

Borgere med selvrapporert muskel- skelet-sygdom i Region Nordjylland 2025

Opgørelser baseret på sundhedsprofilen
'Hvordan har du det?' 2025

Introduktion

Denne rapport beskriver borgere med selvrapporteret muskel-skelet-sygdom i Region Nordjylland. Alle resultater, der præsenteres i rapporten er baseret på spørgeskemaundersøgelsen ”Hvordan har du det?” 2025. Undersøgelsen blev gennemført i perioden 4. februar til 18. maj 2025. Spørgeskemaet blev udsendt til 34.500 nordjyder hvoraf 14.338 personer besvarede.

I spørgeskemaet stilles spørgsmålet ‘For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu, eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du angive, om du har eftervirkninger. Der indgår 18 sygdomme i spørgsmålet.

Muskel-skelet-sygdom er en kombineret kategori, der er baseret på de borgere, der har svaret, at de har **slidgigt, leddegigt, knogleskørhed eller diskusprolaps eller andre rygsygdomme** nu, eller har haft det tidligere og har eftervirkninger. Gennem rapporten bruges den fælles betegnelse ‘muskel-skelet-sygdom’.

I rapporten indledes med en præsentation af muskel-skelet-sygdom i Nordjylland – hvor mange er der i Nordjylland, hvordan fordeler de sig på køn og alder mv. Derefter præsenteres gruppen af borgere med muskel-skelet-sygdom. Dernæst følger sundhedsvaner, trivsel og behandlingsbyrde.

Derudover er der fokus på sundhedskompetence og digital parathed samt besøg ved egen læge og til afslutning seksuel sundhed.

Til sidst i rapporten kan du læse definitionerne på de indikatorer, der indgår i rapporten, fx hvordan ‘søvnbesvær’ og ‘ensomhed’ er

defineret.



Muskel-skelet-sygdom blandt nordjyderne



Tabel 1: Muskel-skelet-sygdom i Nordjylland – køn, alder og sociale forhold

		Muskel-skelet-sygdom	Antal
Alle		38	165464
Køn	Mænd	34	73862
	Kvinder	42	91603
Mand	16-24 år	4	853
	25-44 år	14	6719
	45-66 år	41	31592
	67+ år	51	34698
Kvinde	16-24 år	7	1704
	25-44 år	15	7876
	45-66 år	49	36729
	67+ år	68	45294
Uddannelse	Grundskole	54	27127
	Gymnasie/erhvervsfaglig	38	63687
	Kort videregående	43	16225
	Mellemlang	35	32049
	Lang videregående	24	10575
Arbejde	I arbejde	27	59545
	Ikke i arbejde	51	96093

Baseret på selvrapporteret muskel-skelet-sygdom i sundhedsprofilundersøgelsen svarer 38% af nordjyderne, at de har muskel-skelet-sygdom.

Blandt mændene er der 34% der har muskel-skelet-sygdom, mens det blandt kvinder er 42%. Aldersmæssigt ses det, at andelen stiger med alderen, så mere end halvdelen i alderen 67+ år lider af muskel-skelet-sygdom.

Ser vi på uddannelsesniveau er der 54% blandt nordjyder med grundskole som længst fuldførte uddannelsesniveau, der har muskel-skelet-sygdom, mens andelen blandt borgere med lang videregående uddannelse er 24%.

51% blandt nordjyder, der ikke er i arbejde, har muskel-skelet-sygdom, mens det gælder 27% af de beskæftigede nordjyder.



Karakteristik af borgere med muskel-skelet-sygdom

Tabel 2: Køn alder og sociale forhold blandt borgere med muskel-skelet-sygdom

		Andel blandt borgere med muskel-skelet-sygdom
Køn	Mænd	45
	Kvinder	55
Mand	16-24 år	1
	25-44 år	9
	45-66 år	43
	67+ år	47
Kvinde	16-24 år	2
	25-44 år	9
	45-66 år	40
	67+ år	49
Uddannelse	Grundskole	18
	Erhvervsfaglig	43
	Kort videregående	11
	Mellemlang	21
	Lang videregående	7
Arbejde	I arbejde	38
	Ikke i arbejde	62
Sygdom	Har én anden sygdom	12
	Har to eller flere andre sygdomme	88

I tabel 2 ser vi på, hvordan gruppen af nordjyder med muskel-skelet-sygdom ser ud. Det fremgår af tabellen, at 45% er mænd, mens 55% er kvinder. For begge køn gælder det, at samlet set er mere end 80% i alderen 45 og derover.

Når det kommer til uddannelse, er der 18% af nordjyderne med muskel-skelet-sygdom, der har grundskole som længst fuldførte uddannelsesniveau, 43% har erhvervsfaglig uddannelse, mens de sidste 38% har en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse.

38% er beskæftigede, mens 62% er pensionister eller på anden vis udenfor arbejdsmarkedet.

Blandt gruppen af nordjyder med muskel-skelet-sygdom har 12% en yderligere kronisk sygdom, mens hele 88% har to eller flere andre kroniske sygdomme.



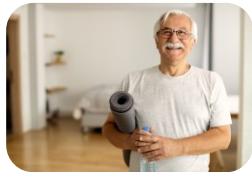
Emma og Mikkel 16-24 år



Mads og Sofie 25-44 år



Christina og Kasper 45-66 år



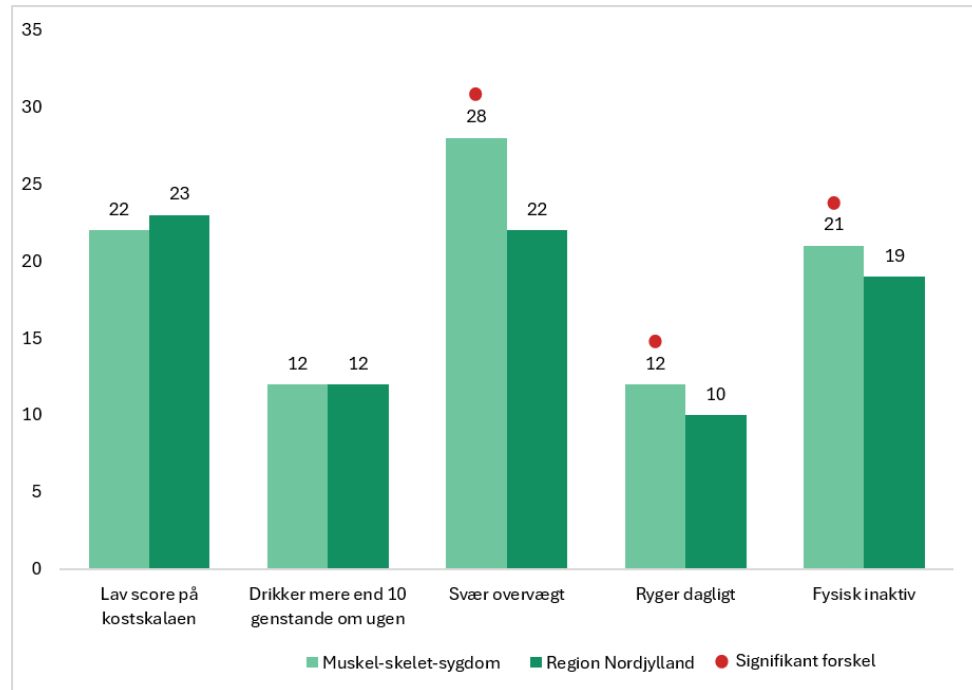
Jens og Kirsten 67+ år

Sundhedsvaner

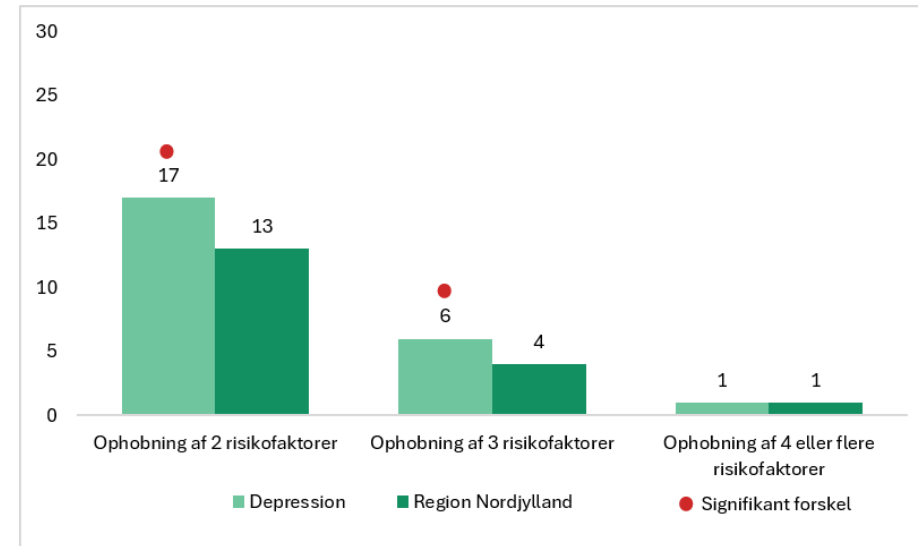


Ophobning af risikofaktorer: opgør hvor mange borgere, der har to, tre eller 4 eller flere sundhedsvaner, der kan udgøre en risiko for deres helbred. Inkluderet i opgørelsen er de fem parametre, der opgøres i figur 1.

Figur 1: Sundhedsvaner blandt borgere med muskel-skelet-sygdom. 2025. Procent



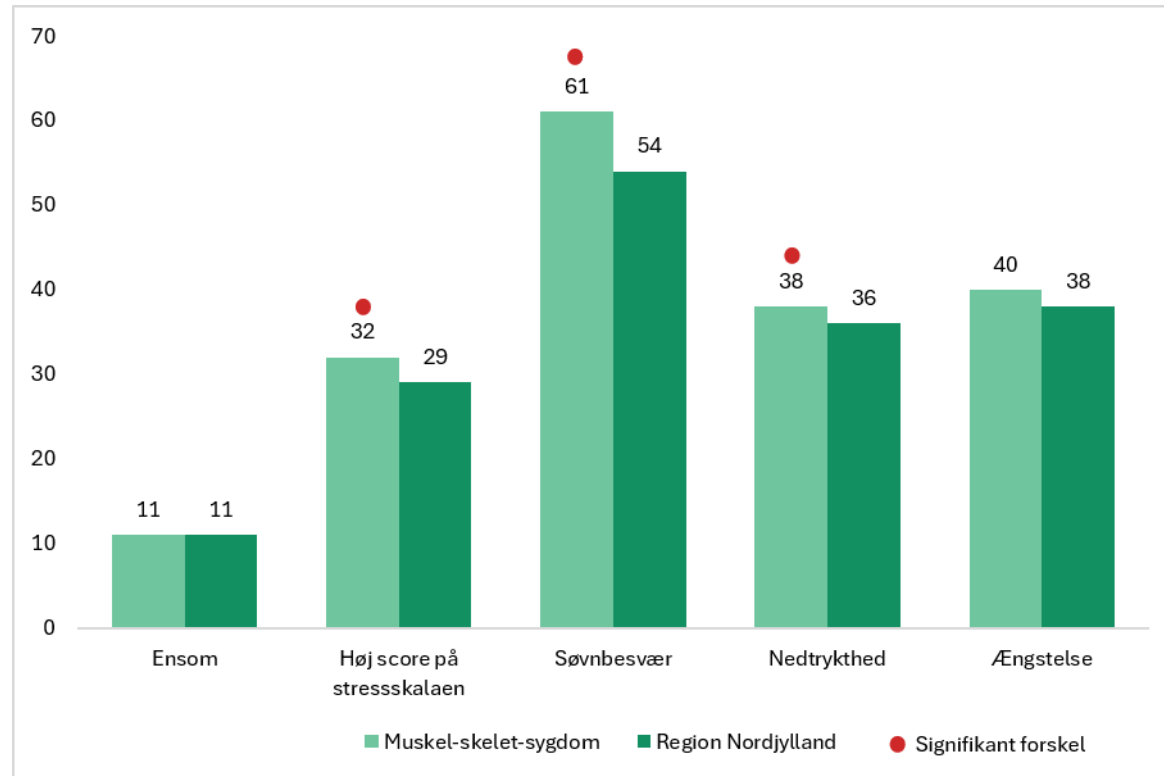
Figur 2: Ophobning af risikofaktorer blandt borgere med muskel-skelet-sygdom. 2025. Procent



Figur 1 viser, at blandt borgere med muskel-skelet-sygdom, er der en højere andel, der har svær overvægt, ryger dagligt og kan karakteriseres som fysisk inaktive, når der sammenlignes med det regionale gennemsnit. Figur 2 viser ophobning af risikofaktorer. Her ses det, at borgere med muskel-skelet-sygdom ligger over det regionale gennemsnit på ophobning af både 2 og 3 risikofaktorer.

Mental sundhed og trivsel

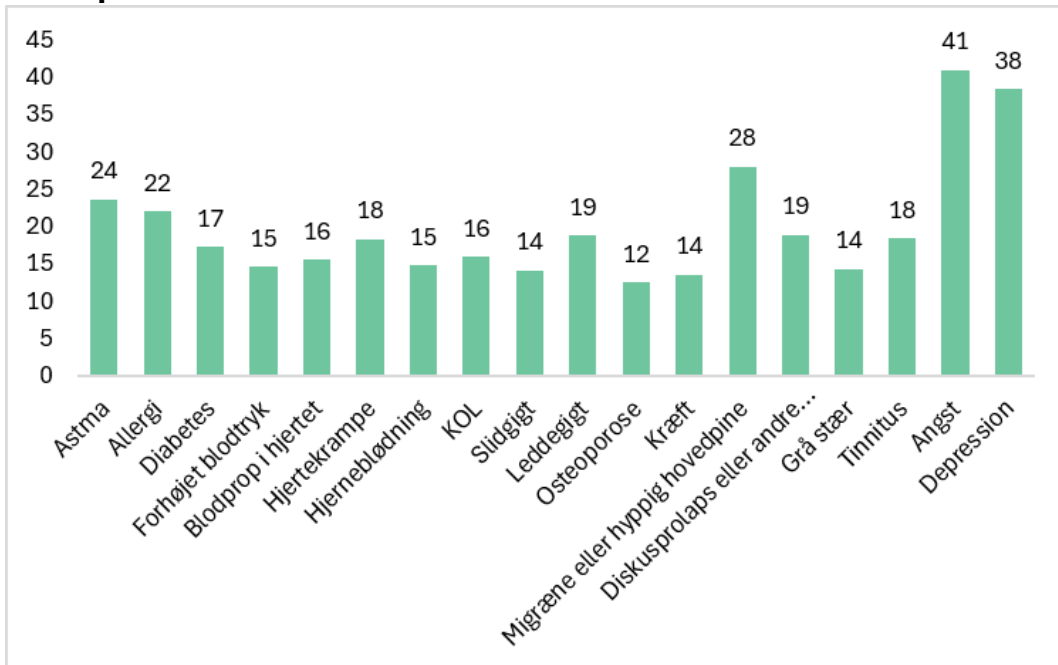
Figur 3: Trivsel og mental sundhed blandt borgere med muskel-skelet-sygdom.



På de udvalgte faktorer omkring mental sundhed og trivsel viser figur 3, at andelen der har høj score på stresskalaen, har være meget generet af søvnbesvær og nedtrykthed ligger lidt højere for borgere med muskel-skelet-sygdom sammenlignet med gennemsnittet for alle borgere i Region Nordjylland.

Behandlingsbyrde

Figur 4: Høj behandlingsbyrde blandt borgere med forskellige sygdomme. 2025. procent

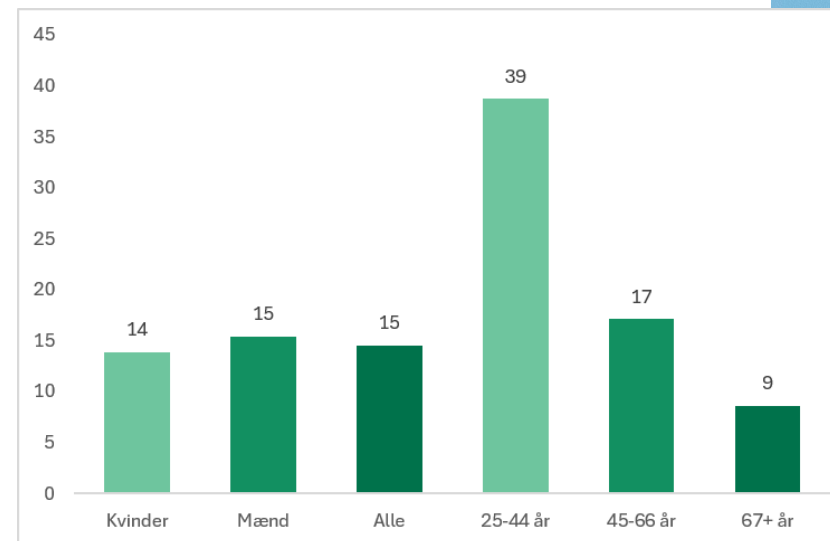


Figur 4 viser, at blandt de forskellige sygdomme svinger andelen, der oplever høj behandlingsbyrde, fra 12% til 41%. For de fire sygdomme, der indgår muskel-skelet-sygdom er andelen hhv. 12% (osteoporose), 14% (slidgigt) og 19% (leddegigt og diskusprolaps eller andre rygsygdomme).

Af figur 5 fremgår det, at for muskel-skelet-sygdom samlet set er der 15%, der oplever høj behandlingsbyrde, og denne andel er ens for både mænd og kvinder. For de 25-44 årige er andelen oppe på 39%, mens høj behandlingsbyrde falder med alderen til 17% blandt de 45-66 årige og 9% blandt de 67+ årige.

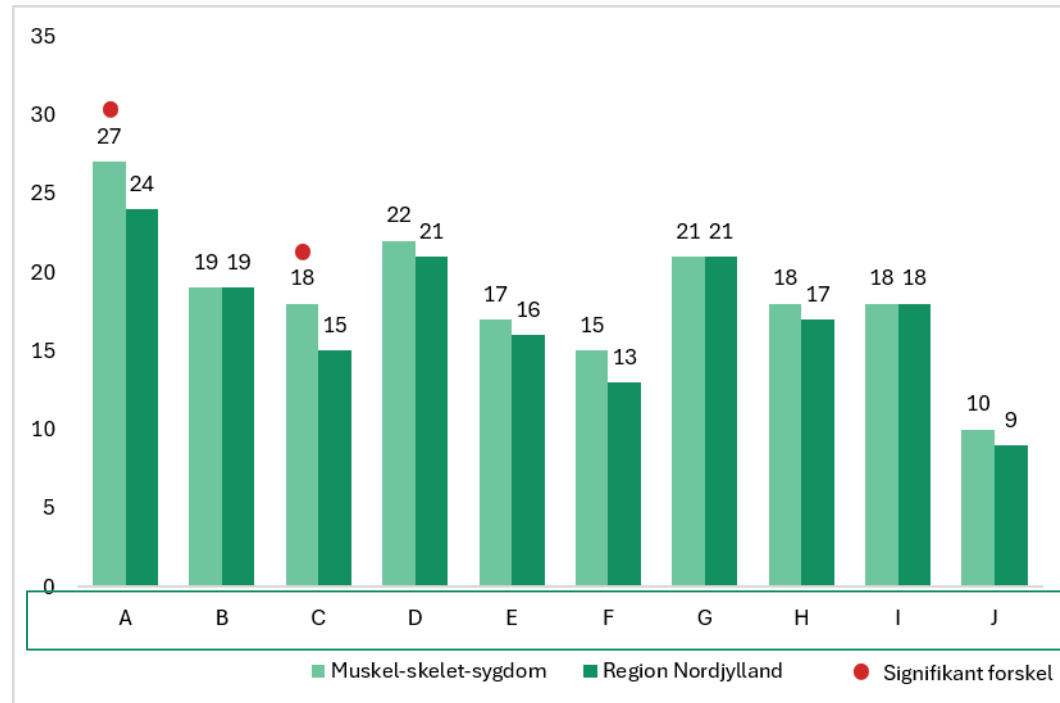
Behandlingsbyrde omhandler det besvær, der kan følge med at have en sygdom og skulle følge behandling. Det er eksempelvis at skulle hente medicin, huske at tage medicin, kontakte sundhedsvæsenet, gennemføre tilrådede livsstilsændringer og inddrage familie og venner.

Figur 5: Høj behandlingsbyrde opgjort på køn og aldersgrupper blandt borgere med muskel-skelet-sygdom. 2025. procent



Sundhedskompetence

Figur 6: Sundhedskompetence blandt borgere med muskel-skelet-sygdom. 2025. Procent.



Grafen viser, at for to udsagn er der en større andel af borgere med muskel-skelet-sygdom, der har svaret 'svært' eller 'meget svært', når der sammenlignes med det regionale gennemsnit. Det gælder udsagn A: Sikre dig, at sundhedsprofessionelle forstår dine problemer rigtigt og udsagn C: Udfylde skemaer med sundhedsoplysninger rigtigt.

Sundhedskompetence handler om den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed, det vil sige kompetencer som den enkelte anvender, for at kunne håndtere sit helbred. Det omfatter både evnen til at finde informationer om sundhed, og hvad man kan gøre for at bevare et godt helbred, holde forskellig information op imod hinanden, finde og beslutte handlemuligheder i konkrete situationer og kunne føre dem ud i livet. Sundhedskompetence afhænger derfor på den ene side af den enkeltes kompetencer, på den anden side af sundhedsvæsenets kompleksitet og tilbud, som den enkelte skal navigere rundt i.

Grafen viser de borgere, der har svaret 'svært' eller 'meget svært' på de udsagn, der fremgår af boksen.

- A: Sikre dig, at sundhedsprofessionelle forstår dine problemer rigtigt
- B: Være i stand til at tale om dine helbredsproblemer med en sundhedsprofessionel
- C: Udfylde skemaer med sundhedsoplysninger rigtigt
- D: Have gode samtaler om dit helbred med læger
- E: Præcist følge de anvisninger, du får af sundhedsprofessionelle
- F: Læse og forstå skriftlig information om sundhed
- G: Blive ved med at spørge den sundhedsprofessionelle, indtil du har forstået det, du har brug for
- H: Læse og forstå al information på medicinindpakninger
- I: Stille spørgsmål til sundhedsprofessionelle for at få den information, du har brug for
- J: Forstå, hvad sundhedsprofessionelle vil have dig til at gøre

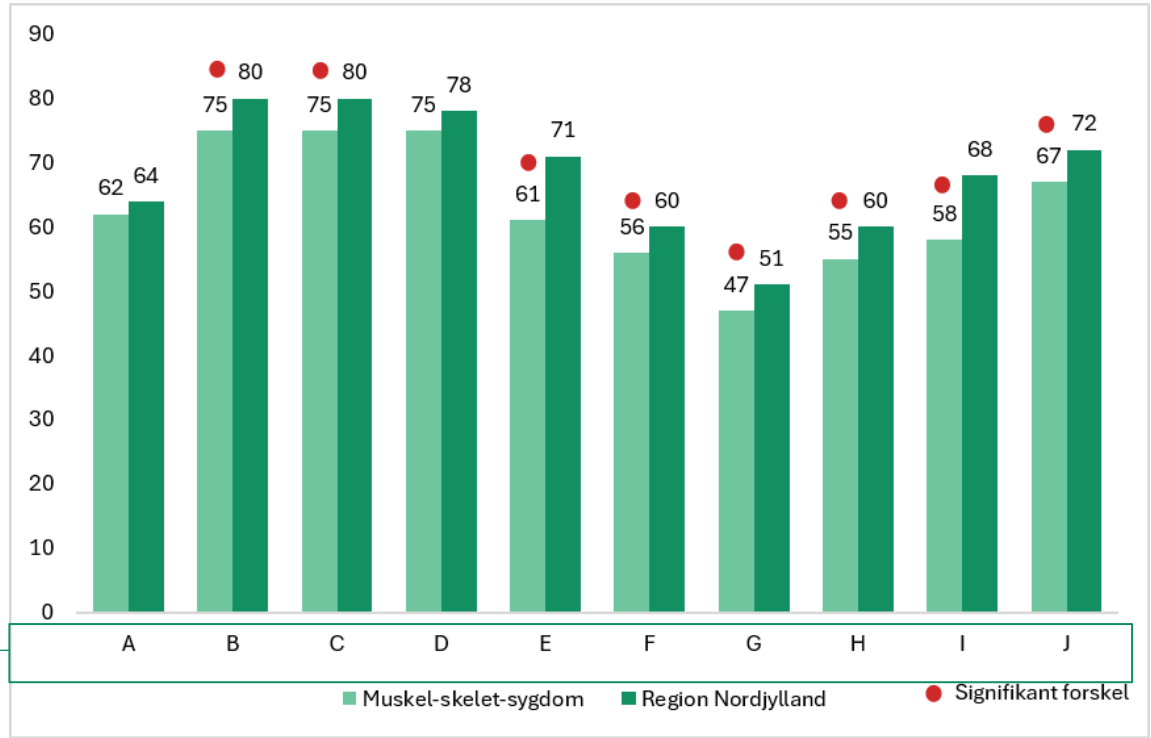
Digital sundhedskompetence

Digitale sundhedskompetencer omfatter borgernes evne til at anvende digitale tjenester til eget forbrug og i sundhedsvæsenets, motivation for at anvende disse samt tillid til datasikkerhed og adgang til relevante og tilpassede værktøjer.

Grafen viser de borgere, der har svaret 'enig' eller 'meget enig' på de udsagn, der fremgår af boksen.

- A: Teknologi gør, at jeg føler mig engageret i min egen sundhed
- B: Jeg ved, hvordan jeg skal bruge teknologi til at få de informationer jeg har behov for
- C: Jeg ved, hvordan jeg bruger teknologi til gavn for mig selv
- D: Jeg kan indtaste data i digitale sundhedssystemer
- E: Jeg lærer hurtigt at orientere mig i nye digitale muligheder
- F: Jeg synes, at teknologi hjælper mig til at tage mig af mit helbred
- G: Jeg synes, jeg får bedre hjælp fra de sundhedsprofessionelle når jeg bruger teknologi
- H: Teknologi forbedrer min kommunikation med sundhedsprofessionelle
- I: Det er nemt for mig at lære, hvordan jeg skal bruge nye sundhedsteknologier
- J: Jeg synes, at teknologi er nyttigt til at følge min sundhedstilstand

Figur 7: Digital sundhedskompetence blandt borgere med muskel-skelet-sygdom. 2025. Procent.



Figuren viser, at blandt borgere med muskel-skelet-sygdom er andelen, der svarer enig eller meget enig på udsagn om digitale sundhedskompetencer, lidt lavere end det regionale gennemsnit på 9 ud af de 11 udsagn. Dvs. at borgere med muskel-skelet-sygdom vurderer deres motivation og evner ift. digitale sundhedsløsninger lidt lavere end nordjyderne generelt.

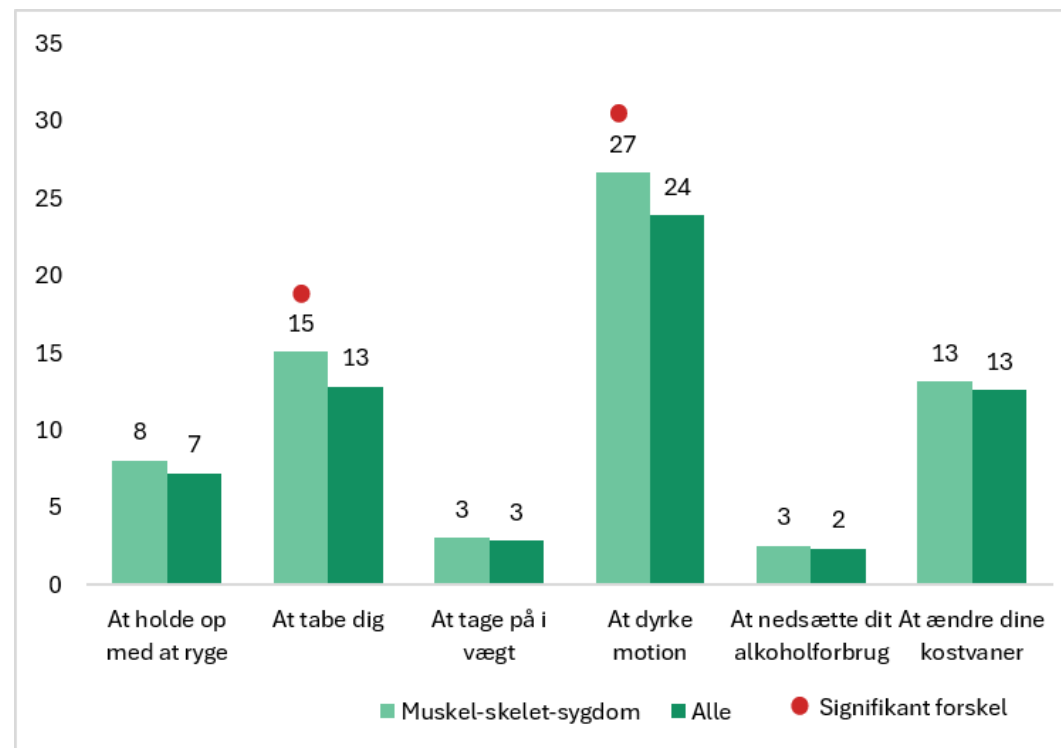
Egen læge/lægehus

Kontakt til egen læge/lægehus inden for de seneste 12 måneder:

Blandt borgere med muskel-skelet-sygdom har 80% været i kontakt med praktiserende læge inden for de seneste 12 måneder. Blandt nordjyderne generelt gælder de 66%.

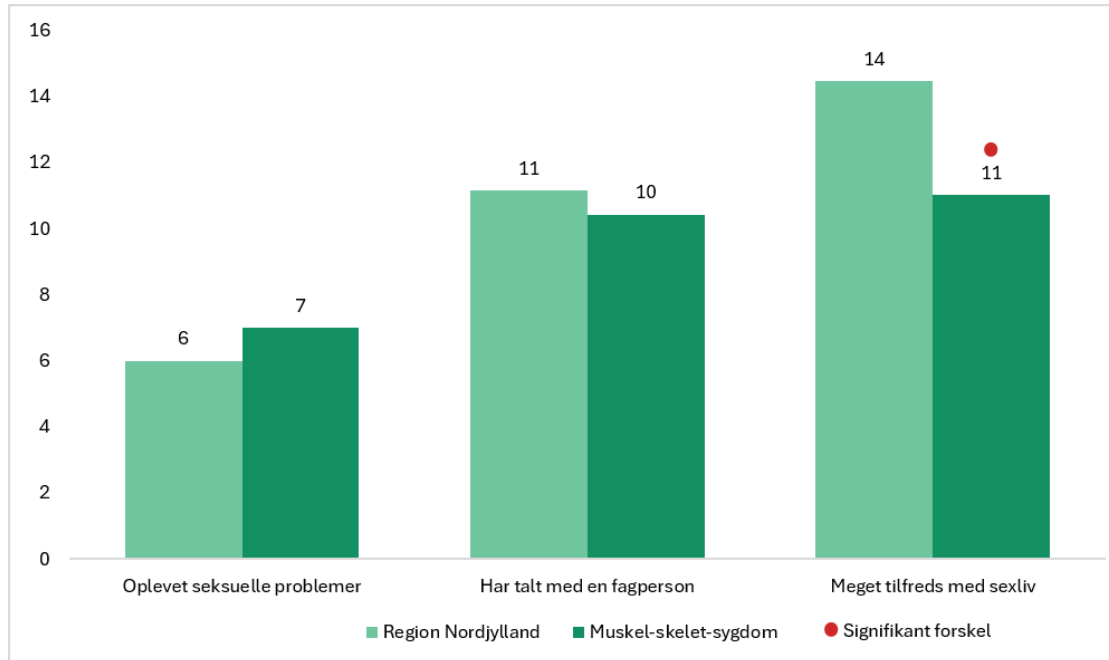
Figur 8 viser, at flere borgere med muskel-skelet-sygdom har fået råd fra egen læge om at tabe sig, samt at dyrke motion sammenlignet med gennemsnittet for alle nordjyder.

Figur 8: Modtaget råd fra egen læge omkring sundhedsvaner. 2025. Procent



Seksuel sundhed

Figur 9: Seksuel sundhed blandt borgere med muskel-skelet-sygdom. 2025.
Procent



Færre borgere med muskel-skelet-sygdom har svaret, at de er meget tilfredse med deres sexliv, sammenlignet med gennemsnittet for Region Nordjylland. I forhold til at have oplevet seksuelle udfordringer samt talt med en fagperson i sundhedsvæsenet omkring deres sexliv er der ingen forskel mellem nordjyderne generelt og borgere med muskel-skelet-sygdom.

Vidensråd for forebyggelse:
Seksuel sundhed er en tilstand, hvor et menneske oplever seksualiteten som en meningsfuld og berigende del af tilværelsen og under givne livsomstændigheder kan realisere sine seksuelle lyster og behov, alene eller i et ligeværdigt samspil med andre.

Anbefaling fra Vidensråd for forebyggelse:
Sundhedsprofessionelle bør anerkende seksualitet som en vigtig sundhedsparameter og rutinemæssigt drage omsorg for relevante seksuelle og samlivsmæssige aspekter i det kliniske arbejde. Desuden bør sundhedsfagfolk gennem præ- og postgraduat uddannelse kunne opnå kendskab til samspillet mellem seksualitet, livsstil, sundhed og sygdom og tilegne sig basale færdigheder inden for almindeligt forekommende sexologiske problemstillinger

Definitioner

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. **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.

Fysisk inaktiv

Borgere, der på spørgsmålet 'Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?' Har svaret 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'

Svær overvægt

BMI 30 eller derover (selvrapporteret højde og vægt)

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. 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 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.

Ryger dagligt

Borgere der har svaret, at de ryger cigaretter dagligt.

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.

Søvnbesvær, ængstelse og nedtrykthed

Personer der på spørgsmålet 'Har du inden for de seneste 14 dage være generet af nogle af de nævnte former for smerter og ubehag?' har svaret 'Ja, meget generet' på genererne:

'søvnbesvær, søvnproblemer'

Ængstelse, nervøsitet, uro og angst'

'Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig'.

Definitioner

Behandlingsbyrde

At have en sygdom medfører en række opgaver, der kan opfattes som besværlige og byrdefulde. Denne såkaldte behandlingsbyrde er målt med 10 spørgsmål, og omhandler det besvær, der kan følge med at have en sygdom og skulle følge behandling. Det er eksempelvis det at skulle hente medicin, huske at tage medicin, kontakte sundhedsvæsenet og kunne overskue aftaler og arrangere transport, gennemføre tilrådede livsstilsændringer og inddrage familie og venner. Svarene fra de 10 spørgsmål samles i ét mål og er inddelt i, om deltagerne oplever, at der er ingen, lav, medium eller høj byrde af deres sygdom.

Sundhedskompetence

De inkluderede spørgsmål stammer alle fra spørgebatteriet Health Literacy Questionnaire (HLQ), der samlet består af 9 domæner. De 10 spørgsmål stammer fra skala 6 'Kan samarbejde aktivt med sundhedsprofessionelle' og skala 9 'Kan forstå information om sundhed'.

Digital sundhedskompetence

De inkluderede spørgsmål stammer alle fra spørgebatteriet eHealth Literacy Questionnaire (HLQ), der samlet består af 7 domæner. De 10 spørgsmål stammer fra skala 3 'Evne til aktivt at benytte sig af digitale løsninger' og skala 5 'Motiveret for at bruge digitale løsninger'.

Seksuel sundhed

Spørgsmålene om seksuel sundhed er egenudviklede med inspiration fra spørgsmål om emnet, der