blandt de borgere, der vurderer, at deres madvaner er usunde, er det 2%, der har en høj score på kostskalaen, mens 57% har en lav score på kostskalaen.

Resultater for kommuner og sundhedsråd

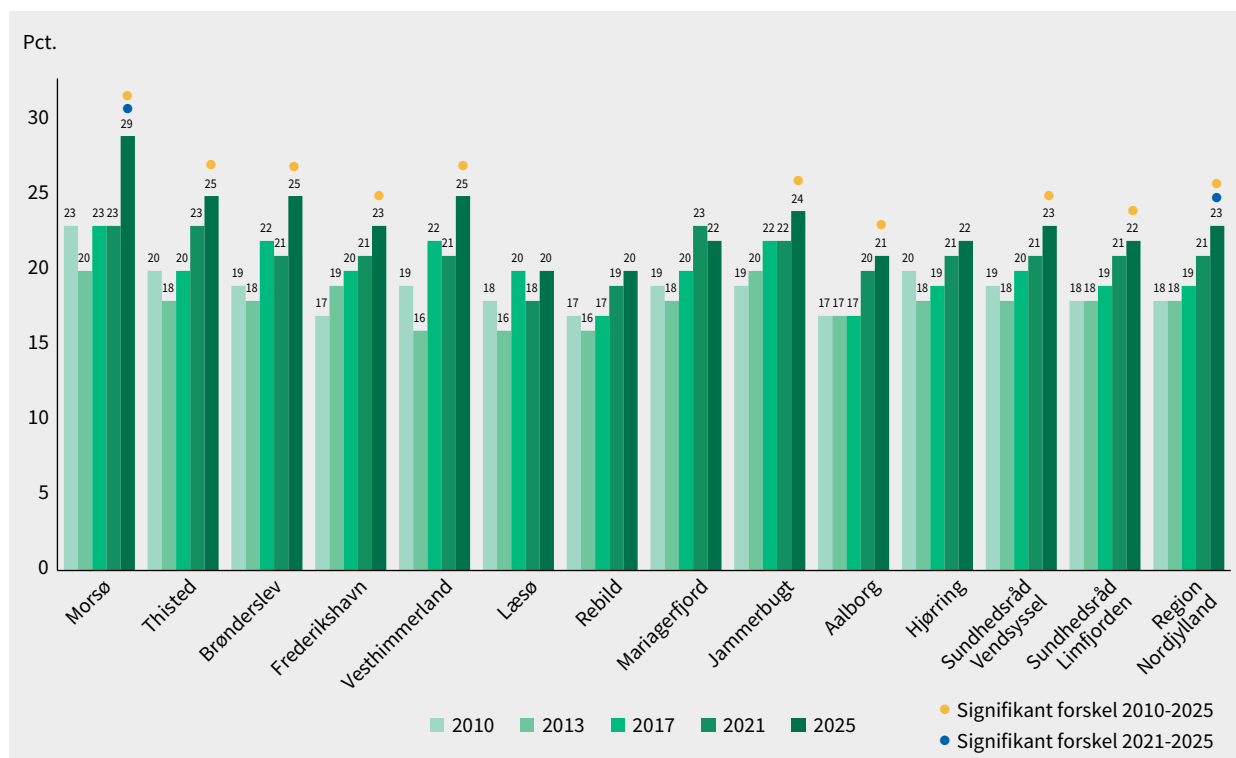
Figur 5.5: Lav score på kostskalaen i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 5.6: Selvvaluerede sunde madvaner i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 5.7: Lav score på kostskalaen i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2010–2025. Procent.



Figur 5.5 og Figur 5.6 viser kommunevariationen i lav score på kostskalaen samt selvvaluerede sunde madvaner. I forhold til lav score på kostskalaen, er der en signifikant højere andel af borgere i Morsø Kommune med en lav score på kostskalaen sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland. De øvrige kommuner er på niveau med gennemsnittet.

For selvvaluerede sunde kostvaner er der lidt variation. I følgende kommuner er andelen af borgere, der vurderer at deres madvaner er sunde eller meget sunde, signifikant lavere end gennemsnittet for Region Nordjylland:

- Jammerbugt
- Morsø
- Vesthimmerland

I Aalborg Kommune er der 39% af borgerne, der vurderer, at deres madvaner er sunde eller meget sunde, hvilket er signifikant højere end gennemsnittet for Region Nordjylland.

Generelt viser figur 5.7 en stigende tendens på tværs af kommuner og de to sundhedsråd i andelen af borgere med en lav score på kostskalaen. I følgende kommuner og sundhedsråd ses en signifikant stigning fra 2010 til 2025:

- Morsø
- Thisted
- Brønderslev
- Frederikshavn
- Vesthimmerland
- Jammerbugt
- Aalborg
- Hjørring
- Sundhedsråd Vendsyssel
- Sundhedsråd Limfjorden

For Morsø Kommune ses også en signifikant stigning fra 2021 til 2025 i andelen af borgere med lav score på kostskalaen.

Referencer

1. Toft U, Kristoffersen L, Lau C, Borch – Johnsen K, Jørgensen T, "The Dietary Quality Score: Validation and association with cardiovascular risk factors: The Inter99 study". European Journal of Clinical Nutrition, 2007; 61: 270–278.
2. www.altomkost.dk (besøgt 11.9.2025).
3. "Forbyggelsespakke. Mad og måltider", Sundhedsstyrelsen 2018.
4. Tetens, I, et al. : "Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet." DTU Fødevarerinstitutionen, 2013.
5. Mozafarian D, Rosenberg I, Uauy R: "History of modern nutrition science - implications for current research, dietary guidelines, and food policy", BMJ 2018; 361:k2392.

Fysisk aktivitet

Desto mere vi bevæger os, desto mere forebygger vi både sygdomme og for tidlig død. Ved fysisk aktivitet vedligeholder vi vores muskelstyrke og balance – og omvendt: Desto mere inaktive vi er, desto større risiko har vi for at miste funktionsevne, udvikle sygdomme og dø tidligt ⁽¹⁾. Derudover kan fysisk aktivitet, som målrettet træning, bruges som led i behandling af forskellige lidelser ⁽²⁾. Det gælder i et vist omfang også psykiske lidelser, som for eksempel angst og depression ⁽¹⁾.

Sundhedsstyrelsen har opdelt anbefalingerne for fysisk aktivitet i flere aldersgrupper, hvor aldersgruppen 18–64 år anbefales at dyrke mindst en halv times fysisk aktivitet om dagen. Med den seneste opdatering i 2023 af anbefalingerne, kom der også fokus på vigtigheden af fysiske aktiviteter, der styrker musklerne ⁽⁴⁾.

Der findes også internationale anbefalinger til fysisk aktivitet, som verdenssundhedsorganisationen WHO definerer. Her lyder anbefalingen for 18–64-årige at være fysisk aktiv mindst 150 minutter om ugen ved moderat intensitet eller mindst 75 minutter om ugen ved høj intensitet ⁽⁵⁾.

Definition og afgrænsning

I dette kapitel er der fokus på fysisk inaktive personer samt de borgere, der lever op til minimumsanbefalingerne omkring fysisk aktivitet fra WHO.

Motionsvaner

Nordjydernes motionsvaner afrapporteres på baggrund af spørgsmålet: 'Hvis du ser på det seneste

år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?' Baseret på de fire svarkategorier inddeles borgerne i 4 grupper:

Hård træning og konkurrenceidræt: Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen.

Motionsidræt og tungt arbejde: Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen.

Lettere motion: Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde).

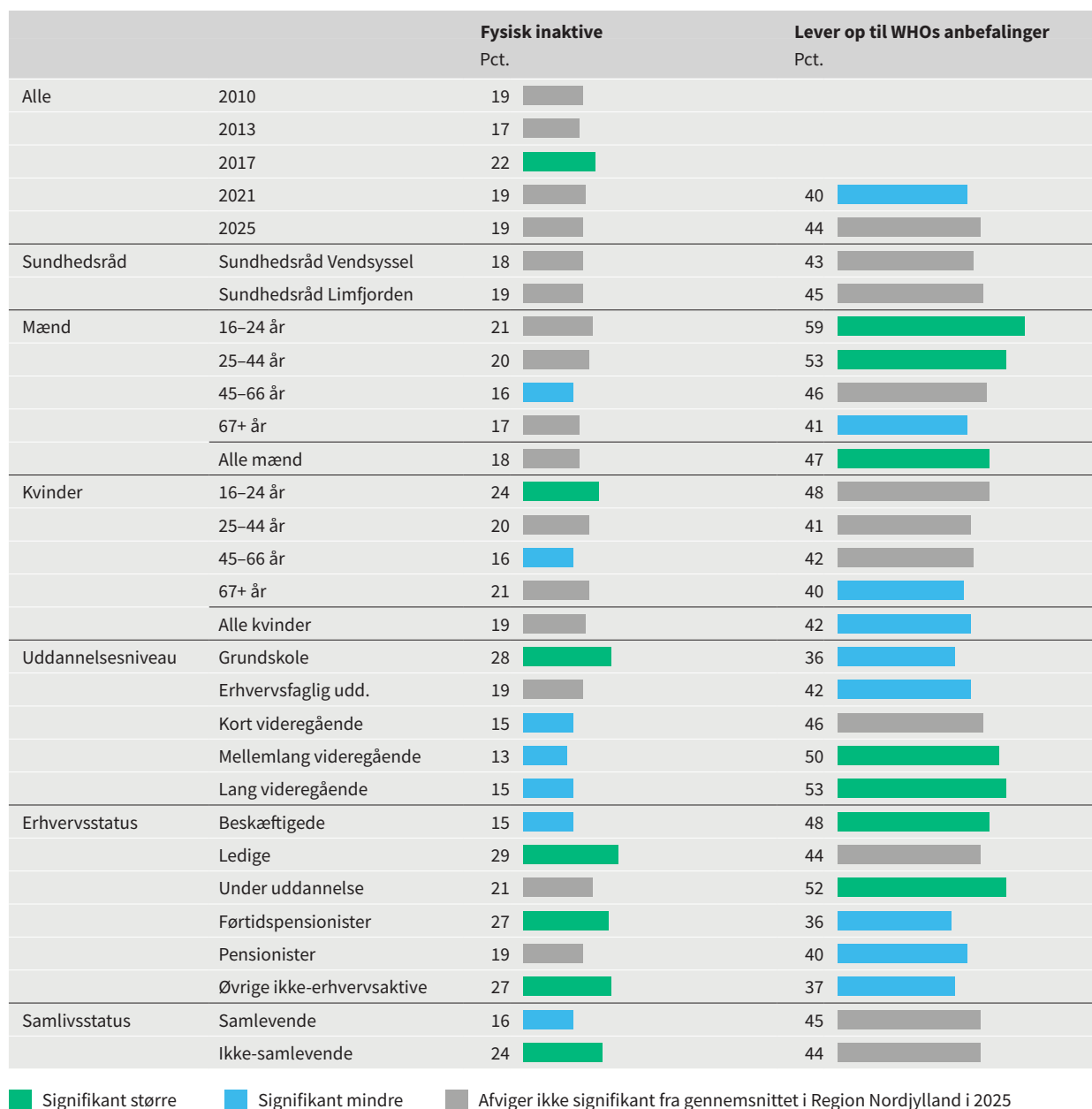
Fysisk inaktiv: Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse.

Lever op til WHO's minimums anbefaling for fysisk aktivitet

Om borgerne lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet er målt ud fra to spørgsmål om tid brugt på fysisk aktivitet i fritiden og ved transport: 'På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejtrækning øges?' og 'Hvor meget af den tid, du angav i det foregående spørgsmål, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet, hvor du bliver så forpustet, at det er svært at tale?'. Svarene på hvert spørgsmål angives i fem tidsintervaller, som for eksempel "mindre end ½ time (mindre end 30 minutter)" eller "½ til 1½ time (30–89 minutter)".

Resultater

Figur 6.1. Fysisk inaktive og lever op til WHO's anbefalinger – køn, alder og sociale forhold.



Figur 6.1 viser, at andelen af nordjyder, som er fysisk inaktive, er uændret fra 2021 til 2025.

Ligeledes ses det, at der er sket en signifikant stigning i andelen af borgere, som lever op til WHO's anbefalinger fra 40% i 2021 til 44% i 2025.

Sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland ses signifikant flere borgere, som er fysisk inaktive, i følgende grupper:

- Kvinder i alderen 16–24 år
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, som er ledige, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, som bor alene (ikke-samlevende)

Hvorimod der blandt borgere med kort videregående, mellemlang videregående, lang videregående uddannelse samt samlevende generelt er en lavere andel, der er fysisk inaktive end gennemsnittet for Region Nordjylland.

Figur 6.1 viser ligeledes hvor mange, der lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet. Fra 2021 til 2025 ses en signifikant højere andel, som lever op til anbefalingerne, svarende til 44%. Sammenlignet med

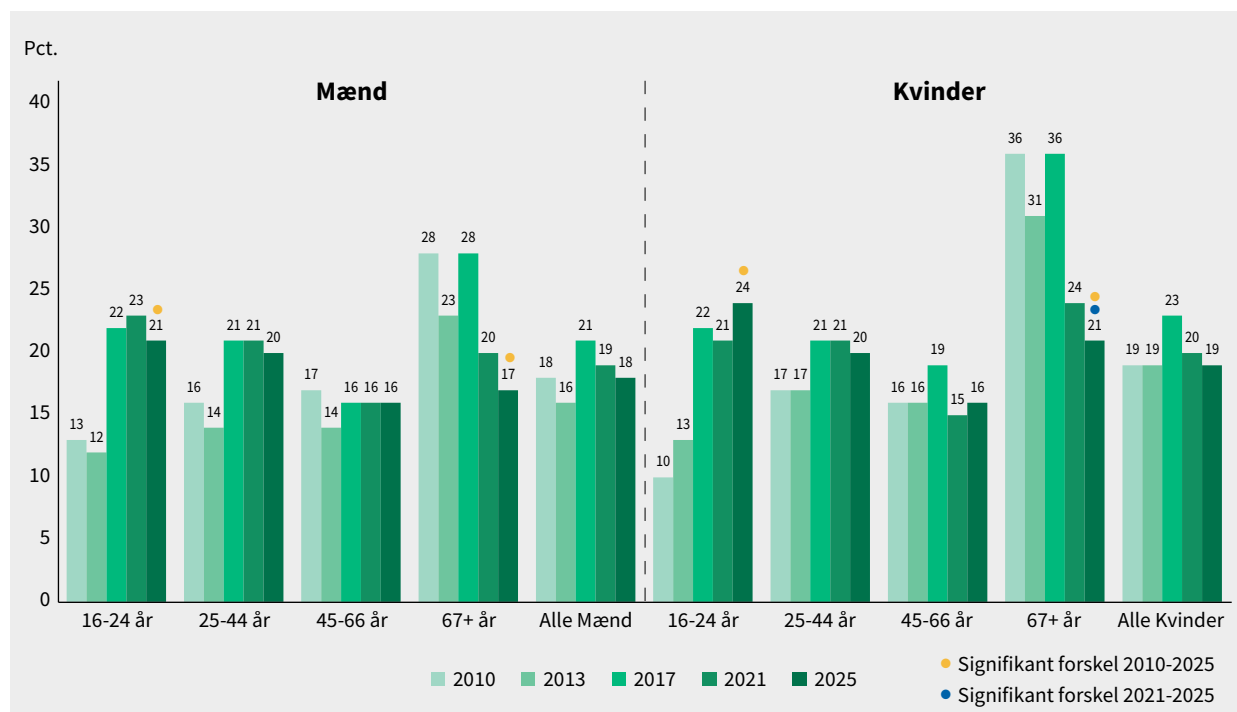
gennemsnittet for Region Nordjylland ses en signifikant større andel af borgere, som lever op til anbefalingerne i følgende grupper:

- Mænd i aldersgrupperne 16–24 år, 25–44 år samt alle mænd
- Borgere med mellemlang og lang videregående uddannelse
- Borgere, som er i beskæftigelse eller under uddannelse

I følgende grupper ses signifikant færre, som lever op til WHO's anbefalinger sammenlignet med regionsgennemsnittet:

- Mænd og kvinder i alderen 67+ år samt kvinder samlet set
- Borgere med grundskole og erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, som er førtidspensionister, pensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive

Figur 6.2: Fysisk inaktivitet. Udvikling fra 2010–2025. Procent.



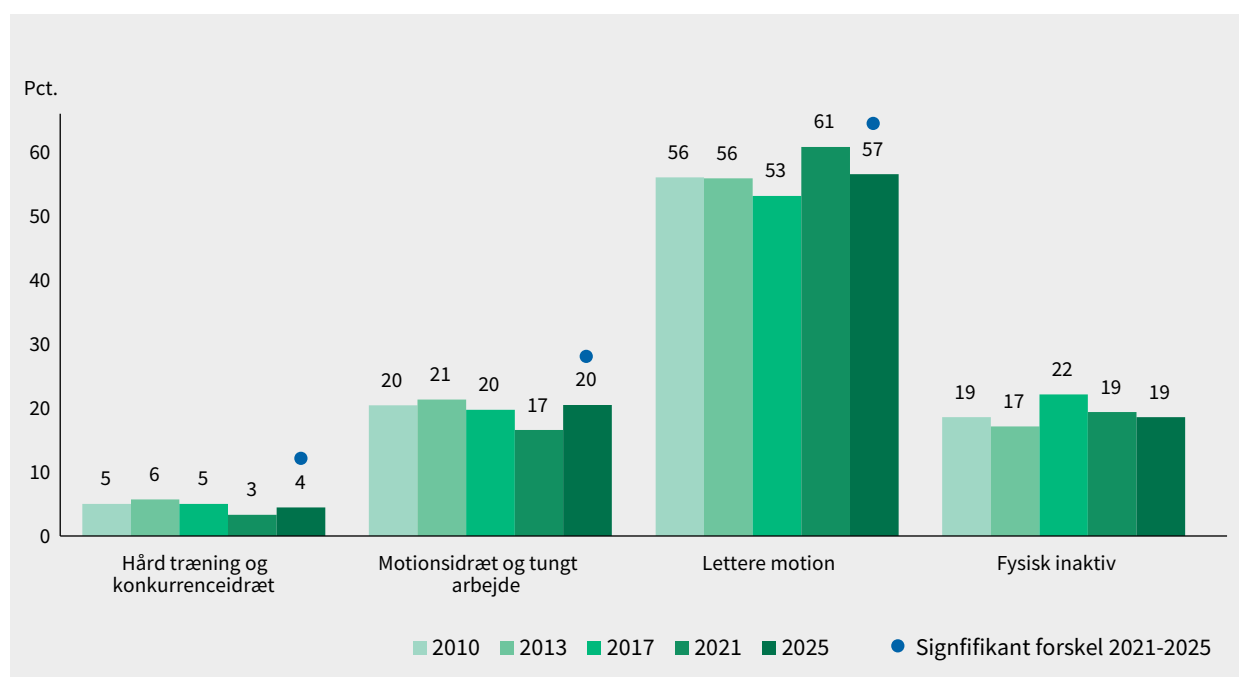
For både mænd og kvinder samlet er andelen, som er fysisk inaktive, uændret fra 2010 til 2025. 18% for mændene og 19% for kvinderne. For begge køn gælder det dog, at der ses udsving mellem år 2010 og 2025.

Inden for kønnene ses det, at der for de 16 til 24-årige mænd er sket en signifikant stigning i fysisk inaktive fra 2010 (13%) til 2025 (21%). Det samme gør sig gældende for de 16 til 24-årige kvinder, hvor der i 2010

var 10% og i 2025 er 24%, der kan betegnes som fysisk inaktive.

I aldersgruppen 67+ år, er der fra 2010 til 2025 blevet færre, der er fysisk inaktive. Det gælder for både mænd og kvinder. For kvinderne i aldersgruppen ses det, at andelen, der er fysisk inaktive, også er faldet signifikant fra 2021 til 2025.

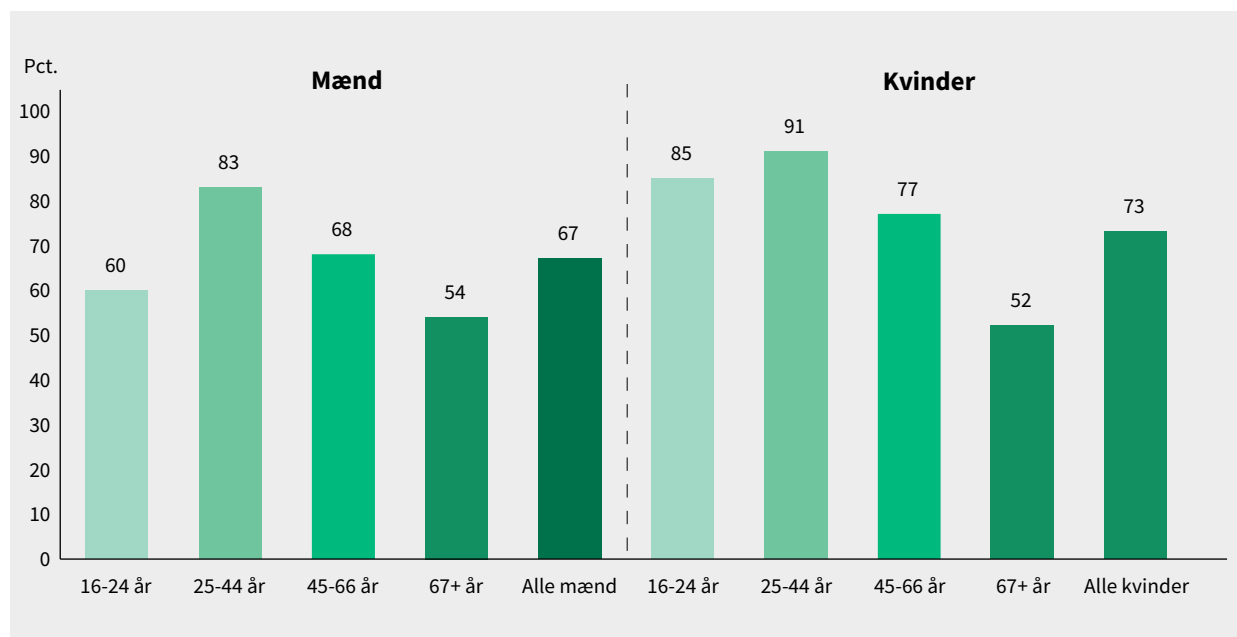
Figur 6.3: Befolkningen fordelt på motionsvaner – udvikling i perioden 2010–2025. Procent.



Figur 6.3 illustrerer, at borgernes motionsvaner er relativt stabile hen over perioden. I 2025 er der signifikant flere, der dyrker hård træning og konkurrenceidræt

samt motionsidræt og tungt arbejde, sammenlignet med 2021. Samtidig er andelen der dyrker lettere motion faldet.

Figur 6.4: Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt fysisk inaktive borgere. 2025. Procent.

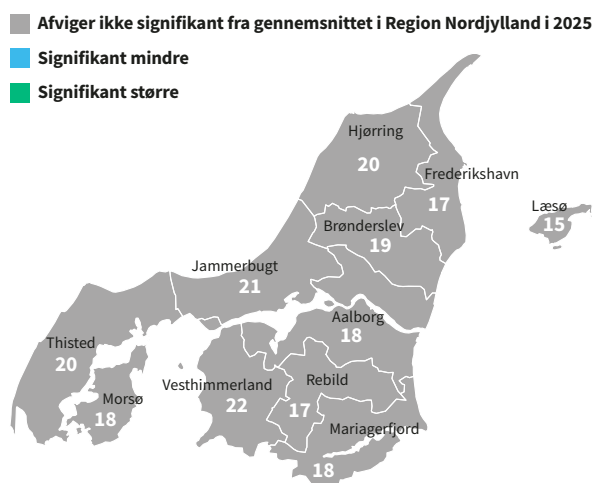


Figur 6.4 viser motivationen for at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive borgere. Motivationen for mere fysisk aktivitet er generelt høj, dog svingende fra 52% til 91%. For begge køn er der færrest, der ønsker at være mere fysisk aktive blandt de ældste borgere, mens der er flest i aldersgruppen 25-44 år, der ønsker at være mere fysisk aktive.

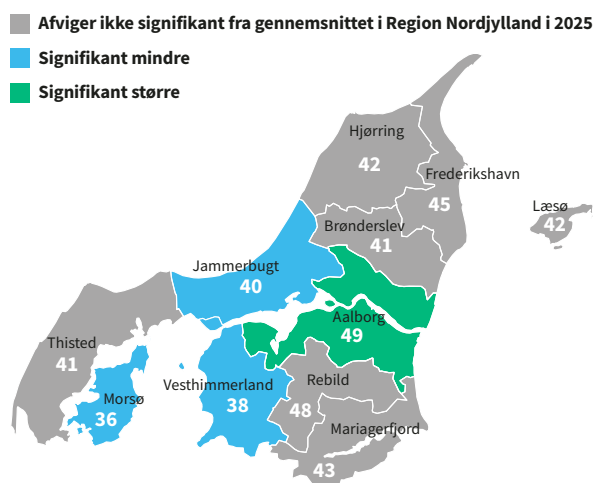
Generelt har mange borgere et ønske om at være mere fysisk aktive, uanset om de defineres som fysisk inaktive eller ej. Helt overordnet ønsker 70% af de fysisk inaktive at være mere aktive, mens den tilsvarende andel blandt den resterende del af borgerne er 61% (data ikke vist).

Resultater for kommuner og sundhedsråd

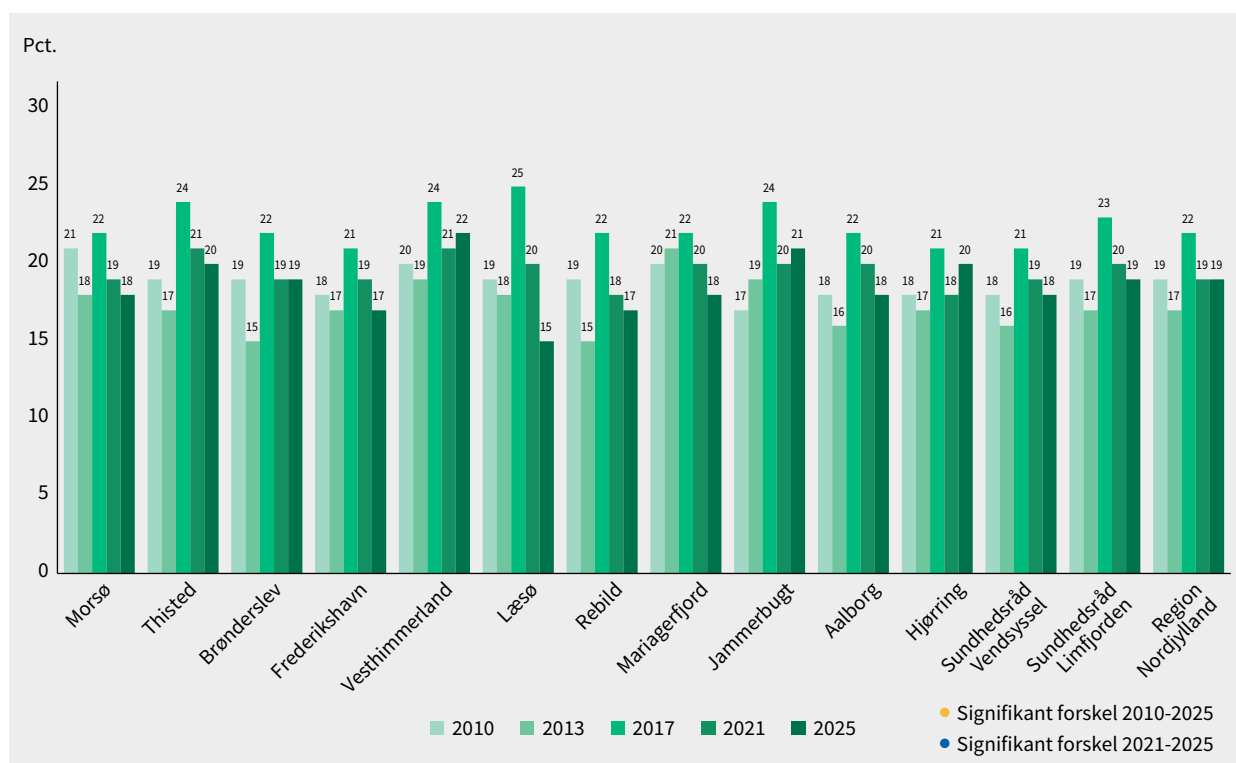
Figur 6.5: Fysisk inaktivitet i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 6.6: Lever op til WHO's anbefalinger i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 6.7: Fysisk inaktivitet i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2010–2025. Procent.



Figur 6.5 viser andelen af fysisk inaktive borgere i de nordjyske kommuner. Der er ingen kommuner som signifikant skiller sig ud fra regionsgennemsnittet.

Figur 6.6 viser andelen af borgerne i kommunerne, som lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet.

Følgende kommuner ligger signifikant lavere end regionsgennemsnittet:

- Morsø
- Vesthimmerland
- Jammerbugt

Aalborg Kommune ligger signifikant over Region Nordjyllands gennemsnit.

Af figur 6.7 ses det, at andelen af fysisk inaktive i kommunerne er meget stabil over tid. Der ses ingen signifikant udvikling fra 2010 til 2025, og heller ikke fra 2021 til 2025. For alle kommuner og sundhedsråd gælder det dog, at der er udsving mellem år 2010 og 2025.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen, "Fysisk aktivitet for voksne (18–64 år) – Viden om sundhed og forebyggelse", 2023.
2. Sundhedsstyrelsen, "Fysisk træning som behandling – 31 lidelser og risikotilstande", 2018.
3. Sundhedsstyrelsen, "Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet", 2018.
4. Sundhedsstyrelsen, <https://www.sst.dk/videns-base/forebyggelse/anbefalinger-om-fysisk-aktivitet/anbefalinger-om-fysisk-aktivitet-og-stillesiddende-tid> (16.1 2026).
5. World Health Organization, "WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour", 2020.

Vægt

Forekomsten af overvægt er stigende i både Danmark og internationalt. Omkring halvdelen af den voksne danske befolkning lever i dag med overvægt, og omkring 18% med svær overvægt^(1,4), og udviklingen ses på tværs af aldersgrupper. Overvægt og især svær overvægt kan være en risikofaktor for helbredet, og er forbundet med øget risiko for type 2-diabetes, hjertekar-sygdomme, visse former for kræft og muskelskeletlidelser^(2,3).

Der er gennem de senere år kommet mere fokus på at nuancere forståelsen af overvægt og betydningen for helbred og livskvalitet samt at undgå vægtstigmatisering. Vægt har en kompleks sammenhæng med andre sundhedsfaktorer. For eksempel øger overvægt risikoen for forringet mental sundhed og lavere livskvalitet, mens et stabilt vægtforløb i kombination med fysisk aktivitet kan mindske risikoen for sygdom og tidlig død^(4,5).

I denne undersøgelse opgøres vægt ved hjælp af BMI, der beregnes på baggrund af deltagernes oplyste højde og vægt. BMI skal anvendes med forsigtighed, blandt andet fordi BMI ikke tager højde for fordelingen af fedt og muskler. For eksempel er fedtfordelingen typisk forskellig hos yngre og ældre mennesker⁽⁶⁾.

Definition og afgrænsning

I dette kapitel præsenteres resultater vedrørende svær og moderat overvægt, deltagernes egen vurdering af deres vægt samt motivation for at tabe sig.

BMI

BMI beregnes på borgerens rapporterede højde og vægt, og bruges til at kategorisere borgeren i en af de fire vægtklasser. BMI beregnes som vægten i kilo divideret med kvadratet på højden i meter (kg/m²). Eksempelvis $65 / (1,60 \times 1,60) = \text{BMI} = 25,39$. Der er fire kategorier af vægt, når det drejer sig om BMI, og scoren afgør, hvilken kategori man befinder sig i.

Undervægt: BMI mindre end 18,5

Normalvægt: BMI mellem 18,5 og mindre end 25

Moderat overvægt: BMI mellem 25 og mindre end 30

Svær overvægt: BMI 30 eller derover

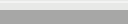
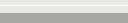
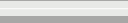
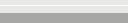
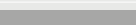
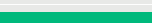
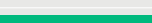
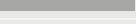
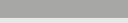
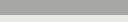
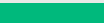
Selv vurderet vægt og ønske om vægttab

Deltagerne har svaret på spørgsmålet: 'Hvordan vurderer du selv din vægt?' Svarmulighederne er: 'alt for lav', 'lidt for lav', 'tilpas', 'lidt for høj' og 'alt for høj'.

Deltagerne har desuden svaret på spørgsmålet 'Vil du gerne tabe dig?' I kapitlet er 'Ja, i høj grad' og 'Ja, i nogen grad' slået sammen til 'ja'.

Resultater

Figur 7.1 : Borgere med moderat overvægt og svær overvægt – køn, alder og sociale forhold.

		Moderat overvægt Pct.	Svær overvægt Pct.
Alle	2010	35 	16 
	2013	35 	16 
	2017	36 	19 
	2021	36 	21 
	2025	36 	22 
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	38 	25 
	Sundhedsråd Limfjorden	36 	21 
Mænd	16–24 år	23 	12 
	25–44 år	41 	22 
	45–66 år	46 	28 
	67+ år	47 	20 
	Alle mænd	43 	23 
Kvinder	16–24 år	17 	8 
	25–44 år	25 	24 
	45–66 år	35 	26 
	67+ år	34 	19 
	Alle kvinder	30 	21 
Uddannelsesniveau	Grundskole	35 	30 
	Erhvervsfaglig udd.	37 	24 
	Kort videregående	42 	21 
	Mellemlang videregående	37 	19 
	Lang videregående	35 	15 
Erhvervsstatus	Beskæftigede	38 	23 
	Ledige	34 	28 
	Under uddannelse	23 	11 
	Førtidspensionister	35 	35 
	Pensionister	41 	20 
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	29 	28 
Samlivsstatus	Samlevende	39 	22 
	Ikke-samlevende	32 	22 

 Signifikant større
  Signifikant mindre
  Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Figur 7.1 viser, at andelen af nordjyder med moderat overvægt er stabil, mens svær overvægt er steget signifikant siden første undersøgelse i 2010 (16%) og frem til 2025 (22%). Det ses også, at flere mænd (43%) end kvinder (30%) er moderat overvægtige, mens der for svær overvægt ikke er den store forskel (mænd 23% og kvinder 21%).

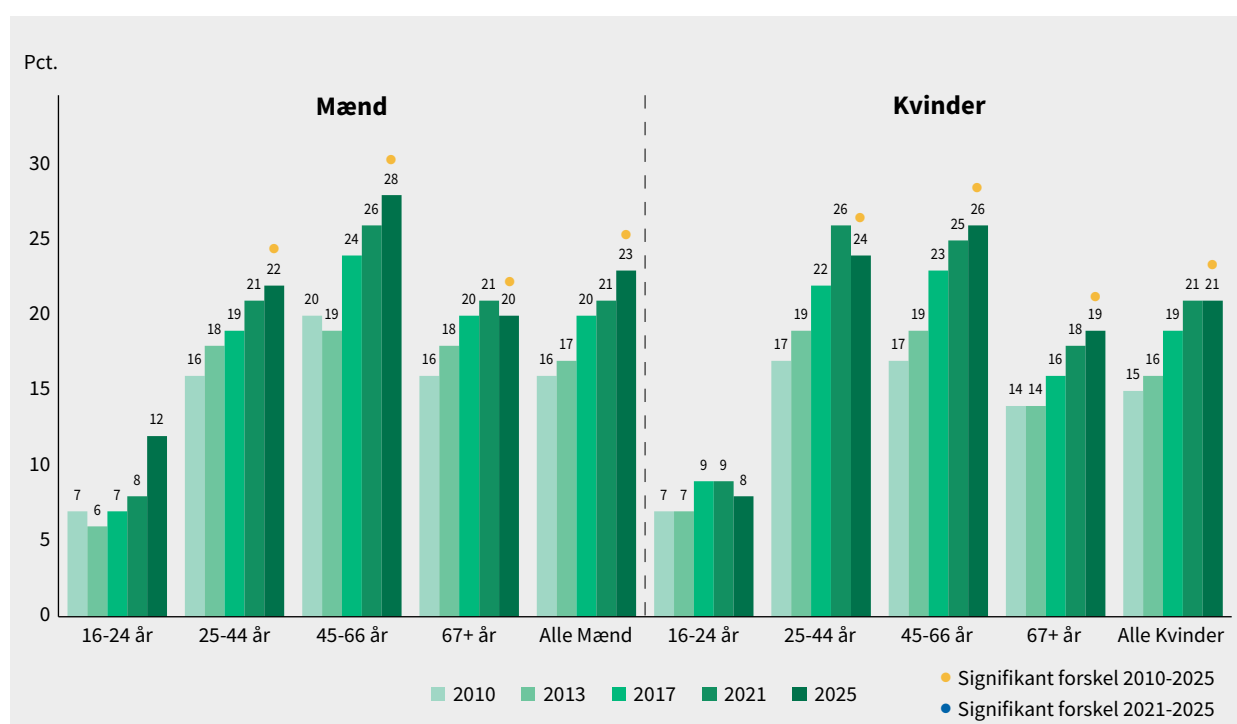
Sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland ses en signifikant større andel borgere med moderat overvægt i følgende grupper:

- Mænd i alderen 45–66 år, 67+ år samt mænd samlet set
- Borgere med kort videregående uddannelse
- Borgere, som er pensionister
- Borgere, som bor sammen med andre (samlevende)

For svær overvægt viser figuren, at der i følgende grupper er signifikant flere borgere med svær overvægt, sammenlignet med regionsgennemsnittet:

- Borgere i Sundhedsråd Vendsyssel
- Mænd og kvinder i alderen 45–66 år
- Borgere med grundskole eller erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, som er førtidspensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive

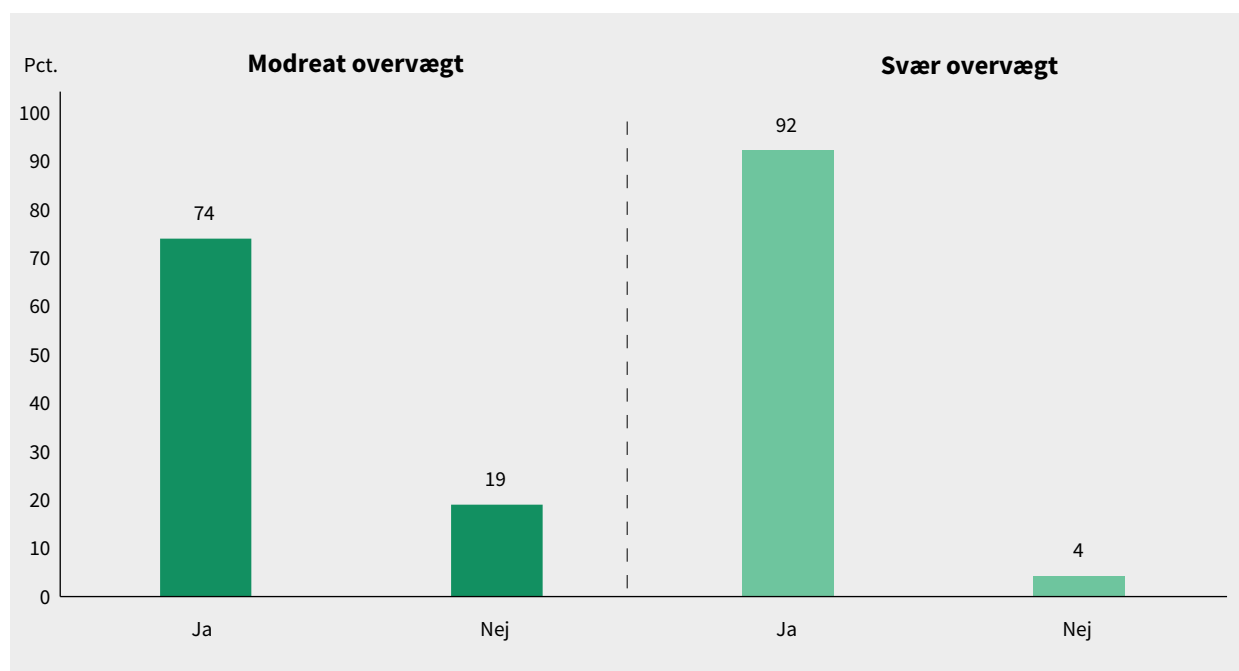
Figur 7.2: Svær overvægt. Udvikling fra 2010–2025. Procent.



Udviklingen i svær overvægt fremgår af figur 7.2. Fra 2010 til 2025 har der været en signifikant stigning i andelen af borgere med svær overvægt på tværs af

aldersgrupper og køn. Undtagelsen er aldersgruppen 16–24 år, hvor der hverken for mænd eller kvinder kan påvises en statistisk signifikant udvikling.

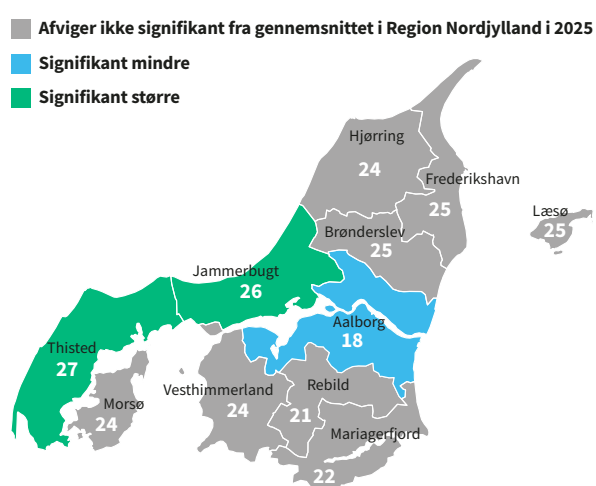
Figur 7.3: Andel, der ønsker at tabe sig, blandt borgere med moderat eller svær overvægt 2025. Procent.



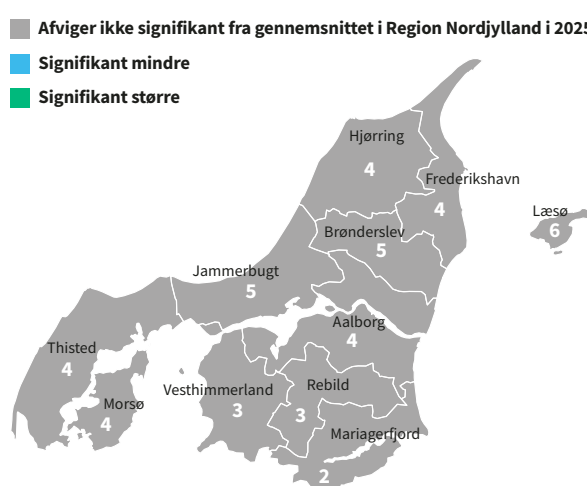
Blandt borgere med svær overvægt ønsker 92% i høj grad eller i nogen grad at tabe sig, mens det for moderat overvægt er 74%.

Resultater for kommuner og sundhedsråd

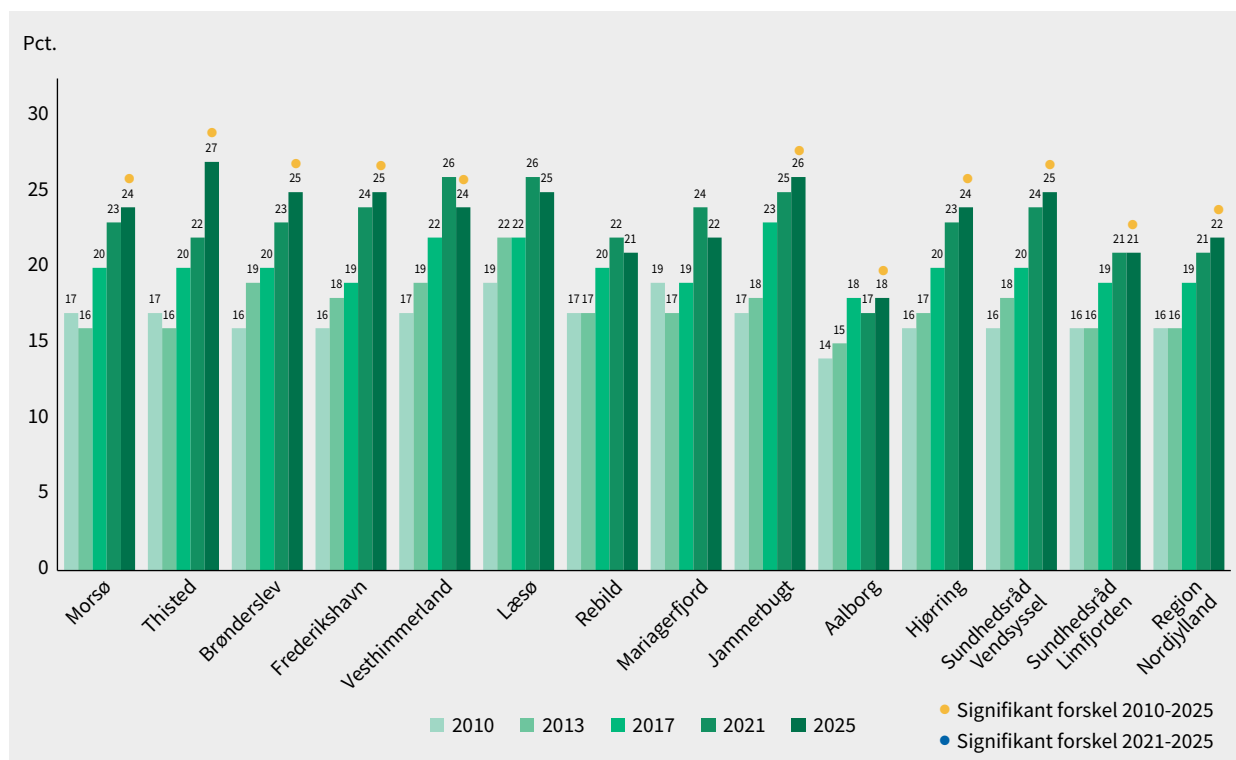
Figur 7.4: Svær overvægt i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 7.5: Borgere med svær overvægt, der vurderer at deres vægt er tilpas i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 7.6: Svær overvægt i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2010–2025. Procent.



Figur 7.4 viser, at andelen af borgere med svær overvægt er højere i Jammerbugt Kommune og Thisted Kommune når der sammenlignes med gennemsnittet for Region Nordjylland, mens andelen er lavere i Aalborg Kommune.

Andelen af borgere med svær overvægt, der vurderer, at deres vægt er tilpas, er lav, hvilket fremgår af figur 7.5. Regionsgennemsnittet er 4% og ingen af de nordjyske kommuner adskiller sig fra dette.

Generelt viser figur 7.6 en stigende tendens i andelen af borgere med svær overvægt på tværs af kommuner og de to sundhedsråd. Stigningen ses over en længere årrække fra første undersøgelse i 2010 og frem til 2025.

Der ses dog ikke en signifikant stigning siden sidste undersøgelse i 2021. I følgende kommuner og sundhedsråd ses en signifikant stigning fra 2010 til 2025:

- Morsø
- Thisted
- Brønderslev
- Frederikshavn
- Vesthimmerland
- Jammerbugt
- Aalborg
- Hjørring
- Sundhedsråd Vendsyssel
- Sundhedsråd Limfjorden

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen: "Forekomst af overvægt i Danmark." Sundhedsstyrelsen 2024.
2. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J: "Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer." Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen, 2022.
3. WHO: "Obesity and overweight." <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Besøgt 5. september 2025).
4. Harvard T.H. Chan School of Public Health (2025). "Obesity Prevention Source". Tilgængelig på: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/obesity/preventing-obesity/> (Besøgt 5. september 2025).
5. Leigh-Hunt, N. et al.: "An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness." Public Health, 152, 157–171. 2017.
6. Sundhedsstyrelsen: "Forebyggelsespakke – Overvægt". Sundhedsstyrelsen 2018

Søvn

Alle kan opleve periodiske udfordringer med søvnen, men forskning viser, at en stabil og god søvn har en positiv betydning for helbredet ⁽¹⁾. Længerevarende søvnproblemer er forbundet med øget risiko for blandt andet type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme ^(1,2). Derudover er der sammenhæng mellem stress og søvnproblemer ⁽³⁾.

Søvnens betydning for helbredet er et komplekst område og påvirkes af mange faktorer, herunder højt indtag af alkohol, rygning, fysisk inaktivitet og psykologiske faktorer, hvorfor det er vigtigt at overveje søvnens betydning i et helhedsperspektiv (3,4).

Sundhedsstyrelsen har i 2024 for første gang udgivet anbefalinger til søvnlængde. Anbefalingerne varierer til forskellige aldersgrupper, hvor aldersgruppen 26–64 år anbefales at sove mellem 7–9 timer. Dog er der inden for den aldersgruppe variation i, hvor mange timer, der kan betragtes som værende passende ⁽⁵⁾.

Definition og afgrænsning

I kapitlet præsenteres resultater vedrørende dårlig søvnkvalitet samt kort søvnlængde.

Dårlig søvnkvalitet

Dårlig søvnkvalitet defineres via et søvnindeks, der er baseret på Karolinska Sleep Questionnaire ⁽⁶⁾, og som anvendes på varierende måder i forskellige forskningsprojekter ⁽⁷⁾. Indekset i denne undersøgelse konstrueres med udgangspunkt i fire spørgsmål om borgerens selvvaluerede søvn over de seneste fire uger. Der spørges til hyppigheden af at have svært ved at falde i søvn, at vågne flere gange om natten og have svært ved at falde i søvn igen, at vågne tidligt uden at kunne falde i søvn igen, samt at sove dårligt og uroligt. Ud fra besvarelserne på de fire spørgsmål, tildeles der en score fra 0–100. Desto højere score på indekset, desto hyppigere opleves søvnproblemerne. Dårlig søvnkvalitet defineres som personer med en score på mellem 75 og 100.

Sover mindre end 7 timer i døgnet

Deltagerne er også blevet spurgt til, hvor lang tid de har sovet i løbet af et almindeligt hverdagsdøgn de seneste fire uger. På baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, afgrænses i denne undersøgelse til borgere, der sover mindre end 7 timer i døgnet.

Resultater

Figur 8.1. Sover mindre end 7 timer i døgnet og dårlig søvnkvalitet – køn, alder og sociale forhold.

		Sover mindre end 7 timer i døgnet	Dårlig søvnkvalitet
		Pct.	Pct.
Alle	2013		13
	2017	33	15
	2021	35	18
	2025	33	18
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	34	20
	Sundhedsråd Limfjorden	33	17
Mænd	16–24 år	32	7
	25–44 år	37	13
	45–66 år	39	17
	67+ år	23	14
	Alle mænd	33	14
Kvinder	16–24 år	26	19
	25–44 år	32	20
	45–66 år	37	24
	67+ år	30	21
	Alle kvinder	33	21
Uddannelsesniveau	Grundskole	33	24
	Erhvervsfaglig udd.	35	19
	Kort videregående	36	18
	Mellemlang videregående	30	16
	Lang videregående	31	11
Erhvervsstatus	Beskæftigede	38	15
	Ledige	43	31
	Under uddannelse	30	16
	Førtidspensionister	33	37
	Pensionister	26	17
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	32	30
Samlivsstatus	Samlevende	32	16
	Ikke-samlevende	35	21

■ Signifikant større ■ Signifikant mindre ■ Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Figur 8.1 viser, at andelen af nordjyder, som sover under 7 timer i døgnet, er uændret siden 2017. Dog er der en signifikant større andel blandt følgende grupper, som sover mindre end 7 timer i døgnet, set i forhold til gennemsnittet for Region Nordjylland:

- Mænd og kvinder i alderen 45–66 år
- Beskæftigede

Blandt mænd i alderen 67+ år, kvinder i aldersgruppen 16–24 år og pensionister ses det omvendte, da der her er færre, der sover mindre 7 timer i døgnet, når der sammenlignes med gennemsnittet for Region Nordjylland.

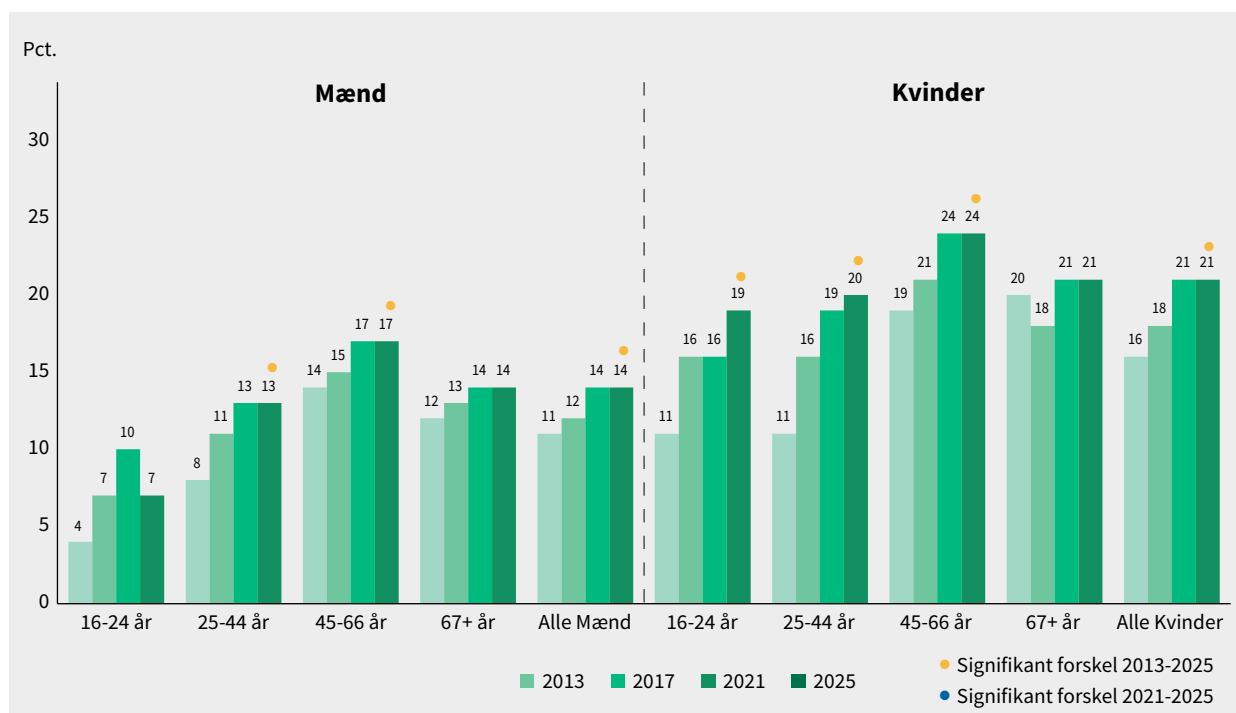
Dårlig søvnkvalitet fremgår også af figur 8.1, hvor 18% af nordjyderne har dårlig søvnkvalitet, hvilket er en

stigning i forhold til 2017. Fra 2021 ses imidlertid ikke en stigning i andelen. Sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland ses en signifikant større andel borgere med dårlig søvnkvalitet i følgende grupper i 2025:

- Borgere i sundhedsråd Vendsyssel
- Kvinder i aldersgrupperne 45–66 år, 67+ år og kvinder samlet set
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, der er ledige, førtidspensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med andre (ikke-samlevende)

Omvendt er der en lavere andel med dårlig søvnkvalitet blandt mænd i de fleste aldersgrupper, borgere med lang videregående uddannelse, beskæftigede og borgere, der bor sammen med andre.

Figur 8.2: Dårlig søvnkvalitet. Udvikling fra 2013–2025. Procent.



For både mænd og kvinder samlet set, er andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet steget signifikant fra 2013 til 2025. Fra 11% til 14% for mændene og fra 16% til 21% for kvinderne.

Inden for kønnene ses der en signifikant stigning for mænd i aldersgruppen 25–44 år og 45–66 år. For kvinder gælder det i aldersgrupperne 16–24 år, 25–44 år og 45–66 år, hvor der er signifikant forskel fra 2013 til 2025.

Figur 8.3: De fem hyppigste årsager til, at mænd og kvinder ikke får søvn nok til at føle sig udhvilet. Hyppigste årsag står øverst.

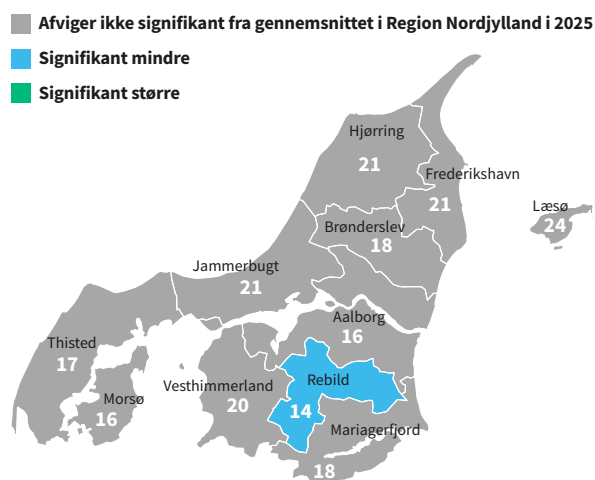
Top 5	Mænd	Kvinder
1	For sent i seng pga. underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv	Pga. tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer
2	Toiletbesøg	Toiletbesøg
3	Pga. tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer	Egen sygdom eller lidelse
4	Egen sygdom eller lidelse	For sent i seng pga. underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv
5	Andet	Andet

For begge køn er det de samme årsager der gør, at man ikke får nok søvn til at føle sig udhvilet, men der er forskel på rangeringen af årsagerne. Det ses af figur 8.3, at flest mænd har angivet 'kommer for sent i seng på grund af underholdning fra mobiltelefon, tablet,

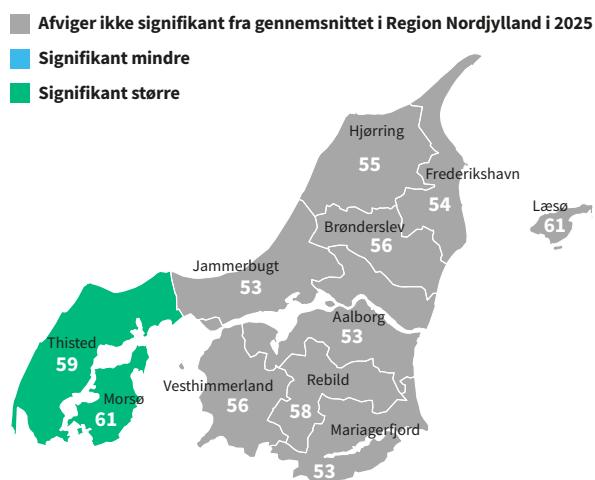
computer, spillekonsol eller tv', som årsag til, at de ikke får søvn nok til at føle sig udhvilet. For kvinder er den hyppigste årsag derimod 'tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer'.

Resultater for kommuner og sundhedsråd

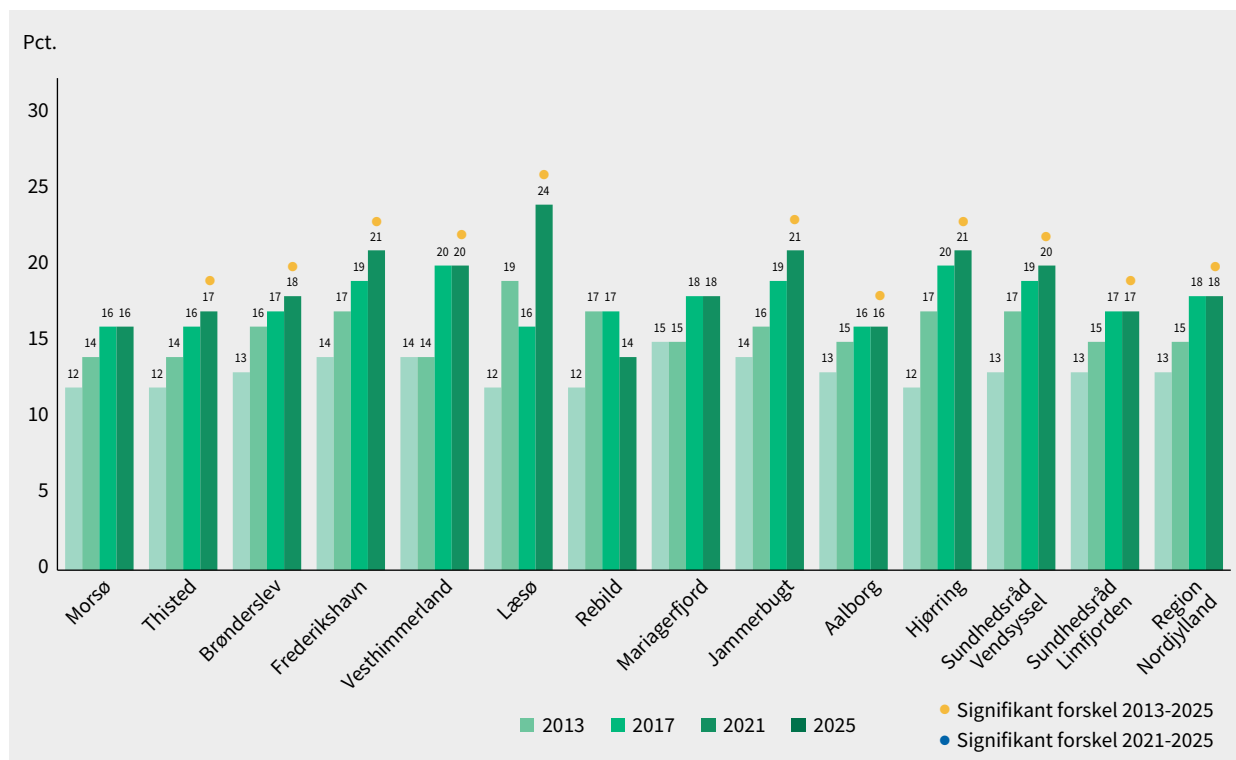
Figur 8.4: Dårlig søvnkvalitet i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 8.5: Borgere, som får nok søvn til at føle sig udhvilet i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 8.6: Dårlig søvnkvalitet i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2013–2025. Procent.



Figur 8.4 viser andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet i de nordjyske kommuner. I Rebild Kommune ligger andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet signifikant under regions gennemsnittet.

I Figur 8.5 ses andelen af borgerne som får nok søvn til at føle sig udhvilet i de nordjyske kommuner i 2025. Morsø og Thisted Kommuner skiller sig ud fra Region Nordjyllands gennemsnit, med en signifikant højere andel borgere, der får nok søvn til at føle sig udhvilet.

Generelt viser figur 8.6 at andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet er stigende, og der er i størstedelen af kommunerne en signifikant forskel mellem 2013

og 2025. I følgende kommuner og sundhedsråd ses en signifikant stigning fra 2013 til 2025:

- Thisted
- Brønderslev
- Frederikshavn
- Vesthimmerland
- Læsø
- Jammerbugt
- Aalborg
- Hjørring
- Sundhedsråd Vendsyssel
- Sundhedsråd Limfjorden

Referencer

1. Yin et al.: "Relationship of sleep duration with all-cause mortality and cardiovascular events: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies". *European Heart Journal*, 38(12), 987–995, 2017.
2. Itani et al.: "Short sleep duration and health outcomes: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression". *Sleep Medicine*, 32, 246–256", 2017.
3. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, Johansen C, Møller M, Rod NH, Sjödin A & Zachariae B: "Søvn og sundhed", Vidensråd for Forebyggelse 2015.
4. Statens Institut for Folkesundhed: "Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen – Søvn", 2021.
5. Sundhedsstyrelsen: "Anbefalinger for søvnlængde – Til alle aldersgrupper" 2024.
6. Nordin M, Åkerstedt T, og Nordin S: "Psychometric evaluation and normative data for the Karolinska Sleep Questionnaire". *Sleep and Biological Rhythms*; 11: 216–226, 2013.
7. Garde AH, Hansen ÅM, Persson R, Österberg K, Ørbæk P, Karlson B, Olsen A & Kristiansen J: "Month-to-month variation in sleep among healthy, Scandinavian daytime workers", *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, 74:6, 527–535, 2014.

Mental sundhed

Mental sundhed er et komplekst og sammensat begreb. Sundhedsstyrelsen arbejder ud fra WHO's definition af mental sundhed som en tilstand af velbefindende (trivsel), hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker^(1, 2). Mental sundhed og trivsel bruges ofte synonymt⁽³⁾.

God trivsel handler blandt andet om at føle sig glad, have energi til at udføre de ting, man har lyst til og kunne håndtere de belastninger, der giver stress. Mange faktorer kan have en beskyttende betydning for den mentale sundhed og trivsel, for eksempel støttende sociale relationer, økonomisk tryghed og positiv selvopfattelse^(2, 3). Omvendt er stressende livsomstændigheder, utrygge relationer, fattigdom og utrygge omgivelser nogle af de risikofaktorer, der kan medføre dårlig trivsel og mental sundhed⁽³⁾.

Stress - især langvarig stress - er en væsentlig risikofaktor, der udgør et stigende problem for folkesundheden, da det kan medføre en lav grad af mental sundhed og risiko for både psykiske sygdomme såsom depression og angst, og somatiske sygdomme som for eksempel hjerte-kar-sygdomme⁽⁴⁾.

Definition og afgrænsning

I dette kapitel belyses mental sundhed ved hjælp af forskellige mål. Der fokuseres på stress, trivsel og velbefindende samt oplevede belastninger.

Stressskala – høj score på stressskalaen

Stress er målt ved hjælp af PSS - Cohen's Perceived Stress Scale - som er en valideret stressskala oversat til

dansk⁽⁵⁾. PSS består af 10 spørgsmål, der for eksempel omhandler i hvilket omfang man opfatter sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart og belastende, og om man føler sig nervøs eller stresset. Skalaen går fra 0 til 40, og jo højere score, desto højere grad af oplevet stress. Betegnelsen 'høj score på stressskalaen' anvendes i det følgende om borgere med en PSS-score på 18 eller derover. Skæringspunktet er fastsat ud fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, hvor en score på 18 eller derover identificerer de 20% af befolkningen i hele Danmark, som scorede højest på skalaen, det vil sige som tilhører de mest stressede. Denne standardafgrænsning muliggør sammenligninger over tid og på tværs af forskellige sociale grupper.

WHO-5 Trivselsindeks

Generel trivsel er målt med WHO-5 Trivselsindeks, der er et redskab til at undersøge tegn på depression eller anden mistrivsel. Skalaen består af fem positivt formulerede spørgsmål, for eksempel hvor meget af tiden man i de sidste to uger har været glad og i godt humør. Svarene på de fem spørgsmål omregnes til en samlet score. Der findes forskellige grænseværdier afhængigt af, om skalaen skal bruges til screening for depression eller som indikation på mulig dårlig trivsel. I det følgende bruges betegnelsen lav score på trivselsindeks om de respondenter, der scorer = < 50. Denne score indikerer, at trivslen er påvirket, med risiko for depression eller stressbelastning⁽⁶⁾.

I kapitlet præsenteres også resultater for det underspørgsmål i trivselsindekset, der spørger til, hvor ofte borgeren i løbet af de seneste 2 uger har følt sig glad og i godt humør.

Mentalt velbefindende

The Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS), er en skala, som måler de positive aspekter af mental sundhed på populationsniveau⁽⁷⁾. Skalaen inkluderer både følelsesmæssige og funktionsmæssige aspekter. På baggrund af de syv spørgsmål i skalaen, kan der udregnes en score, der indikerer graden af mentalt velbefindende.

Statens Institut for Folkesundhed har udviklet en opdeling af skalaen i en dansk kontekst, baseret på data fra Danskernes Trivsel 2016⁽⁸⁾. Grænserne for henholdsvis lavt og højt mentalt velbefindende er lavet, så de indeholder scorer med mere end én standardafvigelse fra gennemsnittet i hver retning.

Score på 7–20: Lavt mentalt velbefindende

Score på 21–28: Moderat mentalt velbefindende

Score på 29–35: Højt mentalt velbefindende

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af mentalt velbefindende:

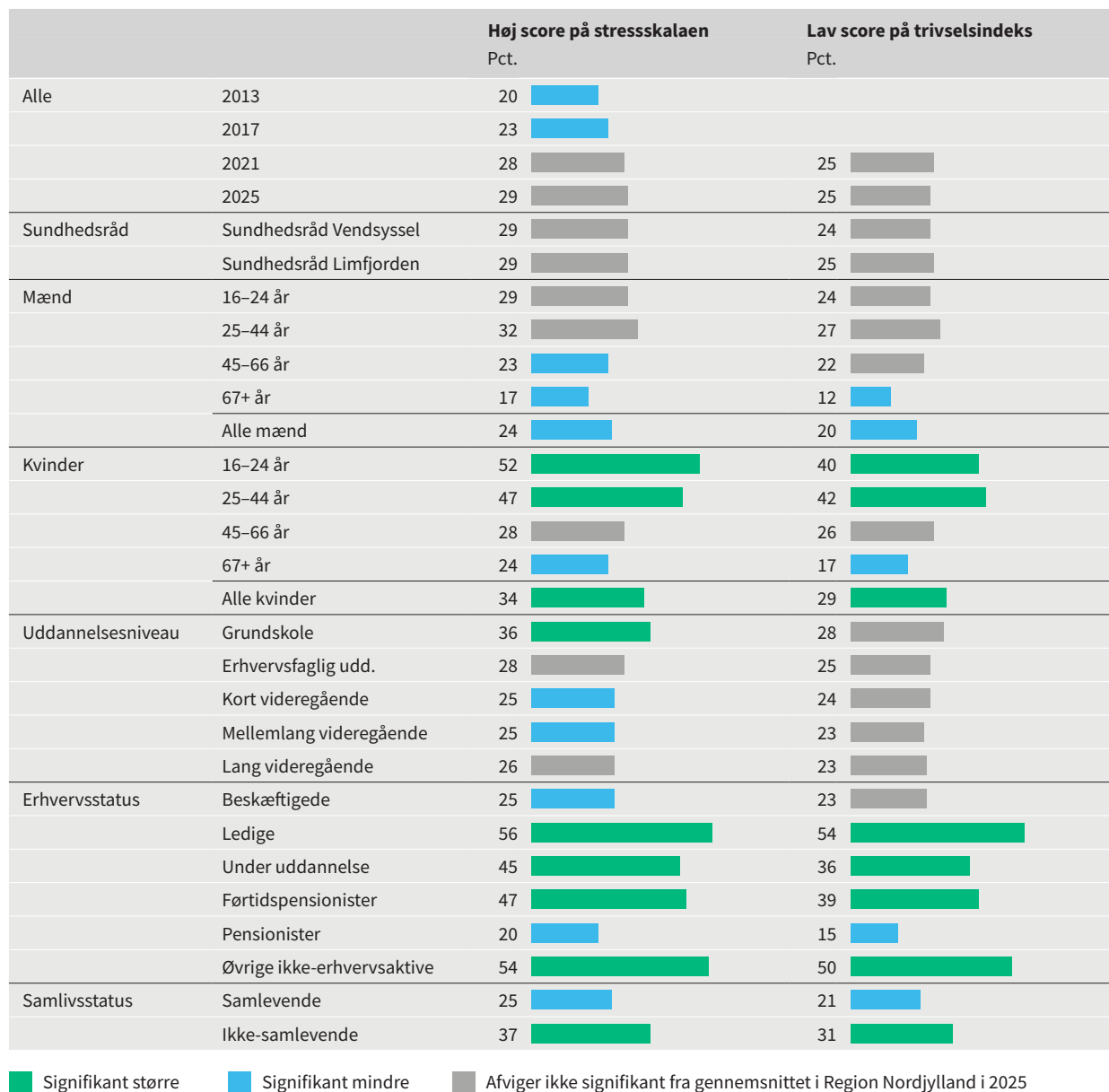
- Jeg har følt mig optimistisk i forhold til fremtiden
- Jeg har følt mig nyttig
- Jeg har følt mig afslappet
- Jeg har klaret problemer godt
- Jeg har tænkt klart
- Jeg har følt mig tæt på andre mennesker
- Jeg har været i stand til at danne min egen mening om ting

Oplevede belastninger

Spørgsmålet 'Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af følgende ting?' bruges til at se på de hyppigste belastninger. Der er blevet spurgt til økonomi, arbejde, arbejdsløshed, situation, forholdet til partner samt familie og venner, sygdom hos sig selv eller nærmeste, dødsfald blandt nærmeste samt 'andre belastninger'. Svarmulighederne er 'nej', 'ja, lidt', 'ja, en del' og 'ja, meget'. I opgørelsen inkluderes dem, der har svaret 'ja, meget', på belastningerne.

Resultater

Figur 9.1: Stress og trivsel – køn, alder og sociale forhold.



Figur 9.1 viser, at 29% af borgerne i Region Nordjylland i 2025 har en høj score på stressskalaen, og at andelen har været stigende gennem hele perioden fra 2013–2025. Der har imidlertid ikke været væsentlige ændringer fra 2021 til 2025, hverken på stressskalaen eller på trivselsindekset, som viser, at hver fjerde scorer lavt. Helt overordnet viser tallene, at grupper med en stor andel, der scorer højt på stressskalaen, samtidig har en stor andel, der scorer lavt på trivselsindekset.

Andelen med høj score på stressskalaen er især høj blandt de yngste kvinder i alderen 16–24 år, hvor det gælder halvdelen. Blandt kvinderne i alderen 67+ år er det omkring hver fjerde, der har en høj score på stressskalaen. Selv om andelen er lavere, er tendensen den samme hos mændene, idet næsten hver tredje i alderen 16–44 år har en høj score på stressskalaen, mens det gælder for 17% af de 67+ årige.

Følgende grupper ligger over gennemsnittet for Region Nordjylland på både høj score på stressskalaen samt trivselsindekset:

- Kvinder i aldersgrupperne 16–24 år, 25–44 år samt kvinder samlet set
- Borgere, der er under uddannelse, ledige, førtids-pensionister eller øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med andre (ikke-samlevende)

For høj score på stressskalaen ses der også en højere andel blandt borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelsesniveau.

De grupper, hvor der observeres en signifikant lavere andel med høj score på stressskalaen og lav score på trivselsindekset er:

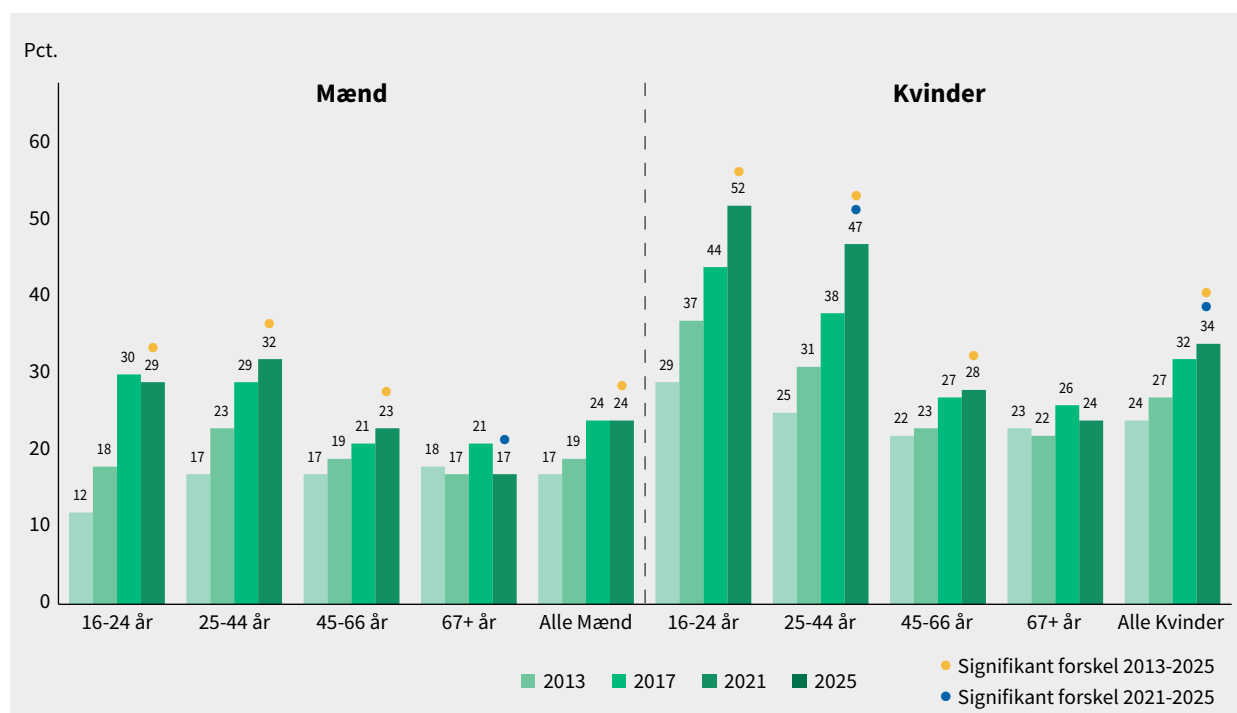
- Mænd i alderen 67+ år og mænd samlet set
- Kvinder i alderen 67+ år
- Borgere, der er pensionister
- Borgere, der bor sammen med andre (samlevende)

Supplerende er der ligeledes signifikant færre med høj score på stressskalaen blandt 45 til 66-årige mænd, borgere med mellemlang videregående uddannelse samt borgere i arbejde.

Glad og i godt humør

På spørgsmålet om, hvor ofte man har følt sig glad og i godt humør inden for de sidste to uger, svarer 67% af nordjyderne, at de hele tiden eller det meste af tiden har været glade og i godt humør. For kvinder i aldersgrupperne 16–24 år og 25–44 år gælder det, at omkring halvdelen har været glade og i godt humør. Det samme ses for førtidspensionister, mens det blandt ledige er lavere med 35%. Den højeste andel findes blandt pensionister, hvor 77% har været glade og i godt humør (data ikke vist).

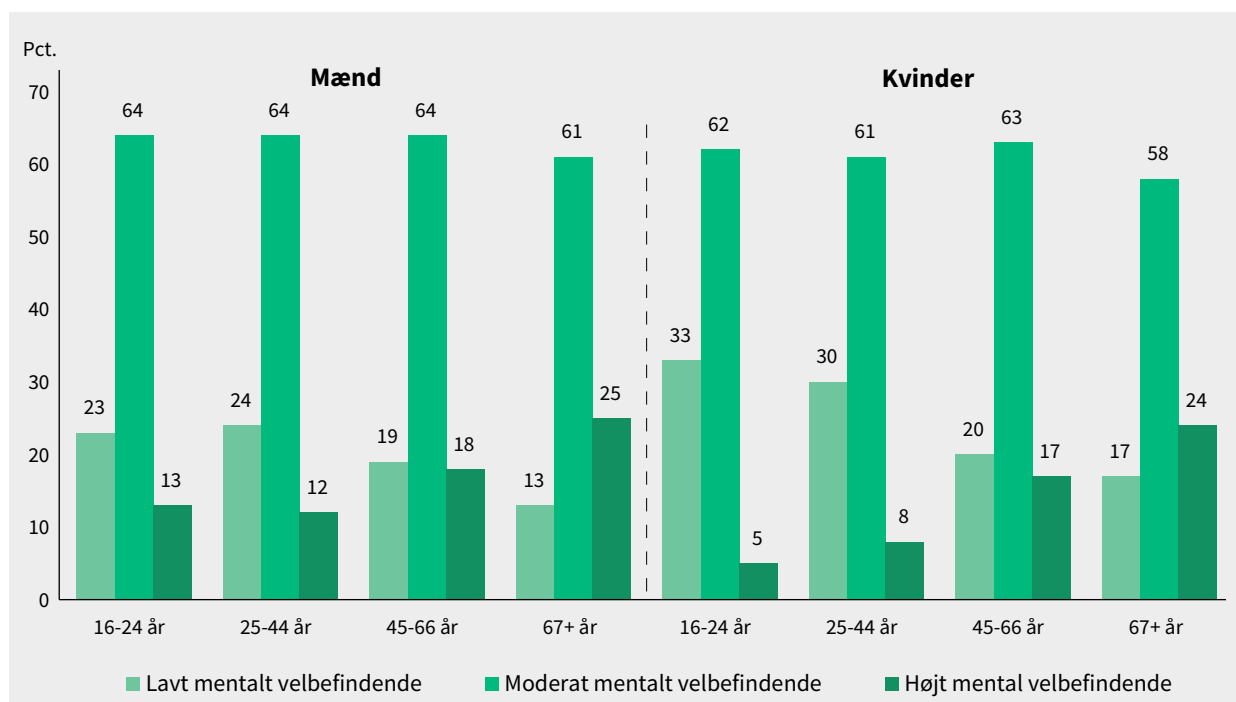
Figur 9.2: Høj score på stressskalaen. Udvikling fra 2013–2025. Procent.



Figur 9.2 viser, at med undtagelse af de 67+ årige har der både blandt mænd og kvinder været en voksende andel med høj score på stressskalaen i alle aldersgrupper i perioden 2013 til 2025. For kvinder i aldersgruppen 25–44 år er der ligeledes sket en stigning fra 2021

til 2025 på 9 procentpoint. For mændene i alderen 67+ år ses et fald i andelen med høj score på stressskalaen fra 2021 til 2025.

Figur 9.3: Lavt, moderat og højt mentalt velbefindende 2025. Procent.



Borgerne fordeler sig overordnet sådan, at 21% har lavt mentalt velbefindende, 62% har moderat mentalt velbefindende og 17% har højt mentalt velbefindende (data ikke vist).

På tværs af køn og aldersgrupper ses det af figur 9.3, at knap to ud af tre borgere placerer sig i kategorien

moderat mentalt velbefindende. For både mænd og kvinder er andelen med lavt mentalt velbefindende størst blandt de yngste aldersgrupper, mens andelen med højt mentalt velbefindende er højest i den ældste aldersgruppe. I aldersgruppen 45–66 år er andelen med henholdsvis lavt og højt mentalt velbefindende nogenlunde den samme.

Figur 9.4: Hyppigste belastninger inden for de seneste 12 måneder.

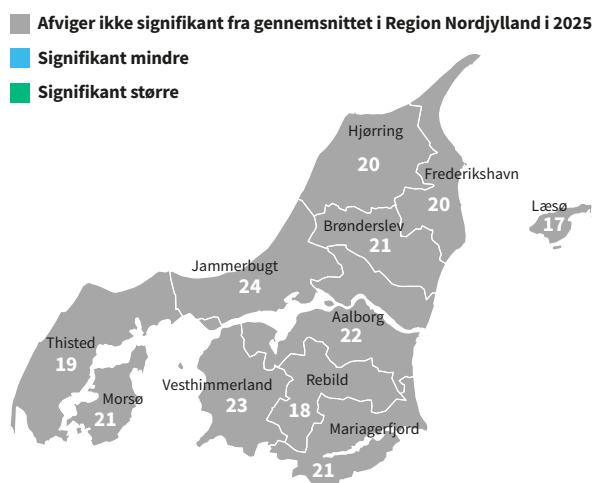
Mænd	Kvinder
1 Sygdom hos dig selv	Sygdom hos dig selv
2 Sygdom hos din partner, familier eller nære venner	Sygdom hos din partner, familier eller nære venner
3 Din økonomi	Din økonomi
4 Dit arbejde	Dit arbejde
5 Forholdet til familie og venner	Forholdet til familie og venner

De fem hyppigste belastninger, som nordjyderne har oplevet inden for det seneste år, er egen og nær pårørendes sygdom, belastning i forbindelse med økonomi

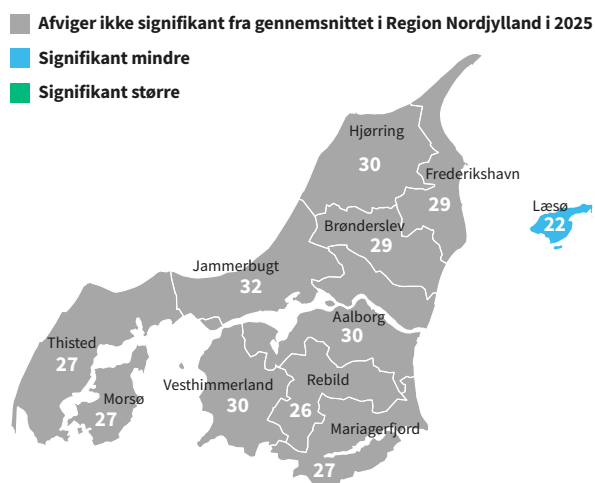
og arbejde samt forholdet til familie og venner. Der er ingen forskel mellem kønnene i, hvilke belastninger, der er de hyppigst oplevede.

Resultater for kommuner og sundhedsråd

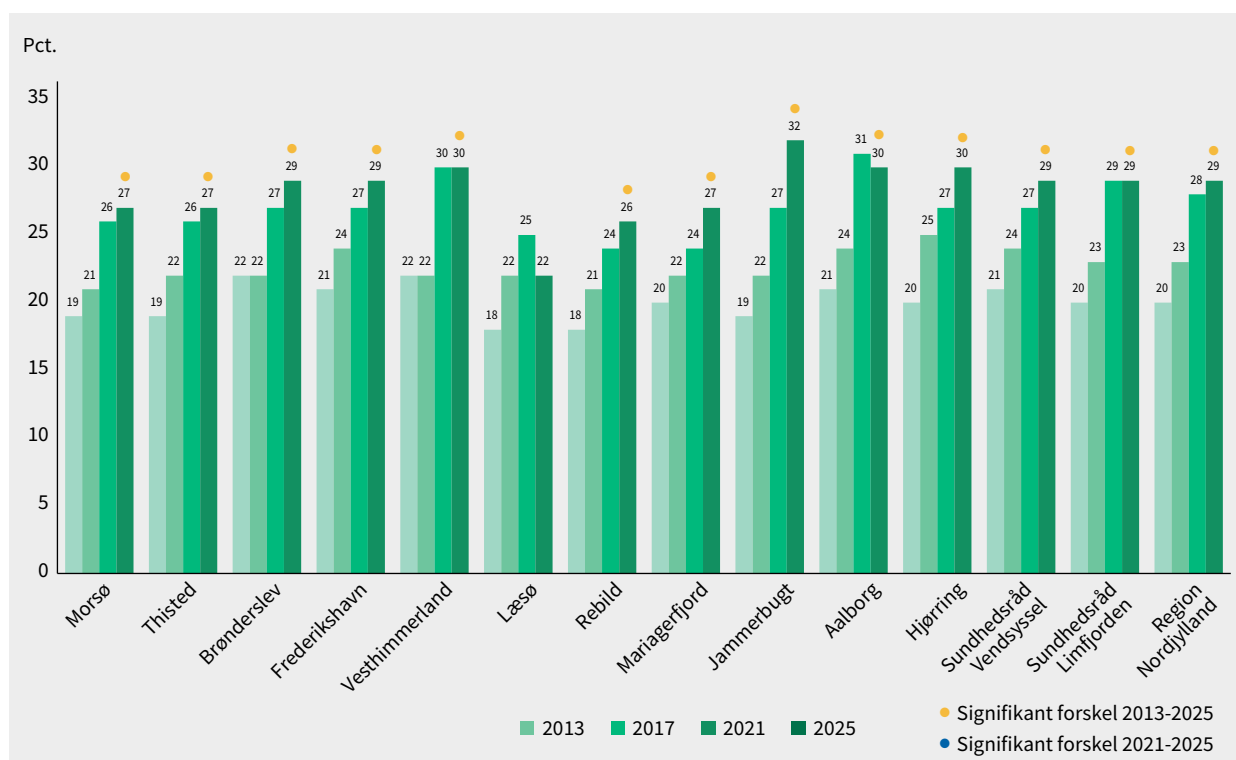
Figur 9.5: Lavt mentalt velbefindende i de nordjyske kommuner. 2025. Procent.



Figur 9.6: Høj score på stressskalaen i de nordjyske kommuner. 2025. Procent.



Figur 9.7: Høj score på stressskalaen i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2013–2025. Procent.



Andelen med lavt mental velbefindende i de nordjyske kommuner fremgår af figur 9.5. Der er lidt variation mellem kommunerne, men ingen adskiller sig signifikant fra det regionale gennemsnit på 21%. Det er således omkring hver femte borger, der befinder sig i gruppen med lavt mentalt velbefindende.

Figur 9.6 viser, at de nordjyske kommuner fordeler sig med et par procent på hver side af gennemsnittet, der for Region Nordjylland er 29%, der har en høj score på stressskalaen. Det er kun Læsø, der signifikant ligger under gennemsnittet med en andel på 22%.

Det fremgår af figur 9.7, at bortset fra Læsø, har alle kommuner oplevet en signifikant stigning i andelen af borgere, der har en høj score på stressskalaen i perioden fra 2013 til 2025.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen: "Fakta om mental sundhed" <https://www.sst.dk/vidensbase/forebyggelse/mental-sundhed/fakta-om-mental-sundhed> (Besøgt 16.1.2026).
2. WHO: "Mental health", https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1 (Besøgt 18.12.2025).
3. Sundhedsstyrelsen: "Forebyggelsespakke Mental sundhed" Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. Sundhedsstyrelsen: "Stress", <https://www.sst.dk/vidensbase/forebyggelse/mental-sundhed/fakta-om-mental-sundhed/stress> (Besøgt 18.12.2025).
5. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R: "A global measure of perceived stress". J Health Soc Behav. 1983. 24: 385–96.
6. WHO-5 hjemmeside: <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Pages/default.aspx> (Besøgt 18.12.2025).
7. University og Warwick: "About WEMWBS", <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/about/> (Besøgt 18.12.2025).
8. Statens Institut for Folkesundhed: "Måling og monitorering af mentalt velbefindende i Danmark: The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale – (S)WEMWBS", SDU, 2022.

Sociale relationer

Sociale relationer handler om måden, hvorpå mennesker indgår i fællesskaber med hinanden. Sociale relationer er vigtige for menneskers trivsel, men også for vores helbred. Gode relationer kan medvirke til øget levealder^(1,2), mens manglende eller belastende relationer kan være forbundet med mentale problemer og øget risiko for sygdomme som depression, hjerte-kar-sygdom, type 2-diabetes og demens^(3,4). Nyere forskning peger desuden på, at social isolation kan forværre risikoen for inflammatoriske sygdomme. For eksempel har personer med astma øget risiko for at udvikle osteoartrrose (slidgigt), og denne risiko stiger yderligere ved social isolation⁽⁵⁾.

De sociale relationer er således vigtige. Sociale relationer har betydning for os på det følelsesmæssige plan, eksempelvis i forhold til at have tryghed, nærhed og omsorg. Samtidig er de også vigtige i hverdagen. Det gælder for eksempel håndtering af diverse praktiske gøremål, som man kan have brug for hjælp til⁽⁶⁾. Betydningen af sociale relationer er baggrunden for, at samlivsstatus indgår som et fast parameter i alle kapitlerne i rapporten.

Definition og afgrænsning

I dette kapitel afdækkes sociale relationer ved at se på ensomhed blandt nordjyderne, begrænset social støtte, nære venner, deltagelse i fritidsaktiviteter sammen med andre samt tilknytning til sit lokalområde.

Ensomhed

Ensomhed er belyst ved hjælp af en standardiseret og valideret skala for ensomhed kaldet TILS (Three Item Loneliness Scale). Skalaen består af tre spørgsmål, der omhandler, hvor ofte man henholdsvis føler sig isoleret fra andre, savner nogle at være sammen med og føler sig udenfor. I spørgsmålene skelnes der ikke mellem forbigående og længerevarende tegn på ensomhed. De tre spørgsmål danner tilsammen en endimensionel skala, der rangerer fra 3–9, hvor en høj

score indikerer en høj grad af ensomhed. En score på 7 eller derover anvendes til at karakterisere gruppen af ensomme⁽⁴⁾.

Begrænset social støtte

Er defineret som dem, der til spørgsmålet 'Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?' har svaret 'Nej, aldrig eller næsten aldrig' på spørgsmålet.

Deltagelse i fritidsaktiviteter

Deltagelse i fritidsaktiviteter er baseret på spørgsmålet 'Hvor ofte deltager du i fritidsaktiviteter, foreningsliv eller frivilligt arbejde sammen med andre?'

Nære venner

Antal nære venner er belyst ved hjælp af spørgsmålet 'Hvor mange nære venner har du?'

Tæt knyttet til sit lokalområde

Tilknytning til lokalområde er baseret på spørgsmålet 'Føler du dig tæt knyttet til dit lokalområde? Med lokalområde menes den bydel, landsby eller det kvarter, du bor i.'

Resultater

Figur 10.1: Ensomhed og begrænset social støtte – køn, alder og sociale forhold.

		Ensomhed Pct.	Begrænset social støtte Pct.
Alle	2010		4
	2013		4
	2017	8	4
	2021	12	5
	2025	11	5
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	11	5
	Sundhedsråd Limfjorden	11	4
Mænd	16–24 år	14	6
	25–44 år	18	8
	45–66 år	9	7
	67+ år	5	4
	Alle mænd	10	6
Kvinder	16–24 år	25	5
	25–44 år	19	3
	45–66 år	9	4
	67+ år	6	3
	Alle kvinder	12	3
Uddannelsesniveau	Grundskole	15	7
	Erhvervsfaglig udd.	11	5
	Kort videregående	10	5
	Mellemlang videregående	9	3
	Lang videregående	10	4
Erhvervsstatus	Beskæftigede	9	5
	Ledige	30	12
	Under uddannelse	22	5
	Førtidspensionister	22	8
	Pensionister	6	3
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	28	6
Samlivsstatus	Samlevende	7	4
	Ikke-samlevende	19	7

Signifikant større
 Signifikant mindre
 Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Figur 10.1 viser, at andelen af nordjyder, som oplever ensomhed, er steget siden første måling i 2017 fra 8% og frem til 2025, hvor den er 11%. Fra 2021 til 2025 ses ikke en stigning på overordnet niveau. Det kan bemærkes, at ensomheden er nogenlunde jævnbyrdig mellem

mænd (10%) og kvinder (12%). Dog er ensomheden markant større for kvinder i aldersgruppen 16–24 år (25%) end mænd i samme aldersgruppe (14%).

Sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland ses en signifikant større andel borgere, som oplever ensomhed, i følgende grupper:

- Mænd i alderen 25–44 år
- Kvinder i aldersgrupperne 16–24 år og 25–44 år
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelsesniveau
- Borgere, som er ledige, under uddannelse, førtidspensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, som bor alene (ikke-samlevende)

Omvendt fremgår det af figuren, at blandt borgerne i aldersgrupperne 45–66 år og 67+ år er andelen af ensomme signifikant lavere end gennemsnittet, det gælder både kvinder og mænd. Det samme gør sig gældende for borgere i arbejde (beskæftigede) samt pensionister. Der er begrænset variation i andelen af ensomme blandt borgere med kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse. Dog er der statistisk

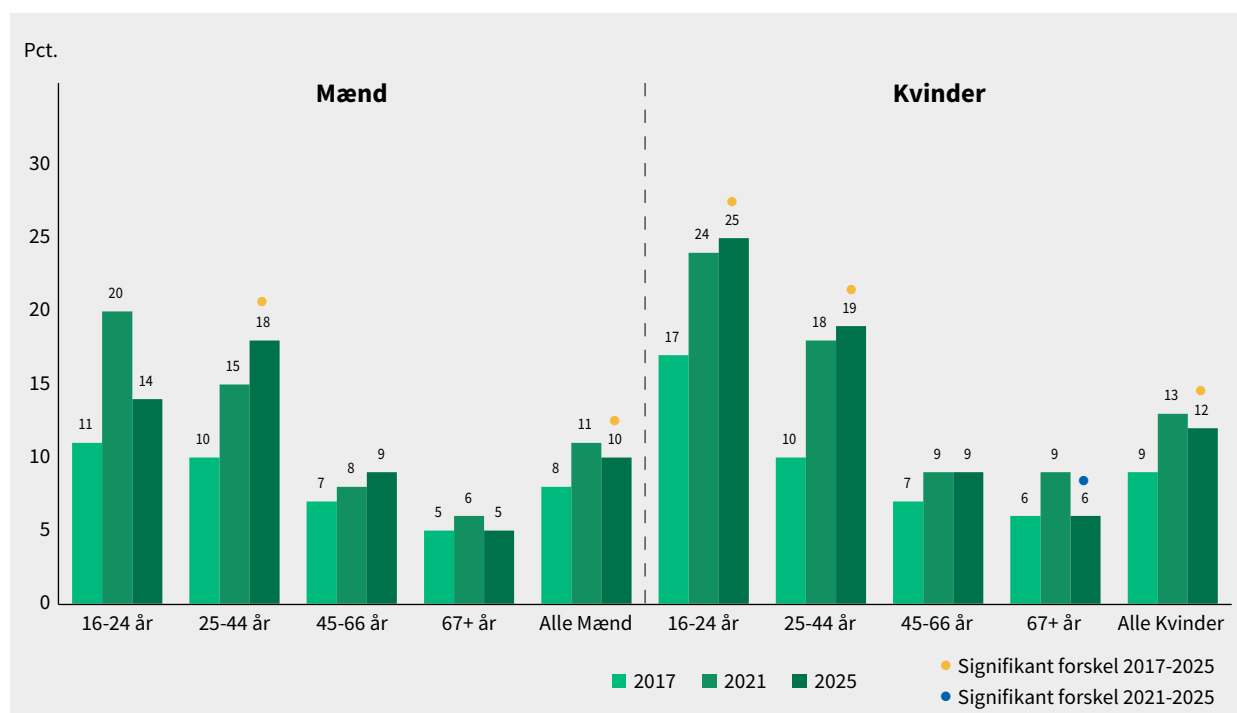
set en lavere andel ensomme blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse, sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland.

Andelen af borgere med begrænset social støtte, der også fremgår af figur 10.1, ligger meget stabilt omkring 4–5%. Dog er den signifikant lavere i 2010, sammenholdt med 2025. Flere mænd end kvinder oplever begrænset social støtte.

Sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland ses en signifikant større andel borgere, som oplever begrænset social støtte i følgende grupper:

- Mænd i alderen 25–44 år, 45–66 år samt mænd samlet set
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelsesniveau
- Borgere, som er ledige eller førtidspensionister
- Borgere, som bor alene (ikke-samlevende)

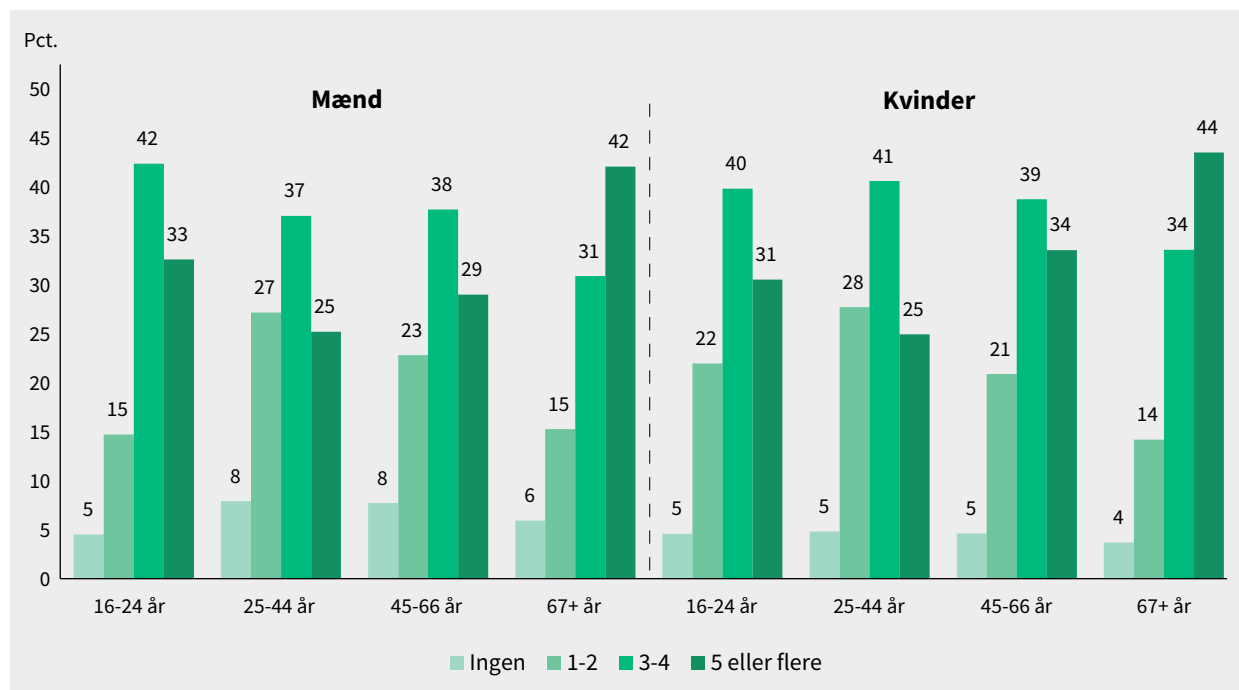
Figur 10.2: Ensomhed. Udvikling fra 2017–2025. Procent.



For både mænd og kvinder samlet, er andelen af ensomme steget signifikant fra 2017 til 2025. Fra 8% til 10% for mændene og fra 9% til 12% for kvinderne. Inden for kønnene ses stigningen blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 25–44 år samt for kvinder i alderen 16–24 år.

Andelen af ensomme er stabil fra 2021 til 2025, dog ses et signifikant fald fra 9% i 2021 til 6% i 2025 i aldersgruppen 67+ årige kvinder.

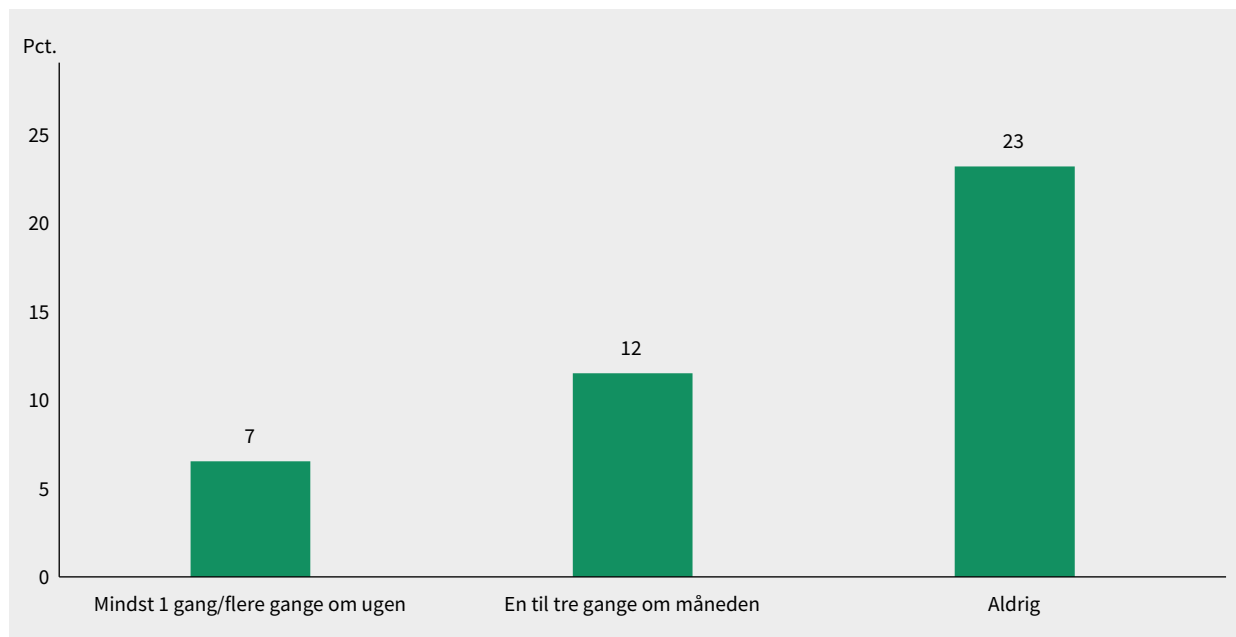
Figur 10.3: Antal nære venner fordelt på alder og køn 2025. Procent.



Figur 10.3 præsenterer antallet af nære venner fordelt på alder og køn. Omkring 5–8% af nordjyderne har ingen nære venner. Andelen er lidt højere blandt mænd i aldersgrupperne 25–44 år og 45–66 år end blandt kvinder i samme aldersgruppe.

Figuren viser ligeledes, at grupperne med mindst 5 nære venner findes i den ældste aldersgruppe for både mænd og kvinder. Derudover kan det udledes, at mere end hver tredje nordjyde har mindst tre nære venner.

Figur 10.4: Ensomhed fordelt på hyppighed i deltagelse i fritidsaktiviteter. 2025. Procent.

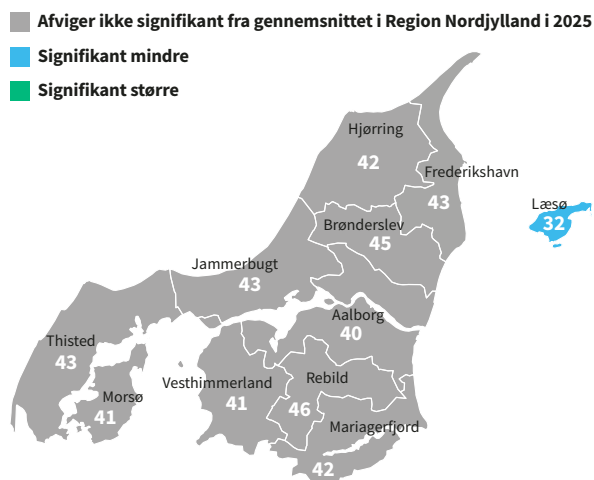


Figur 10.4 viser sammenhæng mellem ensomhed og deltagelse i fritidsaktiviteter sammen med andre. Blandt borgere, som mindst en gang om ugen eller mere deltager i fritidsaktivitet sammen med andre, oplever 7% at være ensomme. Blandt de borgere, der

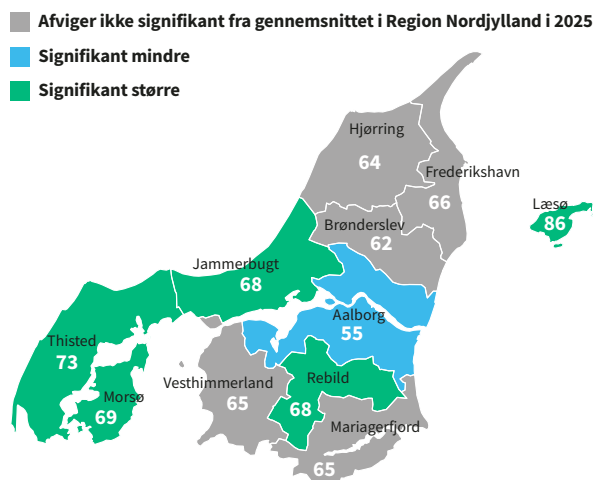
har svaret, at de deltager en til tre gange om måneden, oplever 12% at være ensomme, og det stiger til 23% blandt de borgere, der aldrig deltager i fritidsaktiviteter sammen med andre.

Resultater for kommuner og sundhedsråd

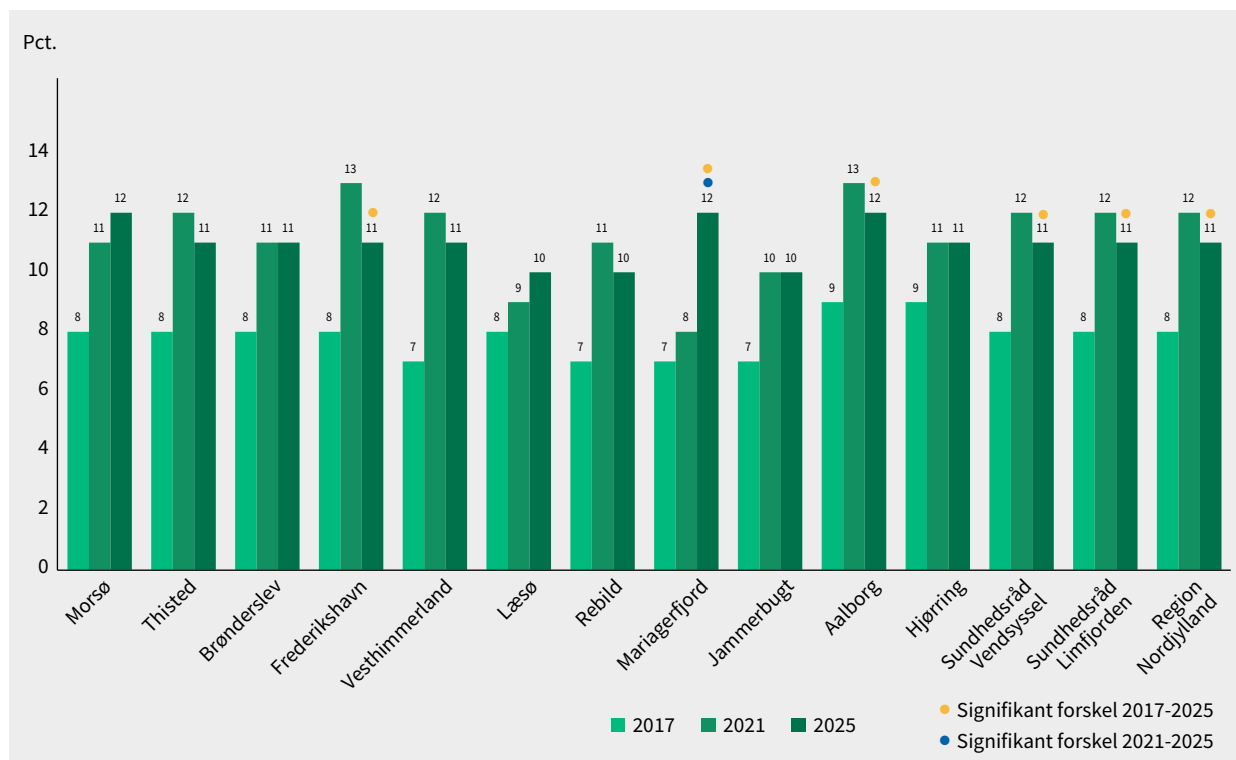
Figur 10.5: Borgere, der deltager i fritidsaktiviteter sammen med andre mindst en gang om ugen i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 10.6: Borgere, som føler sig tæt knyttet til sit lokalområde i de nordjyske kommuner 2025. Procent.



Figur 10.7: Ensomhed i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2017–2025. Procent.



Det fremgår af figur 10.5, at andelen af borgere i de nordjyske kommuner, der mindst en gang om ugen deltager i fritidsaktiviteter sammen med andre, er stabil på tværs af kommuner. Dog er andelen for Læsø Kommune lavere end gennemsnittet for Region Nordjylland.

Variationen i forhold til andelen af borgerne, der føler sig tæt knyttet til deres lokalområde er lidt større. I Aalborg Kommune er andelen signifikant lavere end gennemsnittet for Region Nordjylland, mens den i følgende kommuner er signifikant større:

- Morsø
- Thisted
- Læsø
- Rebild
- Jammerbugt

Figur 10.7 viser udviklingen i ensomhed i de nordjyske kommuner, og der ses generelt en stigende tendens på tværs af kommuner og de to sundhedsråd i andelen af ensomme borgere fra 2017–2025. I følgende kommuner og sundhedsråd ses en signifikant stigning:

- Frederikshavn
- Mariagerfjord
- Aalborg
- Sundhedsråd Vendsyssel
- Sundhedsråd Limfjorden
- Region Nordjylland

For Mariagerfjord Kommune ses derudover også en signifikant stigning fra den seneste undersøgelse i 2021 til denne i 2025 i andelen af borgere som oplever ensomhed.

Referencer

1. WHO: "Social connection linked to improved health and reduced risk of early death."
WHO 2025. <https://www.who.int/news/item/30-06-2025-social-connection-linked-to-improved-health-and-reduced-risk-of-early-death>
(Besøgt 16.1.2026).
2. Holm, L., Lund, R. & Jespersen, A.P.: "Det gode seniorliv". Strandberg Publishing 2014.
3. Stanford Center on Longevity: "What is Social Health and How Does it Impact Longevity?"
<https://lifestylemedicine.stanford.edu/what-is-social-health-and-how-does-it-impact-longevity/>
(Besøgt 28.11.2025).
4. Lasgaard M, Friis, K: "Ensomhed i befolkningen – forekomst og metodiske overvejelser". Temaanalyse, vol. 3, Hvordan har du det? CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, 2015.
5. Liao, Y. et al.: "Asthma and Increased Risk of Osteoarthritis: the Moderating Role of Social Isolation." Arthritis Research & Therapy, 27(1). 2025.
6. Nielsen L og Holstein B E: "Sociale relationer, fællesskab og social kapital" i Forebyggende sundhedsarbejde (3. udgave s. 343–361), Munksgaard, 2021

Kronisk sygdom og multisygdom

Det at have en langvarig eller kronisk sygdom kan være en belastning for den enkeltes livskvalitet. Hvor stor belastningen er, kan blandt andet afhænge af, om man har mere end én sygdom, hvilken sygdom man har og individuelle forhold ⁽¹⁾. Nogle kroniske sygdomme er potentielt livstruende, mens andre ikke er, men alle påvirker den enkeltes liv i forskellig grad ⁽²⁾. Belastningen kan blandt andet ses i øgede kontakter med sundhedsvæsenet, indlæggelser og sygefravær ⁽³⁾.

Andelen af danskere med en eller flere kroniske sygdomme er generelt stigende, hvilket blandt andet skyldes, at vi lever længere ⁽⁴⁾. Det er vigtigt at følge udviklingen, blandt andet for at kunne planlægge arbejdet med kroniske sygdomme, der udgør en væsentlig del af sundhedsvæsnets arbejde.

Definition og afgrænsning

I kapitlet sættes fokus på langvarig sygdom, kroniske sygdomme og multisygdom blandt nordjyderne med forskellige kroniske sygdomme. Der indgår 18 kroniske sygdomme og helbredsproblemer i kapitlet. Disse sygdomme er hyppige og bidrager alle til den samlede sygdomsbyrde i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store grupper af befolkningen.

Kroniske sygdomme

Deltagerne er blevet spurgt til 18 specifikke sygdomme ved følgende spørgsmål: 'For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger'. Hvis svarpersonen angiver aktuelt at have den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen, karakteriseres personen som at have den pågældende sygdom.

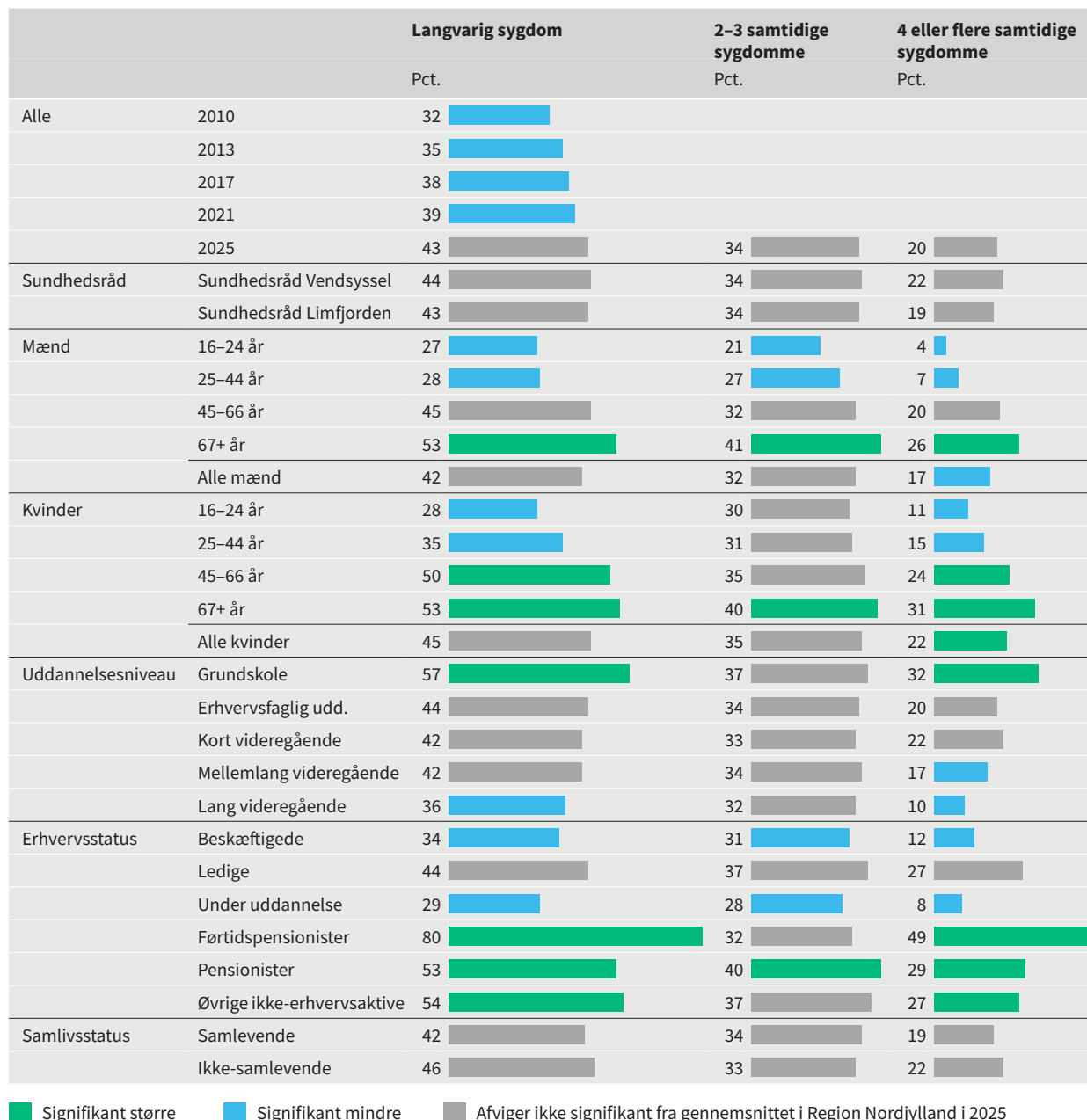
Langvarig sygdom defineres ved de respondenter, der har svaret 'ja' til spørgsmålet 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning efter skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder.'

Multisygdom

Hvis en person har angivet at have to eller flere af de 18 kroniske sygdomme, der er spurgt ind til i spørgeskemaet, defineres dette som multisygdom. I kapitlet afgrænses til borgere med 2–3 samtidige sygdomme samt 4 eller flere samtidige sygdomme.

Resultater

Figur 11.1: Langvarig sygdom, 2–3 samtidige sygdomme og 4 eller flere samtidige sygdomme – køn alder og sociale forhold.



Figur 11.1 viser, at andelen af nordjyder, der har svaret, at de har en langvarig sygdom, er steget fra 39% i 2021 til 43% i 2025. Den højeste andel ses ikke overraskende i gruppen af førtidspensionister. I følgende grupper er andelen med langvarig sygdom signifikant større end gennemsnittet for Region Nordjylland:

- Mænd i aldersgruppen 67+
- Kvinder i aldersgrupperne 45–66 år samt 67+ år
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, der er førtidspensionister, pensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive

Omvendt er der en lavere andel med langvarig sygdom i de yngste aldersgrupper for både mænd og kvinder, borgere med lang videregående uddannelse samt borgere i beskæftigelse eller under uddannelse.

Multisygdom

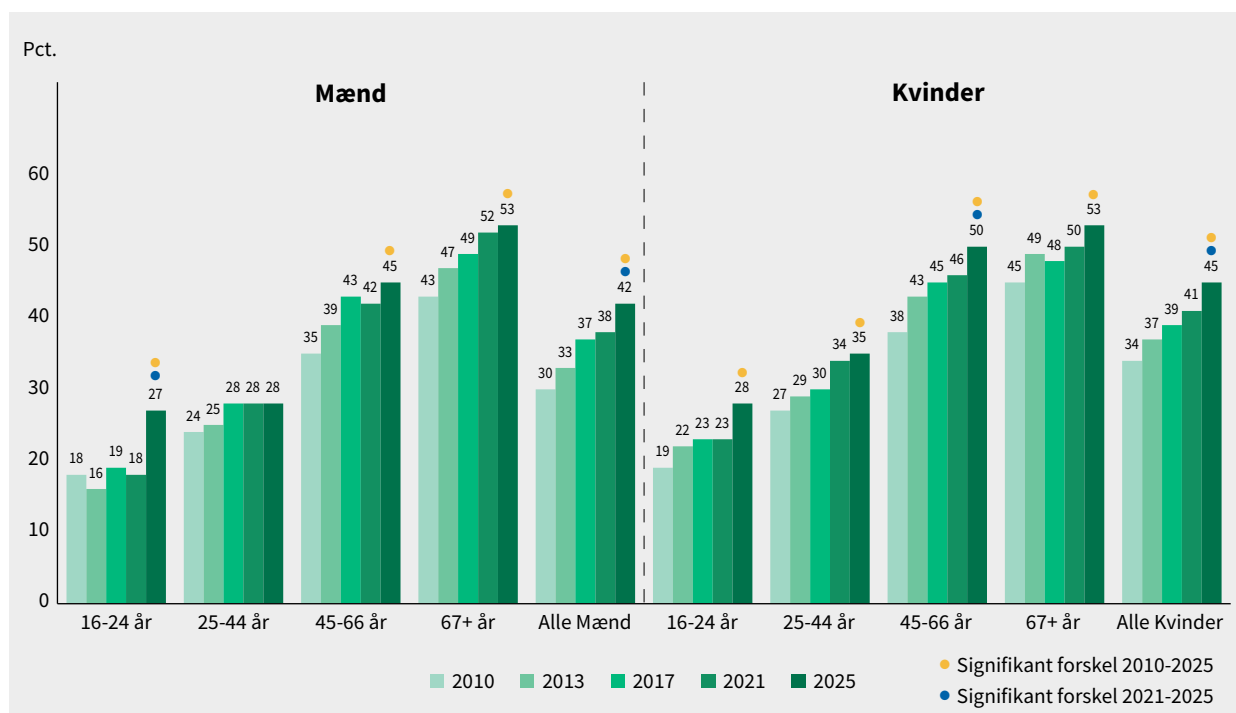
34% af borgerne i Nordjylland lever med to til tre samtidige, kroniske sygdomme, mens 20% har fire eller flere samtidige sygdomme. Blandt mænd og kvinder i alderen 67+ år samt pensionister er andelen, der har 2–3 sygdomme, signifikant højere end gennemsnittet.

For borgere med fire eller flere sygdomme ses det, at andelen er signifikant højere end gennemsnittet for Region Nordjylland for følgende grupper:

- Mænd i aldersgruppen 67+ år
- Kvinder i aldersgrupperne 45–66 år, 67+ år samt kvinder samlet set
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, der er førtidspensionister, pensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive

Den højeste andel findes blandt førtidspensionister, hvor omkring halvdelen lever med mindst fire samtidige sygdomme.

Figur 11.2: Langvarig sygdom. Udvikling fra 2010–2025. Procent.



For både mænd og kvinder samlet er andelen med selvrapporteret langvarig sygdom steget signifikant fra 2010 til 2025 og fra seneste undersøgelse i 2021 til nu.

Indenfor kønnene ses der en signifikant udvikling fra 2010 til 2025 for alle med undtagelse af mænd i alderen

25–44 år. Samtidigt ses der en signifikant udvikling fra 2021 til 2025 for mænd i aldersgruppen 16–24 år samt kvinder i aldersgruppen 45–66 år.

Figur 11.3: Udvikling i 18 sygdomme 2010–2025. Procent.

	2010	2013	2017	2021	2025
Astma	7	7	7	8	8 ▲
Allergi	17	19	20	22	23 ▲ ●
Diabetes	5	5	6	7	8 ▲ ●
Forhøjet blodtryk	20	21	21	23	27 ▲ ●
Blodprop i hjertet	1	1	1	1	2 ▲
Hjertekrampe	2	2	2	2	2 ▲
Hjerneblødning, blodprop i hjernen	1	2	2	2	2
KOL	5	5	5	5	6
Slidgigt	20	22	23	25	27 ▲ ●
Leddegigt	6	6	7	8	8 ▲
Knogleskørhed	3	4	4	5	6 ▲ ●
Kræft	2	3	4	4	6 ▲ ●
Migræne eller hovedpine	16	15	16	18	18 ▲
Angst*				12	13
Depression*				13	14
Diskusprolaps	14	14	15	15	16 ▲
Grå stær	3	5	5	5	7 ▲ ●
Tinnitus	8	12	14	16	21 ▲ ●

▲ Signifikant udvikling 2010–2025 ● Signifikant udvikling 2021–2025

*Angst og depression indgik første gang i 2021, hvorfor der kun fremgår udvikling fra 2021 til 2025.

I figur 11.3 præsenteres udviklingen i de 18 sygdomme, der indgår i spørgeskemaet.

Det gælder for alle sygdommene, med undtagelse af hjerneblødning/blodprop i hjernen samt KOL, at der i 2025 er flere med den pågældende sygdom end det var tilfældet i 2010. Det varierer dog, hvor stor stigningen er. Den største stigning ses for tinnitus med 13 procentpoint, efterfulgt af slidgigt og forhøjet blodtryk med syv procentpoint.

For en række sygdomme ses det, at der også er sket en signifikant udvikling på den kortere bane fra 2021 til 2025. Det gælder følgende sygdomme:

- Allergi
- Diabetes
- Forhøjet blodtryk
- Slidgigt
- Knogleskørhed
- Kræft
- Gråstær
- Tinnitus

Figur 11.4: Hyppigste selvrapporterede sygdomme i 2025. Procent.

	Kvinder	Mænd
16–24 år	1. Angst	1. Allergi
	2. Migræne/hovedpine	2. Depression
	3. Allergi	3. Migræne/hovedpine
	4. Depression	4. Tinnitus
	5. Tinnitus	5. Angst
25–44 år	1. Migræne/hovedpine	1. Allergi
	2. Allergi	2. Depression
	3. Angst	3. Migræne/hovedpine
	4. Depression	4. Angst
	5. Tinnitus	5. Tinnitus
45–66 år	1. Slidgigt	1. Forhøjet blodtryk
	2. Forhøjet blodtryk	2. Slidgigt
	3. Allergi	3. Tinnitus
	4. Migræne/hovedpine	4. Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
	5. Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	5. Allergi
67+ år	1. Slidgigt	1. Forhøjet blodtryk
	2. Forhøjet blodtryk	2. Slidgigt
	3. Knogleskørhed	3. Tinnitus
	4. Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	4. Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
	5. Tinnitus	5. Diabetes

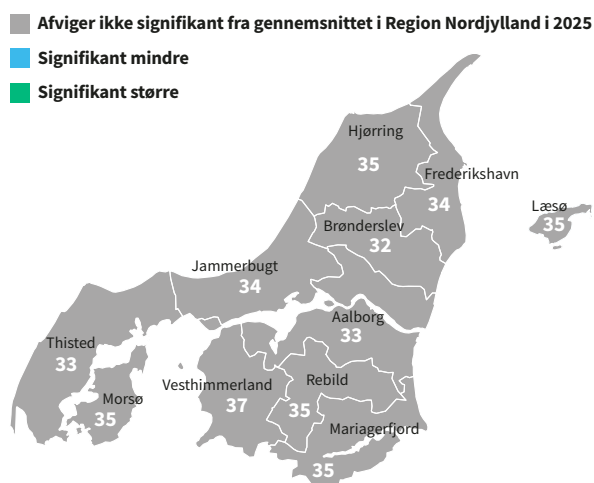
For de fleste af de præsenterede sygdomme stiger andelen af borgere, der lever med sygdommen, med alderen. Dette gælder dog ikke allergi samt migræne/hyppig hovedpine samt angst og depression, hvor der er en større andel blandt de yngre aldersgrupper, der angiver at lide af sygdommen (data ikke vist).

I figur 11.4 ses de hyppigst forekommende sygdomme inden for hver aldersgruppe og køn. Tinnitus er blandt de hyppigste sygdomme i alle aldersgrupper med undtagelse af kvinder i aldersgruppen 45–66 år.

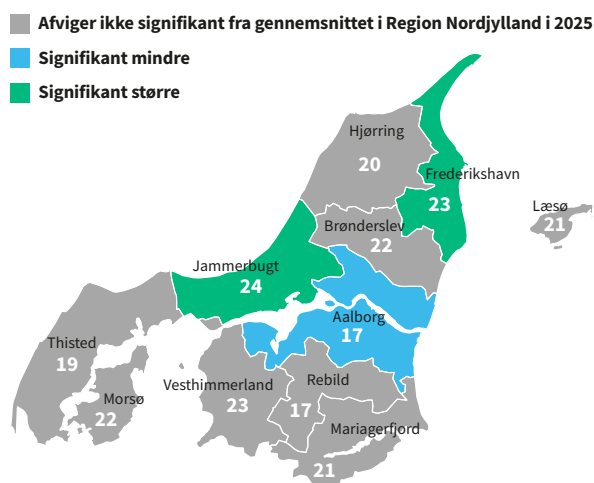
Angstlidelser og depression er blandt de hyppigste sygdomme for de 16 til 24-årige samt de 25 til 44-årige, hvor det er andre sygdomme, der er hyppige for de ældre aldersgrupper. Helt naturligt stiger forekomsten af lidelser i bevægeapparatet med alderen. Den største andel med sygdomme, som relaterer sig til slitage af knogler og led, findes blandt de 67+ årige. Omkring halvdelen i denne aldersgruppe har desuden forhøjet blodtryk.

Resultater for kommuner og sundhedsråd

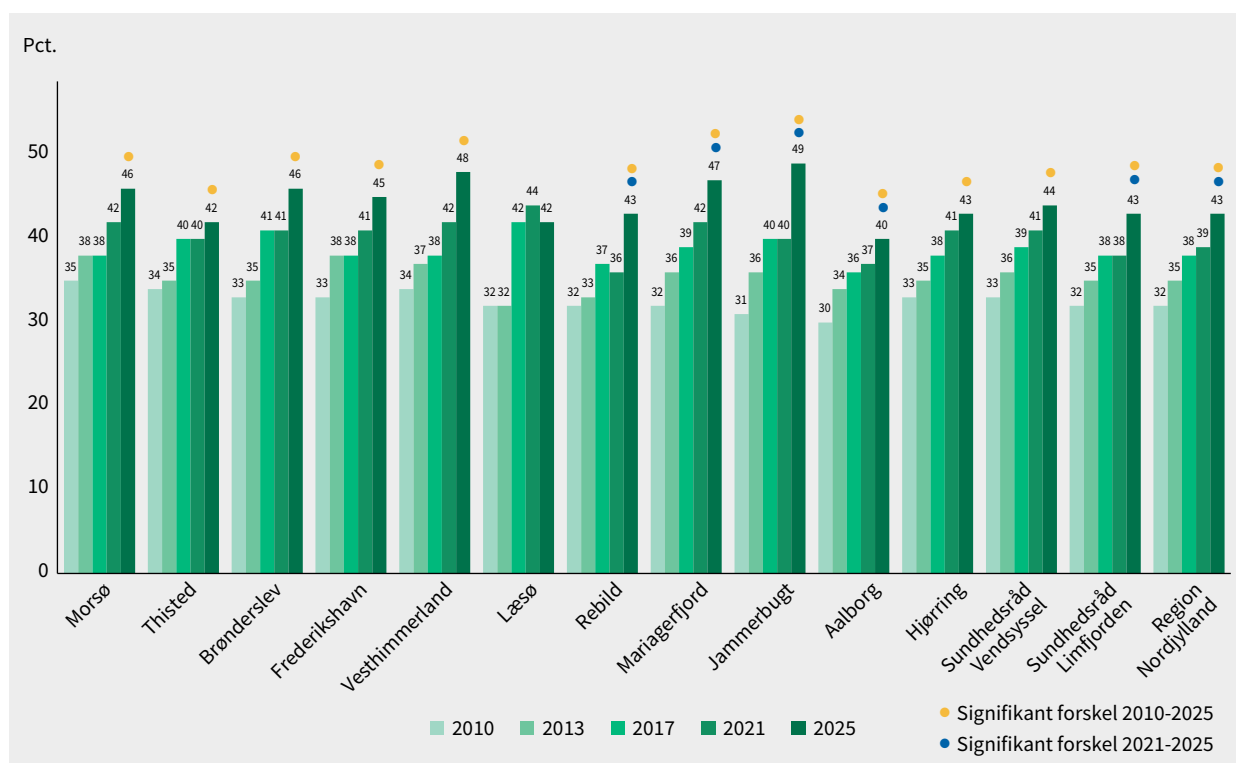
Figur 11.5: Borgere med 2–3 samtidige kroniske sygdomme i de nordjyske kommuner.



Figur 11.6: Borgere med 4 eller flere samtidige sygdomme i de nordjyske kommuner.



Figur 11.7: Langvarig sygdom i de nordjyske kommuner og sundhedsråd. Udvikling 2010–2025. Procent.



Andelen af borgere med to til tre samtidige sygdomme i de nordjyske kommuner varierer fra 32% til 37%, men ingen af kommunerne adskiller sig signifikant fra det regionale gennemsnit, hvilket kan ses i figur 11.5.

Andelen med mindst fire samtidige sygdomme i de nordjyske kommuner fremgår af figur 11.6. Her ses

det, at Jammerbugt Kommune og Frederikshavn Kommune har en højere andel, sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland. Omvendt har Aalborg Kommune en lavere andel borgere, der lever med mindst fire samtidige sygdomme.

Figur 11.7 viser udviklingen i andelen med langvarig sygdom i de nordjyske kommuner. Der ses en stigende tendens hen over årene, og for alle kommuner, med undtagelse af Læsø, er der signifikant flere borgere med langvarig sygdom i 2025 i forhold til 2010. Det samme gælder for de to sundhedsråd.

Set i forhold til udviklingen fra seneste undersøgelse i 2021, er der i 2025 signifikant flere borgere med langvarig sygdom i følgende kommuner og sundhedsråd:

- Rebild
- Mariagerfjord
- Jammerbugt
- Aalborg
- Sundhedsråd Limfjorden

Referencer

1. Danske Regioner: "Multisygdom", regioner.dk/sundhed/ligthed-i-sundhed/multisygdom/ (besøgt d. 31.10.2025).
2. Pedersen MH, Larsen FB: "Multisygdom i den danske befolkning – forekomsten af multisygdomsmønstre og sammenhængen med sociodemografiske faktorer og helbredsrelateret livskvalitet" Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022.
3. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB og Thygesen LC: "Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme". Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2022.
4. Møller SP, Laursen B, Johannesen CK, Schramm S: "Multisygdom i Danmark", Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.
5. Pedersen MH, Duncan P, Lasgaard M, et al.: "Danish validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ) and findings from a population health survey: a mixed-methods study", BMJ Open 2022; 12

Social ulighed i sundhed

Ulighed i sundhed har i mange år været et fokusområde i både forskning og politik, fordi der er et ønske om, at alle borgere har lige mulighed for at modtage sundhedsytelser og for et sundt liv. Ulighed i sundhed rummer flere dimensioner, herunder geografiske forskelle og ulighed for særligt udsatte grupper. I denne sammenhæng fokuseres der på social ulighed i sundhed.

I befolkningen vil der altid findes individuelle forskelle i sundhed, som kan skyldes blandt andet alder, gener og livshistorie. Social ulighed i sundhed adskiller sig herfra. Begrebet dækker over, at helbred og levetid ikke er ligeligt fordelt i befolkningen, men varierer systematisk mellem sociale grupper, typisk efter uddannelse, indkomst og tilknytning til arbejdsmarkedet, og potentielt kan mindskes eller helt fjernes⁽¹⁾.

På tværs af adskillige indikatorer ses, at nogle samfundsgrupper konsekvent ligger højere på risikofaktorer som svær overvægt og rygning og samtidig rammes hyppigere af sygdomme, sammenlignet med grupper med stærkere sociale ressourcer. Derfor udgør social ulighed i sundhed et samfundsmæssigt problem, som er relevant at holde fokus på, fordi det belaster familier, arbejdsmarkedet og sundhedsvæsenet og fører til tab af trivsel og produktivitet. Uligheden har vist sig vanskelig at reducere, selv om befolkningens helbred generelt er blevet bedre⁽¹⁾.

Der ses en tydelig uddannelsesgradient, hvor kortere uddannelse oftere hænger sammen med højere forekomst af risikofaktorer som rygning og svær overvægt, lavere selv vurderet helbred, flere kroniske sygdomme og kortere levetid. Forskellene viser sig tidligt i livet og

forstærkes gennem centrale overgange som opvækst og skole, ungdomsuddannelse og senere beskæftigelse og arbejdsmiljø. Samlet peger det på, at ulighed i sundhed ikke alene handler om adgang til behandling, men om livsbetingelser og rammer, som kræver langsigtede og koordinerede indsatser på tværs af sektorer, hvis forskellene skal mindskes⁽²⁾.

Sammenhængen mellem uddannelse og social ulighed i sundhed er komplekse, men menes blandt andet at være, at højere uddannelse ofte er forbundet med højere indkomst og bedre muligheder for at planlægge arbejdslivet, hvilket giver mere frihed i hverdagen, både tidsmæssigt og økonomisk. Denne frihed øger typisk mulighederne for at bosætte sig i omgivelser og miljøer, der er sunde, og prioritering af sundere madvaner for sig selv og sine børn. Samtidig videreføres vaner og muligheder mellem generationer, hvilket gør, at børn af forældre med lang uddannelse har større sandsynlighed for selv at gennemføre en højere uddannelse, mens børn af forældre med kort uddannelse har lavere sandsynlighed for det samme⁽³⁾. Den sociale arv bidrager dermed til vedvarende forskelle i sundhed, og en del af løsningen består derfor i indsatser, der bryder den sociale arv ved at styrke mulighederne tidligt i livet, i uddannelsessystemet og i overgangen til arbejdsmarkedet⁽³⁾.

I det følgende præsenteres social ulighed i sundhed i Region Nordjylland i forhold til uddannelsesniveau ud fra 13 sundhedsmål omkring sundhedsadfærd og mental sundhed. De 13 mål er præsenteret i de foregående kapitler, hvor tallene også fremgår. De præsenteres her samlet, for at give et overblik over uligheden.

Figur 12.1: Social ulighed i sundhed - uddannelsesniveau.

	Grundskole	Erhvervsfaglig uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse	Region Nordjylland
Daglig rygning	17 ●	11 ●	12	8 ●	4 ●	10
Storrygning (mere end 15 cigaretter om dagen)	8 ●	4	5	3 ●	2 ●	4
Drikker mere end 10 genstande om ugen	11	13	12	10	11	12
Fysisk inaktiv	28 ●	19	15 ●	13 ●	15 ●	19
Lever op til anbefalinger om fysisk aktivitet fra WHO	36 ●	42 ●	46	50 ●	53 ●	56
Lav score på kostskalaen	33 ●	25 ●	23	16 ●	10 ●	23
Sunde selvvurderede kostvaner	28 ●	31 ●	37	42 ●	46 ●	35
Dårlig søvnkvalitet	24 ●	19	18	16	11 ●	18
Svær overvægt	30 ●	24 ●	21	19 ●	15 ●	22
Høj score på stresskalaen	36 ●	28	25 ●	25 ●	26	29
Ensomhed	15 ●	11	10	9 ●	10	11
Begrænset social støtte	7 ●	5	5	3 ●	4	5
Dårligt selvvurderet helbred	30 ●	20	17	14 ●	12 ●	19

● Signifikant lavere end regionsgennemsnittet

● Signifikant højere end regionsgennemsnittet

Figur 12.1 viser en tydelig tendens til social ulighed i sundhed på tværs af de udvalgte sundhedsmål. På tværs af flere sundhedsmål er der en uddannelsesgradient, hvilket vil sige, at der er en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og det mål, der bliver undersøgt. I dette tilfælde ses det, at lavere uddannelse hænger sammen med risikable sundhedsvaner, generelt dårligere helbred og mental sundhed.

Dette er tydeligst i de følgende sundhedsmål, hvor andelen med risikabel sundhedsadfærd stiger med lavere uddannelsesniveau:

- Fysisk inaktivitet
- Lever op til anbefalingerne om fysisk aktivitet fra WHO (omvendt sammenhæng)
- Dårligere kost (lav score på kostskalaen)
- Svær overvægt
- Daglig- og storrygere

I forhold til sundhedsmålet 'drikker mere end 10 genstande om ugen' ses en undtagelse fra det overstående mønster, da ingen af uddannelsesgrupperne afviger fra gennemsnittet.

Der tegner sig desuden et mønster, hvor personer med erhvervsfaglig uddannelse og kort videregående uddannelse ofte ligger tæt på hinanden og ikke afviger fra regionsgennemsnittet.

Mod den høje ende af uddannelsesskalaen viser der sig et tydeligt mønster, hvor borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse som længst fuldført uddannelse, typisk ligger bedre i forhold til regionsgennemsnittet. Det kan være værd at bemærke, at for tre mål omkring mental sundhed og trivsel, ligger borgere med mellemlang videregående uddannelse bedre end regionsgennemsnittet, mens borgere med lang videregående uddannelse ligger på niveau med

regionsgennemsnittet, selvom forskellen i forekomsten er meget lille. Det gælder målene ensomhed, høj score på stressskalaen og begrænset social støtte.

Referencer

1. Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS og Ersbøll AK: "Social ulighed i sundhed og sygdom: udviklingen i Danmark i perioden 2010–2017". Sundhedsstyrelsen 2020.
2. Kjærulff T M, Nielsen M B, Davidsen M og Ersbøll A K: "Social ulighed i sundhed og sygdom: udviklingen i Danmark i perioden 2013–2021" Sundhedsstyrelsen 2025.
3. Hagerup A: "Jo længere uddannelse jo bedre helbred", Ugeskrift for læger, 2007.

Unge – sundheds- adfærd og trivsel

Unge sundhed omfatter både deres fysiske og mentale velbefindende. Unge sundhed har stor betydning, fordi den påvirker unges udvikling, trivsel og læring gennem hele livet. De vaner, unge får i ungdomsårene, følger dem ofte ind i voksenlivet ⁽¹⁾.

En sund livsstil blandt unge indebærer sunde kostvaner og et højt niveau af fysisk aktivitet, der kan bidrage positivt til unges personlige udvikling og trivsel. Det kan samtidig forebygge mistrivsel og (følge)sygdomme som overvægt, diabetes, kræft og hjerte-kar-sygdomme. Omvendt kan en usund livsstil med inaktivitet og usunde madvaner øge risikoen for både sygdom og mistrivsel. Det er derfor vigtigt at have fokus på, at unge spiser sundt, og at fysisk aktivitet bliver en naturlig og fast del af deres hverdag ^(1, 2).

Ikke desto mindre handler sundhed ikke kun om kost og motion, men også om trivsel, sociale relationer og miljø. Det styrker unges mentale sundhed at have gode sociale relationer til både venner og voksne ⁽¹⁾.

En stor del af de unge i Nordjylland trives godt og oplever både et godt helbred og et velfungerende hverdagsliv. Der er dog også unge, som er påvirket af for eksempel stress og ensomhed, hvor både hverdag, skolegang og relationer kan være påvirket af dette i negativ grad ⁽³⁾.

Unge trivsel og sundhed afhænger ikke kun af deres egne valg. Den påvirkes også af de rammer, de unge lever i, for eksempel deres familie, venner, skole, fritidsliv og samfund, som enten kan støtte eller begrænse deres muligheder for at trives. I Danmark

er der et tydeligt fokus på at skabe gode vilkår for at vokse op, hvilket peger på, at unges sundhed og trivsel ikke kun er et individuelt anliggende, men også et socialt og institutionelt ansvar ^(4, 5).

Der er sagt og skrevet meget om unges mentale sundhed og trivsel og udviklingen i denne. Der kan anlægges mange perspektiver på dette, ligesom man kan måle det på mange forskellige måder. Resultaterne i dette kapitel giver et øjebliksbillede baseret på en række udvalgte indikatorer, der kan supplere den eksisterende viden om unges sundhed og velbefindende.

Definition og afgrænsning

De fleste af de indikatorer, der indgår i dette kapitel, er defineret i de foregående kapitler. Enkelte indikatorer er kun inkluderet i dette kapitel. Disse beskrives nedenfor.

'Højt forbrug af hash': Unge, der har svaret, at de har prøvet hash, og at de har brugt det mindst 10 gange i løbet af de sidste 12 måneder.

'Har prøvet stoffer': Unge, der har svaret ja til at de har prøvet 'Andre stoffer end hash (for eksempel kokain, amfetamin, ecstasy eller lignende).

'Meget generet af hovedpine': Unge, der på spørgsmålet 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag?' har svaret 'Ja, meget generet' af hovedpine.

Selvværd og forventningspres

Fire spørgsmål i spørgeskemaet omhandler selvværd og tilfredshed med sig selv. I opgørelsen af disse, er der fokuseret på de unge, der har svaret, at de hele tiden eller det meste af tiden oplever:

- At være utilfreds med sig selv
- Problemer med at acceptere sin krops udseende
- At det er svært at leve op til andres forventninger
- At der er svært at leve op til egne forventninger

'Høj score på stressskalaen' er, som det er beskrevet i kapitel 9, en score udregnet på baggrund af svarene på 10 spørgsmål. Nogle af de inkluderede spørgsmål er:

- 'Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet'
- 'Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?'
- 'Har du følt, at du havde styr på tingene?'
- 'Har du følt dig nervøs og "stresset"?'
- 'Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?'

I dette kapitel præsenteres opgørelser selvstændigt på de to sidstnævnte spørgsmål. Ud af de 10 stillede spørgsmål er det på disse to, at flest unge har svaret, at de 'meget ofte' har følt [...].

Resulater

Sundhedsadfærd

Figur 13.1: Sundhedsadfærd. 2025. Procent.

	Region Nordjylland	16–19 år			20–24 år		
	Alle	Alle	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder
Lav score på kostskalaen	23	24	27	21	28	30	26
Fysisk inaktiv	19	24	24	23	22	19	25
Ryger dagligt	10	3 ●	3 ●	2 ●	6 ●	6 ●	6 ●
Anvender røgfri nikotinprodukter dagligt	2	5 ●	7 ●	4	12 ●	12 ●	13 ●
Højt forbrug af hash	5	15	16	14	7	9	5
Har prøvet stoffer	8	4 ●	4	4 ●	13 ●	17 ●	9
Rusdrikkeri/binge drinking	7	19 ●	18 ●	19 ●	13 ●	16 ●	9
Svær overvægt	22	6 ●	8 ●	5	13 ●	14 ●	11 ●
Undervægt	2	13 ●	11 ●	16 ●	5 ●	5	5
Dårlig søvnkvalitet	18	13	4 ●	20	14	9 ●	18

● Signifikant lavere end regionsgennemsnittet

● Signifikant højere end regionsgennemsnittet

I figur 13.1 ses forekomsten i udvalgte mål for sundhedsadfærd blandt unge i aldersgrupperne 16–19 år og 20–24 år. Figuren viser, at de unge på nogle mål ligger over gennemsnittet for Region Nordjylland, mens de på andre ligger under.

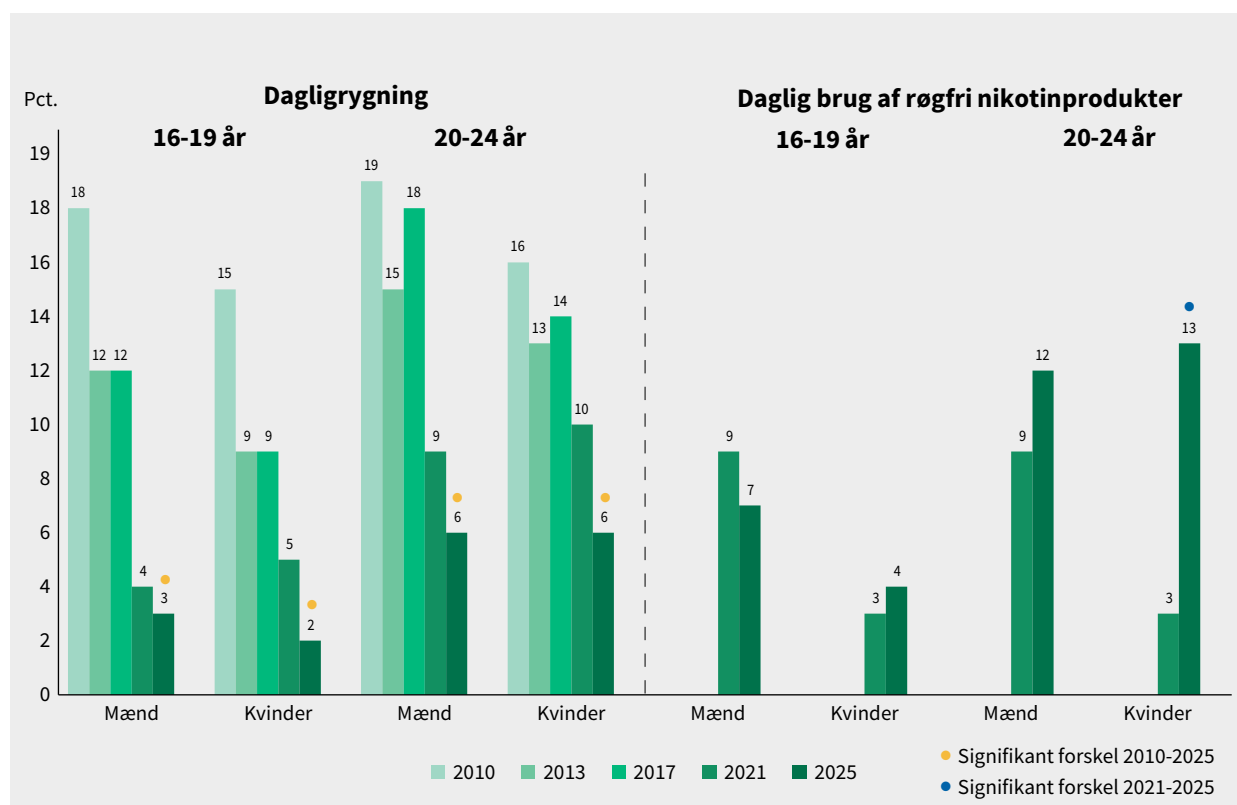
Figuren viser, at når det kommer til fysisk inaktivitet og lav score på kostskalaen, så skiller de unge sig ikke ud fra resten af nordjyderne.

Omvendt ses det, at der på tværs af køn og de to aldersgrupper, er færre dagligrygere blandt de unge. Andelen varierer fra 2% til 6%, mens regionsgennemsnittet er 10%. Det samme gælder andelen med svær overvægt, der også er signifikant lavere end regionsgennemsnittet for begge aldersgrupper.

For de øvrige sundhedsmål er der lidt variation på tværs af køn og aldersgrupper i forhold til det regionale gennemsnit:

- Blandt alle de unge, med undtagelse af de 16 til 19-årige kvinder, er der flere, der bruger røgfri nikotinprodukter dagligt. I gruppen 20–24 år gælder det henholdsvis 12% (mænd) og 13% (kvinder).
- Næsten hver femte af de unge rusdrikker (drikker mindst en gang om ugen 5 eller flere genstande ved samme lejlighed). Det gælder dog ikke kvinder i alderen 20–24 år.
- Blandt de 16 til 19-årige er andelen med undervægt højere end gennemsnittet.
- I aldersgruppen 16–19 år er der færre, der har prøvet stoffer, mens der blandt mændene i aldersgruppen 20–24 år omvendt er flere.
- I forhold til dårlig søvnkvalitet, ligger mændene i begge aldersgrupper under gennemsnittet med henholdsvis 4% og 9%, sammenlignet med 18% blandt nordjyderne samlet set.

Figur 13.2: Udvikling i dagligrygning 2010–2025 og daglig brug af røgfri nikotinprodukter 2021–2025. Procent.

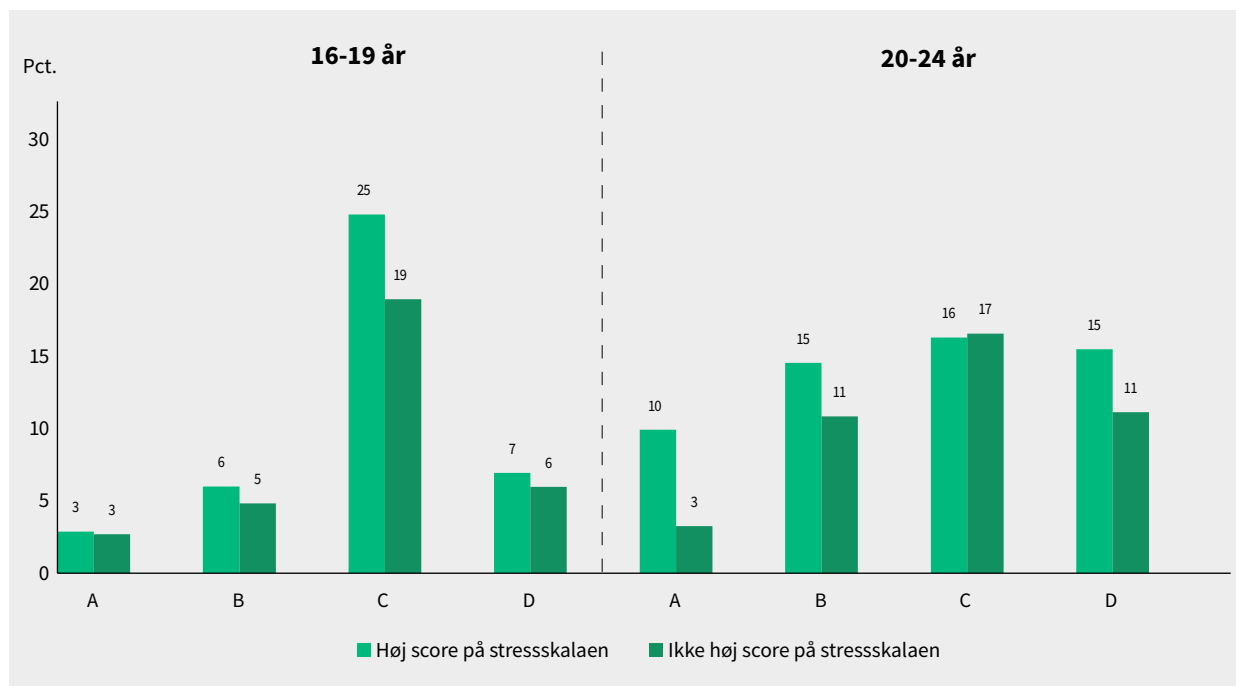


Figur 13.2 viser et betydeligt fald i dagligrygning blandt unge i begge aldersgrupper i perioden 2010 til 2025.

Figuren viser desuden udviklingen i dagligt brug af røgfri nikotinprodukter blandt unge. Fra 2021 til 2025

er der sket en markant stigning i den daglige brug af røgfri nikotinprodukter blandt unge kvinder i aldersgruppen 20–24 år. I 2021 var andelen 3%, og i 2025 er den steget til 13%.

Figur 13.3: Forekomsten af udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd opdelt på stressscore. 2025. Procent.



A: Daglig rygning B: Daglig brug af røgfri nikotinprodukter C: Drikker mere end 10 genstande om ugen D: Svær overvægt

Figur 13.3 viser sammenhængen mellem score på stressskalaen og udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd for de to aldersgrupper 16–19 år og 20–24 år. Af figuren ses, at der ikke er nogen væsentlig

forskel mellem unge, som scorer højt, og unge, som ikke scorer højt på stressskalaen, i forhold til deres sundhedsadfærd.

Mental sundhed og trivsel

Figur 13.4: Mental sundhed og trivsel 2025. procent.

	Region Nordjylland	16–19 år			20–24 år		
	Alle	Alle	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder
Høj score på stressskalaen	29	45 ●	30	57 ●	38 ●	29	47 ●
Har ofte eller meget ofte følt sig nervøs og "stresset"	20	39 ●	20	54 ●	35 ●	28 ●	42 ●
Har ofte eller meget ofte følt, at man ikke har kunnet overkomme alle de ting, som man skulle	28	33	25	40 ●	34 ●	29	39 ●
Angst	13	21 ●	9	31 ●	26 ●	14	37 ●
Lav score på trivselsindeks	25	35 ●	26	41 ●	32 ●	23	39 ●
Meget generet af hovedpine de seneste 14 dage	37	51 ●	31	66 ●	50 ●	36	64 ●

● Signifikant lavere end regionsgennemsnittet

● Signifikant højere end regionsgennemsnittet

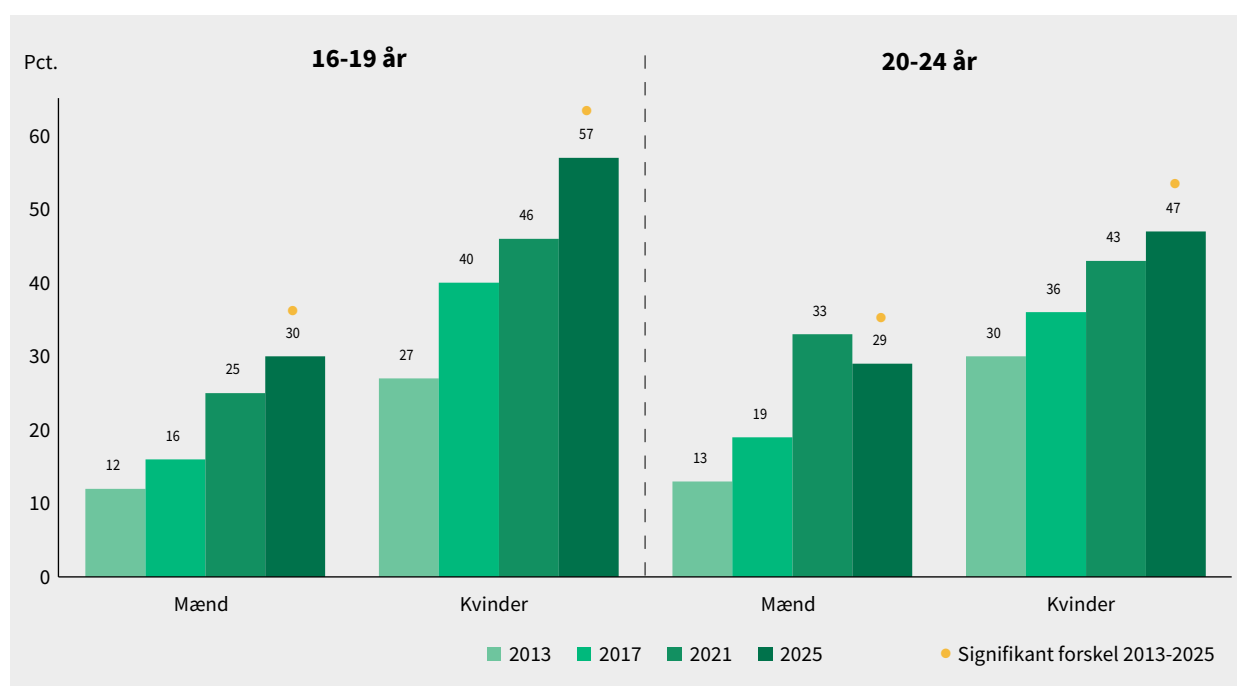
Figur 13.4 viser seks mål vedrørende mental sundhed og trivsel. Det ses af figuren, at samlet set ligger begge

aldersgrupper signifikant højere end regionsgennemsnittet på alle de undersøgte mål.

Det er dog især de unge kvinder i begge aldersgrupper, der trækker gennemsnittet for aldersgruppen op. I aldersgruppen 16–19 år ligger kvinderne over det regionale gennemsnit på alle målene, mens mændene ligger på niveau med gennemsnittet på alle målene. Eksempelvis har 57% af kvinderne en høj score på stressskalaen, mens det gælder 30% af mændene.

I aldersgruppen 20–24 år gælder det også, at kvinderne ligger over gennemsnittet på alle mål. For mændenes vedkommende ses det, at der sammenlignet med det regionale gennemsnit er en højere andel, der ofte eller meget ofte har følt sig nervøse og stressede.

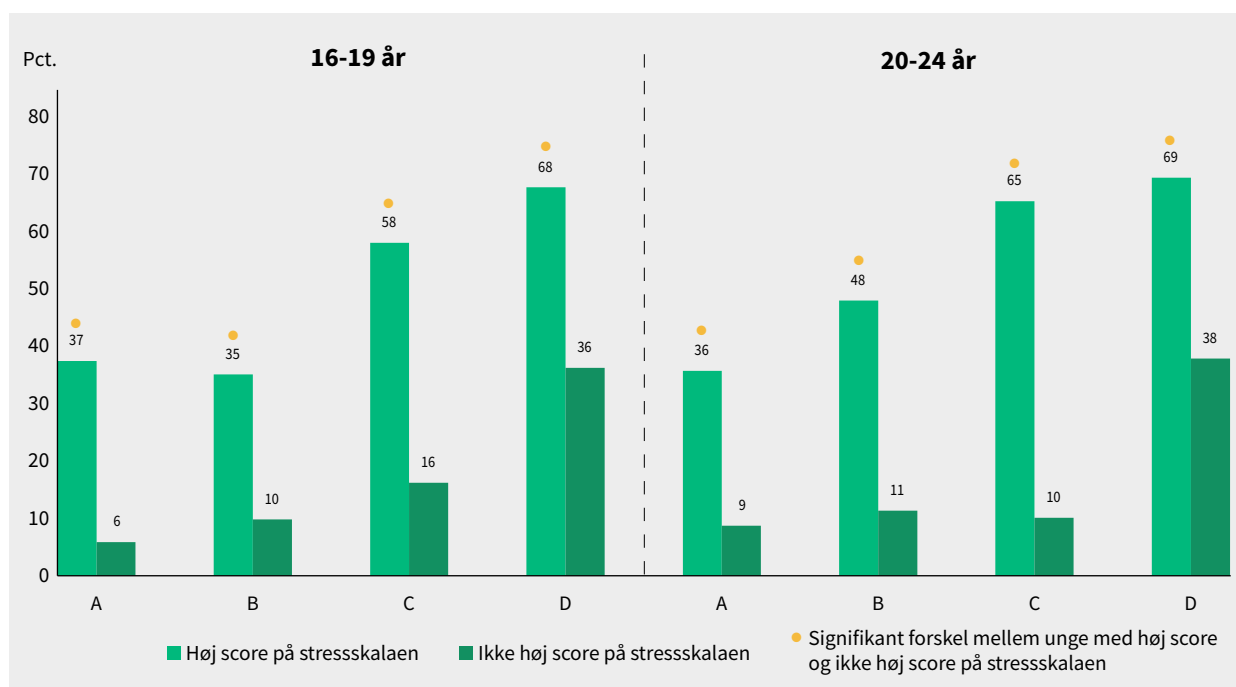
Figur 13.5: Høj score på stressskalaen. Udvikling 2013–2025. Procent.



Figur 13.5 viser udviklingen i høj score på stressskalaen blandt unge i aldersgrupperne 16–19 år og 20–24 år. Det fremgår af figuren, at der har været en signifikant stigning i andelen med høj score på stressskalaen blandt alle unge fra 2013 til 2025. Der ses ingen statistisk signifikant udvikling fra 2021 til 2025.

Den mest markante stigning ses blandt unge kvinder i aldersgruppen 16–19 år. I 2013 havde 27% af de unge kvinder i denne aldersgruppe høj score på stressskalaen, mens andelen er steget til 57% i 2025.

Figur 13.6: Forekomsten af udvalgte indikatorer for mental sundhed og trivsel opdelt på stressscore. 2025. Procent.



A: Ensomhed B: Angst C: Lav score på trivselsindeks

D: Meget generet af hovedpine de seneste 14 dage

Figur 13.6 viser sammenhængen mellem score på stressskalaen og udvalgte indikatorer for mental sundhed og trivsel for de to aldersgrupper 16–19 år og 20–24 år. Det fremgår af figuren, at unge med en høj score på stressskalaen i langt højere grad er ensomme, sammenlignet med unge, der ikke har en høj score på stressskalaen. Dette gør sig gældende for begge aldersgrupper. Blandt unge i aldersgruppen 16–19 år, der scorer højt på stressskalaen, er andelen, der føler sig ensomme på 37%, mens den blandt unge, der ikke scorer højt på stressskalaen, er 6%.

Det samme mønster går igen for angst, lav score på trivselsindeks samt at have været meget generet af hovedpine inden for de sidste 14 dage. Overordnet viser figuren, at flere unge med høj score på stressskalaen oplever forskellige former for gener, der relaterer sig til deres trivsel, sammenlignet med unge, der ikke har en høj score på stressskalaen.

Sociale relationer og selvværd

Figur 13.7: Sociale relationer og selvværd 2025. Procent.

	Region Nordjylland	16–19 år			20–24 år		
	Alle	Alle	Mænd	Kvinder	Alle	Mænd	Kvinder
Ensom	11	20 ●	12	27 ●	19 ●	16	22 ●
Oplever hele tiden eller det meste af tiden at være utilfreds med sig selv	16	25 ●	15	32 ●	29 ●	16	40 ●
Har hele tiden eller det meste af tiden problemer med at acceptere sin krops udseende	15	25 ●	15	33 ●	30 ●	17	40 ●
Føler hele tiden eller det meste af tiden, at det er svært at leve op til andres forventninger	12	22 ●	11	31 ●	24 ●	15	31 ●
Føler hele tiden eller det meste af tiden, at det er svært at leve op til egne forventninger	21	38 ●	24	49 ●	46 ●	40 ●	50 ●
Ingen nære venner	6	5	7	4	4	2 ●	5
Deltager mindst en gang om ugen i fritidsaktiviteter, foreningsliv mv.	42	38	40	38	30 ●	34	26 ●

● Signifikant lavere end regionsgennemsnittet

● Signifikant højere end regionsgennemsnittet

Figur 13.7 viser, hvordan unge i aldersgrupperne 16–19 år og 20–24 år fordeler sig på en række indikatorer for ensomhed, selvværd og sociale relationer.

Overordnet ses det i begge aldersgrupper, at der er væsentligt flere unge, som er ensomme, utilfredse med sig selv, har svært ved at acceptere deres krop og/eller oplever, at de ikke kan leve op til egne eller andres forventninger, sammenlignet med den samlede befolkning i Region Nordjylland.

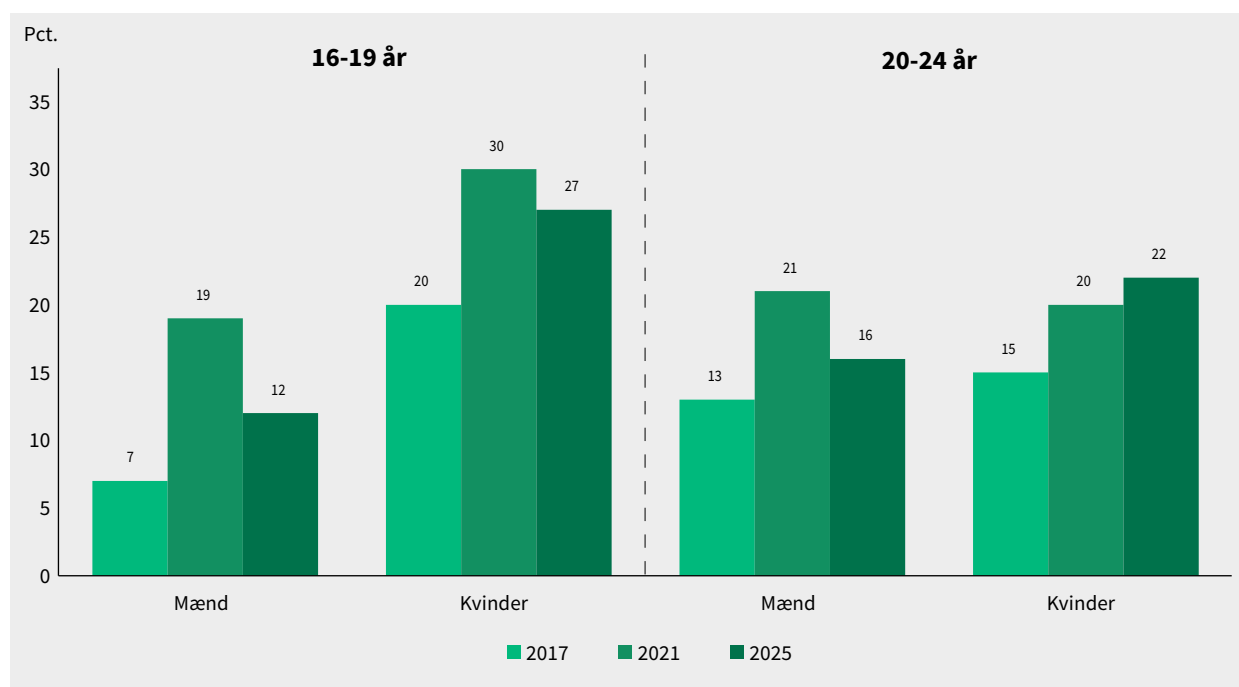
Det er særligt de unge kvinder i begge aldersgrupper, der skiller sig ud med de højeste andele, og for de fleste indikatorer ligger signifikant højere end regionsgennemsnittet. Eksempelvis er 27% af kvinderne i alderen 16–19 år ensomme, sammenlignet med et regionsgennemsnit på 11%. Blandt mænd i samme aldersgruppe er andelen 12%.

Derudover er der flere unge kvinder, som er utilfredse med sig selv, hvor det er 32% blandt de 16 til 19-årige og 40% blandt de 20 til 24-årige. Andelen er lavere hos unge mænd og for øvrige borgere i Region Nordjylland.

Blandt begge køn for alderen 20–24 år er der signifikant flere, som oplever, at det er svært at leve op til egne forventninger, sammenlignet med regionsgennemsnittet. Dette gælder 40% af mændene og 50% af kvinderne i aldersgruppen.

Unge sociale relationer ligger generelt tæt på regionsgennemsnittet. En undtagelse er unge kvinder i alderen 20–24 år, hvor kun 26% deltager i en fritidsaktivitet eller i foreningslivet mindst én gang om ugen. Dette er signifikant lavere end regionsgennemsnittet på 42%.

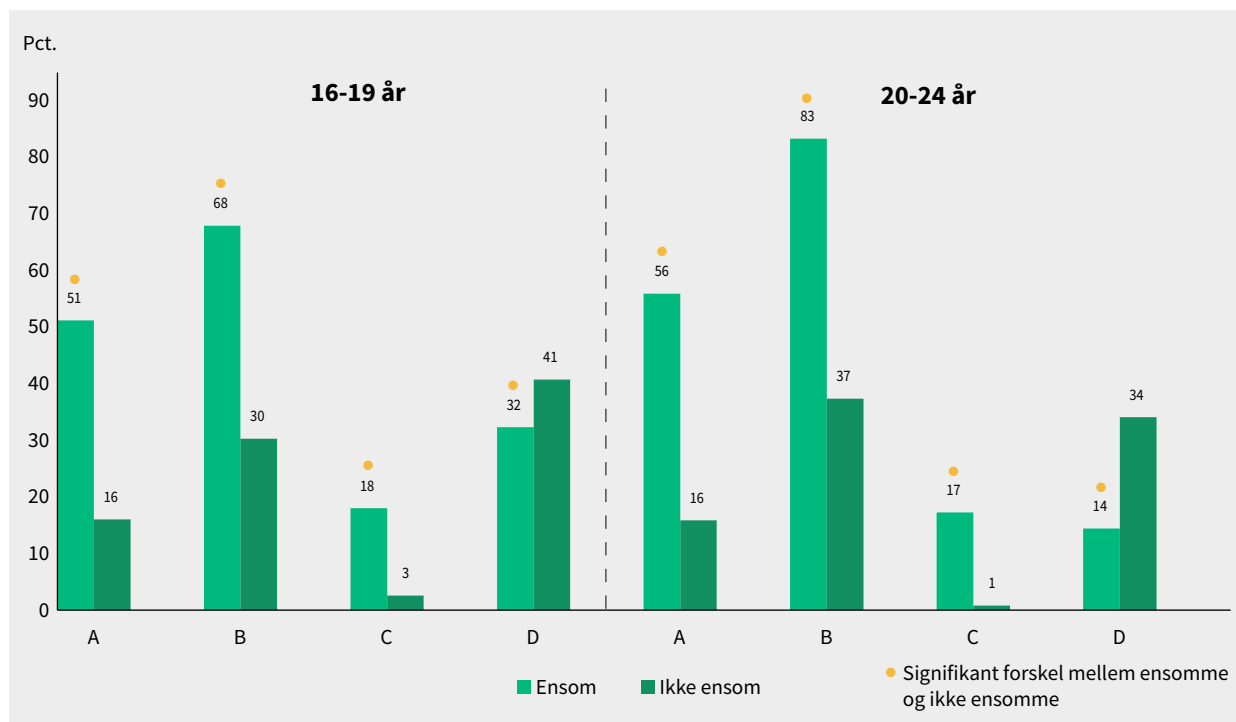
Figur 13.8: Ensomhed. Udvikling 2017–2025. Procent.



Figur 13.8 viser udviklingen i andelen af unge, der oplever ensomhed, fordelt på køn og aldersgrupperne 16–19 år og 20–24 år. Fra 2017 til 2021 steg andelen af ensomme unge, mens udviklingen fra 2021 til 2025

er stabil. Der ses en tendens til fald fra 2021 til 2025 for nogle af grupperne, men faldet er ikke statistisk signifikant.

Figur 13.9: Forekomsten af udvalgte indikatorer for sociale relationer og selvværd opdelt på ensomhed. 2025. Procent.



A: Føler hele tiden eller det meste af tiden, at der er svært at leve op til andres forventninger.
 B: Føler hele tiden eller det meste af tiden, at der er svært at leve op til egne forventninger.
 C: Angiver, at have ingen nære venner.
 D: Deltager mindst en gang om ugen i fritidsaktiviteter, foreningsliv mv.

Figur 13.9 viser, at unge borgere i aldersgrupperne 16–19 år og 20–24 år, som er ensomme, i højere grad oplever, at de ikke kan leve op til egne og andres forventninger. Tendensen er særligt høj blandt de 20 til 24-årige, hvor 83% af de ensomme angiver, at de har svært ved at leve op til andres forventninger. For de ikke-ensomme i samme aldersgruppe, er andelen 37%.

Figuren viser også, at der i begge aldersgrupper er en større andel blandt de ensomme unge, som angiver, at de ingen nære venner har, sammenlignet med

ikke-ensomme unge. Der er også forskel på deltagelse i fritidsaktiviteter - 14% blandt de ensomme i aldersgruppen 20–24 år deltager mindst én gang om ugen i en fritidsaktivitet, mens tallet for de ikke-ensomme er 34%. Samme mønster ses for gruppen 16–19 år, men forskellen er mindre.

Samlet set viser figuren, at andelen, der har svært ved at leve op til egne og andres forventninger, ingen nære venner har og sjældent deltager i fritidsaktiviteter, er højere blandt ensomme unge sammenlignet med unge, der ikke er ensomme.

Referencer

1. Christensen, C B., m.fl.: "Sund livsstil på ungdomsuddannelser i Norden: fokus på sund mad og bevægelse". Nordisk ministerråd, 2011.
2. Rodríguez-Rojo, I. C., García-Sastre, M., Peñacoba-Puente, C., Cuesta-Lozano, D., García-Rodríguez, L., Blázquez-González, P., González-Alegre, P., López-Reina-Roldán, J. M., & Luengo-González, R.: "From healthy eating to positive mental health in adolescents: A moderated mediation model involving stress management and peer support". Nutrients, 2025.
3. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA): "Perspektiver på børns og unges trivsel: En kvalitativ undersøgelse for Trivselskommissionen", 2025.
4. Haslund, H og Gitte W: "Introduktion: Sundhed og sygdom i relation til børn og unge". Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 2018. bd. 15, nr. 29.
5. Baumeister, R. F., & Leary, M. R.: "The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation". Psychological Bulletin, 1995.

Digitale sundhedskompetencer og engagement i egen sundhed

Af: Jacob Østergaard Madsen, Forskningscenter Sundhed og anvendt teknologi, UCN.

Lisa Korsbakke Emtækær Hæsum, Forskningscenter Sundhed og anvendt teknologi, UCN.

Sofie Gry Pristed, Bioanalytikeruddannelsen, UCN.

Anna Diop-Christensen, Forskningscenter Sundhed og anvendt teknologi, UCN.

I samarbejde med Region Nordjyllands forfattergruppe.

I dette kapitel præsenteres resultaterne af tre nye skalaer, der for første gang er inkluderet i den nordjyske sundhedsprofilundersøgelse i 2025. Skalaerne omhandler borgernes evne til aktivt at involvere sig i egen sundhed samt hvor digitalt parate og motiverede, borgerne er. Tilsammen giver resultaterne et blik på nordjydernes samlede engagement i egen sundhed samt evne og motivation i forhold til digitale værktøjer i sundhedssammenhæng.

I dagens samfund er forebyggelse og behandling af sygdom i stigende grad et fælles ansvar delt mellem borgere og sundhedsvæsenet. Dette forudsætter aktiv borgerinddragelse som i mange sammenhænge understøttes af digitale løsninger⁽¹⁾. Gode sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer er derfor et godt grundlag for at få det bedste ud af sundhedsvæsenet.

Viden om borgernes digitale sundhedskompetencer er derfor centralt for at identificere, hvilke og hvor mange borgere, der har behov for særlig opmærksomhed, samt hvor der er behov for at reducere barrierer og

udvikle mere tilgængelige digitale løsninger. Dette er afgørende for at undgå, at grupper med lav digital sundhedskompetence udelukkes fra sundhedstilbud^(1,2).

Med fokus på borgernes engagement i egen sundhed samt deres digitale sundhedskompetencer, kan sundhedsvæsenet i højere grad tilrettelægge mere effektiv information og støtte, hvilket kan understøtte bedre behandlingsforløb og reducere ulighed i sundhed i befolkningen^(3,4).

Dette er baggrunden for, at der i Region Nordjyllands undersøgelse 'Hvordan har du det?' 2025 er inddraget udvalgte spørgsmål om sundhedskompetence og digital sundhedskompetence. Nedenfor uddybes, hvilke spørgsmål, der har indgået i undersøgelsen og præsenteres i dette kapitel.

Definition og afgrænsning

Aktivt tage hånd om egen sundhed

Det første element, der præsenteres i kapitlet, omhandler en skala på fem spørgsmål, der omfatter borgernes selvopfattede evner til 'aktivt at tage hånd om egen sundhed'. Skalaen udgør domæne 3 (HLQ3) i det validerede spørgeskema Health Literacy Questionnaire (HLQ)⁽⁵⁾. Spørgsmålene måler borgernes handlinger, motivation og selvtillid i forhold til at håndtere eget helbred i hverdagen, herunder evnen til at anvende sundhedsinformation og handle selvstændigt. Skalaen giver dermed en indikation på borgernes

generelle parathed til at tage vare på sig selv og indgå aktivt i eventuel behandling.

Aktivt tage hånd om egen sundhed er et af flere elementer i det bredere begreb 'sundhedskompetence', der defineres som en kombination af personlige kompetencer og ressourcer, som findes i omgivelserne, der tilsammen former menneskers mulighed for at finde, forstå, vurdere og anvende information til at træffe beslutninger om sundhed. Begrebet inkluderer desuden evnen til at kommunikere om sundhed og handle på sundhedsrelaterede beslutninger ⁽⁶⁾, samt borgerens ressource til at navigere i sundhedsvæsenet ^(7, 8).

Evne til og motivation for at anvende digitale sundhedstjenester

I forhold til de digitale sundhedskompetencer inkluderes to udvalgte skalaer i kapitlet, der stammer fra det validerede spørgeskema eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ) ⁽⁹⁾. eHLQ3 er 'Evnen til aktivt

at engagere sig i digitale tjenester', der omhandler borgernes evne og færdigheder til at interagere med digitale sundhedstjenester, samt eHLQ5: 'motivationen til at engagere sig i digitale tjenester', der relaterer sig til borgernes lyst og incitament til at anvende digitale værktøjer i håndteringen af sundhed ⁽⁹⁾.

Begge dimensioner er elementer, der kan indgå i måling af borgernes digitale sundhedskompetencer. Da digitale løsninger spiller en stadig større rolle på sundhedsområdet og giver borgere mulighed for at følge eget helbred, kommunikere digitalt med sundhedspersonale og søge sundhedsinformation på egen hånd ⁽¹⁰⁾, er der kommet fokus på borgernes digitale sundhedskompetencer. Digitale sundhedskompetencer indebærer dimensioner såsom evne til at anvende teknologi til eget sundhedsforbrug og i sundhedsvæsenet, men også motivation for at bruge digitale sundhedsværktøjer, tillid til datasikkerhed og adgang til relevante og tilpassede digitale værktøjer ⁽⁵⁾.

Spørgsmålene, der indgår i de tre inkluderede skalaer:

Aktivt kan tage hånd om sin sundhed	Evne til aktivt at benytte sig af digitale sundhedstjenester	Motiveret til at benytte digitale sundhedstjenester
Jeg bruger en hel del tid på at tage mig af mit helbred og min sundhed	Jeg ved hvordan jeg skal bruge teknologi til at få de informationer jeg har behov for	Teknologi gør at jeg føler mig engageret i min egen sundhed
Jeg planlægger, hvordan jeg holder mig sund og rask	Jeg ved hvordan jeg bruger teknologi til gavn for mig selv	Jeg synes at teknologi hjælper mig til at tage mig af mit helbred
Jeg tager mig tid til at leve sundt, uanset hvad der ellers sker i mit liv	Jeg kan indtaste data i digitale sundhedssystemer	Jeg synes jeg får bedre hjælp fra de sundhedsprofessionelle når jeg bruger teknologi
Jeg sætter mine egne mål for min sundhed	Jeg lærer hurtigt at orientere mig i nye digitale muligheder	Teknologi forbedrer min kommunikation med sundhedsprofessionelle
Der er ting, jeg gør regelmæssigt for at blive sundere	Det er nemt for mig at lære hvordan jeg skal bruge nye sundhedsteknologier	Jeg synes at teknologi er nyttigt til at følge min sundhedstilstand

Resultaterne udgør ikke en fuld afdækning af borgernes sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer, men giver en god indikation på borgernes parathed i forhold til de forudsætninger, der er gavnligt at have i dagens sundhedsvæsen. I kapitlet præsenteres forskelle på tværs af køn, alder, uddannelsesniveau,

erhvervs- og samlivsstatus. Resultaterne kan dermed danne et vigtigt afsæt for fremtidige indsatser med henblik på at understøtte borgerne dér, hvor de er, samt øge borgernes digitale sundhedskompetencer.

Metode

I det følgende præsenteres resultaterne ved hjælp af to forskellige analyser.

I den første del er borgernes besvarelse af hver skala opgjort som gennemsnittet af svarene på de fem spørgsmål, hvor borgerne angiver deres grad af enighed (1 = 'Meget uenig', 2 = 'Uenig', 3 = 'Enig' eller 4 = 'Meget enig'). Skalaerne kan dermed antage værdier fra 1,0–4,0, hvor 1,0 angiver et meget lavt niveau af selvvaluerede kompetencer, mens 4,0 angiver et højt niveau af selvvaluerede kompetencer. I tabellerne præsenteres gennemsnit for de forskellige grupper (se tabellerne 14.1 og 14.2). For at vurdere signifikante forskelle mellem grupper, anvendes en fast

referencegruppe (markeret med "reference" i tabellerne). Referencegrupperne er valgt pragmatisk ud fra en 'naturlig' kategori med mange observationer (fx personer i beskæftigelse). Alle øvrige grupper sammenlignes med denne reference. I tabellerne er signifikante forskelle mellem referencegruppens gennemsnit og de øvrige grupper markeret med blå eller grøn plet, når forskellen er statistisk signifikant på 5%-niveau eller derover.

Efterfølgende præsenteres en kort analyse baseret på en fastsat grænseværdi for borgernes kompetenceniveau. Dette præsenteres nærmere under det relevante afsnit.

Resultater

Aktivt tage hånd om egen sundhed

Tabel 14.1: Gennemsnit for nordjydernes selvvaluerede evne til 'aktivt tage hånd om egen sundhed' på tværs af sociodemografiske grupper – køn, alder og sociale forhold

		Aktivt tage hånd om egen sundhed
Køn	Mænd (reference)	2,67
	Kvinder	2,70 ●
Alder	16-24 år (reference)	2,55
	25-44 år	2,59
	45-64 år	2,68 ●
	67+ år	2,81 ●
Uddannelsesniveau	Grundskole	2,64 ●
	Gymnasial/ Erhvervsfaglig	2,64 ●
	Kort videregående	2,71 ●
	Mellemlang videregående	2,74
	Lang videregående (reference)	2,76
Erhvervsstatus	Beskæftigede (reference)	2,64
	Ledige	2,64
	Under uddannelse	2,58
	Førtidspensionister	2,70 ●
	Pensionister	2,81 ●
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	2,55 ●
Samlivsstatus	Samlevende (reference)	2,69
	Ikke-samlevende	2,67

● Signifikant mindre end referencegruppen

● Signifikant større end referencegruppen

Køn og alder

Tabellen viser, at kvinder gennemsnitligt scorer lidt højere end mænd i forhold til aktivt at tage hånd om egen sundhed. Forskellen er lille (dog statistisk signifikant) og derfor tyder resultaterne på, at køn ikke er en afgørende faktor for evnen til aktivt at tage hånd om egen sundhed, og derfor er af begrænset praktisk betydning.

Alder har derimod en væsentlig betydning for evnen til aktivt at tage hånd om egen sundhed. Skønt der ikke er en signifikant forskel mellem dem, der er 16–24 år (referencen) og dem, som er 25–44 år, så har de 45 til 66-årige og 67+ årige derimod et signifikant højere gennemsnit end den yngste alderskategori. Gennemsnittet stiger med alderen således, at de 16 til 24-årige har laveste gennemsnit, mens 67+ årige scorer højest på skalaen 'aktivt tage hånd om egen sundhed'. Dette indikerer, at de ældste borgere vurderer sig bedre i stand til at tage hånd om egen sundhed end de yngre borgere.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Evnen til aktivt at tage hånd om egen sundhed stiger med uddannelsesniveauet. Der er ingen statistisk

signifikant forskel mellem dem med lang videregående uddannelse (referencen) og dem med mellem-lang videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse. Der ses dog for de øvrige grupper (kort videregående, erhvervsfaglig uddannelse og grundskole) et statistisk signifikant lavere gennemsnit end hos dem med lang videregående uddannelse.

I forhold til erhvervsstatus ses et statistisk signifikant højere gennemsnit blandt pensionister og førtidspensionister sammenlignet med de beskæftigede, mens øvrige ikke-erhvervsaktive har det laveste gennemsnit. Borgere under uddannelse og de lediges gennemsnitlige selvvaluerede evner til at tage aktivt hånd om egen sundhed, adskiller sig ikke statistisk signifikant fra de beskæftigedes. Samlet set har pensionister og førtidspensionister de højeste gennemsnit for aktivt at tage hånd om egen sundhed.

Samlivsstatus

Der ses ingen statistisk signifikant forskel i gennemsnittet for samlevende og ikke-samlevendes selvvaluerede evne til aktivt at tage hånd om egen sundhed.

Digital sundhedskompetence – evne og motivation

Tabel 14.2: Gennemsnit for nordjydernes selvvaluerede 'evne til aktivt at engagere sig i digitale tjenester' og 'motivation til aktivt at engagere sig i digitale tjenester' -køn, alder og sociale forhold.

		Evne til aktivt at benytte sig af digitale tjenester	Motivation til at benytte sig af digitale tjenester
Køn	Mænd (reference)	2,89	2,64
	Kvinder	2,90	2,64
Alder	16–24 år (reference)	3,11	2,76
	25–44 år	3,11	2,76
	45–64 år	2,89 ●	2,63 ●
	67+ år	2,64 ●	2,52 ●
Uddannelsesniveau	Grundskole	2,52 ●	2,41 ●
	Gymnasial/ Erhvervsfaglig	2,86 ●	2,62 ●
	Kort videregående	2,95 ●	2,73
	Mellemlang videregående	3,04 ●	2,73
	Lang videregående (reference)	3,14	2,76
	Beskæftigede (reference)	3,01	2,71
Erhvervsstatus	Ledige	3,10	2,68
	Under uddannelse	3,18 ●	2,80 ●
	Førtidspensionister	2,74 ●	2,53 ●
	Pensionister	2,64 ●	2,52 ●
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	2,85 ●	2,62 ●
	Samlevende (reference)	2,92	2,67
Samlivsstatus	Ikke-samlevende	2,83 ●	2,59 ●

● Signifikant mindre end referencegruppen

● Signifikant større end referencegruppen

Evnen til aktivt at engagere sig i digitale tjenester

Resultaterne i tabel 14.2 viser overordnet, at borgere med grundskoleuddannelse og borgere i alderen 67+ år har de laveste gennemsnit i undersøgelsen, mens borgere med lang videregående uddannelse og borgere under uddannelse har de højeste gennemsnit.

Køn og alder

Køn fremstår ikke som en enkeltstående afgørende faktor for 'evnen til at engagere sig i digitale sundhedstjenester', da analyserne ikke viser signifikante forskelle mellem mænds og kvinders gennemsnitlige svar.

Alder viser derimod et tydeligt mønster. De højeste gennemsnit ses blandt de to yngste alderskategorier (16–24 år (reference) og 25–44 år), hvor der er ikke

signifikante forskelle mellem grupperne. De 45–66-årige og borgere over 67+ år har derimod signifikant lavere gennemsnitlige evner til at engagere sig i digitale tjenester, sammenlignet med den yngste alderskategori. Resultaterne tyder derfor på, at digitale sundhedskompetencer generelt er lavere blandt ældre grupper.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der ses en tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og evnen til at engagere sig i digitale tjenester. Alle grupper med uddannelsesniveau under lang videregående uddannelse (reference) har et signifikant lavere gennemsnit. Der er ikke signifikante forskelle mellem borgere, som er i beskæftigelse (reference) og de, som er ledige. Borgere under uddannelse har derimod signifikant højere selvvaluerede evner til at engagere sig i digitale tjenester, end borgere i

beskæftigelse, mens de øvrige grupper – herunder pensionister – har signifikant lavere gennemsnit.

Samlivsstatus

Ikke-samlevende borgere har gennemsnitligt lavere evne til at engagere sig i digitale tjenester end de samlevende, og disse forskelle er statistisk signifikante.

Motiveret til at engagere sig i digitale tjenester

Resultaterne viser overordnet, at nordjyderne ligger lavere på motivation, end på deres selv vurderede evner til at benytte digitale tjenester. Derudover ses det, at borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelsesniveau skiller sig ud med en gennemsnitligt lav score. Udover denne gruppe har også borgere på 67+ år samt førtidspensionister lav motivation, mens borgere med lang videregående uddannelse, borgere under uddannelse, samt de 16 til 44-årige fremstår som de mest motiverede.

Køn og alder

Køn fremstår ikke som en afgørende faktor for 'motivationen til at engagere sig i digitale sundhedstjenester', da analyserne ikke viser signifikante forskelle mellem mænds og kvinders gennemsnitlige svar. Alder har derimod en væsentlig betydning for motivationen til at bruge digitale sundhedstjenester. De yngste (16–44 år) udviser gennemsnitligt den højeste motivation, og der er ingen signifikant forskel mellem de 16 til 24-årige (referencen) og de 25 til 44-årige. Både de 45 til 66-årige og borgere på 67+ år har derimod signifikant lavere gennemsnitlig motivation, end den yngste aldersgruppe.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Motivationen til at engagere sig i digitale sundhedstjenester stiger i takt med uddannelsesniveauet. Borgere med videregående uddannelser – både korte, mellemlange og lange (reference) – har signifikant

højere gennemsnitlig motivation, end borgere med gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse, og særligt end borgere med grundskole som højest fuldførte uddannelse.

Erhvervsstatus har også betydning for motivationen til at engagere sig i digitale sundhedstjenester. Beskæftigede, ledige og borgere under uddannelse udviser gennemsnitligt den største motivation. Der er ingen signifikant forskel mellem beskæftigede (referencen) og ledige, mens borgere under uddannelse har en signifikant højere gennemsnitlig motivation, end de beskæftigede. De øvrige grupper – førtidspensionister og pensionister, samt de ikke-erhvervsaktive – har derimod en lavere gennemsnitlig motivation, end de beskæftigede.

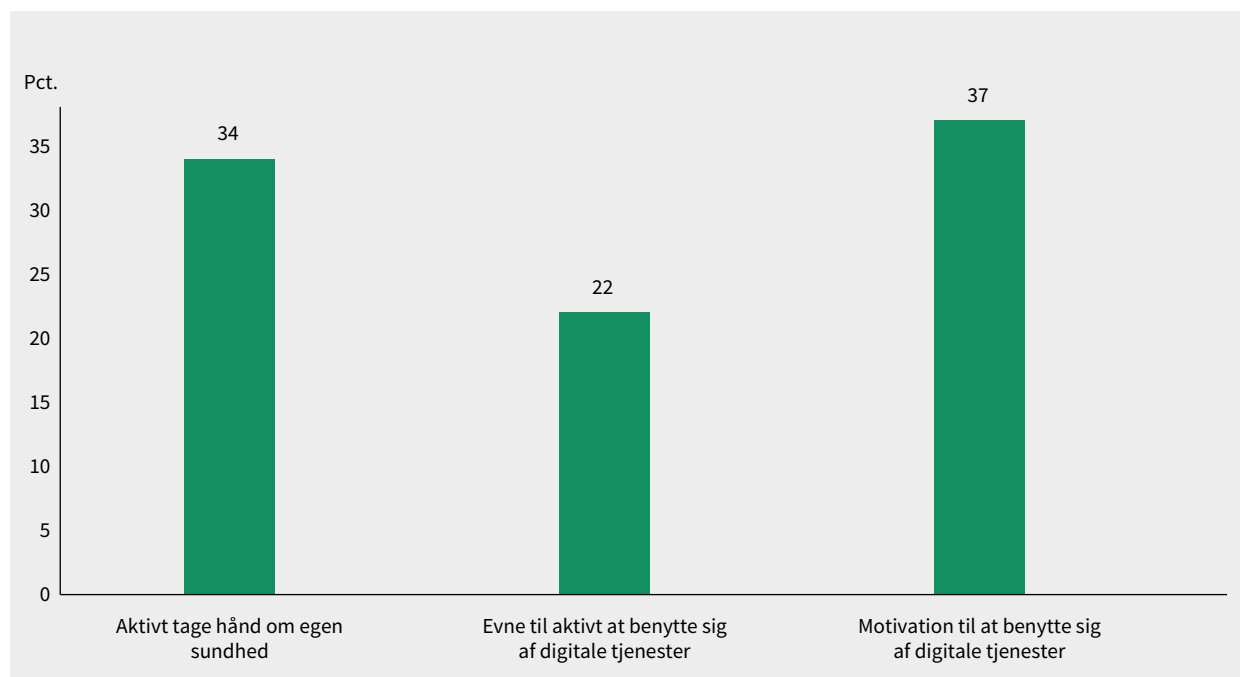
Samlivsstatus

Samlevende borgere har en signifikant højere gennemsnitlig motivation for at engagere sig i digitale tjenester, end ikke-samlevende.

Grænseværdi for kompetence-niveau

I det foregående har vi set på forskelle mellem grupperne og set, at der blandt andet er sammenhæng til alder og uddannelsesniveau. En anden metode er at se på de borgere, der ligger under en defineret score. Der findes ikke en fastlagt standard for, hvad der udgør et lavt eller højt niveau af håndtering af sundhed og digitale sundhedskompetencer, og der mangler fortsat forskning i betydningen af specifikke niveauer^(5,9). Efter anbefalinger fra forskerne bag spørgeskemaet, er der fastsat en grænseværdi på 2,5. Borgere med en score under 2,5 vurderes at have mindre tilstrækkelige kompetencer. Dette indikerer, at de oftest svarer 'uenig/meget uenig' og dermed har øget sandsynlighed for udfordringer og behov for ekstra støtte. Borgere med en score på 2,5 og derover vurderes derimod at have tilstrækkelige kompetencer og svarer typisk 'enig/meget enig'.

Figur 14.1: Borgere, der scorer under 2,5 på 'aktivt tage hånd om sundhed', 'evne til at anvende digitale sundheds-tjenester' og 'motivation for at anvende digitale sundhedstjenester' 2025. Procent.



Figur 14.1 viser, at 34% af borgerne scorer 2,5 eller under på skalaen omkring aktivt at tage hånd om egen sundhed. For de to skalaer omkring digitale sundheds-kompetencer er der større forskel, idet 22% scorer 2,5

eller under, når det drejer sig om vurdering af evne til at anvende digitale sundhedsværktøjer, mens andelen er 37%, når det drejer sig om motivationen for at anvende disse.

Tabel 14.3: Borgere med score på 2,5 eller derunder på 'aktivt tage hånd om sundhed', 'evne til at anvende digitale sundhedstjenester' og 'motivation for at anvende digitale sundhedstjenester' 2025 – køn, alder og sociale forhold.

		Aktivt tage hånd om egen sundhed	Evne til aktivt at benytte sig af digitale tjenester	Motivation til at benytte sig af digitale tjenester
		Pct.	Pct.	Pct.
Alle	2025	34	22	37
Sundhedsråd	Sundhedsråd Vendsyssel	33	23	38
	Sundhedsråd Limfjorden	34	22	37
Mænd	16–24 år	43	7	33
	25–44 år	42	13	31
	45–66 år	38	23	39
	67+ år	25	34	40
	Alle mænd	36	22	37
Kvinder	16–24 år	48	15	29
	25–44 år	42	12	28
	45–66 år	30	19	39
	67+ år	18	39	50
	Alle kvinder	32	22	38
Uddannelsesniveau	Grundskole	36	40	49
	Erhvervsfaglig udd.	37	23	39
	Kort videregående	34	18	31
	Mellemlang videregående	30	14	33
	Lang videregående	29	12	30
Erhvervsstatus	Beskæftigede	39	15	33
	Ledige	39	17	38
	Under uddannelse	44	9	31
	Førtidspensionister	31	30	43
	Pensionister	22	36	45
	Øvrige ikke-erhvervsaktive	40	24	38
Samlivsstatus	Samlevende	33	20	36
	Ikke-samlevende	35	25	41

Signifikant større
 Signifikant mindre
 Afviger ikke signifikant fra gennemsnittet i Region Nordjylland i 2025

Det fremgår af tabel 14.3, at andelen af personer, der scorer 2,5 eller derunder varierer mellem grupperne på de tre områder. Dog er der en tydelig overensstemmelse mellem de to områder, der vedrører evne og motivation i forhold til digitale sundhedstjenester.

For 'aktivt tage hånd om egen sundhed' ses det, at der i følgende grupper er en højere andel med en score på 2,5 eller derunder, sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland:

- Mænd i aldersgrupperne: 16–24 år, 25–44 år og 45–66 år
- Kvinder i aldersgrupperne: 16–24 år og 25–44 år
- Borgere med erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, der er i arbejde eller uddannelse

Blandt de ældre borgere samt borgere med mellem-lang og lang videregående uddannelse er der derimod en mindre andel med en score på 2,5 og derunder, sammenlignet med gennemsnittet.

For de to skalaer om evne og motivation for at anvende digitale sundhedsværktøjer er mønstret lidt anderledes, men stort set identisk i forhold til i hvilke grupper, der ses en signifikant højere andel, der scorer 2,5 eller derunder:

- Borgere i aldersgruppen 67+ år (for skalaen vedrørende 'motivation' er mænd i alderen 67+ år dog på niveau med gennemsnittet)
- Borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse
- Borgere, der er førtidspensionister og pensionister
- Borgere, der ikke bor sammen med andre

I forhold til skalaen vedrørende 'evne' fremgår det, at det især er blandt de yngste aldersgrupper samt borgere med længere uddannelse, hvor der ses en meget lille andel, der scorer 2,5 eller under – eksempelvis 7% blandt de 16 til 24-årige mænd og 12% blandt borgere med lang videregående uddannelse.

For skalaen vedrørende 'motivation' ses det samme mønster, men dog ser det ud til, at forskellen mellem grupperne er mindre.

Diskussion og perspektiver

Resultaterne i dette kapitel viser, at de ældste grupper vurderer sig bedre i stand til aktivt at tage hånd om egen sundhed, end de yngre alderskategorier. Det omvendte gør sig gældende når det kommer til evne og motivation i forbindelse med digitale tjenester. De ældre vurderer således sig selv lidt bedre til at tage vare på deres egen sundhed, mens de yngre vurderes som havende lidt bedre forudsætninger for at få gavn af sundhedsvæsenets digitale tilbud.

Aktivt tage hånd om egen sundhed

Ved behov for indsatser for at styrke borgernes evne til aktivt at håndtere egen sundhed, har forskning vist, at digitale og interaktive teknologier (apps, VR, interaktive moduler) kan engagere yngre borgere og understøtte en fleksibel og personlig læring med henblik på at øge sundhedskompetence. Det lægger også op til, at

man med fordel kan integrere udvikling af sundhedskompetencer i unges uddannelsesforløb⁽¹¹⁾.

Analysen viser ligeledes, at evnen til aktivt at tage hånd om egen sundhed stiger med uddannelsesniveaue. Dette kan blandt andet hænge sammen med forskelle i adgang til sundhedsinformation, større refleksion over egen sundhed samt mulighed for støtte fra ressourcestærke miljøer⁽¹²⁾. Indsatser, der har til formål at styrke borgeres sundhedskompetencer, kan derfor med fordel tilpasses forskellige forudsætninger og livssituationer. Forskning viser, at borgere med lavere uddannelsesniveau kan drage fordel af formidlingsstrategier, såsom tydelig og målrettet information, overskuelig struktur, brug af hverdagsnære eksempler og inddragelse af pårørende⁽¹³⁾.

Øvrige ikke-erhvervsaktive har i undersøgelsen den laveste gennemsnitlige evne til aktivt at tage hånd om egen sundhed. Nogle af disse grupper kan givetvis karakteriseres som sårbare og flere danske videnskabelige studier anbefaler, at der udvikles indsatser, som understøtter sundhedskompetencerne blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet, særligt i relation til sårbare livssituationer^(14,15). International forskning på området understreger imidlertid, at indsatser ikke alene bør have fokus på at styrke sundhedskompetencer som målbare færdigheder, men også på at understøtte, at disse kompetencer omsættes i praksis i borgernes hverdag. I denne sammenhæng fremhæves betydningen af indsatser, der forankres i de organisatoriske rammer, som borgerne allerede er i kontakt med, og hvor borgerne selv inddrages aktivt i udviklingen af indsatserne – i en dansk kontekst kunne det for eksempel være i beskæftigelsesindsatsen. Studier peger desuden på, at anvendelsen af fagpersoner, der skaber tryghed, etablering af trygge læringsrum samt fokus på handlingsnær og meningsfuld viden med udgangspunkt i borgernes egne interesser, kan understøtte omsætningen af sundhedskompetencer til konkret handling⁽¹⁶⁾.

Digital sundhedskompetence

Både de 45 til 66-årige og borgere på 67+ år rapporterer gennemsnitligt lavere selv vurderet evne og motivation til aktivt at engagere sig i digitale sundhedstjenester

end yngre aldersgrupper. Det samme mønster ses blandt førtidspensionister og pensionister. Forskellene kan afspejle variationer i erfaring med og tillid til digitale sundhedstjenester, hvilket kan øge risikoen for frafald fra digitale sundhedstilbud, og dermed begrænse adgangen til sundhedsydelser^(17, 18). Tiltag til at styrke ældre borgeres digitale sundhedskompetencer kan inkludere målrettede IT- og digitaltræningsprogrammer, trykke læringsforløb, støtte i brug af digitale enheder, aldersvenlige digitale sundhedsløsninger samt organisatoriske modeller, der aktivt understøtter ældre i brugen af digitale sundhedstjenester^(19, 20).

Undersøgelsen viser, at borgere med lang videregående uddannelse har signifikant højere gennemsnitlige evner og motivation til at engagere sig i digitale tjenester, end borgere med lavere uddannelsesniveauer. Denne forskel kan hænge sammen med variation i generelle læse-, informations- og teknologifærdigheder, hvilket øger muligheden for brugen af digitale sundhedstjenester og mindsker barrierer i mødet med digitale sundhedssystemer⁽²¹⁾. Forskning viser, at digitale sundhedskompetencer kan forbedres hos borgere med kortere uddannelse, hvis indsatsen er grundlæggende, praktisk orienteret og pædagogisk tilpasset borgernes forudsætninger. Det kan være ved hands-on undervisning i trykke læringsmiljøer, ved anvendelse af letlæselige og visuelt støttede materialer og ved længerevarende undervisningsforløb (21–23).

Ikke-samlevende borgere har gennemsnitligt lavere selv vurderede evner og motivation til aktivt at engagere sig i digitale sundhedstjenester, end samlevende borgere. Digitale sundhedskompetencer er grundlæggende socialt formede og udvikles i samspil med den kontekst, individet indgår i. Personer, der lever alene eller har begrænset social støtte, kan have færre muligheder for at få hjælp til digitale sundhedsopgaver, hvilket kan reducere både deres evner og motivation for at bruge digitale sundhedstjenester⁽²⁴⁾. Set i dette perspektiv kan ikke-samlevende borgere mangle den daglige relationelle støtte, der kan understøtte engagement i digitale sundhedstjenester. Ikke-samlevende borgeres digitale sundhedskompetencer kan potentielt styrkes ved anvendelsen af interaktive, tryghedsskabende og brugerinvolverende læringsprocesser, som kompenserer for manglende hverdagsstøtte⁽²⁵⁾.

Referencer

1. Eriksen, J., Ebbesen, M., Eriksen, K. T., Hjermitslev, C., Knudsen, C., Bertelsen, P., et al. (2023). Equity in digital healthcare – The case of Denmark. *Frontiers in Public Health*, 11, 1225222. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1225222>.
2. Madsen, J. Ø., Guldbæk, R. S., Hæsum, L. K. E., & Thorup, C. B. (2025). Health care professionals' knowledge of and ability to identify citizens' digital health literacy from a shared perspective of education, practice, policy and politics. *Health and Technology*, 1–8.
3. Van Kessel, R., Wong, B. L. H., Clemens, T., & Brand, H. (2022). Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. *Internet Interventions*, 27, 100500. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100500>.
4. Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>.
5. Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>.
6. Sundhedsstyrelsen. (2022). Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen: En vej til mere lighed.
7. Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
8. Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.
9. Kayser, L., Karnoe, A., Furstrand, D., Batterham, R., Christensen, K. B., Elsworth, G., et al. (2018). A multidimensional tool based on the eHealth literacy framework: Development and initial validity testing of the eHealth literacy questionnaire (eHLQ). *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e36. <https://doi.org/10.2196/jmir.8371>.

10. Azzopardi-Muscat, N., & Sørensen, K. (2019). Towards an equitable digital public health era: Promoting equity through a health literacy perspective. *European Journal of Public Health*, 29(Suppl. 3), 13–17. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz166>.
11. Mancone, S., Corrado, S., Tosti, B., Spica, G., & Diotaiuti, P. (2024). Integrating digital and interactive approaches in adolescent health literacy: A comprehensive review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1387874. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1387874>.
12. Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2016). Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: A Danish population-based study. *Journal of Health Communication*, 21(Suppl. 2), 54–60. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1201175>.
13. Schapira, M. M., Swartz, S., Ganschow, P. S., Jacobs, E. A., Neuner, J. M., Walker, C. M., et al. (2017). Tailoring educational and behavioral interventions to level of health literacy: A systematic review. *MDM Policy & Practice*, 2(1), 2381468317714474. <https://doi.org/10.1177/2381468317714474>.
14. Svendsen, I. W., Damgaard, M. B., Bak, C. K., Bøggild, H., Torp-Pedersen, C., Svendsen, M. T., et al. (2021). Employment status and health literacy in Denmark: A population-based study. *International Journal of Public Health*, 66, 598083. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.598083>.
15. Petersen, M. N. S., Middelboe, C. J., Mortensen, O. S., Krølner, R. F., Tjørnhøj-Thomsen, T., Ersbøll, A. K., et al. (2025). Patterns of health literacy among vulnerable unemployed citizens: A cross-sectional study in a Danish municipality. *BMC Public Health*, 25(1), 3111.
16. Samkange-Zeeb, F., Singh, H., Lakeberg, M., Kolschen, J., Schüz, B., & Christianson, L. (2022). Health literacy needs among unemployed persons: Collating evidence through triangulation of interview and scoping review data. *Frontiers in Public Health*, 10, 798797. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.798797>.
17. Yin, R., Martinengo, L., Smith, H. E., Subramaniam, M., Griva, K., & Car, L. T. (2024). The views and experiences of older adults regarding digital mental health interventions: A systematic review of qualitative studies. *The Lancet Healthy Longevity*.
18. Piccolo, R. (2024). Digitization, health literacy and health empowerment of older people. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 20(4), 3001–3034.
19. Dong, Q., Liu, T., Liu, R., Yang, H., & Liu, C. (2023). Effectiveness of digital health literacy interventions in older adults: Single-arm meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e48166. <https://doi.org/10.2196/48166>.
20. Yang, Y., Yao, X., Lu, D., Wang, Y., Gan, Y., Bao, X., et al. (2024). Improving the eHealth literacy of older adults: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 60, 128–136.
21. Yuen, E., Winter, N., Savira, F., Huggins, C. E., Nguyen, L., Cooper, P., et al. (2024). Digital health literacy and its association with sociodemographic characteristics, health resource use, and health outcomes: Rapid review. *Interactive Journal of Medical Research*, 13(1), e46888. <https://doi.org/10.2196/46888>.
22. Kizilkilic, S. E., Xu, L., Akinci, B., Brørs, G., Bäck, M., & Baritello, O. (2025). Educational methods to improve digital health literacy: A systematic review and meta-analysis for the EAPC Opti(MI) se initiative. *European Journal of Preventive Cardiology*.
23. Muellmann, S., Wiersing, R., Zeeb, H., & Brand, T. (2025). Digital health literacy in adults with low reading and writing skills living in Germany: Mixed methods study. *JMIR Human Factors*, 12, e65345. <https://doi.org/10.2196/65345>.
24. Shi, Z., Du, X., Li, J., Hou, R., Sun, J., & Marhabutr, T. (2024). Factors influencing digital health literacy among older adults: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1447747. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1447747>.
25. Massa, C., De La Vega, M., & Zelaya, M. I. (2024). Bridging the digital health literacy gap in older adult populations through a service design approach. In *Service Design, Creativity, and Innovation in Healthcare: Challenges, Insights, Solutions* (pp. 191–208). Springer.



**Region Nordjylland
Reform og Sundhed
Sundhedsplanlægning**

Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Øst
www.rn.dk

Marts 2026