

# Psykisk helse i Trøndelag 2019

Helsestatistikk-rapport nummer 6 fra HUNT4

## Mental health in Trøndelag County 2019

Health statistics report no. 6, the HUNT4 Survey

Steinar Krokstad, Dina von Heimburg, Vegar Rangul, Bente Christine Gravaas, Sveinung Eiksund, Jon Olav Sliper, Signe Opdahl, Kyrre Kvistad, Pål Fosslund Moa, Erik R. Sund

2021

HUNT forskningscenter

**HUNT**  
HELSEUNDERSØKELSEN I TRØNDELAG



NTNU

**NTNU**  
Kunnskap for en bedre verden

Utgitt av:  
HUNT forskningscenter  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,  
Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU  
Forskningsvegen 2  
7600 Levanger  
<http://www.ntnu.no/hunt/>  
Levanger, desember 2020.  
ISBN 978-82-91725-44-4

## FORORD

I denne delrapporten presenteres tall for hele Trøndelag fylke fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Det er tidligere utgitt rapporter for Nord-Trøndelag, samt fire rapporter som omfatter hele fylket. Datainnsamlingen i Nord-Trøndelag ble avsluttet i februar 2019, mens innsamlingen i Sør-Trøndelag ble gjennomført i oktober og november 2019. I Nord-Trøndelag var dette den fjerde runden med undersøkelser av befolkningen, mens i Sør-Trøndelag var det den første. Det er knyttet stor spenning til resultatene; hvordan er folkehelsestilstanden egentlig? Uten å kjenne til fordelingen eller utviklingen av helsetilstanden i befolkningen er det umulig å drive et effektivt og målrettet folkehelsearbeid. Nå har vi kunnskapsgrunlaget for å drive et godt folkehelsearbeid lokalt og regionalt.

Vi har observert betydelige endringer i helserelaterte forhold bare i løpet av de siste tre tiårene mens HUNT har pågått i Nord-Trøndelag. Dette viser hvor sterkt de rådende levekårene og samfunnsforholdene påvirker oss. Nå kan vi sammenligne data fra alle kommunene i fylket og fra levekårssoner i Trondheim.

Tema for denne rapporten er psykisk helse belyst med ulike indikatorer innsamlet ved hjelp av spørreskjema. Indikatorene er: langvarig funksjonsnedsettende sykdom på grunn av psykiske helseplager, symptomer på psykiske helseplager, enkeltspørsmål om angst og depresjon samt spørsmål om man føler det man gjør i livet er meningsfullt. I vedlegg til rapporten vises også noen andre indikatorer på psykisk helse, herunder søvn.

Rapporten er utarbeidet av en analysegruppe som består av ansatte fra Trøndelag fylkeskommune (Jon Olav Sliper, Kyrre Kvistad og Pål Fosslund Moa), Trondheim kommune (Bente Christine Gravaas og Sveinung Eiksund) og HUNT forskningssenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU (Dina von Heimburg, Signe Opdahl, Vegar Rangul, Steinar Krokstad og Erik R. Sund).

Det at de to tidligere trøndelagsfylkene nå er slått sammen, har ført til et utvidet samarbeid mellom Trøndelag fylkeskommune, kommunene i hele det nye fylket og HUNT forskningssenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Mer omfattende rapportering fra HUNT vil publiseres fortløpende, både gjennom rapporter og på nettsidene til fylkeskommunen, kommunene og HUNT.

Levanger, Steinkjer og Trondheim, 24. mars 2021

HUNT forskningssenter

### **Rapporter utgitt etter HUNT4 (voksne)**

1. Folkehelseutfordringer i Trøndelag 2019. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19)
2. Helse, kronisk sykdom og livskvalitet i Nord-Trøndelag 2017-19 (helsestatistikkrapport nr. 1)
3. Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 2)
4. Levevaner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 3)
5. Samfunnsdeltakelse i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 4)
6. Nærmiljø i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 5)

### **Rapporter utgitt etter Ung-HUNT4 (ungdom)**

1. Selvpoplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdom
2. Fritidsaktiviteter og kontakt med venner blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19

# Innholdsfortegnelse

FORORD .....	iii
Figurliste .....	6
Figurliste - vedlegg .....	7
Sammendrag .....	8
Abstract .....	10
1. Innledning .....	12
2. Metode .....	15
2.1 HUNT .....	15
2.2 Datainnsamlingen .....	16
2.3 Utvalget .....	18
2.4 Analyser .....	18
2.5 Levekårssoner i Trondheim .....	19
2.6 Verdien av egenrapporterte svar .....	19
2.7 Tolkning .....	19
3. Resultater for kommuner i Trøndelag .....	20
Langvarig og funksjonsnedsettende psykisk sykdom .....	21
Psykiske helseplager .....	23
Plaget med angst .....	25
Har vært nedfor eller deprimert .....	27
Opplever det man gjør i livet som meningsfylt .....	29
4. Resultater for bydeler i Trondheim .....	31
Langvarig og funksjonsnedsettende psykisk sykdom .....	32
Psykiske helseplager .....	33
Plaget med angst .....	34
Har vært nedfor eller deprimert .....	35
Opplever det man gjør i livet som meningsfylt .....	36
5. Oppsummering .....	37
6. Referanser .....	38
Vedlegg 1: Kart levekårssoner Trondheim .....	39
Vedlegg 2: Funnplot av dårlig egenvurdert helse (%) for menn i Nord-Trøndelag .....	40
Vedlegg 3. Indikatorer på helsetjenestebruk, medisinbruk og søvn i Trøndelag .....	41
Vedlegg 4. Indikatorer på helsetjenestebruk, medisinbruk og søvn i bydeler i Trondheim .....	52

## Figurliste

Figur 1 Illustrasjon av to psykologiske erfaringer som komplementerer hverandre: På den ene siden må man erfare at man har verdi ved å få anerkjennelse fra samfunn, arbeidsliv, sosiale nettverk og oss selv. På den andre siden må man erfare at man kan bidra med noe verdifullt (originalfigur: Prilletsensky 2020 [1], oversatt til norsk i Krokstad, 2021 [2]).....	12
Figur 2 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen (Kilde FHI rapport 2018).....	14
Figur 3 Spørsmål som er fremstilt i rapporten .....	18
Figur 4 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hemmet av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. Kommuner i Trøndelag (menn venstre) og kvinner (høyre) .....	21
Figur 5 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hemmet av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. Aldersgrupper og kjønn .....	22
Figur 6 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hemmet av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. Utdanningsnivå og kjønn .....	22
Figur 7 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager. Kommuner i Trøndelag, men (venstre), kvinner (høyre).....	23
Figur 8 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager. Aldersgrupper og kjønn.....	24
Figur 9 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager. Utdanningsnivå og kjønn.....	24
Figur 10 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært plaget av angst (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Kommuner i Trøndelag, menn (høyre) og kvinner (venstre).....	25
Figur 11 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært plaget av angst (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Aldersgrupper og kjønn.....	26
Figur 12 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært plaget av angst (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Utdanningsnivå og kjønn.....	26
Figur 13 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært nedfor/deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre).....	27
Figur 14 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært nedfor/deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Aldersgrupper og kjønn.....	28
Figur 15 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært nedfor/deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Utdanningsnivå og kjønn.....	28
Figur 16 Andel innbyggere (%) som oppgir at det de gjør i livet oppleves som meningsfullt. Andel som oppgir minst 7 på en skala fra 1 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre).....	29
Figur 17 Andel innbyggere (%) som oppgir at det de gjør i livet oppleves som meningsfullt. Andel som oppgir minst 7 på en skala fra 1 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Aldersgrupper og kjønn.....	30
Figur 18 Andel innbyggere (%) som oppgir at det de gjør i livet oppleves som meningsfullt. Andel som oppgir minst 7 på en skala fra 1 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Utdanningsnivå og kjønn.....	30
Figur 19 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hemmet av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. Levekårssoner i Trondheim (menn øverst) og kvinner (nederst) .....	32
Figur 20 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager. Levekårssoner i Trondheim (menn øverst) og kvinner (nederst) .....	33
Figur 21 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært plaget av angst (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Levekårssoner i Trondheim (menn øverst) og kvinner (nederst) .....	34
Figur 22 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært nedfor/deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Levekårssoner i Trondheim (menn øverst) og kvinner (nederst).....	35
Figur 23 Andel innbyggere (%) som oppgir at det de gjør i livet oppleves som meningsfullt. Andel som oppgir minst 7 på skala fra 1 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Levekårssoner i Trondheim (menn øverst) og kvinner (nederst).....	36

## Figurliste - vedlegg

Vedleggsfigur 1 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre) .....	42
Vedleggsfigur 2 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for. Aldersgrupper og kjønn. ....	43
Vedleggsfigur 3 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for. Utdanningsnivå og kjønn. ....	43
Vedleggsfigur 4 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 måneder. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre) .....	44
Vedleggsfigur 5 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 måneder. Aldersgrupper og kjønn. ....	45
Vedleggsfigur 6 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 måneder. Utdanningsnivå og kjønn. ....	45
Vedleggsfigur 7 Andel innbyggere (%) som oppgir å bruke reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre) .....	46
Vedleggsfigur 8 Andel innbyggere (%) som oppgir å bruke reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Aldersgrupper og kjønn. ....	47
Vedleggsfigur 9 Andel innbyggere (%) som oppgir å bruke reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Utdanningsnivå og kjønn. ....	47
Vedleggsfigur 10 Andel innbyggere (%) som oppgir å våkne for tidlig og ikke få sove igjen (minst 3 ganger per uke siste 3 mnd. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre) .....	48
Vedleggsfigur 11 Andel innbyggere (%) som oppgir å våkne for tidlig og ikke få sove igjen (minst 3 ganger per uke siste 3 mnd. Aldersgrupper og kjønn. ....	49
Vedleggsfigur 12 Andel innbyggere (%) som oppgir å våkne for tidlig og ikke få sove igjen (minst 3 ganger per uke siste 3 mnd. Utdanningsnivå og kjønn. ....	49
Vedleggsfigur 13 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt vanskelig for å sovne om kvelden (minst 3 ganger per uke siste 3 måneder. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre) .....	50
Vedleggsfigur 14 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt vanskelig for å sovne om kvelden (minst 3 ganger per uke siste 3 måneder. Aldersgrupper og kjønn. ....	51
Vedleggsfigur 15 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt vanskelig for å sovne om kvelden (minst 3 ganger per uke siste 3 måneder. Utdanningsnivå og kjønn. ....	51
Vedleggsfigur 16 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for. Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst) .....	53
Vedleggsfigur 17 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 mnd. Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst) .....	54
Vedleggsfigur 18 Andel innbyggere (%) som oppgir å bruke reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 mnd. Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst) .....	55
Vedleggsfigur 19 Andel innbyggere (%) som oppgir å våkne for tidlig og ikke få sove igjen (minst 3 ganger per uke de siste 3 måneder). Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst) .....	56
Vedleggsfigur 20 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt vanskelig for å sovne om kvelden (minst 3 ganger per uke de siste 3 måneder). Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst) .....	57

# Sammendrag

## Bakgrunn

Psykisk helse og fysisk helse er likestilt i folkehelsearbeidet, og inngår som viktige dimensjoner i menneskers livskvalitet. Psykiske plager og lidelser er i dag blant de aller største helse- og samfunnsutfordringene i Norge, enten man måler i utbredelse, totale kostnader, samlet sykdomsbelastning eller tapte arbeidsår. Hovedformålet med rapporten er å publisere nøkkeltall fra utvalgte målevariabler knyttet til psykisk helse i Trøndelag etter HUNT4. Rapporten går i liten grad inn på de komplekse faktorene som påvirker hvordan psykisk helse og livskvalitet formes og skapes, og inneholder derfor ikke analyser av sammenhenger og påvirkningsfaktorer som beskrives innledningsvis i rapporten.

## Materiale og metode

Data er hentet fra Helseundersøkelsen i Trøndelag 2017-19, HUNT4. I Nord-Trøndelag ble HUNT4 gjennomført fra 2017 til 2019, hvor totalt 56 000 voksne i alderen 20 år og eldre (54 % av alle inviterte) deltok. I Sør-Trøndelag deltok 106 000 voksne i alderen 18 år og eldre (42 % av alle inviterte). I tillegg ble data fra HUNT4 70+ i Trondheim benyttet. Alle resultat i denne rapporten er fra både nord og sør, med unntak av et spørsmål om meningsfull livsaktivitet, som kun er stilt i sør.

Tallene som presenteres er basert på krysstabeller og formidles ved hjelp av kart og figurer som viser prosentandeler etter kommune, alder, kjønn og/eller utdanningsnivå. For Trondheim kommune presenteres resultatene også for levekårssoner. Andelene som vises i kartene over kommuner og levekårssoner, samt i figurene for utdanningsnivå, er aldersstandardiserte.

## Resultater

På spørsmål om langvarig sykdom som virker funksjonsnedsettende svarer 11 % av fylkets kvinner og 8 % av menn at de er hemmet på grunn av psykisk sykdom. Dette varierer mellom kommunene fra 6 % til 16 % for kvinner og fra 2 % til 12 % for menn. Andelen som har moderat til høyt symptomtrykk på psykiske helseplager er 13 % for kvinner og 10 % for menn. Andelen varierer mellom kommunene fra 3 % til 19 % for kvinner og fra 4 % til 14 % blant menn. 24 % av alle kvinner og 20 % av alle menn sier de er plaget av angst og dette varierer fra 12 % til 33 % for kvinner og fra 10 % til 27 % for menn når kommunene sammenlignes. Andelen som sier at de er nedfor eller deprimert er for kvinner 37 % og for menn 32 %. Andelen varierer mellom kommunene fra 25 % til 42 % for kvinner og fra 18 % til 36 % for menn. På spørsmål om «det du gjør i livet er meningsfullt» svarer om lag 8 av 10 innbyggere i gamle Sør-Trøndelag bekreftende på dette spørsmålet (spørsmålet ikke stilt i Nord-Trøndelag). Gjennomgående for alle disse variablene er at andelen som rapporterer psykiske helseplager er høyest i de yngste aldersgruppene, og at andelen avtar frem til 80 år for deretter å stige litt i den eldste aldersgruppen over 80 år. Det er også for disse variablene markerte forskjeller mellom ulike utdanningsgrupper, hvor de med kort utdanning gjennomgående har høyere andeler enn de med lengre utdanning. Eksempelvis er andelen med moderat til høyt nivå av symptomer på psykiske helseplager, godt over dobbelt så høy hos de med kortere utdanning sammenliknet med de med lang utdanning.



Om lag 1 av 10 personer i Trondheim oppgir å ha vært hemmet av langvarig psykisk sykdom, i minst ett år, som har nedsatt funksjoner i dagliglivet. Andelen er litt høyere for kvinner (12 %) enn for menn (8 %). I levekårssonene varierer andelen fra 3 % til 17 % for menn og fra 7 % til 19 % for kvinner. Andelen som har moderat til høyt symptomtrykk på psykiske helseplager er 15 % for kvinner og 12 % for menn. Andelen varierer mellom levekårssonene fra 10 % til 25 % for kvinner og fra 6 % til 21 % blant menn. I Trondheim oppgir 23 % av menn og 26 % av kvinner at de har vært plaget av angst i løpet av de siste 2 ukene. Andelen varierer fra 17 % til 37 % blant menn og fra 20 % til 38 % for kvinner i de ulike levekårssonene. Hele 35 % blant menn og 40 % av kvinner i Trondheim oppgir å ha følt seg nedfor eller deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste 2 ukene. Andelen varierer fra 25 % til 45 % blant menn og fra 34 % til 50 % blant kvinner i de ulike levekårssonene. På spørsmål om det de gjør i livet oppleves som meningsfullt svarer tre av fire i Trondheim 7 eller høyere på en skala fra 0 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Andelen er om lag like stor for menn (75 %) og kvinner (76 %). Andelen varierer mellom levekårssonene fra 63 % til 81 % blant menn og fra 66 % til 84 % for kvinner.

## **Konklusjon**

Om lag 1 av 10 voksne personer i Trøndelag oppgir å ha vært hemmet av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. En omtrent like stor andel rapporterer et moderat til høyt nivå av psykiske helseplager. Om lag 1 av 5 personer rapporterer angstproblematikk de siste to ukene før undersøkelsen, mens om lag 1 av 3 rapporterer tilsvarende at de er nedfor eller deprimert. Om lag 8 av 10 innbyggere i gamle Sør-Trøndelag svarer bekreftende på spørsmålet om «det du gjør i livet er meningsfullt». Det er gjennomgående en noe større andel kvinner som oppgir at de har funksjonsnedsettelse eller plager av psykiske helseproblemer. Andelen som rapporterer psykiske helseplager er videre høyest i de yngste aldersgruppene, og at andelen avtar frem til 80 år for deretter å stige litt igjen i den eldste aldersgruppen over 80 år. Det er for disse variablene markerte forskjeller mellom ulike utdanningsgrupper, hvor de med kortere utdanning gjennomgående har høyere andeler med plager enn de med lengre utdanning. Det er også en viss variasjon mellom henholdsvis kommunene i Trøndelag og mellom levekårssonene i Trondheim for de respektive variablene.

# Abstract

## Background

Mental health and physical health are equal in public health work and represent important dimensions in people's quality of life. Mental distress and suffering are today among the biggest health and societal challenges in Norway, whether measured in prevalence, total costs, disease burden or lost years of work. The main purpose of the report is to publish key figures from selected variables related to mental health in Trøndelag from the HUNT4 health survey. Findings reported are purely descriptive and does not discuss the complex causes behind the observed patterns.

## Material and method

Data are from the Health Survey in Trøndelag 2017-19, HUNT4. In Nord-Trøndelag, HUNT4 was conducted from 2017 to 2019, where a total of 56,000 adults aged 20 years and older participated (54% of all invited). In Sør-Trøndelag, 106,000 adults aged 18 and older participated (42% of all invited). In addition, data from HUNT4 70+ in Trondheim were used. All results in this report are from both the north and the south, with the exception of a question about meaningful life activity, which were only asked in the south.

The figures presented are based on cross-tabulations and are visualized using maps and graphs showing percentages according to municipality, age group, gender and education level. For Trondheim municipality, the results are also presented for living conditions zones. Prevalence's shown in the maps of municipalities and living conditions zones, as well as in the graphs for education level, are age standardized.

## Results

When asked about long-term illness with functional decline, 11% of the county's women and 8% of men report that they are disabled due to mental illness. Prevalence's varies between municipalities from 6% to 16% for women and from 2% to 12% for men. The prevalence who have a moderate to high symptom load of mental distress is 13% for women and 10% for men. The prevalence varies between municipalities from 3% to 19% for women and from 4% to 14% among men. 24% of all women and 20% of all men say they suffer from anxiety and this varies from 12% to 33% for women and from 10% to 27% for men when municipalities are compared. The prevalence reporting being depressed, or down, is 37% for women and 32% for men. Prevalence's varies between municipalities from 25% to 42% for women and from 18% to 36% for men. When asked if "what you do in life is meaningful", about 8 out of 10 inhabitants in former Sør-Trøndelag answer in the affirmative to this question (the question not asked in Nord-Trøndelag). Consistent for all these variables is that the prevalence who report having mental health issues is highest in the youngest age groups, and that the prevalence decreases up to 80 years and then rises slightly in the oldest age group over 80 years. There are marked inequalities for all variables according to education level, whereby those with a short education have higher prevalence's than those with a longer education. For example, the prevalence with moderate to high levels of mental distress is well over twice as high among those with a short education compared with those with a long education.

About 1 in 10 people in Trondheim state that they have been hampered by a long-term mental illness, for at least one year, which has reduced their functioning in daily life. The prevalence is slightly higher

for women (12%) than for men (8%). In the living conditions zones, the prevalence vary from 3% to 17% for men and from 7% to 19% for women. The prevalence who have moderate to high symptom load for mental health problems is 15% for women and 12% for men. The prevalence varies between the living conditions zones from 10% to 25% for women and from 6% to 21% among men. 23% of men and 26% of women in Trondheim state that they have been bothered by anxiety during the last 2 weeks. The proportion varies from 17% to 37% among men and from 20% to 38% for women in the various living conditions zones. As many as 35% of men and 40% of women in Trondheim state that they have felt down or depressed (a little, a good deal or very much) during the last 2 weeks. The prevalence varies between the living conditions zones from 25% to 45% among men and from 34% to 50% among women. When asked if what they do in life is perceived as meaningful, three out of four in Trondheim answer 7 or higher on a scale from 0 (not meaningful at all) to 10 (very meaningful). The prevalence is about the same for men (75%) and women (76%). The prevalence varies between living conditions zones from 63% to 81% among men and from 66% to 84% for women.

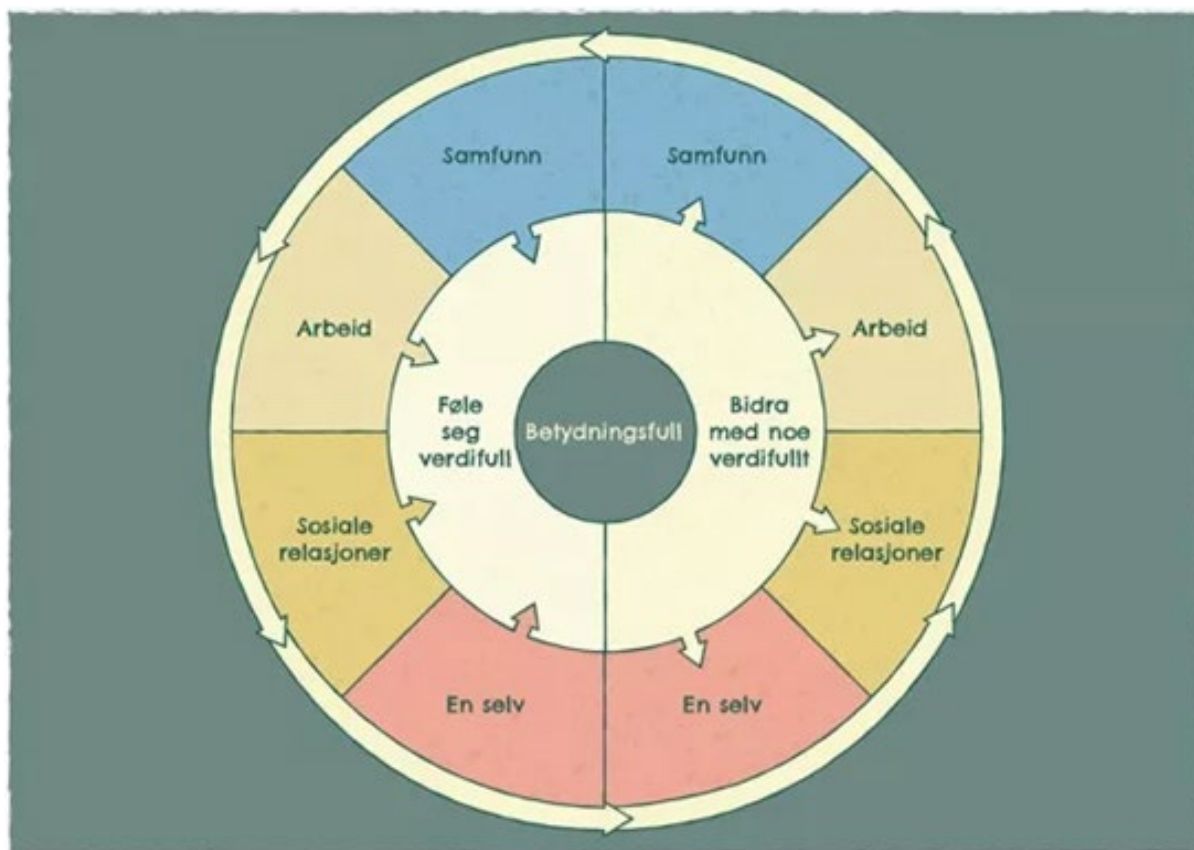
## **Conclusion**

About 1 in 10 adults in Trøndelag state that they have been hampered by long-term mental illness (at least one year) which reduces daily life functioning. An approximately equal proportion report a moderate to high symptom load of mental health problems. About 1 in 5 people report anxiety problems in the last two weeks before the survey, whereas 1 in 3 report being down or depressed. About 8 out of 10 inhabitants in former Sør-Trøndelag answer in the affirmative to the question of "what you do in life is meaningful". There is generally a larger proportion of women who state that they have a disability or mental health issues. The prevalence who report mental health problems is also highest in the youngest age groups, and the proportion decreases with age up to 80 years and then increases slightly again in the oldest age group over 80 years. For all mental health indicators, there are marked inequalities between the educational groups; those with a shorter education generally have higher prevalence's of mental health issues than those with a longer education. There is also some variation between the municipalities in Trøndelag and between the living conditions zones in Trondheim for the mental health indicators.

## 1. Innledning

Denne delrapporten om folkehelsestilstanden i Trøndelag fylke fremstiller data fra HUNT4 som ble gjennomført i Nord-Trøndelag (2017-19), og fra HUNT-undersøkelsen som ble gjennomført i Sør-Trøndelag høsten 2019. Fokuset for rapporten er psykisk helse i Trøndelag.

Viktige målsettinger for folkehelse i Norge er flere leveår med god helse og reduserte sosiale helseforskjeller. Psykisk og fysisk helse er likestilt i folkehelsearbeidet, og inngår som viktige dimensjoner i menneskers livskvalitet. Med livskvalitet som målskive for folkehelsearbeidet, må livskvalitet beskrives for at målet skal være i sikte. Med livskvalitet mener vi her både egne vurderinger av livet, sentrale livsarenaer og relasjoner, følelser, og opplevelse av fungering i det daglige. Men livskvalitet handler også om faktiske livsbetingelser og levekår, og om muligheter for å delta i og påvirke samfunnet en er en del av. Det handler om å ha mulighet til å leve et liv en selv setter pris på – gjennom hele livet – og samtidig bidra positivt i medmenneskers liv og situasjon [1]. Livskvaliteten vår er dermed avhengig av å erfare at man er betydningsfull og har verdi, og samtidig erfare at man kan bidra med noe verdifullt for andre (figur 1). Vi trenger anerkjennelse fra både samfunn, arbeidsliv, sosiale nettverk og oss selv, og samtidig bidra til at andre opplever det samme. Balansen mellom å bli verdsatt og tilføre verdi i andres liv er derfor avgjørende for befolkningens psykiske helse og livskvalitet.



Figur 1 Illustrasjon av to psykologiske erfaringer som komplementerer hverandre: På den ene siden må man erfare at man har verdi ved å få anerkjennelse fra samfunn, arbeidsliv, sosiale nettverk og oss selv. På den andre siden må man erfare at man kan bidra med noe verdifullt (originalfigur: Prilleltensky 2020 [1], oversatt til norsk i Krokstad, 2021 [2])

Denne rapporten handler om psykisk helse, og tar derfor opp viktige aspekter ved livskvalitet. Forståelsen av livskvalitet vi bygger på her er i samsvar med de nasjonale anbefalingene for utviklingen av et målesystem for livskvalitet i Norge, som også inkluderer tilgang på gode levekår og muligheter

for utvikling av ressurser, evner og funksjoner som gjør livskvalitet mulig (Nes, Hansen og Barstad, 2018; Nes et al., 2020). En slik bred og mangefasettert tilnærming til livskvalitet veves dermed inn i flere av FN's bærekraftsmål, der det overordnede målet handler om å «leave no one behind»; en inkluderende visjon om å gi alle mennesker muligheten til å leve gode liv på en sunn planet, nå og i framtida. På denne måten er livskvalitet og koblingen mot bærekraft også uløselig knyttet til FN's menneskerettigheter [3].

Psykiske plager og lidelser er i dag blant de aller største helse- og samfunnsutfordringene i Norge, enten man måler i utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til uføretrygd og sykefravær. Viktige risikofaktorer for dårlig psykisk helse er blant annet ensomhet, stress, manglende sosial støtte og manglende opplevelse av mestring, som alle er sentrale utfordringer gjennom livet[4]. Slike sosiale og relasjonelle faktorer påvirkes igjen veldig sterkt av øvrige livsbetingelser og levekår, som illustrert i figur 2.

Begrepet «psykisk helse» brukes i dagligtale ofte i betydningen «psykiske plager og lidelser». Denne forståelsen av begrepet psykisk helse står i kontrast til de offisielle definisjonene, for eksempel WHO's definisjon av psykisk helse som samsvarer med ulike definisjoner av livskvalitet/well-being [5]. Når vi bruker begrepet psykisk helse i denne rapporten, forstår vi psykisk helse som en integrert del av livskvalitet. Dimensjoner av og påvirkningsfaktorer for både psykisk helse og livskvalitet presenteres i større eller mindre grad i alle rapportene som publiseres på bakgrunn av HUNT 4-undersøkelsen [6]. Denne rapporten har vi imidlertid avgrenset til dimensjoner av psykisk helse som i stor grad speiler psykiske plager og lidelser. Fokuset for rapporten er egenvurdering av psykisk helsetilstand og psykiske helseplager, samt oppsøkt helsehjelp for slike plager og lidelser. I tillegg har vi inkludert variabler som speiler viktige dimensjoner ved livskvalitet, som for eksempel om man opplever det man gjør i livet som meningsfylt.

Sentrale faktorer som påvirker livskvalitet og psykisk helse handler blant annet om individuelle personlighetstrekk og sårbarheter, levevaner, sosiale nettverk, de arenaene vi befinner oss på i hverdagslivet, og hvordan sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser virker inn på våre livsvilkår. To forskere som studerte livskvalitet i 28 europeiske land, konkluderer med at et lands sosiale kapital (styrken i familieforhold, sosiale nettverk, tillit til institusjoner) har aller størst innvirkning på livskvaliteten i en befolkning, mens et lands sosiale rettferdighet (tilgang til velferd og likeverdige vilkår for samfunnsdeltakelse) har nest størst påvirkning på befolkningens livskvalitet [7].

Personer som har god økonomi og høyere utdanningsnivå har i gjennomsnitt høyere livskvalitet, færre psykiske plager, bedre mestring, og sterkere sosiale nettverk som kan bidra med ulike former for støtte. Lav inntekt, relativ fattigdom, manglende eller svak tilknytning til arbeid og utdanning øker risikoen for svak sosial inkludering og psykiske plager. Traumatiske hendelser, omsorgssvikt eller levekårsstress i oppveksten er særlige risikofaktorer for psykiske plager og lidelser i et livsløpsperspektiv. Levekårsutfordringer skaper også hindringer for sosial deltakelse, både for barn og voksne. Samtidig kan sosiale nettverk, gode mellommenneskelige relasjoner og møteplasser som skaper solidaritet og fellesskap, bidra positivt til å øke mestring og samfunnsdeltakelse [1, 4, 7, 8]. Livskvalitet, psykisk helse, fellesskap og sosial rettferdighet er derfor faktorer som henger tett sammen. Regnbuemodellen (figur 2), opprinnelig utviklet av Whitehead & Dahlgren [10], illustrerer hvordan ulike lag av faktorer virker inn på folkehelsen og den sosiale fordelingen av psykisk helse og livskvalitet. Slike faktorer påvirker hverandre i et økologisk system, hvor også de biologiske og genetiske faktorene hvert menneske er født med virker inn. Regnbuemodellen illustrerer at det ofte vil være mange komplekse sammenhenger og bakenforliggende påvirkningsfaktorer som både kan fremme helse og livskvalitet eller øke risikoen for sykdom, mistriksel eller tidlig død.



Figur 2 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen (Kilde FHI rapport 2018)

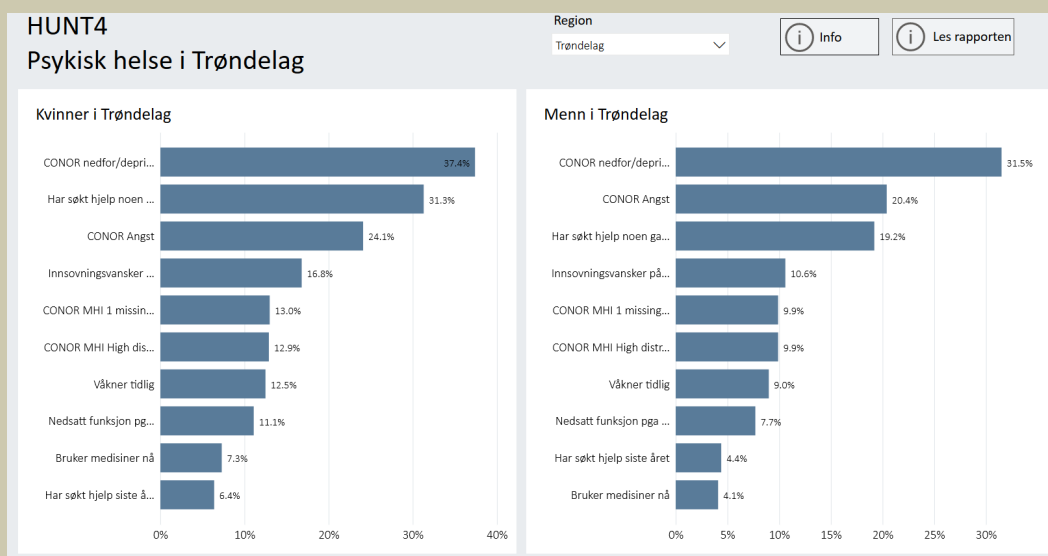
Hensikten med rapporten er å beskrive nøkkeltall om livskvalitet og psykisk helse i Trøndelag. Rapporten går i liten grad inn på de komplekse faktorene som påvirker hvordan livskvalitet og psykisk helse formes og skapes, og går dermed ikke nærmere inn på analyser av sammenhenger og påvirkningsfaktorer som beskrives innledningsvis i rapporten. Fokuset for denne rapporten er å beskrive hvordan viktige mål på livskvalitet og psykisk helse fordeler seg i befolkningen, basert på data fra HUNT4-undersøkelsen.

Den beskrivende tilnærmingen og utvalget rapporten bygger på, legger viktige føringer for tolkning av resultatene i form av kritisk refleksjon over hva kunnskapen handler om, hvordan den påvirker oss, og hvordan den best mulig kan anvendes til å styrke folkehelsen. Det er viktig å se beskrivelsene som denne rapporten tilbyr som en del av et større bilde. Vi oppfordrer derfor til å se denne rapporten i sammenheng med andre kilder til kunnskap om folkehelse, sosial ulikhet og livsbetingelser som påvirker sykdom, helse og livskvalitet. Det vil være særlig relevant å se til Folkehelseinstituttets rapporter om livskvalitet, inkludert anbefalinger for å måle livskvalitet i befolkningen [11, 12]. Det er også relevant å se til tidligere HUNT-rapporter som beskriver data fra undersøkelser om blant annet. kulturdeltakelse [13], samt pågående innsats i Trøndelag for å styrke befolkningens mentale helse gjennom å støtte innbyggerne i å gjøre noe aktivt, gjøre noe sammen og gjøre noe meningsfylt som knyttes til ulike former for samfunnsdeltakelse (ABC for bedre mental helse) [14].

Befolkningsdata som presenteres i rapporten kan brukes i det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet i Trøndelag. Et mangfold av kunnskapskilder (basert på både kvantitative og kvalitative data, og på tvers av kunnskapsfelt) er nødvendig for å fremme folkehelse og utjevne sosiale forskjeller i helse og livskvalitet. Kunnskapsbasert praksis i folkehelsearbeidet forstås i denne rapporten som at samfunnets totale innsats for å fremme folkehelse skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om både risikofaktorer for sykdom, og faktorer som fremmer helse og livskvalitet. Dette innebærer en bred kunnskap om helse- og samfunnsutvikling generelt. Beste tilgjengelig kunnskap hviler på flere elementer; forskning og teori, praksisbasert kunnskap, erfaringer og verdier fra borgere og brukere av tjenester, og kunnskap om konteksten rundt – fra lokalsamfunnets tilstand til globale forhold. Vi viser ellers til Helsedirektoratets veileder om systematisk folkehelsearbeid [15].

## Utforsk HUNT4 data i en interaktiv web visning

HUNT4 om psykisk helse for kommuner og levekårssoner er også tilgjengelige i en [Web visning](#). I denne digitale plattformen kan man utforske dataene om psykisk helse i kommunene i Trøndelag ytterligere. Web visningen har flere sider. Husk å bla mellom sidene for å se de ulike visningen. Hvilken variabel/kommune som vises kan endres ved hjelp av nedtrekks menyene på sidene.



Lenke: [Interaktivt web visning av Psykisk helse i Trøndelag – HUNT4](#)

Interaktive web visninger fra tidligere HUNT rapporter:

- [Interaktiv web visning av Nærmiljø og tilgjengelighet – HUNT4](#)
- [Samfunnsdeltakelse 2019](#)
- [Levevaner i Trøndelag 2019](#)

## 2. Metode

### 2.1 HUNT

Med bakgrunn i fylkessammenslåingen endret HUNT i 2019 navn fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag til *Helseundersøkelsen i Trøndelag*. HUNT omfatter nå alle innbyggere i nye Trøndelag fylke

som er 13 år eller eldre fra Nord-Trøndelag, og de som er 18 år eller eldre fra Sør-Trøndelag. Vi bruker ifølge anbefalinger fra Språkrådet begrepene Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag som navn på de geografiske områdene de to fylkene tidligere omfattet.

HUNT er en omfattende samling av helseopplysninger fra HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-2008) og HUNT4 (2017-19). Det er samlet inn data ved hjelp av spørreskjema, kliniske målinger og biologisk materiale [16]. I Sør-Trøndelag ble det høsten 2019 gjennomført en spørreskjemabasert datainnsamling. HUNT er regulert av *Forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser* og er gjennom dette pålagt å utarbeide helsestatistikk som i denne rapporten. I tillegg har alle deltakere i HUNT gitt skriftlig samtykke til at helseopplysningene kan brukes i helseforskning.

## 2.2 Datainnsamlingen

I Nord-Trøndelag ble HUNT4 gjennomført i perioden fra september 2017 til utgangen av februar 2019. Blant ungdom i alderen 13-19 år deltok 8 066 personer (76 % av alle inviterte) og blant voksne i alderen 20 år og eldre deltok totalt 56 078 personer (54 % av alle inviterte). I Sør-Trøndelag foregikk datainnsamlingen høsten 2019 og omfattet alle innbyggere i alderen 18 år og eldre.<sup>1</sup> Totalt deltok 106 000 personer i Sør-Trøndelag, noe som tilsvarer 42 % av alle inviterte.

I 2019 ble eldre innbyggere i tre østlige bydeler i Trondheim invitert til å delta i en egen undersøkelse av eldres helse, kalt HUNT4 Trondheim 70+. Eldre i disse bydelene ble derfor ikke invitert til spørreskjemaundersøkelsen i oktober-november 2019. Til denne rapporten er svar fra HUNT4 Trondheim 70+ inkludert sammen med svarene fra HUNT4 slik at alle aldersgrupper er representert i alle levekårssoner i Trondheim for spørsmål som er felles for undersøkelsene.

En rekke spørsmål om psykisk sykdom, psykiske plager og relaterte tema fra spørreskjemaene er inkludert i denne rapporten. De aller fleste av disse ble stilt i både nord og sør.

Et sentralt spørsmål som ble stilt tidlig i undersøkelsen er «*Har du nå noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?*» med svaralternativer *Ja* eller *Nei*. Deltakere som svarte ja ble deretter bedt om å angi om funksjonen var *ikke, litt, middels* eller *mye* nedsatt som følge av bevegelsehemming, nedsatt syn, nedsatt hørsel, kroppslig sykdom og/eller psykisk sykdom. I denne rapporten har vi kombinert alle grader av nedsatt funksjon som følge av psykisk sykdom (litt, middels og mye).

Alle deltakere fikk også spørsmålet «*Har du, eller har du noen gang hatt, noen av følgende sykdommer/plager?*» hvor «*Psykiske plager som du har søkt hjelp for*» var én av totalt 18 sykdommer/plager som ble kartlagt med svaralternativer *Ja* eller *Nei*. Bruk av helsetjenester siste 12 måneder ble kartlagt som vist i figur 2, hvor noen tjenester direkte retter seg mot psykisk sykdom (psykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk sykepleier), mens andre, for eksempel konsultasjon hos fastlege, vil ha svært ulike årsaker. Spørsmålet «*Bruker du noen reseptpliktige medisiner nå?*» hadde svaralternativer *Ja* eller *Nei*, med oppfølgingsspørsmål om spesifikke grupper medisiner for deltakere som svarte ja. Her var «*Medisin for angst eller depresjon*» ei av gruppene det ble spurt etter, med svaralternativer *Ja* eller *Nei*. Vi kombinerte informasjon fra alle disse spørsmålene som et mål på om deltakerne noen gang hadde søkt hjelp på grunn av psykisk sykdom, hvor det å ha vært hos psykiatrisk sykepleier eller ved psykiatrisk poliklinikk siste året eller ha pågående behandling med medisiner mot angst eller depresjon, ble regnet som å ha søkt hjelp.

Psykiske plager siste to uker, uavhengig av eventuell diagnose og behandling, ble kartlagt gjennom *CONOR mental health index* [17] som vist i figur 3. De første sju dimensjonene inngår i beregningen av

---

<sup>1</sup> Innbyggere som tidligere var invitert til HUNT 70+ i Trondheim og innbyggere som tidligere hadde deltatt i HUNT i Nord-Trøndelag og som hadde fått en egen invitasjon ble ikke invitert.



index, mens generell anspenthet ikke inngår. Svarene gis en verdi fra 1 (Nei) til 4 (Svært mye) og personer med gjennomsnittlig score 2,15 eller høyere over alle sju dimensjonene regnes som at de har et høyt nivå av psykisk ubehag. For de to dimensjonene Plaget av angst og Nedfor/deprimert, kombinerte vi også de tre svaralternativene med høyest ubehag (Nei versus Litt/En god del/Svært mye) og brukte disse som egne mål på psykisk helse.

Det ble stilt flere spørsmål om søvn og søvnvansker. I denne rapporten har vi inkludert spørsmål om tidlig oppvåkning, som kan forekomme blant annet ved depresjon, og om problemer med å sovne om kvelden, som kan forekomme ved angstlidelser. Ordlyden i disse spørsmålene var «Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du våkner for tidlig og får ikke sove igjen?» og «Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du har vanskelig for å sovne om kvelden?». Begge spørsmålene hadde svaralternativer Aldri/sjelden, Av og til eller Minst 3 ganger per uke.

Ulike dimensjoner av livskvalitet er blitt målt i nord og sør. I sør fikk deltakerne spørsmål om livet føles meningsfullt med svaralternativer på en skala fra 0 (Ikke meningsfylt i det hele tatt) til 10 (Svært meningsfylt) som vist i figur 3. Her kombinerte vi svarene 0-6 (Ikke/lite meningsfylt) og 7-10 (Meningsfylt). I nord er deltakerne spurt om hvor fornøyde de er med tilværelsen og dette er vist i en tidligere rapport fra HUNT (Helsestatistikkrapport nr. 1)). Dette spørsmålet ble også stilt i sør, men grunnet tekniske problemer i den nettbaserte undersøkelsen har det vist seg at svarene her ble upålitelige.

**2** Har du nå noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?

Nei  Ja

**HVIS JA:**

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsett?

(Sett ett kryss per linje)

	Ikke nedsett	Litt nedsett	Middels nedsett	Mye nedsett
Er bevegelseshemmet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsett syn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsett hørsel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. kroppslig sykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. psykisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4** Har du de siste 2 ukene følt deg:

(Sett ett kryss per linje)

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs og urolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generelt anspent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7** Har du, eller har du noen gang hatt, noen av følgende sykdommer/plager? Angi også alder da du fikk dette/disse. (Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja	Alder første gang?
Angina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Hjertesvikt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Atrieflimmer (forkammerflimmer).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Hjerneslag (hjerneinfarkt eller blødning).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Astma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Kols eller emfysem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Lavt stoffskifte (hypotyreose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Høyt stoffskifte (hypertyreose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Kreftsykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Migrene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Nyresykdom, utenom urinveisinfeksjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Leddgikt (reumatoid artritt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Bechterews sykdom (spondylartritt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Urinsyregikt (podagra).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Psykiske plager som du har søkt hjelp for.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

**11 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos:**

	Nei	Ja
Legevakt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlege/allmennlege.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen lege eller psykolog utenfor sykehus....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Konsultasjon uten innleggelse</b>		
- ved psykiatrisk poliklinikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ved annen poliklinikk i sykehus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunal psykiatrisk sykepleier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut/manuell terapeut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naprapat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktør.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativ behandler (homøopat, soneterapeut, håndspålegger eller annen)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12 Bruker du noen reseptpliktige medisiner nå?**

Nei  Ja

**HVIS JA:**  
Bruker du noen av disse medisinene? Angi også alder da du begynte med slik medisin.

	Nei	Ja	Alder første gang?
Medisin for høyt blodtrykk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Kolesterolsenkende medisin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Medisin for astma eller kols.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Medisin for angst eller depresjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Medisin for stoffskiftet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Tabletter eller nesespray mot allergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

**21 Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du:**

	Aldri/sjelden	Av og til	Minst 3 ganger per uk
Snorker høyt og sjenerende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får pustestopp når du sover.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har vanskelig for å sovne om kvelden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våkner gjentatte ganger om natta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våkner for tidlig og får ikke sove igjen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fungerer dårlig på dagtid (sosialt eller yrkesmessig) pga. søvnproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får ubehag, kribling eller mauring i bein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent hvor mange timer nattesøvn får du på en vanlig hverdag?.....	<input type="text"/> timer		

**72 Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt? Oppgi svaret på en skala fra 0-10, der 0 betyr ikke meningsfylt i det hele tatt og 10 betyr svært meningsfylt.**

0 Ikke meningsfylt i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>
1.....	<input type="checkbox"/>
2.....	<input type="checkbox"/>
3.....	<input type="checkbox"/>
4.....	<input type="checkbox"/>
5.....	<input type="checkbox"/>
6.....	<input type="checkbox"/>
7.....	<input type="checkbox"/>
8.....	<input type="checkbox"/>
9.....	<input type="checkbox"/>
10 Svært meningsfylt.....	<input type="checkbox"/>

Figur 3 Spørsmål som er fremstilt i rapporten

### 2.3 Utvalget

Resultatene er basert på alle voksne som deltok i HUNT4 i Nord- og Sør-Trøndelag, inkludert deltakere fra HUNT4 Trondheim 70+. Det er foreløpig usikkert hvor godt resultatene beskriver psykisk helse i den delen av befolkningen som ikke deltok. Dette skyldes at vi ennå ikke vet om det fins systematiske forskjeller mellom personer som deltok og personer som ikke deltok. Analyser fra tidligere HUNT-undersøkelser har vist at det blant de som ikke deltok er en høyere andel menn og unge, samt en høyere andel med lavere utdanning og dårligere helse, sammenliknet med dem som deltok [8]. En konsekvens av dette kan være at befolkningens mentale helse fremstår noe bedre enn det som ville vært tilfellet dersom alle hadde deltatt. En ny studie av personer som ikke deltok i HUNT4 er under utarbeidelse.

### 2.4 Analyser

Tallene som presenteres formidles ved hjelp av figurer og kart som viser andeler av befolkningen som oppgir et bestemt svar fra undersøkelsen. Kartene viser kommunene i Trøndelag og levekårszoner i

Trondheim og tallene som vises er aldersstandardiserte<sup>2</sup>. Aldersstandardisering korrigerer for at kommunene eller levekårssonene har ulik alderssammensetning. Også for utdanningsnivå er andelen aldersstandardiserte. Usikkerhetsmarginer (konfidensintervaller) fremgår ikke i kartene eller figurene, men kan finnes i web-vedlegg til rapporten (regneark).

## 2.5 Levekårssoner i Trondheim

Resultatene for Trondheim er presentert for levekårssoner, som er geografiske områder som brukes i folkehelse- og levekårsarbeidet i Trondheim. De ble sist revidert i 2019. Sonene skal utgjøre områder som naturlig henger sammen via kommunikasjonsårer, oppfattes som avgrensede steder som befolkningen kan føle tilhørighet til, ha mest mulig ensartet strøkskarakter og skille mellom bygd og by. Levekårssonene er bygd opp av hele grunnkretser og har mellom 1500 og 5000 innbyggere (se vedlegg 1).

## 2.6 Verdien av egenrapporterte svar

Denne rapporten tar for seg innbyggernes psykiske helse og livskvalitet. De fleste målene som er brukt i rapporten, er subjektive i sin natur, og deltakernes egen opplevelse vil være derfor den mest naturlige måten å måle dette på. Det kan likevel være stor variasjon i nøyaktigheten av egenrapportering. Det hender at spørsmål blir misforstått eller tolkes ulikt. Det kan også være store individuelle forskjeller i hvordan vi vurderer egen situasjon/opplevelse. For mange vil psykisk helse være et følsomt tema og dette vil kunne påvirke både om en ønsker å svare på spørsmålet og hvordan en bruker skalaer. Målene på psykisk helse eller forekomst av psykisk sykdom som presenteres i denne rapporten kan derfor ikke sammenliknes direkte med andre kilder, som for eksempel nasjonale helseregistre.

## 2.7 Tolkning

Tallene som presenteres er i utgangspunktet enkle å forholde seg til fordi de viser prosentandeler som har rapportert hvordan de oppfatter sin psykiske helse og livskvalitet. Det er imidlertid viktig å være klar over usikkerheten som knytter seg til lavt antall deltakere, særlig fra de minste kommunene og de minste levekårssonene i Trondheim. Hvis noen befolkningsmessig små kommuner eller levekårssoner kommer svært godt eller svært dårlig ut, er det ikke dermed sikkert at de avviker så mye fra de andre kommunene eller fylket<sup>3</sup>. Det er brukt lik klasseinndeling for begge kjønn for å direkte kunne sammenligne eventuelle kjønnsforskjeller. Det er valgt ulik klasseinndeling i kartene for henholdsvis kommunene i Trøndelag og kartene for levekårssoner i Trondheim. Dette er gjort for bedre å få fram variasjon mellom kommuner og mellom levekårssoner. For å markere at det er brukt ulik klasseinndeling er fargebruken noe forskjellig i kommunekartene og levekårssonekartene. Det er viktig å være klar over dette ved sammenligning av andeler i levekårssoner og kommuner.

Det er også viktig å understreke at prosentandelene som presenteres, er et gjennomsnitt for ei gruppe. Innenfor alle grupper vil det kunne være stor variasjon. Hvis for eksempel 10 % av innbyggerne i kommune A oppgir psykiske helseplager, mens det i kommune B er 15 % som oppgir det samme, så vil det i begge kommunene være et klart flertall som ikke har psykiske helseplager. Dette kan virke selvsagt, men i formidlingen blir dette av og til fremstilt som om «innbyggerne i kommune B har mer helseplager enn innbyggerne i kommune A». Formidlingen blir altså misvisende, og en mer korrekt beskrivelse vil være at «en høyere andel rapporterer psykiske helseplager i kommune B enn i kommune A». Budskapet å ta med seg er altså at det er stor variasjon innad i alle grupper.

Til slutt er det noen tolkningsmomenter som er spesielt viktige for denne rapporten som omhandler psykisk helse. HUNT 4 i Nord-Trøndelag ble gjennomført over en tidsperiode på ett og et halvt år fra

---

<sup>2</sup> Direkte metode med Norges befolkning 1. januar år 2020 som standardbefolkning.

<sup>3</sup> Vi har illustrert dette i vedlegg 2: Funnplot av dårlig selvurdert helse hos menn.

høsten 2017 til februar 2019. Det innebærer at innbyggerne deltok på ulike tider av året og dette kan ha en betydning for påviste ulikheter i forekomsten av psykiske helseforhold. I Sør-Trøndelag ble innsamlingen gjennomført i løpet av én måned høsten 2019. Videre ble spørreskjemadata i Nord-Trøndelag for en stor del innsamlet ved hjelp av spørreskjema på papir, mens det i Sør-Trøndelag, med unntak for de eldste over 75 år, kun ble benyttet elektronisk utfylling. Dette kan tenkes å påvirke forekomstene i de to fylkene, slik at det tilsynelatende ser ut som om det ene fylket er verre eller bedre stilt enn det andre. Endelig skal det nevnes at datainnsamlingen i Sør-Trøndelag ble gjennomført en stund etter datainnsamlingen i Nord-Trøndelag og at det i dette tidsvinduet har skjedd ulike samfunnsendringer som kan påvirke forskjeller mellom fylkene. Som eksempel kan det nevnes en betydelig økning i ansettelser av kommunepsykologer skjedde i dette tidsrommet og at dette for noen av målene kan ha bidratt til forskjeller mellom kommuner og de gamle fylkene.

### 3. Resultater for kommuner i Trøndelag

På spørsmål om langvarig psykisk sykdom som virker funksjonsnedsettende svarer 11 % av fylkets kvinner og 8 % av menn at de har dette på svartidspunktet for undersøkelsen. Dette varierer mellom kommunene fra 6 % til 16 % for kvinner og fra 2 % til 12 % for menn (figur 4). Andelen synker med økende alder (figur 5) og det er klare forskjeller mellom utdanningsgruppene (figur 6).

Andelen som oppgir moderat til høyt symptomtrykk fra psykiske helseplager siste to uker (CONOR mental health index  $\geq 2,15$ ) er 13 % for kvinner og 10 % for menn. Andelen varierer mellom kommunene fra 3 % til 19 % for kvinner og fra 4 % til 14 % blant menn (figur 7). Andelene er klart høyest hos de yngre aldersgruppene for både kvinner og menn og avtar med økende alder frem til 80 år for deretter å stige litt i den eldste aldersgruppen over 80 år (figur 8). Andelen med moderat til høyt nivå av symptomer på psykiske helseplager siste to uker, er godt over dobbelt så høy hos de med kort utdanning sammenliknet med de med lang utdanning for begge kjønn (figur 9).

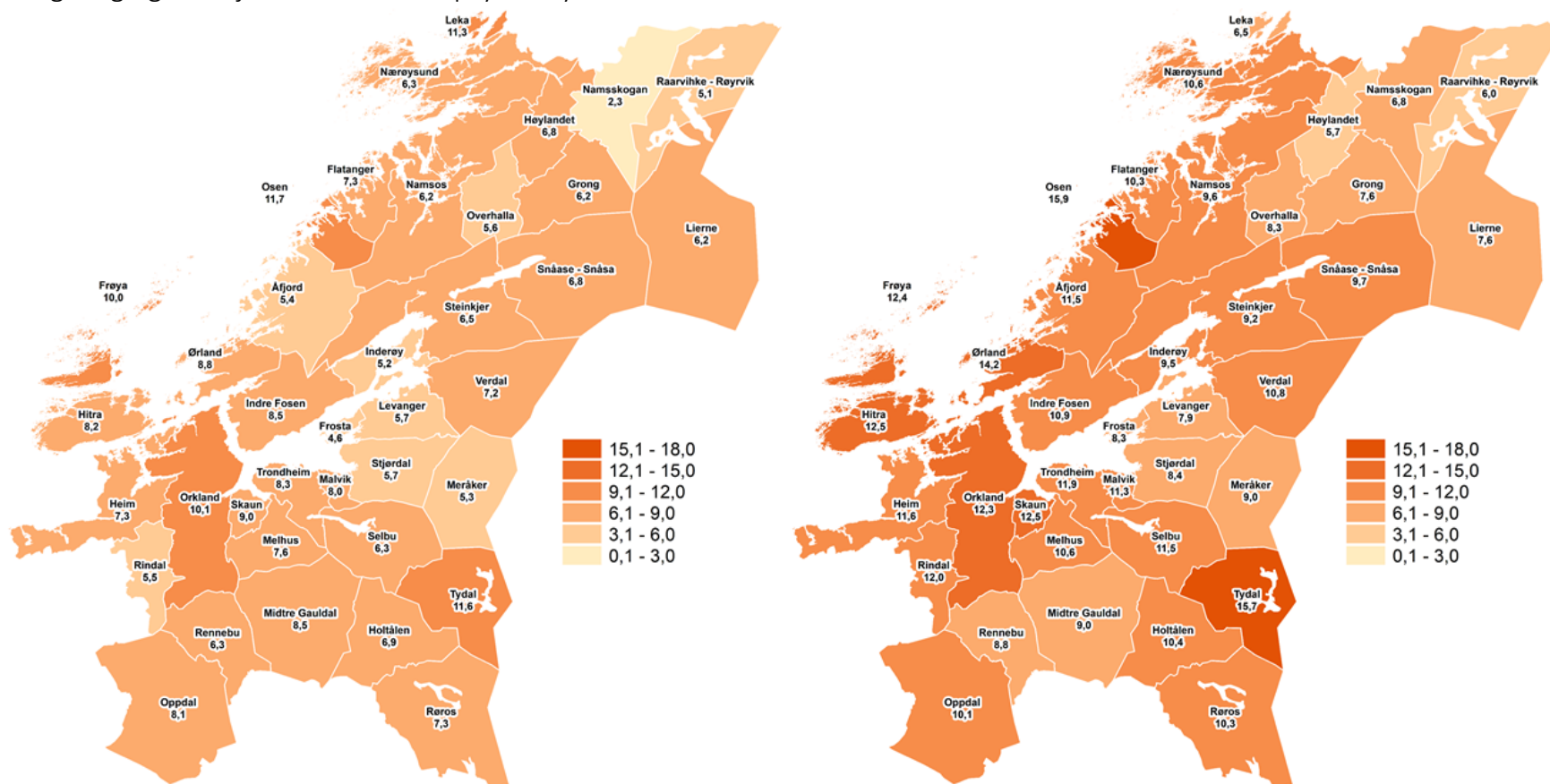
24 % av alle kvinner og 20 % av alle menn sier de har følt seg plaget av angst siste to uker og dette varierer fra 12 % til 33 % for kvinner og fra 10 % til 27 % for menn når vi sammenlikner kommunene (figur 10). Andelen er høyest hos de yngste og avtar med stigende alder frem til 80 år for deretter å stige litt i den eldste aldersgruppen over 80 år (figur 11). Det er igjen klare forskjeller mellom utdanningsgruppene der andelen er høyest hos de med kort utdanning for begge kjønn (figur 12).

Andelen som sier at de har følt seg nedfor eller deprimert siste to uker er for kvinner 37 % og for menn 32 %. Andelen varierer mellom kommunene fra 25 % til 42 % for kvinner og fra 18 % til 36 % for menn (figur 13). Andelene er høyest hos de yngste og avtar med økende alder for å stige litt hos de over 80 år (figur 14). Det er også forskjeller mellom utdanningsgruppene der andelen er høyest hos de med kort utdanning (figur 15).

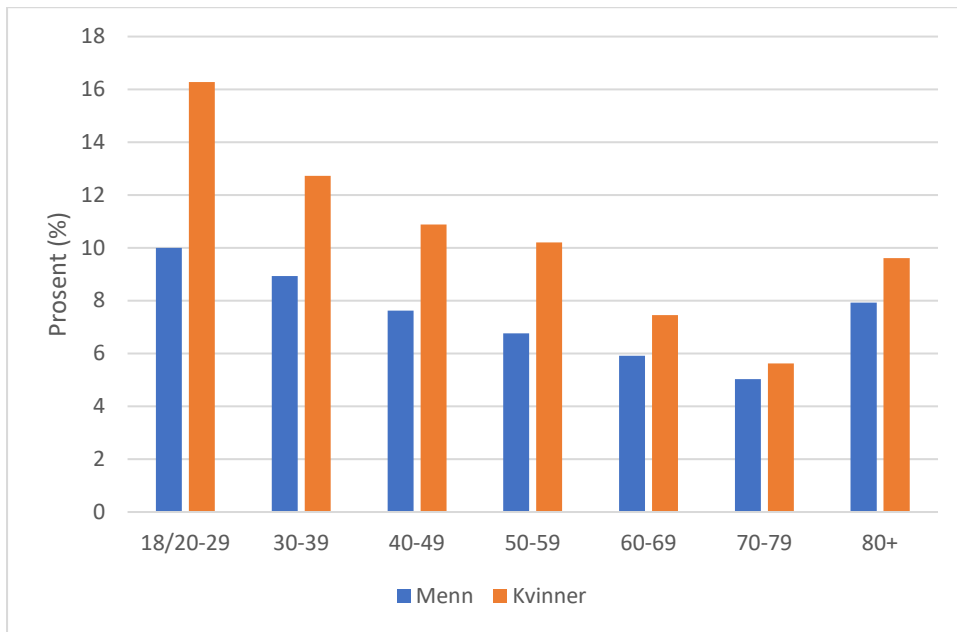
På spørsmål om «det du gjør i livet er meningsfullt» svarer om lag 3 av 4 innbyggere (77 % av kvinner og 76 % av menn) bekreftende på dette spørsmålet (det vil si at de svarer 7 eller mer på en skal fra 1 til 10, der 10 betyr svært meningsfullt). Variasjonen mellom kommunene i gamle Sør-Trøndelag er lik for kvinner og menn der laveste verdi er 71 % mens høyeste verdi er 82 % (figur 16). De yngste rapporterer lavest andel (60 %) mens over 80 % i aldersspennet 50 til 80 år opplever det de gjør i livet som meningsfullt (figur 17). Det er klare utdanningsgradienter på dette spørsmålet. Andelen som opplever det man gjør i livet som meningsfullt er 60 % for de med kort utdanning mens den er om lag 80 % for de med lang utdanning (figur 18).

Indikatorer for bruk av helsetjenester, medisiner ved psykisk sykdom, og forekomst av søvnvansker i Trøndelag, presenteres i Vedlegg 3 i rapporten.

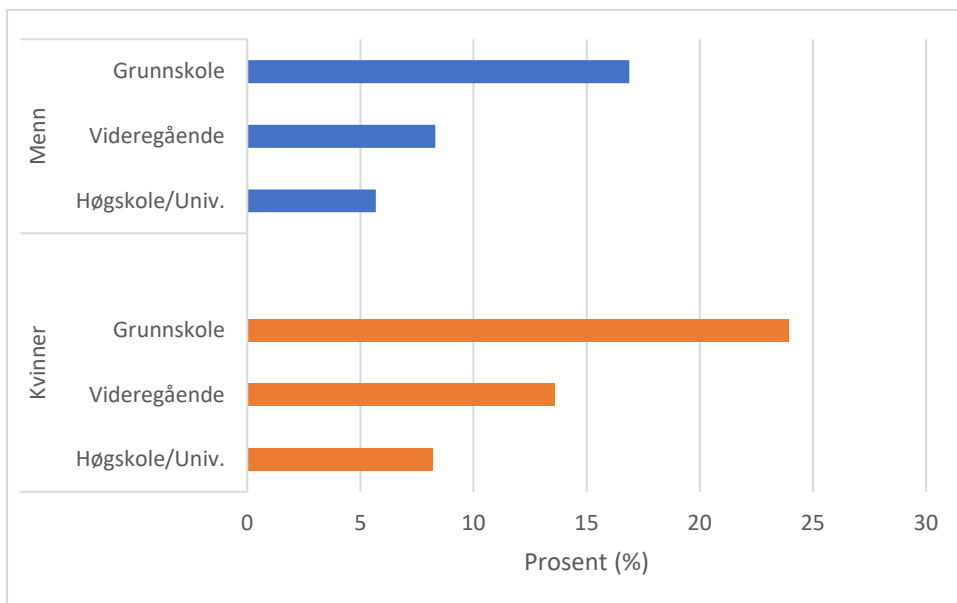
## Langvarig og funksjonsnedsettende psykisk sykdom



Figur 4 Andel innbyggere (%) som oppgir at de hemmes av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. Kommuner i Trøndelag (menn venstre) og kvinner (høyre)

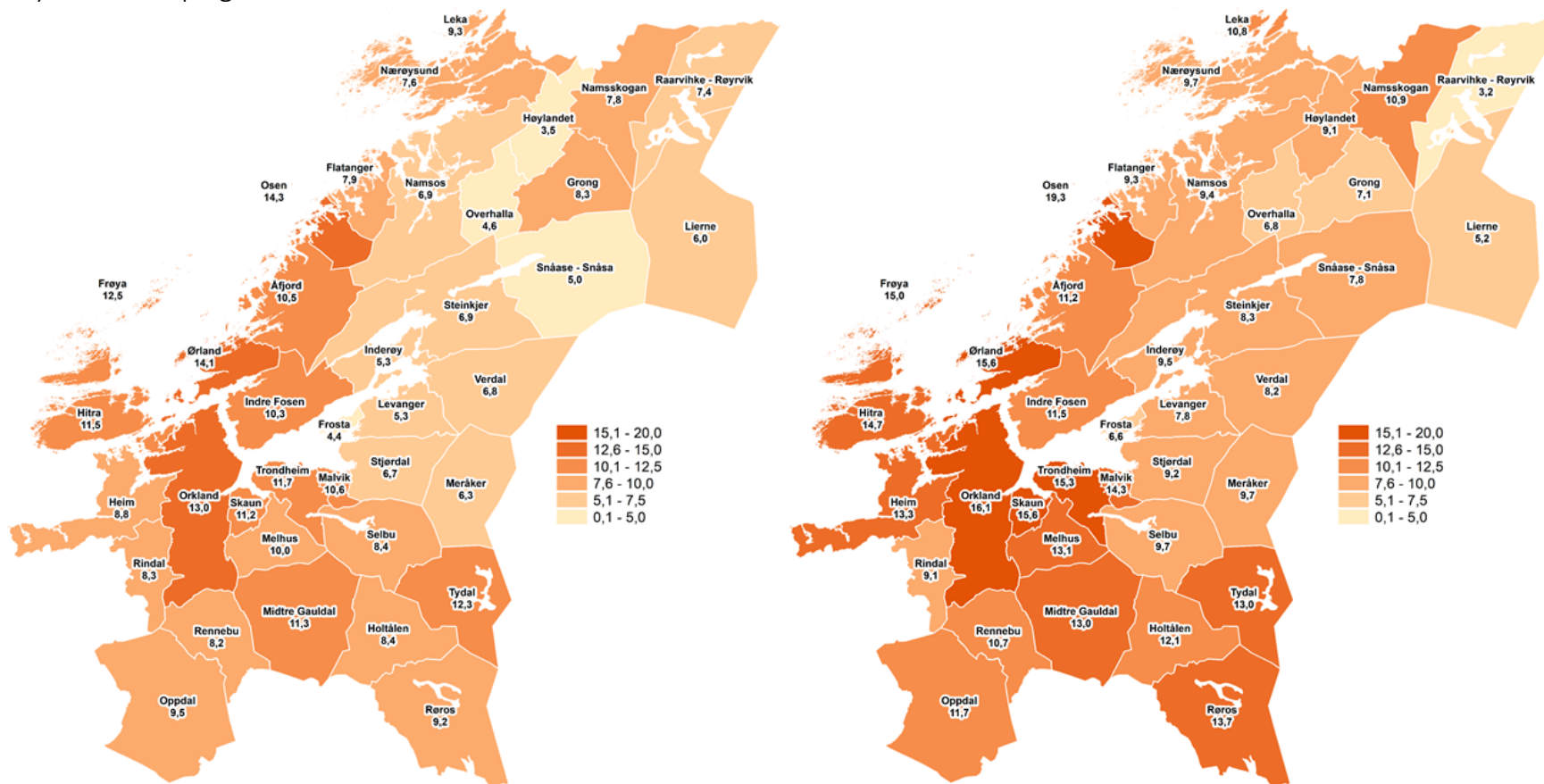


Figur 5 Andel innbyggere (%) som oppgir at de hemmes av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. Aldersgrupper og kjønn

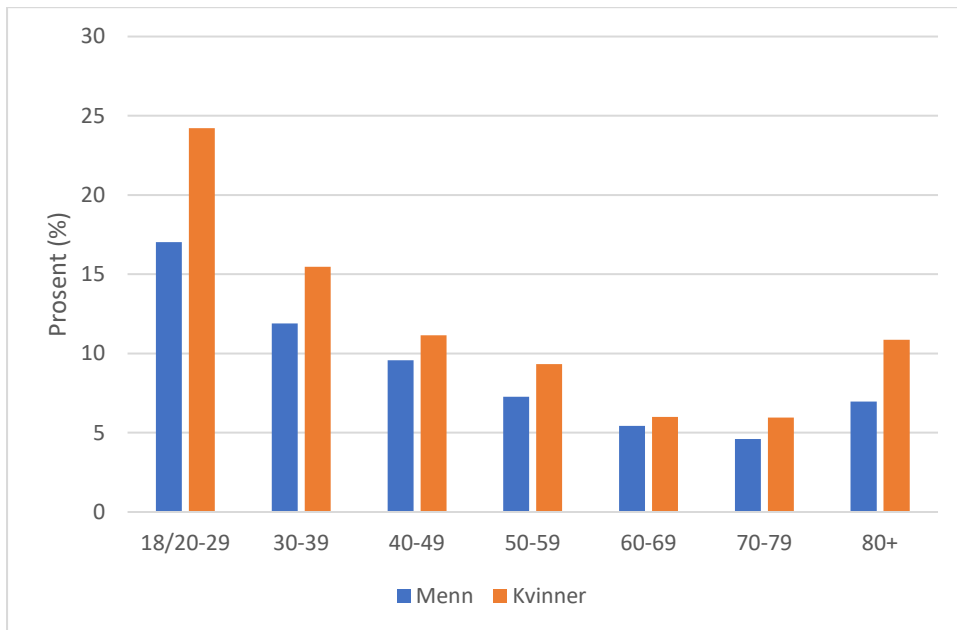


Figur 6 Andel innbyggere (%) som oppgir at de hemmes av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. Utdanningsnivå og kjønn

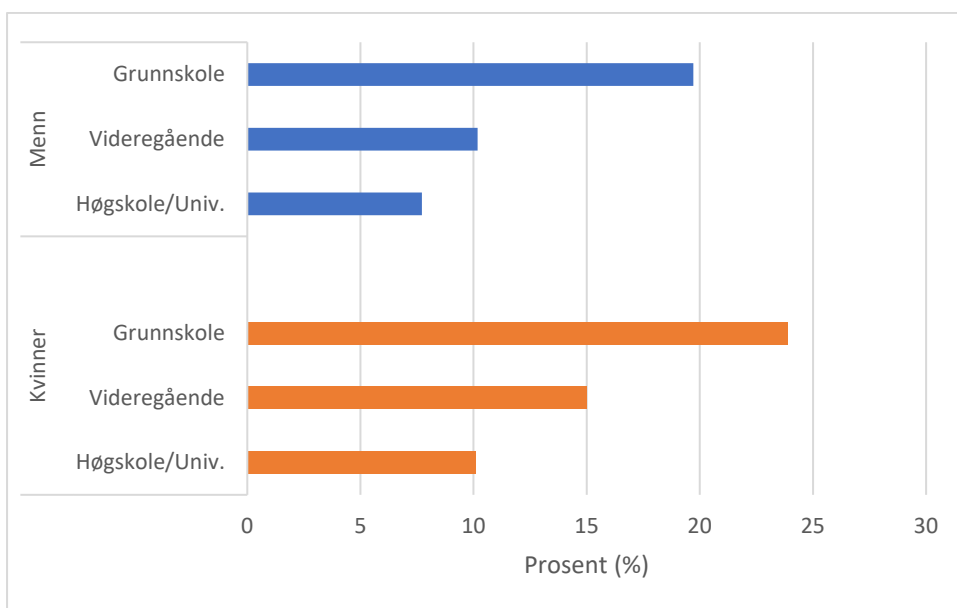
## Psykiske helseplager siste to uker



Figur 7 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (CONOR mental health index  $\geq 2,15$ ). Kommuner i Trøndelag, menn (venstre), kvinner (høyre)



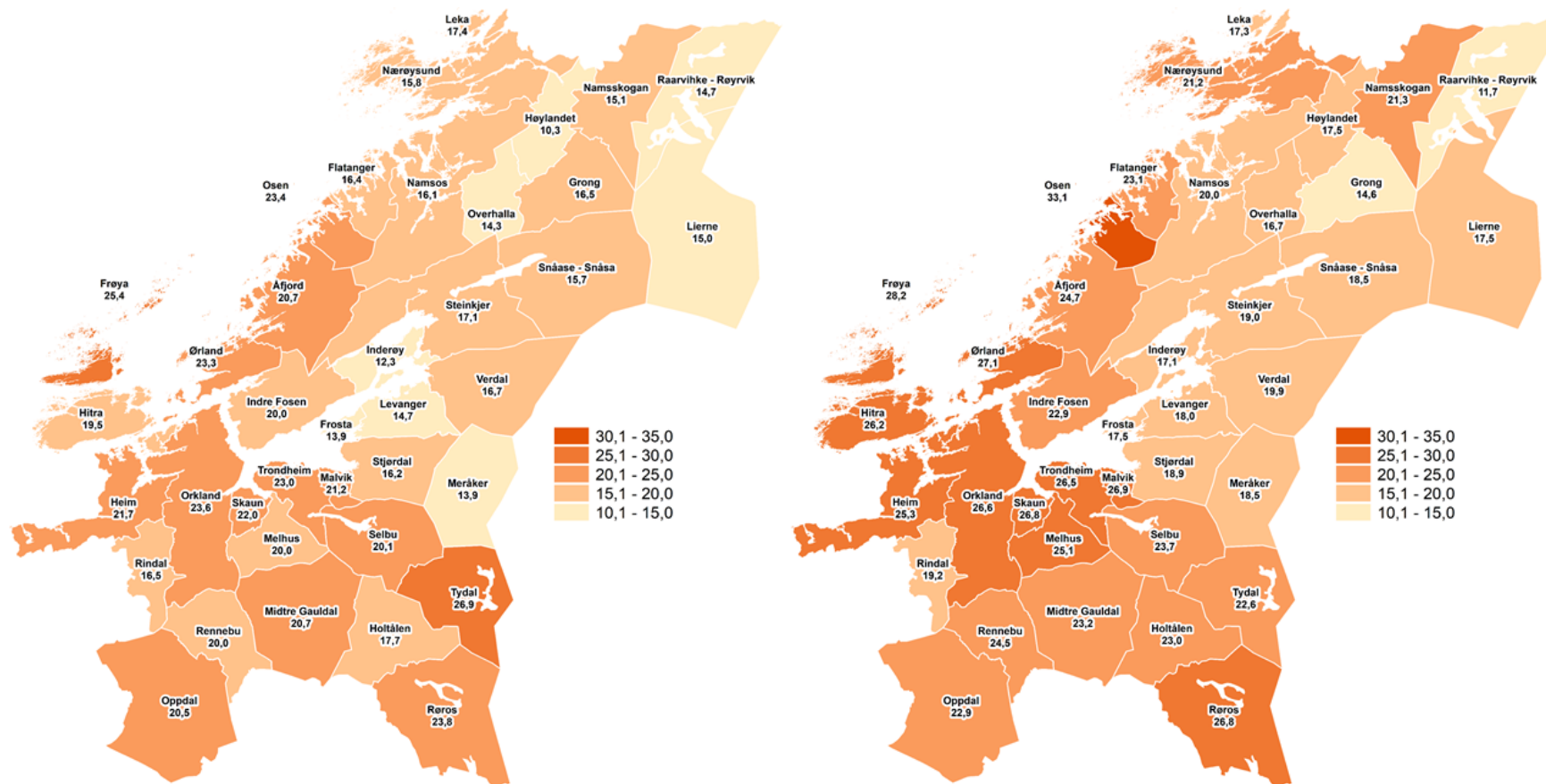
Figur 8 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (CONOR mental health index  $\geq 2,15$ ). Aldersgrupper og kjønn.



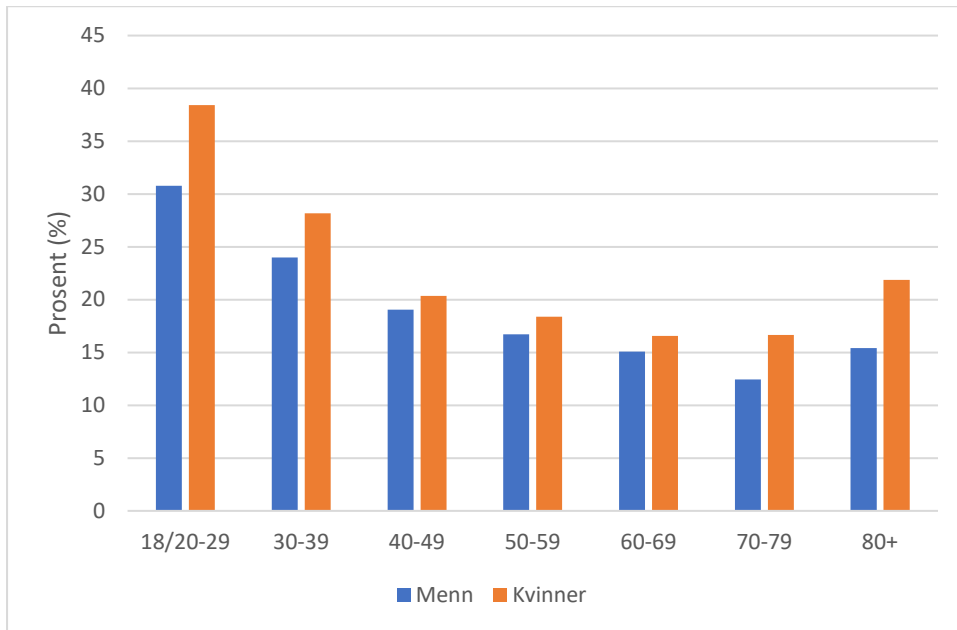
Figur 9 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (CONOR mental health index  $\geq 2,15$ ). Utdanningsnivå og kjønn.



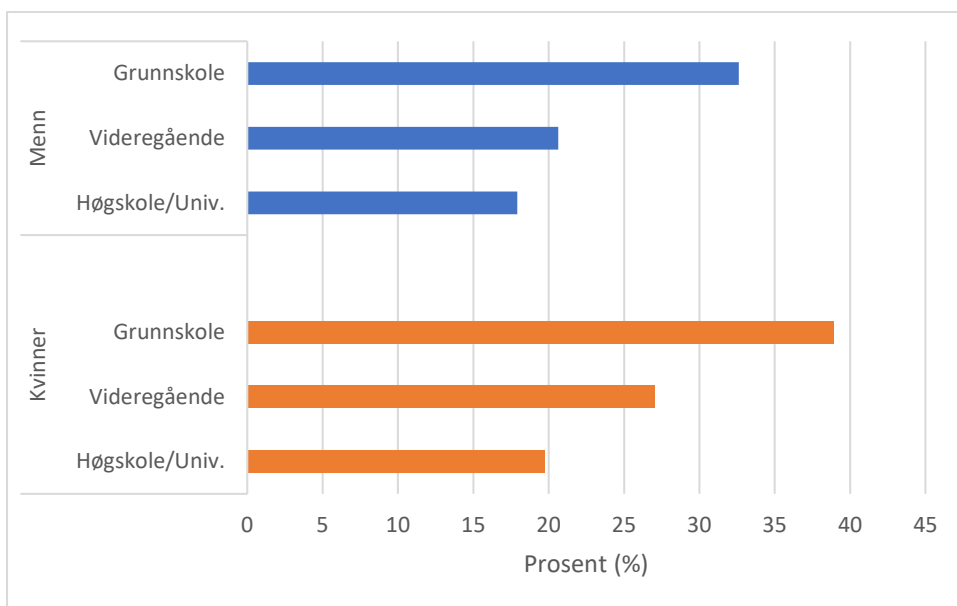
## Plaget med angst siste to uker



Figur 10 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært plaget av angst (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre).

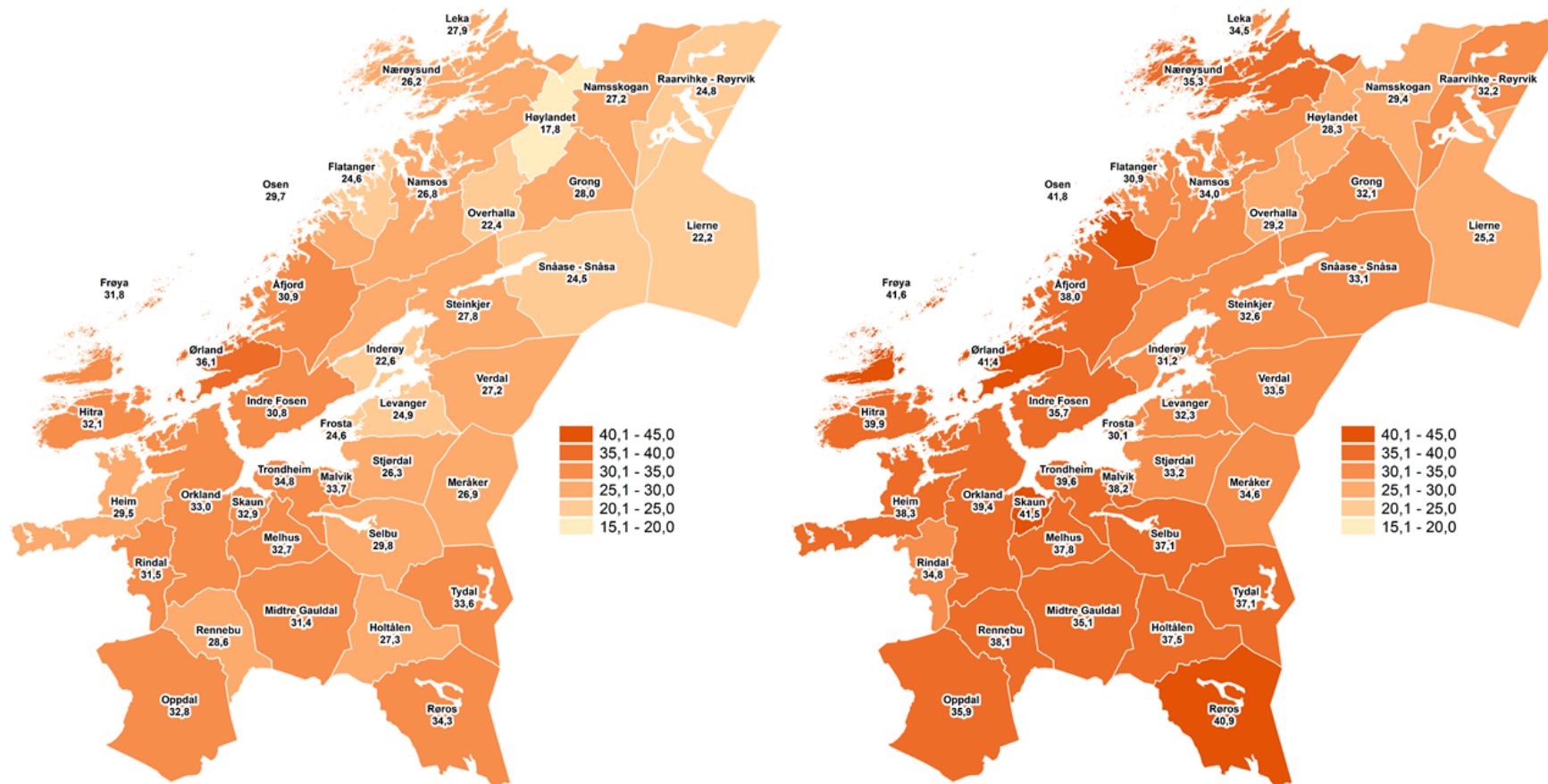


Figur 11 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært plaget av angst (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Aldersgrupper og kjønn.

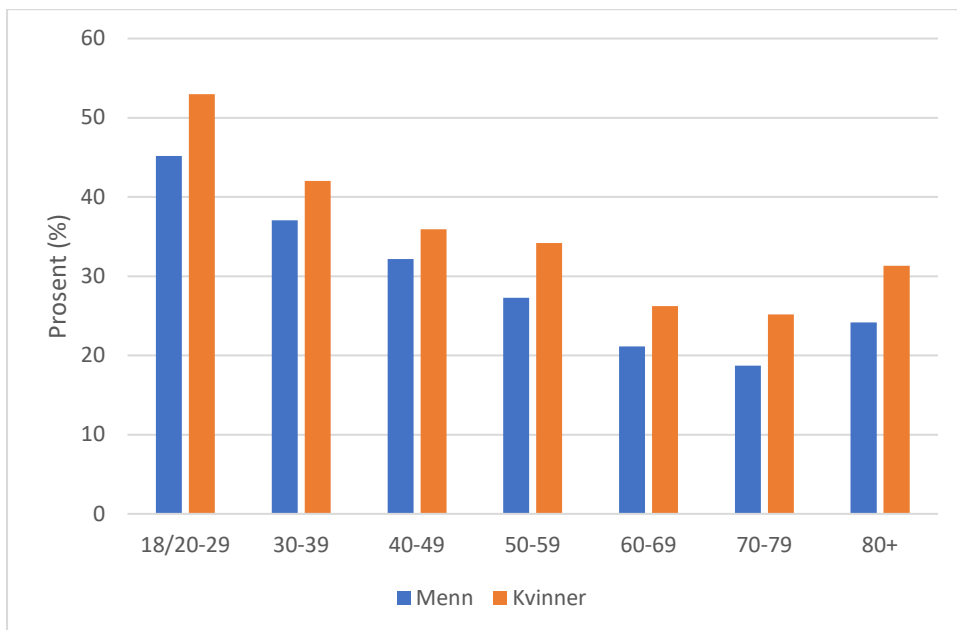


Figur 12 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært plaget av angst (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Utdanningsnivå og kjønn.

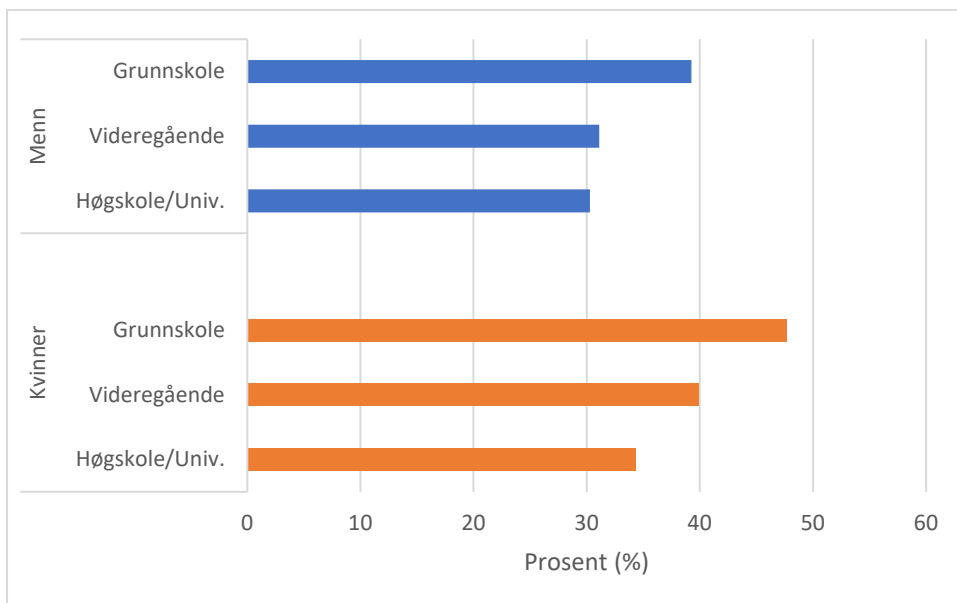
Har vært nedfor eller deprimert siste to uker



Figur 13 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært nedfor/deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre).

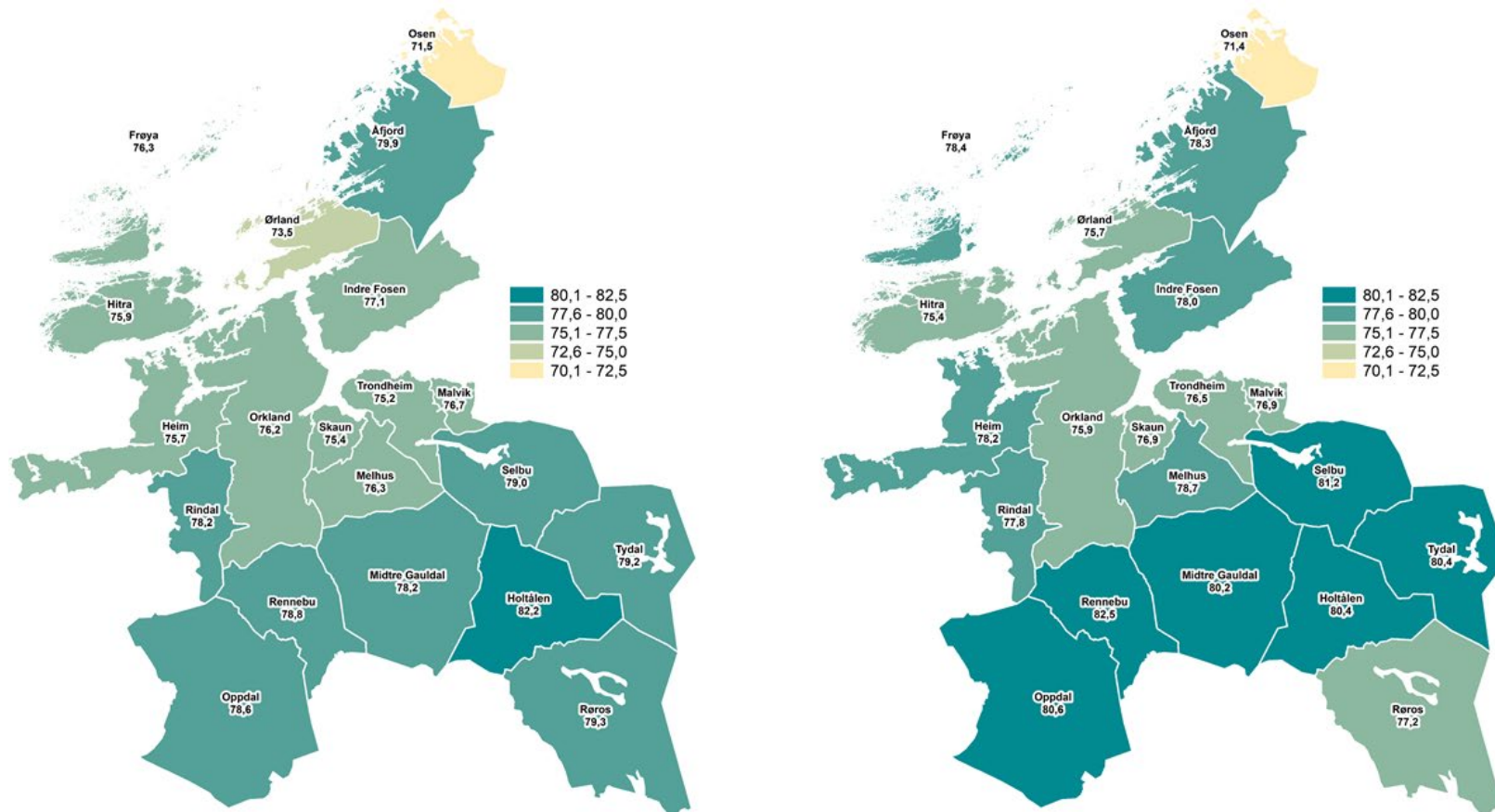


Figur 14 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært nedfor/deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Aldersgrupper og kjønn.

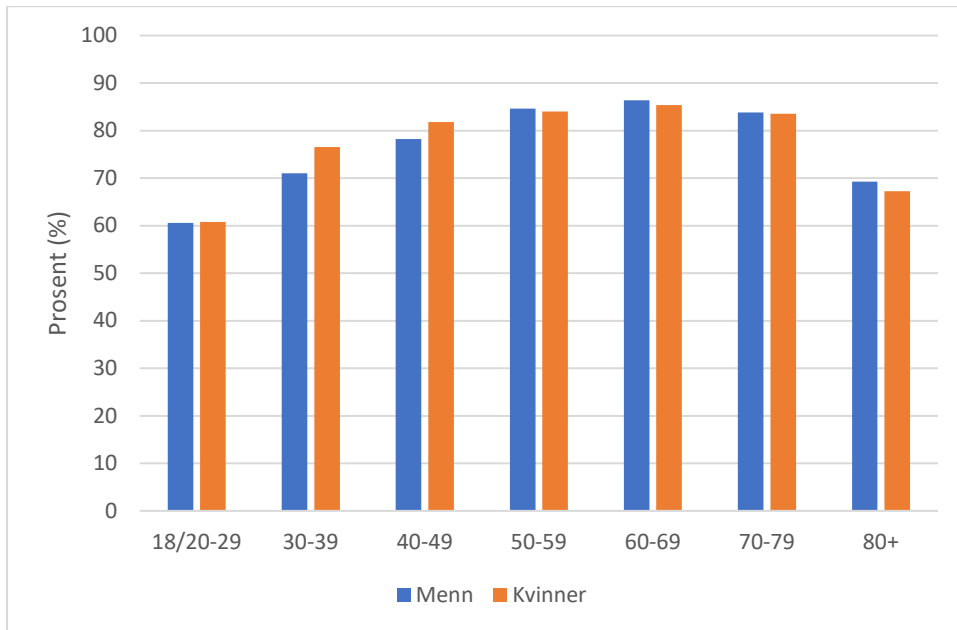


Figur 15 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært nedfor/deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Utdanningsnivå og kjønn.

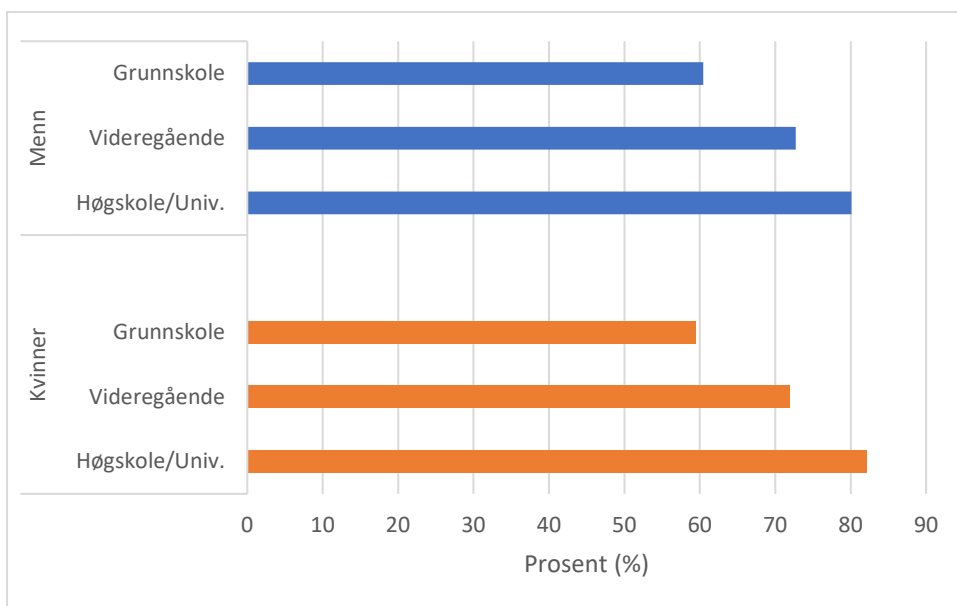
## Opplever det man gjør i livet som meningsfylt



Figur 16 Andel innbyggere (%) som oppgir at det de gjør i livet oppleves som meningsfullt. Andel som oppgir minst 7 på en skala fra 1 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Kommuner i Sør-Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre).



Figur 17 Andel innbyggere (%) som oppgir at det de gjør i livet oppleves som meningsfullt. Andel som oppgir minst 7 på en skala fra 1 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Aldersgrupper og kjønn.



Figur 18 Andel innbyggere (%) som oppgir at det de gjør i livet oppleves som meningsfullt. Andel som oppgir minst 7 på en skala fra 1 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Utdanningsnivå og kjønn.

## 4. Resultater for bydeler i Trondheim

Om lag 1 av 10 personer i Trondheim oppgir at de på svartidspunktet for undersøkelsen har vært hemmet av langvarig psykisk sykdom, i minst ett år, som har nedsatte funksjoner i dagliglivet. Andelen er litt høyere for kvinner (12 %) enn for menn (8 %). I levekårssonene varierer andelen fra 3 % til 17 % for menn og fra 7 % til 19 % for kvinner (figur 19).

Andelen som har moderat til høyt symptomtrykk fra psykiske helseplager siste to uker (CONOR mental health index  $\geq 2,15$ ) er 15 % for kvinner og 12 % for menn. Andelen varierer mellom levekårssonene fra 10 % til 25 % for kvinner og fra 6 % til 21 % blant menn (figur 20).

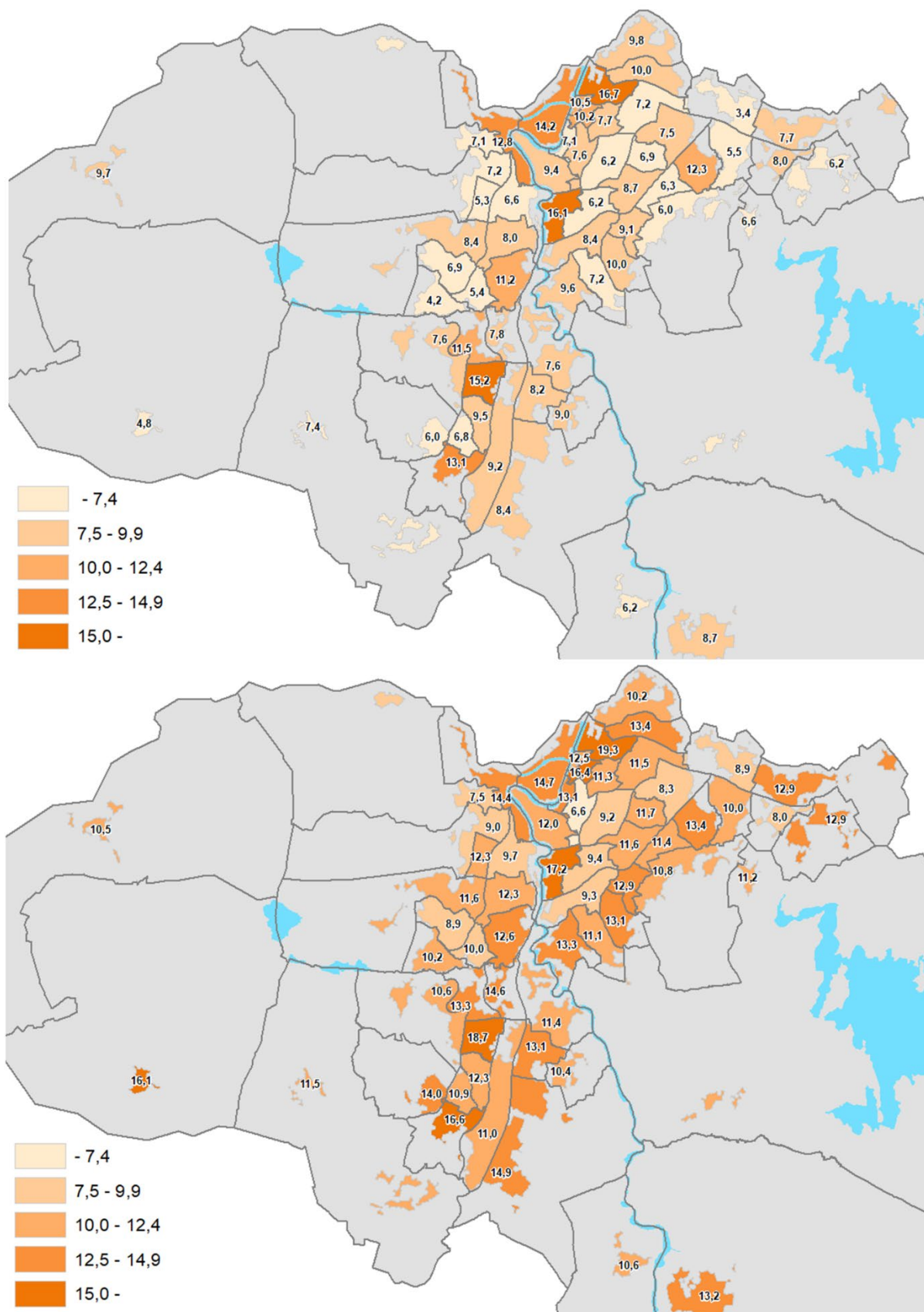
23 % av menn og 26 % av kvinner i Trondheim oppgir at de har vært plaget av angst i løpet av de siste to ukene. Andelen varierer fra 17 % til 37 % blant menn og fra 20 % til 38 % for kvinner i de ulike levekårssonene (figur 21).

Hele 35 % blant menn og 40 % av kvinner oppgir å ha følt seg nedfor eller deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Andelen varierer fra 25 % til 45 % blant menn og fra 34 % til 50 % blant kvinner (figur 22).

På spørsmål om det de gjør i livet oppleves som meningsfullt svarer 3 av 4 innbyggere i Trondheim 7 eller høyere på en skala fra 0 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Andelen er om lag like stor for menn (75 %) og kvinner (76 %). Variasjonen mellom levekårssonene er også relativt liten. Andelen varierer fra 63 % til 81 % blant menn og fra 66 % til 84 % for kvinner (figur 23).

Indikatorerne for bruk av helsetjenester, medisiner ved psykisk sykdom og forekomst av søvnvansker i levekårssonene i Trondheim, presenteres i Vedlegg 4 i rapporten.

## Langvarig og funksjonsnedsettende psykisk sykdom

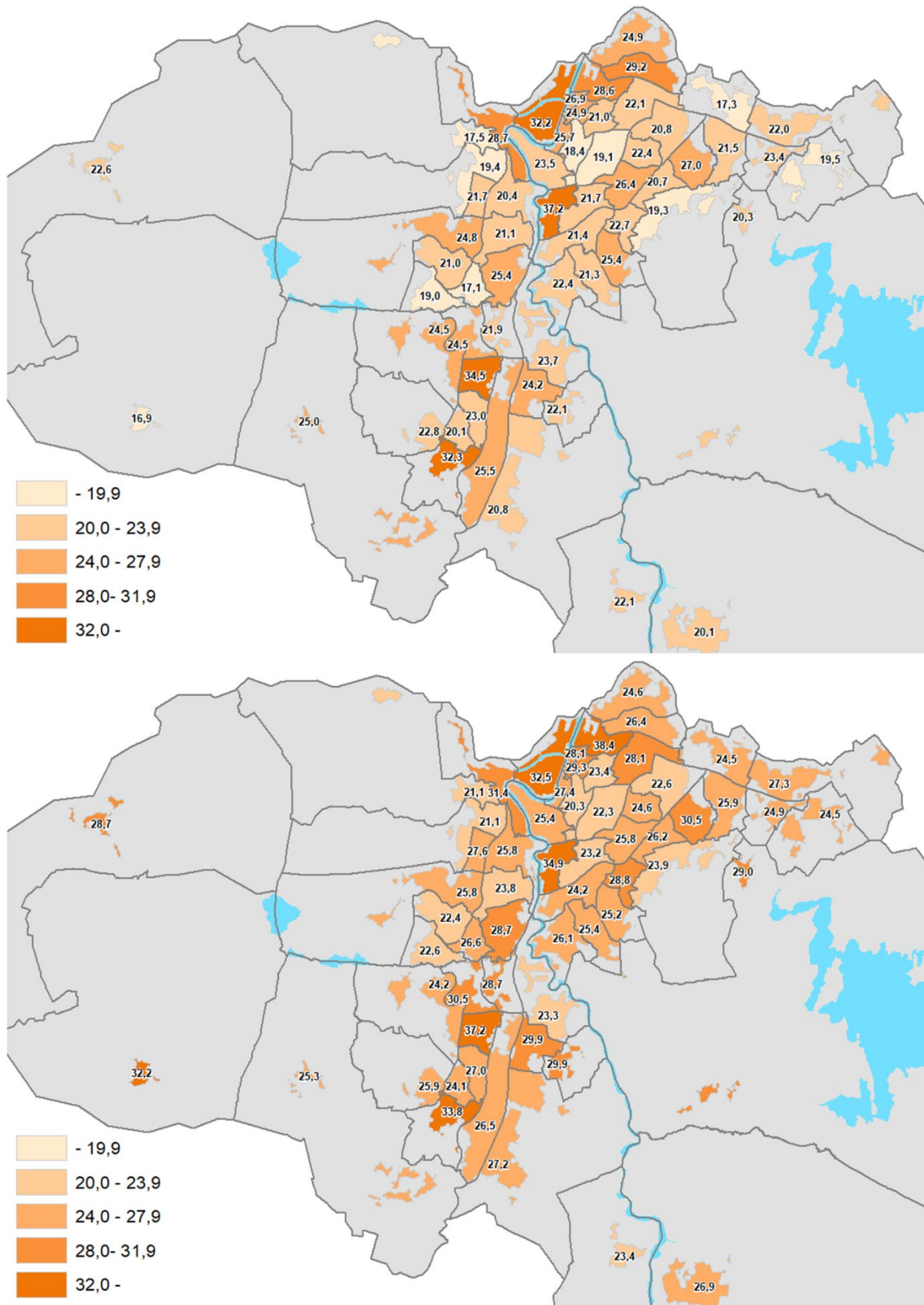


Figur 19 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hemmet av langvarig psykisk sykdom (minst ett år) som nedsetter funksjoner i dagliglivet. Levekårszoner i Trondheim (menn øverst og kvinner (nederst)



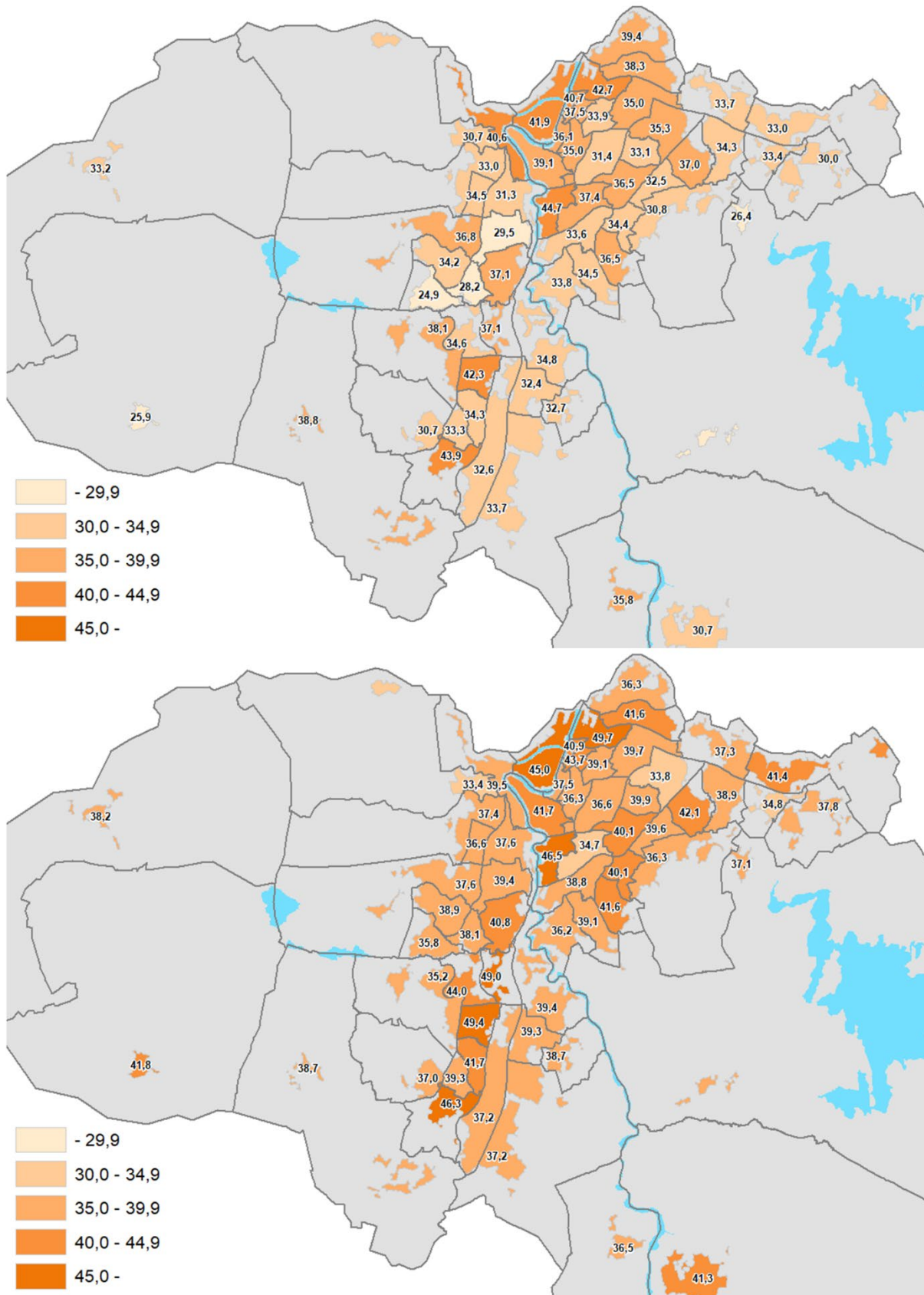


## Plaget med angst siste to uker



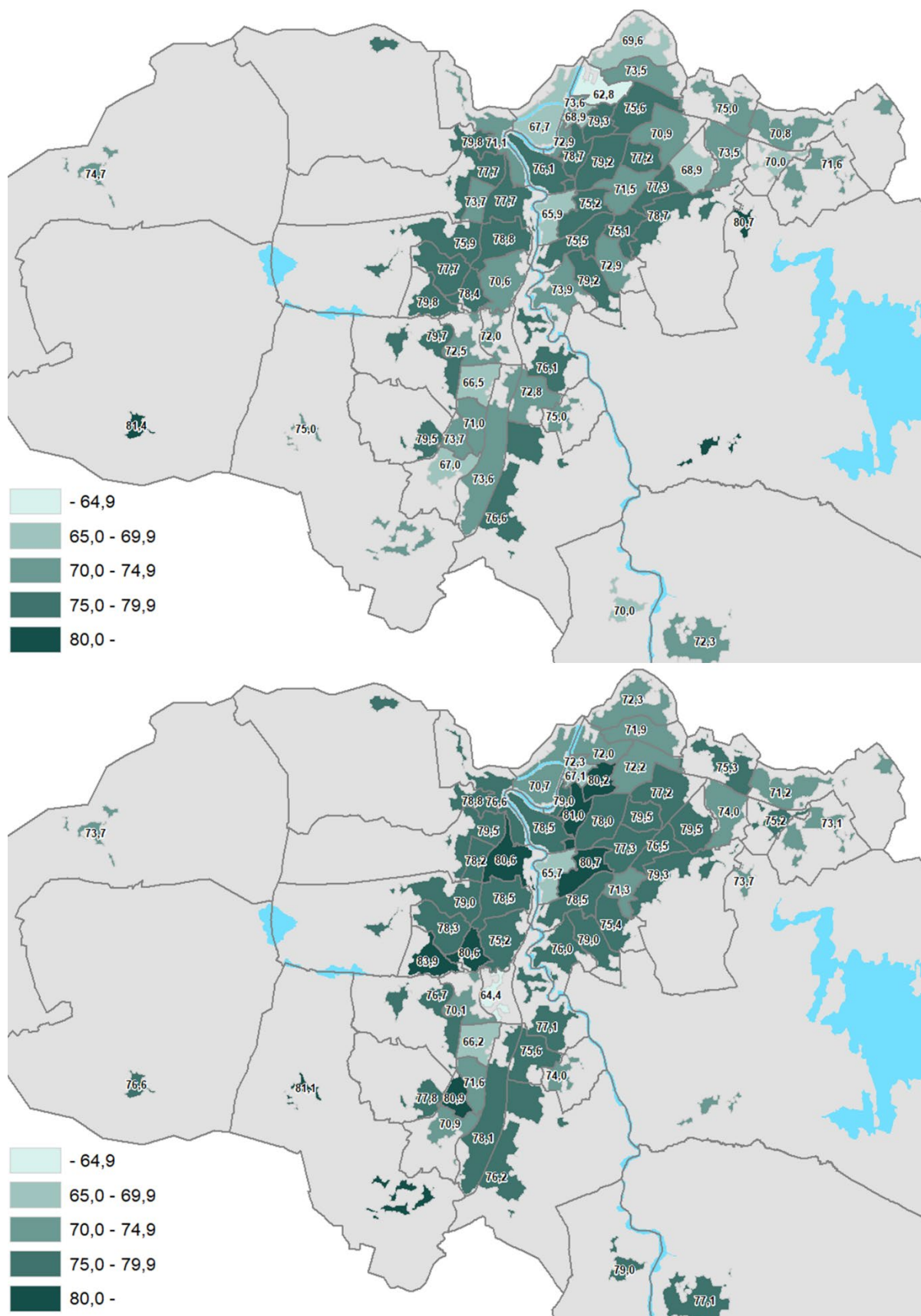
Figur 21 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært plaget av angst (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Levekårszoner i Trondheim (menn øverst) og kvinner (nederst)

## Har vært nedfor eller deprimert siste to uker



Figur 22 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært nedfor/deprimert (litt, en god del eller svært mye) i løpet av de siste to ukene. Levekårssoner i Trondheim (menn øverst) og kvinner (nederst)

## Opplever det man gjør i livet som meningsfylt



Figur 23 Andel innbyggere (%) som oppgir at det de gjør i livet oppleves som meningsfullt. Andel som oppgir minst 7 på skala fra 1 (ikke meningsfullt i det hele tatt) til 10 (svært meningsfullt). Levekårssoner i Trondheim (menn øverst) og kvinner (nederst)

## 5. Oppsummering

I denne rapporten har vi med bruk av ulike indikatorer fremstilt hvordan den psykiske helsen varierer mellom bosted, aldersgrupper, kjønn og utdanningsnivå. Resultatene viser at om lag 1 av 10 voksne rapporterer psykiske helseplager, at en noe større andel kvinner enn menn rapporterer psykiske helseplager, at dette varierer en del mellom kommunene i Trøndelag og mellom bydelene i Trondheim. 3 av 4 innbyggere indikerer at de opplever høy grad av mening med det de gjør i livet.

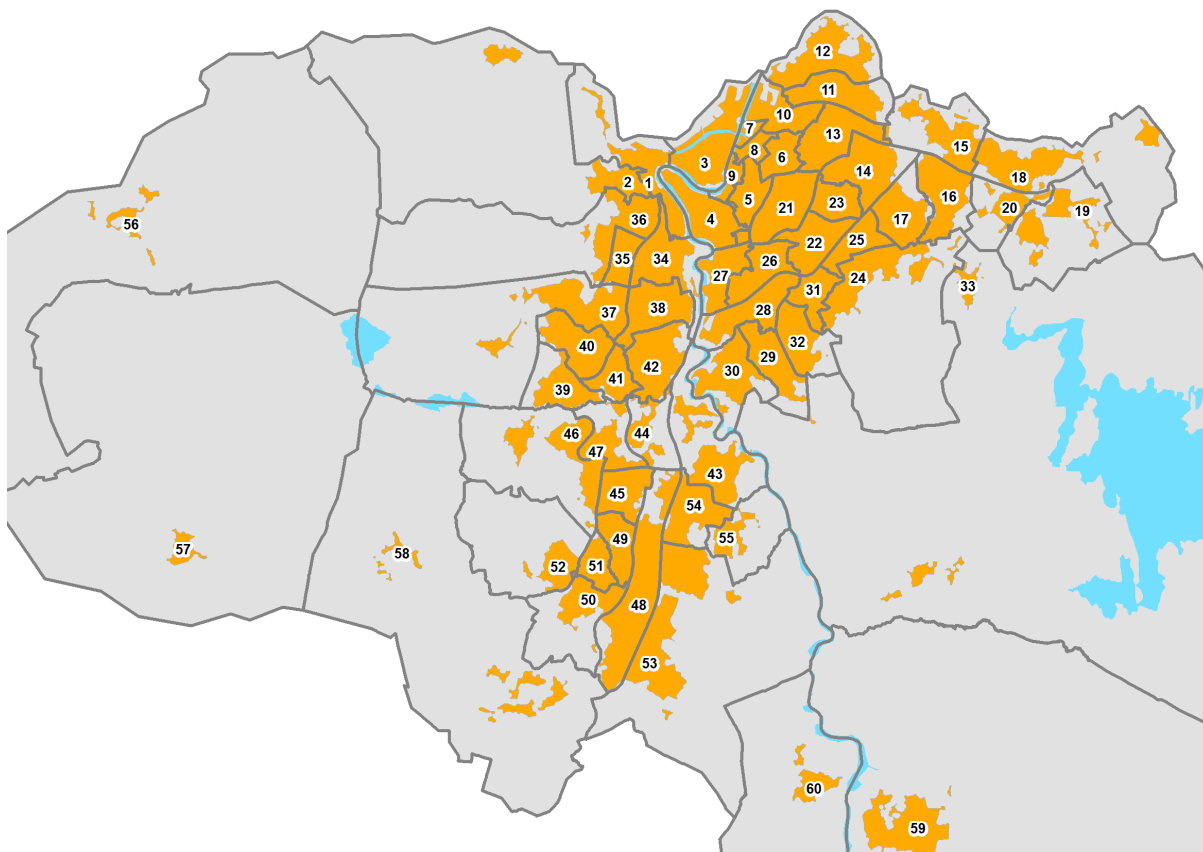
Det er særlig to funn vi ønsker å fremheve i denne rapporten. For det første finner vi at det gjennomgående er blant de yngste aldersgruppene at vi finner høyest andeler med psykiske helseplager. Dette funnet, som jo er et øyeblikksbilde fra ett tidspunkt, bør ses i sammenheng med andre data som viser at det er en økning i psykiske helseplager blant de yngre mens det er en nedgang blant de eldre. Økningen blant unge voksne er bekymringsfull.

Det andre funnet er den nokså konsistente forskjellen mellom utdanningsgruppene, der de med lavest utdanning systematisk har høyere andeler med psykiske plager enn de med videregående utdanning, som igjen har høyere andeler enn de med høy utdanning. Denne helseulikheten, ofte kalt utdanningsgradienten i helse, er betydelig, og den representerer både et folkehelseproblem og et rettferdighetsproblem.

## 6. Referanser

1. Prilleltensky, I., *Mattering at the intersection of psychology, philosophy, and politics*. American Journal of Community Psychology, 2020. **65**(1-2): p. 16-34.
2. Krokstad, S., *Hva skal til for å få flere i arbeid?* Tidsskrift for Den norske legeforening, 2021.
3. Nations, U., *Leaving No One Behind: The Imperative of Inclusive Development. Report on the World Social Situation 2016*. 2016, United Nations New York.
4. Wilkinson, R., Pickett, K., *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being*. 2020: Penguin Books.
5. Carlquist, E., *Well-being på norsk*. Helsedirektoratets rapport, 2015. **6**: p. 2015.
6. 2021; Available from: <https://www.ntnu.no/hunt/rapporter>.
7. Di Martino, S., Prilleltensky, I., *Happiness as fairness: The relationship between national life satisfaction and social justice in EU countries*. Journal of Community Psychology, 2020. **48**(6): p. 1997-2012.
8. Barstad, A., Sandvik, L., *Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet: En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene*. 2015.
9. Organization, W.H., *Healthy, prosperous lives for all: the European health equity status report*. 2019.
10. Dahlgren, G., Whitehead, M., *Policies and strategies to promote social equity in health*. 1991, Institute for futures studies: Stockholm.
11. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019*. 2019, Folkehelseinstituttet: Oslo.
12. Barstad, A., et al., *Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*, in Oslo: Helsedirektoratet. 2016.
13. Krokstad, S., Knudtsen, M., *Folkehelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08)*. 2011, HUNT forskningssenter, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU: Levanger.
14. Folkehelsealliansen-i-Trøndelag. *Hodebra* (<https://hodebra.no/>). 2020 7. oktober 2020]; Available from: <https://hodebra.no/>.
15. Helsedirektoratet. *Veileder til systematisk folkehelsearbeid* (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>). 2020.
16. Krokstad, S., et al., *Cohort Profile: the HUNT Study, Norway*. Int J Epidemiol, 2013. **42**(4): p. 968-77.
17. Sjøgaard, A.J., et al., *A comparison of the CONOR Mental Health Index to the HSCL-10 and HADS*. Norsk epidemiologi, 2003. **13**(2): p. 279-284.
18. Langhammer, A., et al., *The HUNT study: participation is associated with survival and depends on socioeconomic status, diseases and symptoms*. BMC Med Res Methodol, 2012. **12**: p. 143.

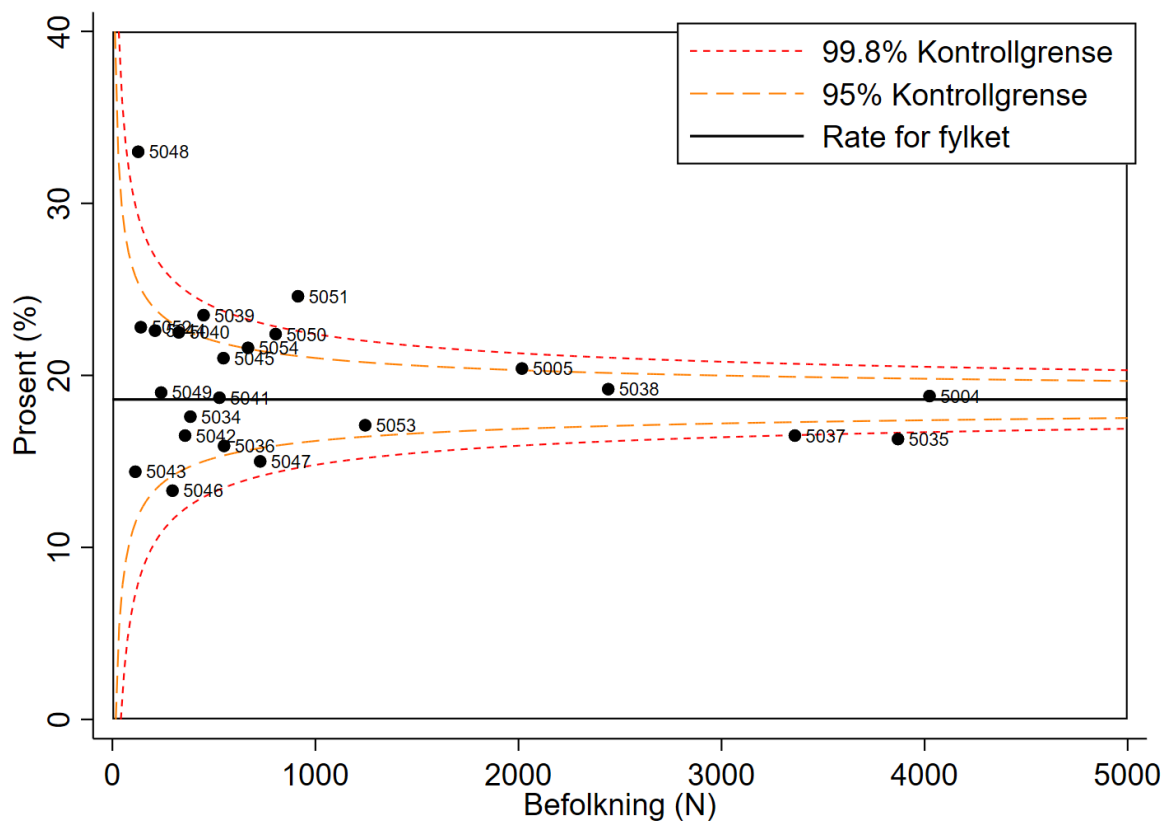
## Vedlegg 1: Kart levekårssoner Trondheim



De mørke strekene i kartet angir grensene mellom levekårssoner. Farge er bare avsatt i områder med tettstedsbebyggelse. Områder i sonene som i hovedsak er ubebygde har lys grå bakgrunn.

Nr	Levekårssone	Nr	Levekårssone	Nr	Levekårssone
1	Ila	21	Berg-Tyholt	41	Rydningen
2	Hammersborg-Trolla	22	Moholt	42	Hallset
3	Midtbyen	23	Brøset-Valentinlyst	43	Sjetnemarka-Okstad
4	Øya-Elgeseter	24	Stokkan	44	Romoulslia
5	Singsaker	25	Åsvang-Angelltrøa	45	Saupstad
6	Rosenborg	26	Nardo	46	Flatås-Huseby
7	Nedre elvehavn	27	Tempe-Sorgenfri	47	Nedre Flatåsen
8	Møllenberg	28	Nidarvoll	48	Breidablikk
9	Bakklandet	29	Stubban	49	Heimdal
10	Lademoen	30	Fossegrenda	50	Kattem
11	Lilleby-Ladesletta	31	Othilienborg-Vestlia	51	Åsheim
12	Lade	32	Risvollan	52	Lundåsen
13	Strindheim	33	Bratsberg-Jonsvatnet-Leira	53	Tiller sør
14	Bromstad-Leangen	34	Havstein-Stavne	54	Tonstad
15	Nedre Charlottenlund	35	Nyborg	55	Tiller nord
16	Øvre Charlottenlund	36	Sverresborg	56	Rye
17	Brundalen	37	Ugla	57	Spongdal
18	Ranheim	38	Munkvoll-Hoem	58	Nypvang
19	Reppe-Vikåsen	39	Stavset	59	Sørborgen
20	Olderdalen	40	Kystad	60	Tanem

Vedlegg 2: Funnelploott av dårlig egenvurdert helse (%) for menn i Nord-Trøndelag



Forklaring på illustrasjonen:

I denne grafen er andelen i hver kommune som rapporterer «dårlig egenvurdert helse» plottet på y-aksen og befolkningsstørrelsen på x-aksen. Den heltrukne svarte linja er gjennomsnittet i Nord-Trøndelag.

Poenget her er at alle kommunene som ligger innenfor kontrollgrensene ikke skiller seg fra fylkesgjennomsnittet, men ligger innenfor det vi kan kalle tilfeldig variasjon. To kommuner ligger utenfor kontrollgrensene og skiller seg dermed klart fra gjennomsnittet.



### Vedlegg 3. Indikatorer på helsetjenestebruk, medisinbruk og søvn i Trøndelag

31 % av alle kvinner og 19 % av alle menn sier de har hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for noen gang i livet. Andelen varierer fra 19 % til 40 % for kvinner og fra 9 % til 24 % for menn når vi sammenlikner kommunene (vedleggsfigur 1). Andelen som noen gang har søkt hjelp er størst hos de yngste og avtar med økende alder (vedleggsfigur 2). De med kort utdanning har i større grad søkt hjelp enn de med lang utdanning (vedleggsfigur 3).

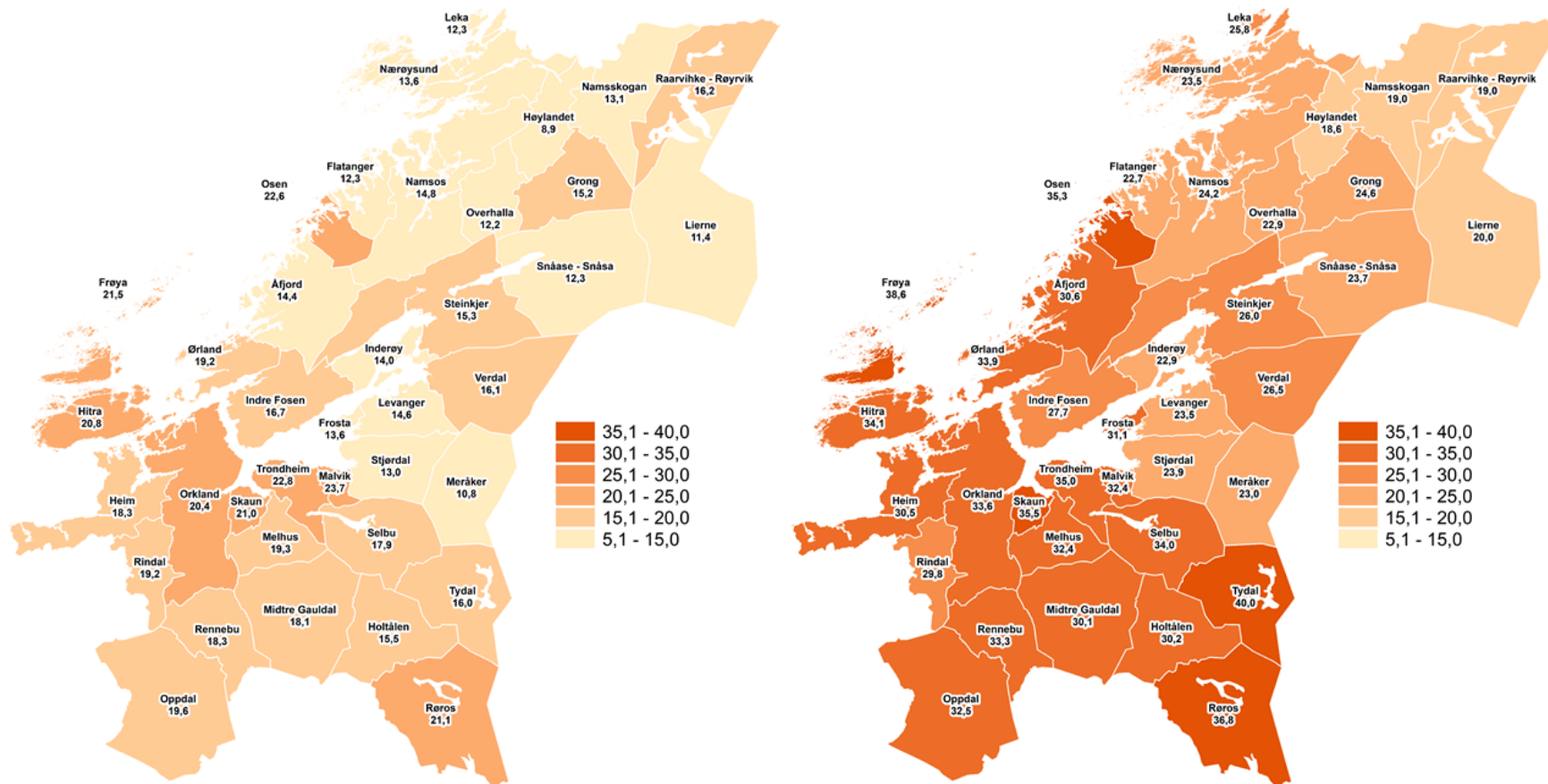
6 % av alle kvinner og 4 % av alle menn rapporterer å ha søkt hjelp siste året og det varierer mellom kommunene fra 3 % til 11 % for kvinner og fra 2 % til 7 % for menn (vedleggsfigur 4). Hjelpsøkingen er klart høyest hos de yngste aldersgruppene (vedleggsfigur 5) og det er klare forskjeller mellom utdanningsgruppene (vedleggsfigur 6). For kvinner med lang utdanning svarer 5 % at de har søkt hjelp siste året, mens blant de med grunnskole svarer 12 % det samme. Tilsvarende tall for menn med respektive lang og kort utdanning er 10 % og 3 %.

På spørsmål om man bruker medisiner for psykiske plager akkurat nå svarer 7 % av alle kvinner og 4 % av alle menn at de bruker dette. Det varierer mellom kommunene fra 5 % til 13 % blant kvinner og fra 1 % til 6 % blant menn (vedleggsfigur 7). Andelen som bruker medisiner, stiger med økende alder (vedleggsfigur 8) og vi finner klare forskjeller mellom utdanningsgruppene der andelen er høyest for de med lav utdanning for både menn og kvinner (vedleggsfigur 9).

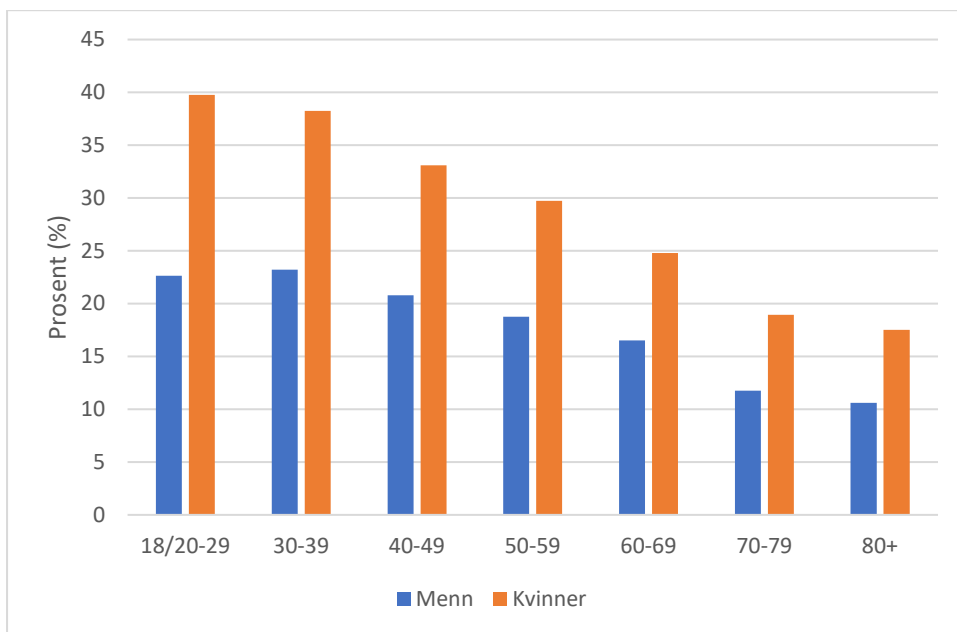
13 % av alle kvinner og 9 % av alle menn i fylket sier at de siste tre måneder har våknet for tidlig om morgenen uten å få sove igjen. Mellom kommunene varierer dette fra 7 % til 16 % for kvinner og fra 7 % til 14 % for menn (vedleggsfigur 10). Andelen som rapporterer dette er lavest hos de yngste og stiger frem til aldersgruppen 50-59 år, for deretter å avta noe (vedleggsfigur 11). De med kort utdanning er igjen den utdanningsgruppen som har høyest andel som rapporterer dette og andelen avtar med økende utdanningslengde (vedleggsfigur 12).

Når det gjelder vansker med å sovne om kvelden sier 17 % av alle kvinner og 10 % av alle menn at de har hatt innsøvningsvansker siste tre måneder. Dette varierer mellom kommunene fra 8 % til 20 % hos kvinner og fra 6 % til 14 % for menn (vedleggsfigur 13). Andelene er klart høyest hos den yngste aldersgruppen for begge kjønn (vedleggsfigur 14). For menn avtar andelen med alder mens den er nokså stabil (rundt 15 %) i alle øvrige aldersgrupper for kvinner. Det er klart høyest andel som rapporterer innsøvningsvansker blant de med kort utdanning hos begge kjønn (vedleggsfigur 15).

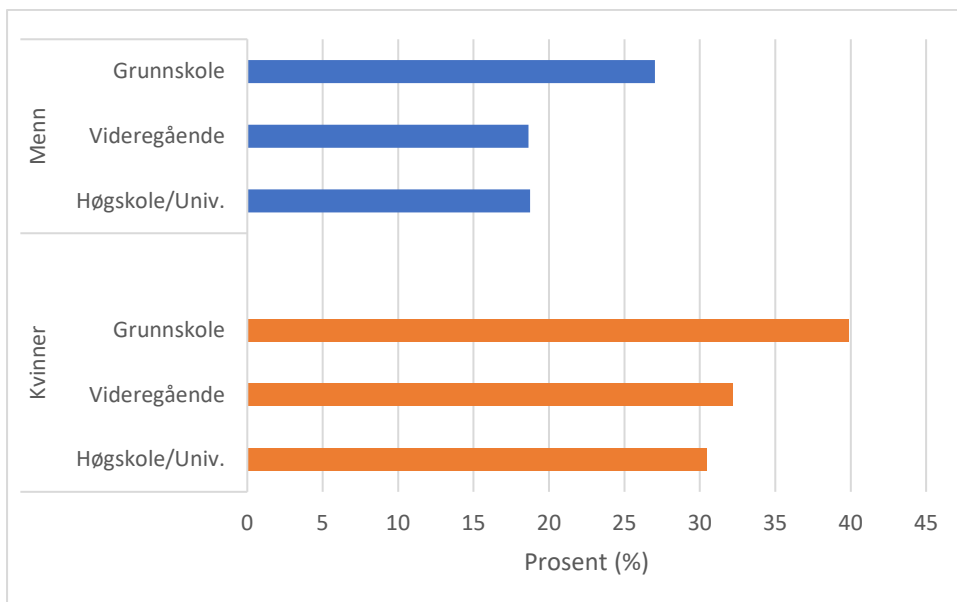
## Noen gang søkt hjelp for psykiske plager



Vedleggsfigur 1 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre).

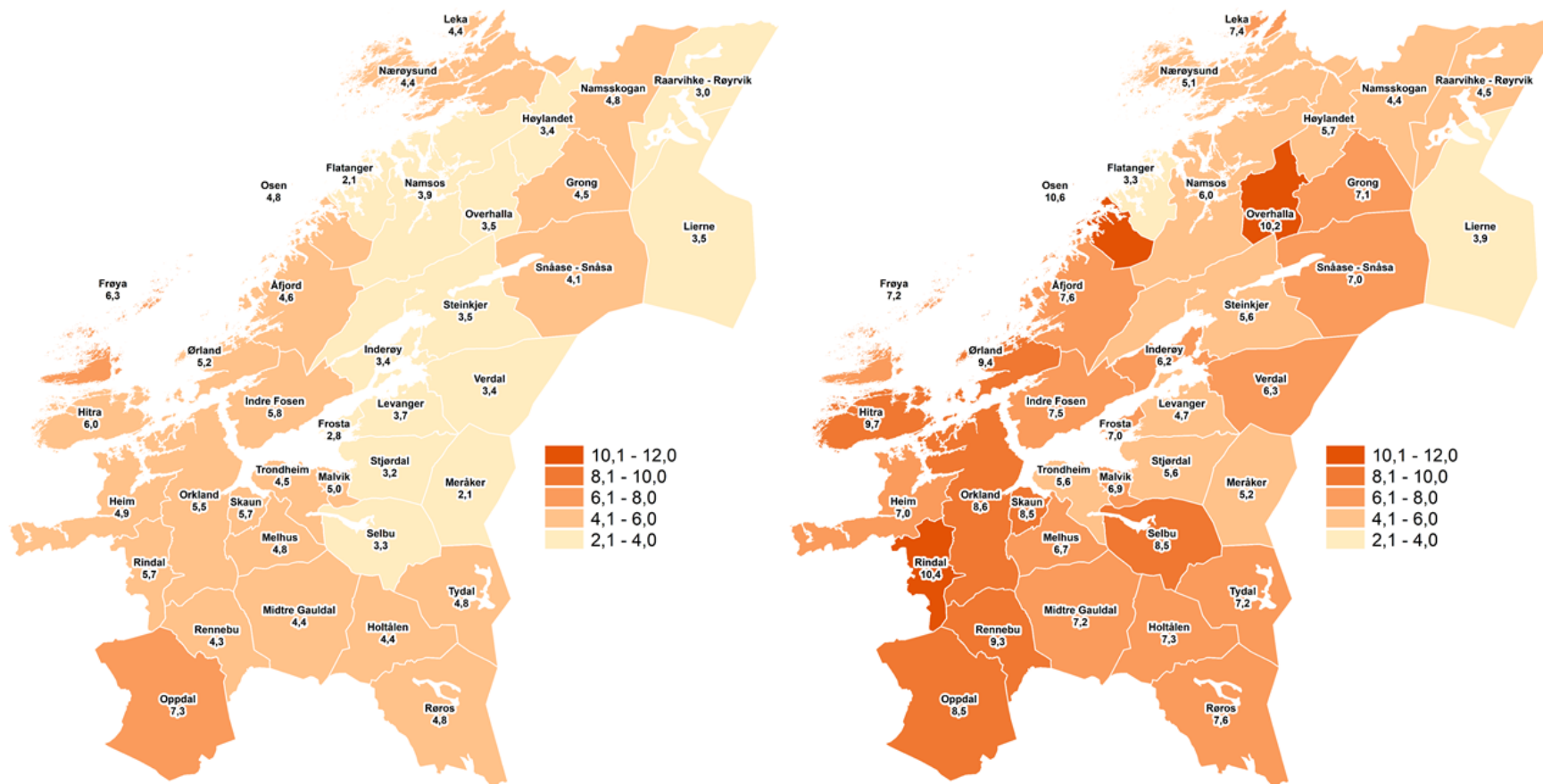


Vedleggsfigur 2 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for. Aldersgrupper og kjønn.

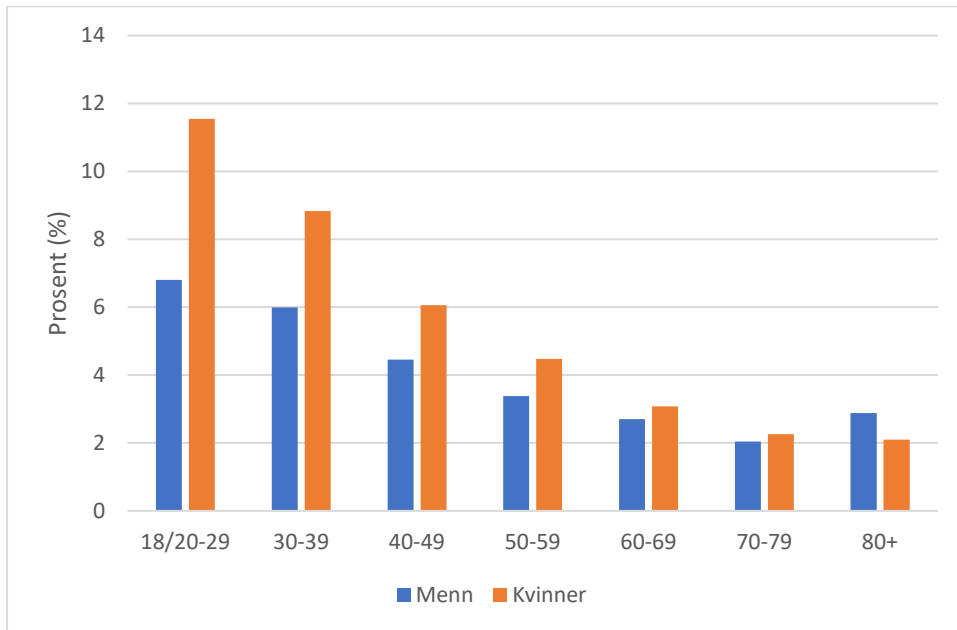


Vedleggsfigur 3 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt psykiske plager som de har søkt hjelp for. Utdanningsnivå og kjønn.

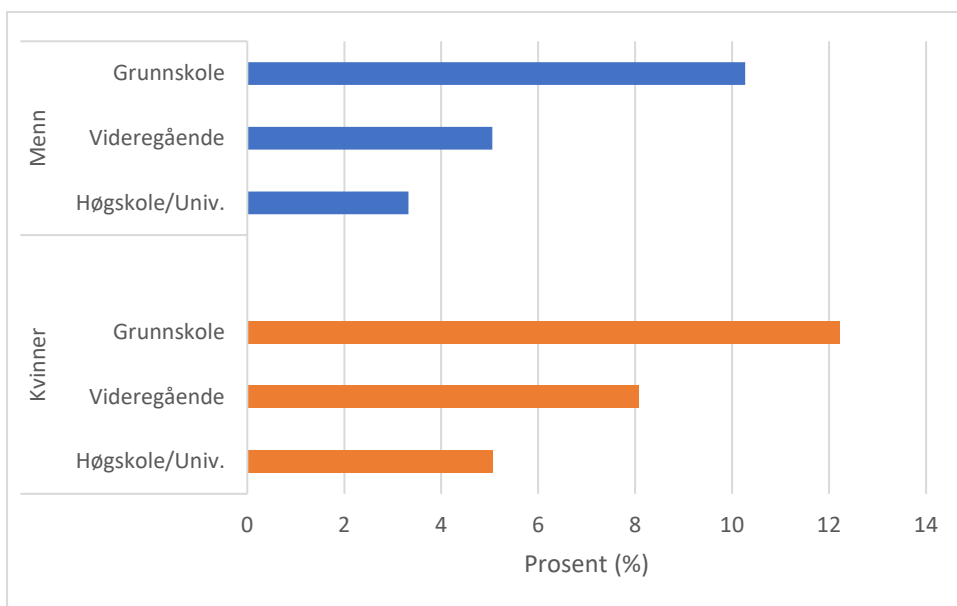
## Oppsøkt helsetjenesten siste året på grunn av psykisk sykdom



Vedleggsfigur 4 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 måneder. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre)

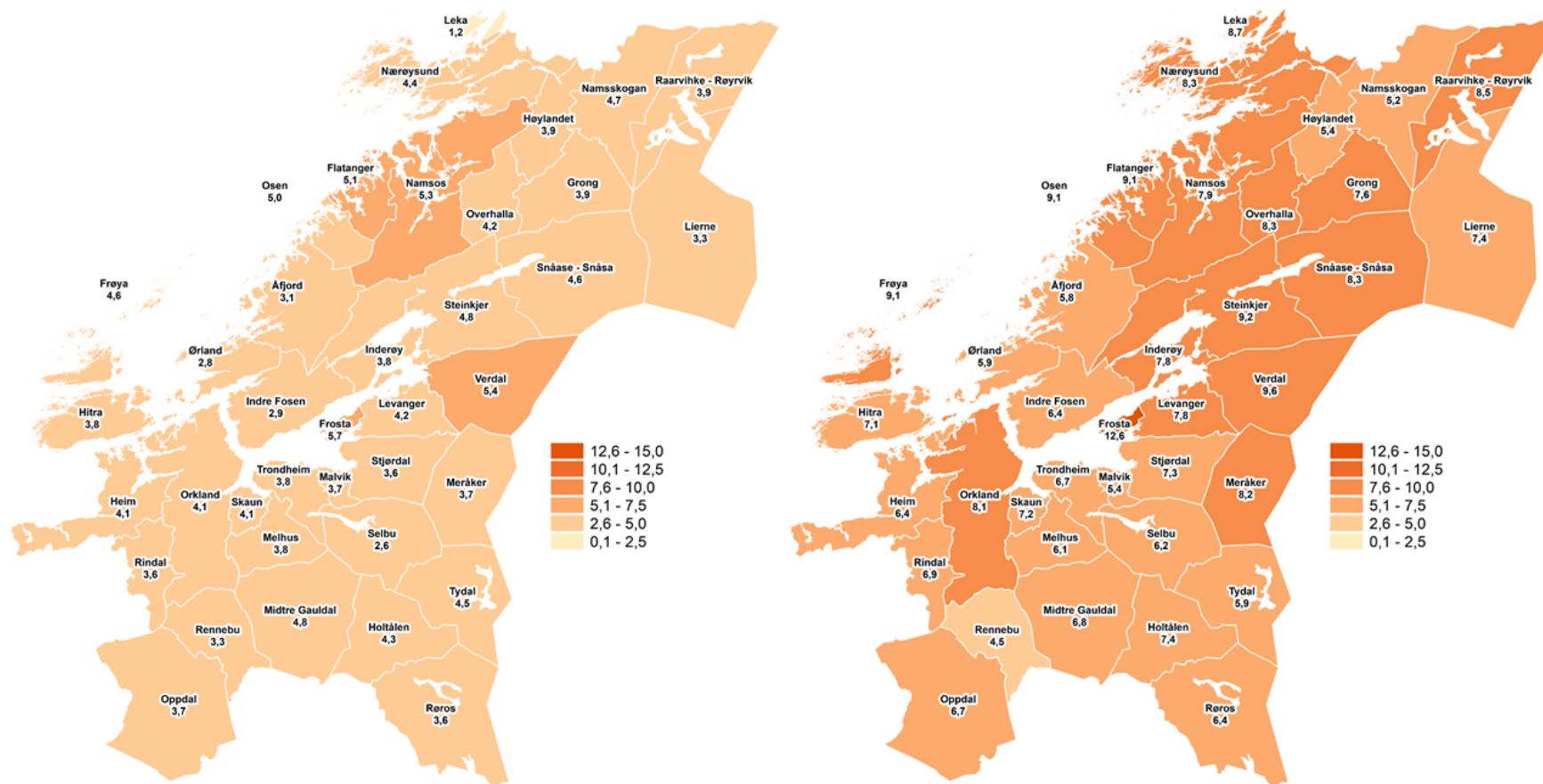


Vedleggsfigur 5 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 måneder. Aldersgrupper og kjønn.

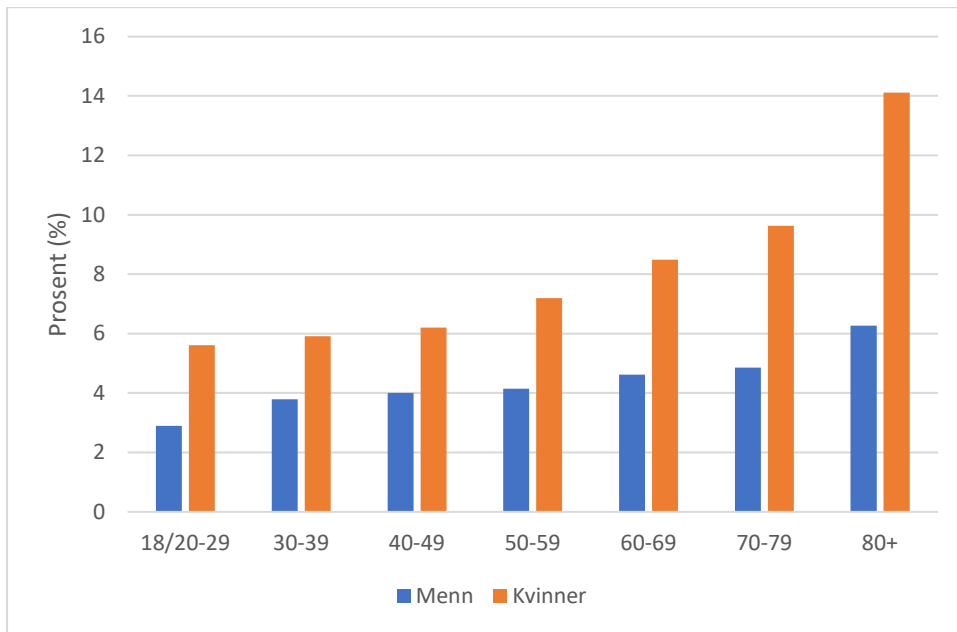


Vedleggsfigur 6 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 måneder. Utdanningsnivå og kjønn.

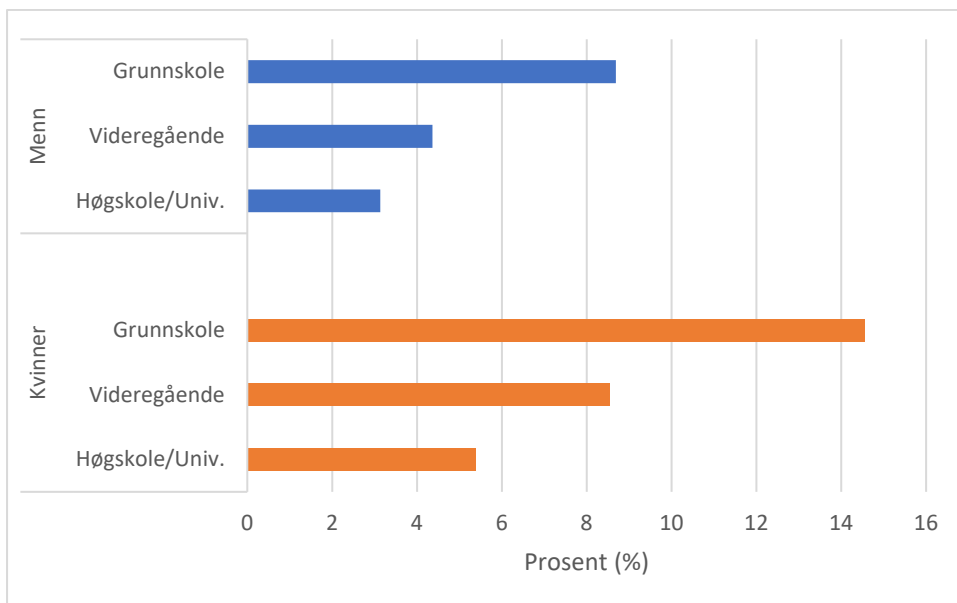
## Bruker reseptpliktige medisiner mot angst eller depresjon



Vedleggsfigur 7 Andel innbyggere (%) som oppgir å bruke reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre)

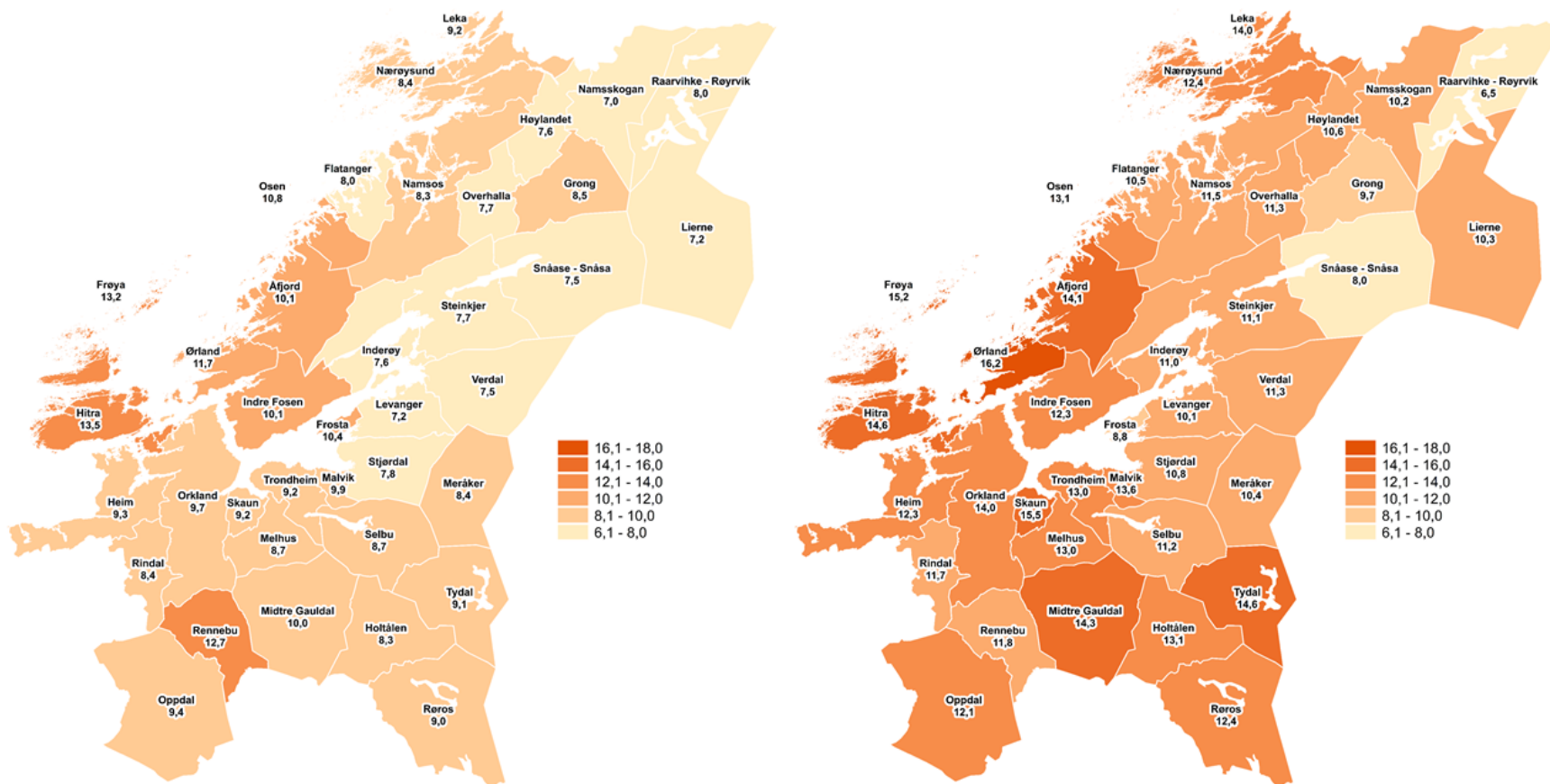


Vedleggsfigur 8 Andel innbyggere (%) som oppgir å bruke reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Aldersgrupper og kjønn.



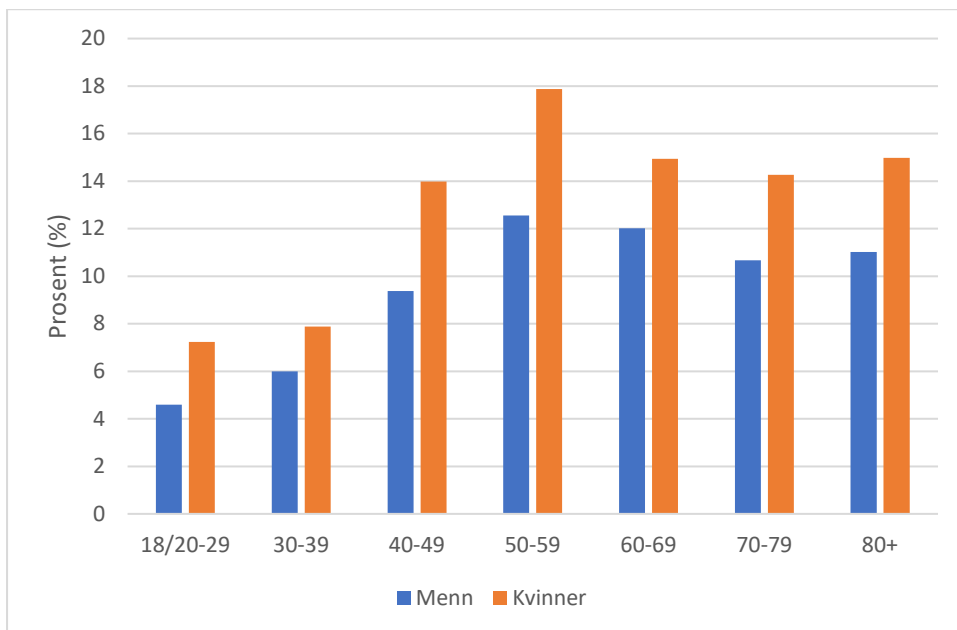
Vedleggsfigur 9 Andel innbyggere (%) som oppgir å bruke reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Utdanningsnivå og kjønn.

## Søvn siste tre måneder - våkner for tidlig og får ikke sove igjen

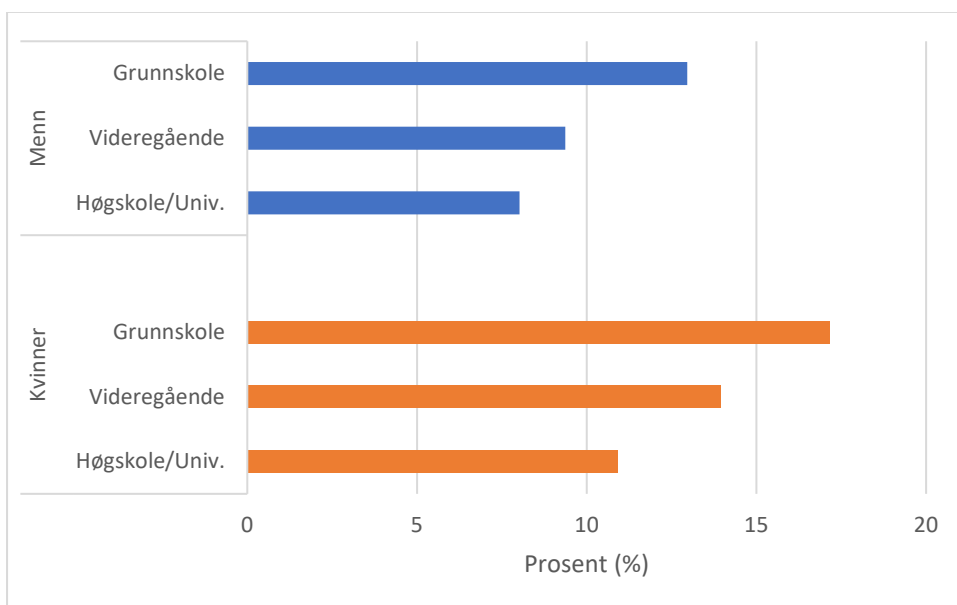


Vedleggsfigur 10 Andel innbyggere (%) som oppgir å våkne for tidlig og ikke få sove igjen (minst 3 ganger per uke siste 3 mnd. Kommuner i Trøndelag, menn (venstre) og kvinner (høyre))



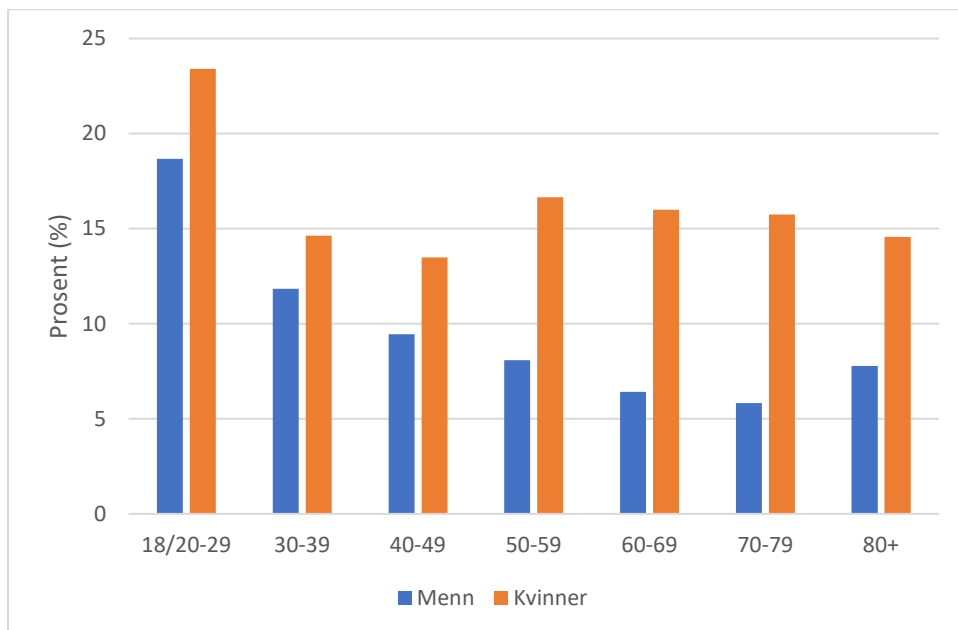


Vedleggsfigur 11 Andel innbyggere (%) som oppgir å våkne for tidlig og ikke få sove igjen (minst 3 ganger per uke siste 3 mnd. Aldersgrupper og kjønn.

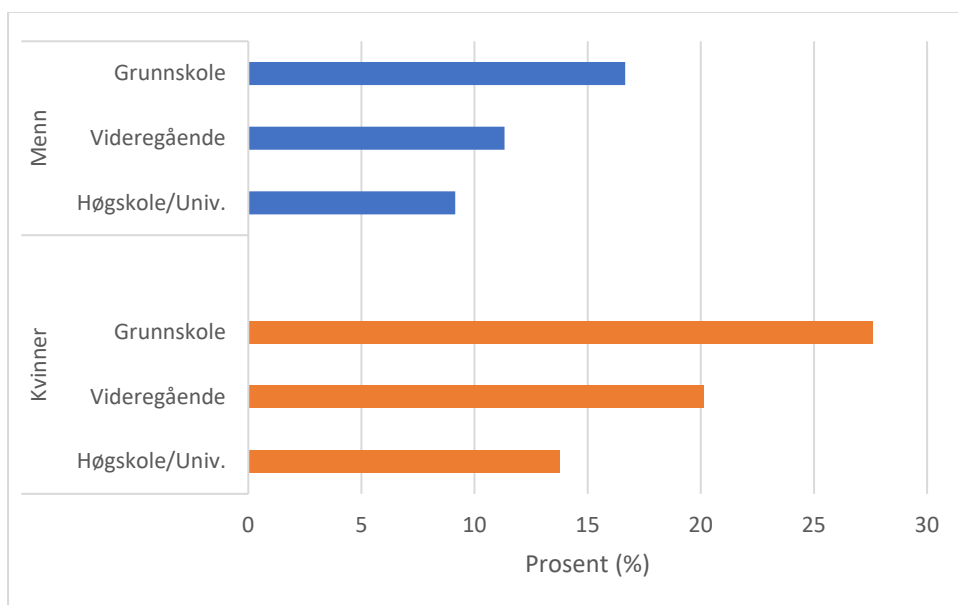


Vedleggsfigur 12 Andel innbyggere (%) som oppgir å våkne for tidlig og ikke få sove igjen (minst 3 ganger per uke siste 3 mnd. Utdanningsnivå og kjønn.





Vedleggsfigur 14 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt vanskelig for å sovne om kvelden (minst 3 ganger per uke siste 3 måneder). Aldersgrupper og kjønn.



Vedleggsfigur 15 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt vanskelig for å sovne om kvelden (minst 3 ganger per uke siste 3 måneder). Utdanningsnivå og kjønn.

#### Vedlegg 4. Indikatorer på helsetjenestebruk, medisinbruk og søvn i bydeler i Trondheim

Andelen som oppgir at de noen gang har søkt hjelp for psykiske plager er 19 % for menn og 31 % for kvinner. I levekårssonene varierer andelen fra 13 % til 36 % for menn og fra 30 % til 47 % for kvinner (vedleggsfigur 16).

Andelen som oppgir å ha vært til konsultasjon ved psykiatrisk poliklinikk eller hos kommunal psykiatrisk sykepleier det siste året er 4,4 % blant menn og 6,4 % blant kvinner. Andelene varierer mellom 2 % og 10 % for menn og mellom 3 % og 9 % for kvinner i de ulike levekårssonene (vedleggsfigur 17).

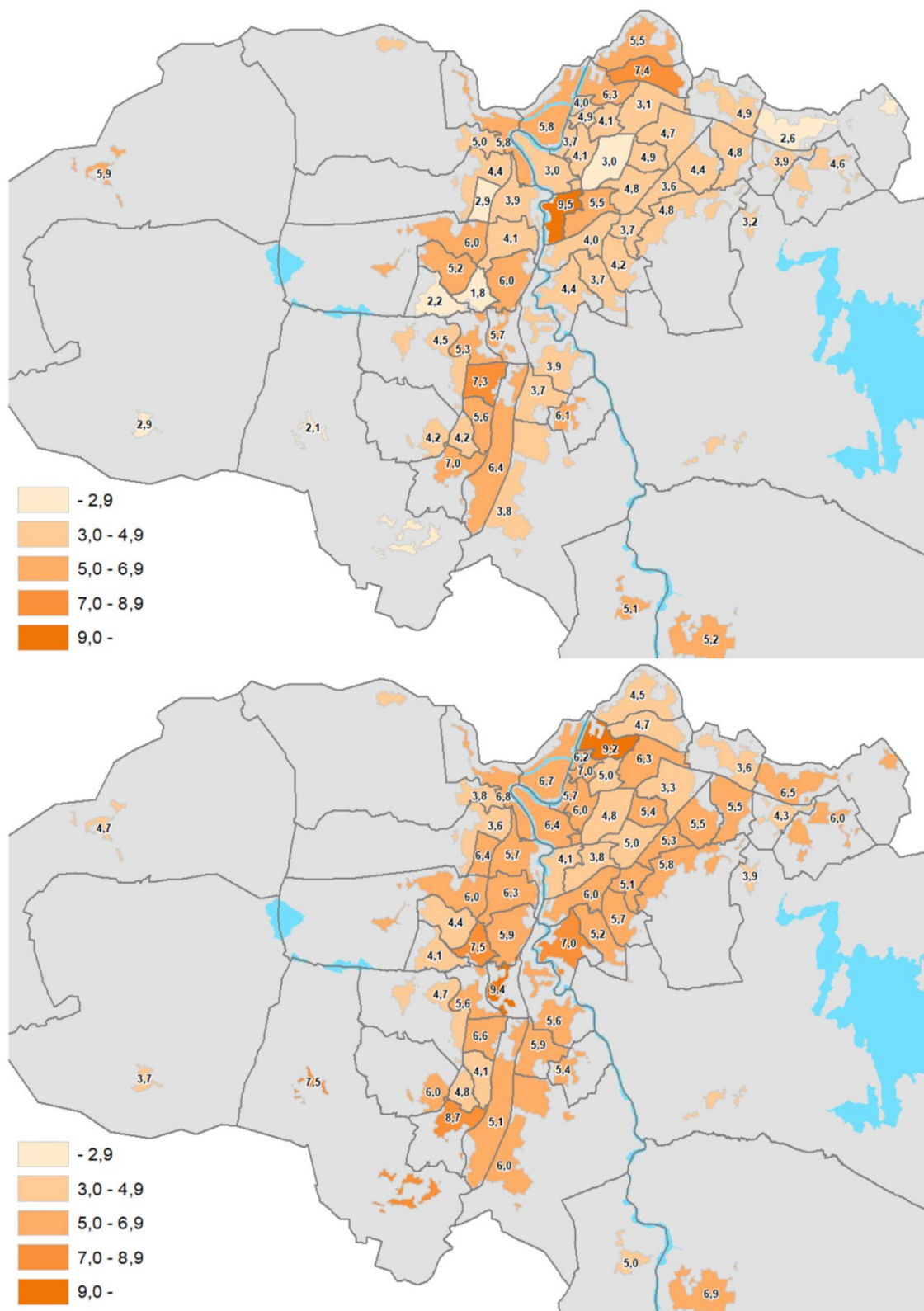
3,8 % blant menn og 6,6 % blant menn oppgir at de bruker reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Mellom levekårssonene varierer andelene fra 2 % til 9 % blant menn og 3 % og 13 % blant kvinner (vedleggsfigur 18).

Om lag 9 % av menn og 13 % av kvinner i Trondheim oppgir at de våkner tidlig og ikke får sove igjen minst 3 ganger per uke. Blant menn varierer andelen fra 5 % til 15 %, mens den varierer fra 9 % til 19 % blant kvinner (vedleggsfigur 19).

Om lag 12 % av menn og 17 % av kvinner i Trondheim oppgir at de har vansker med å sovne om kvelden minst 3 ganger per uke. Blant menn varierer andelen fra 4 % til 19 %, mens den varierer fra 12 % til 23 % blant kvinner (vedleggsfigur 20).

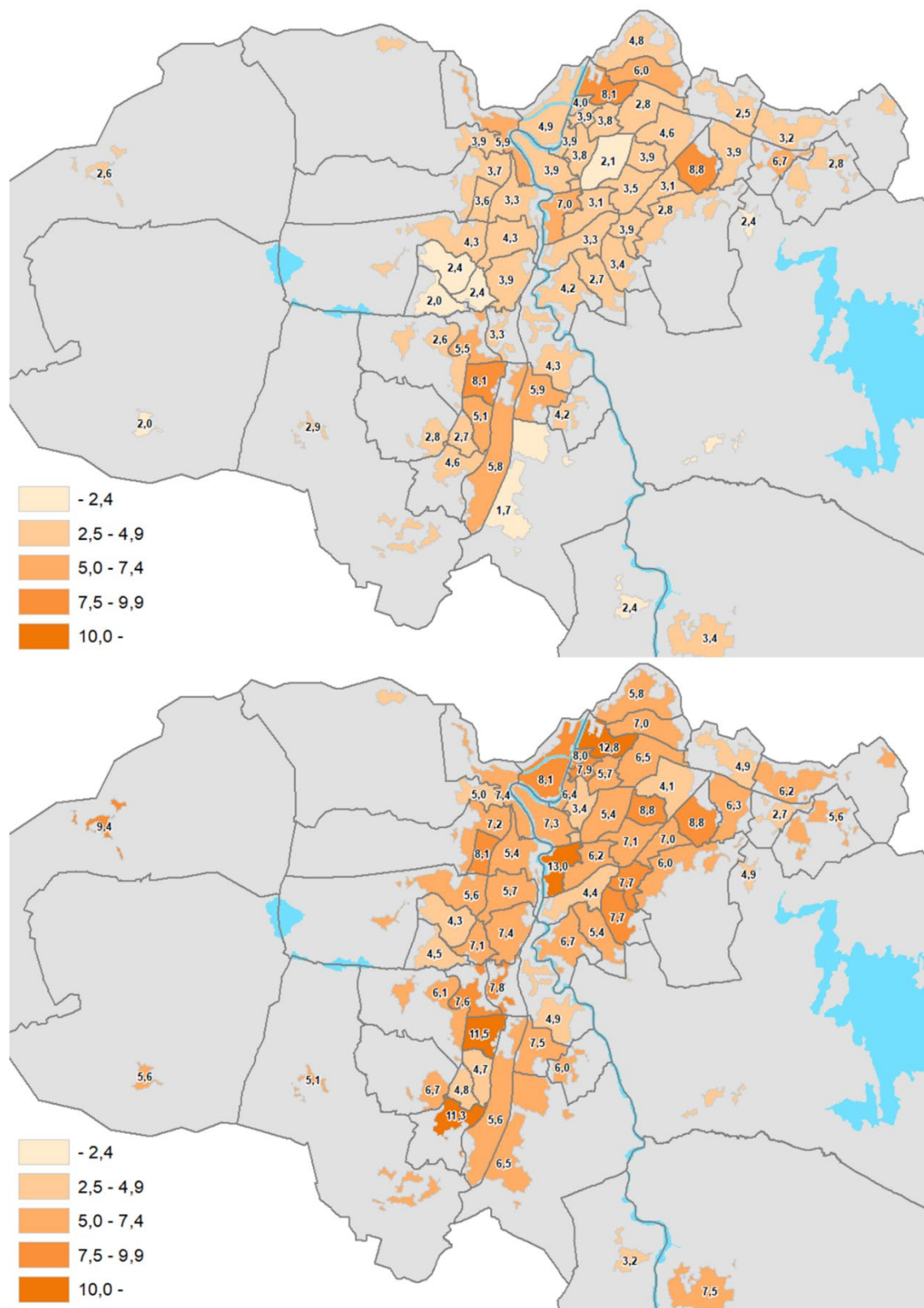


## Oppsøkt helsetjenesten siste året



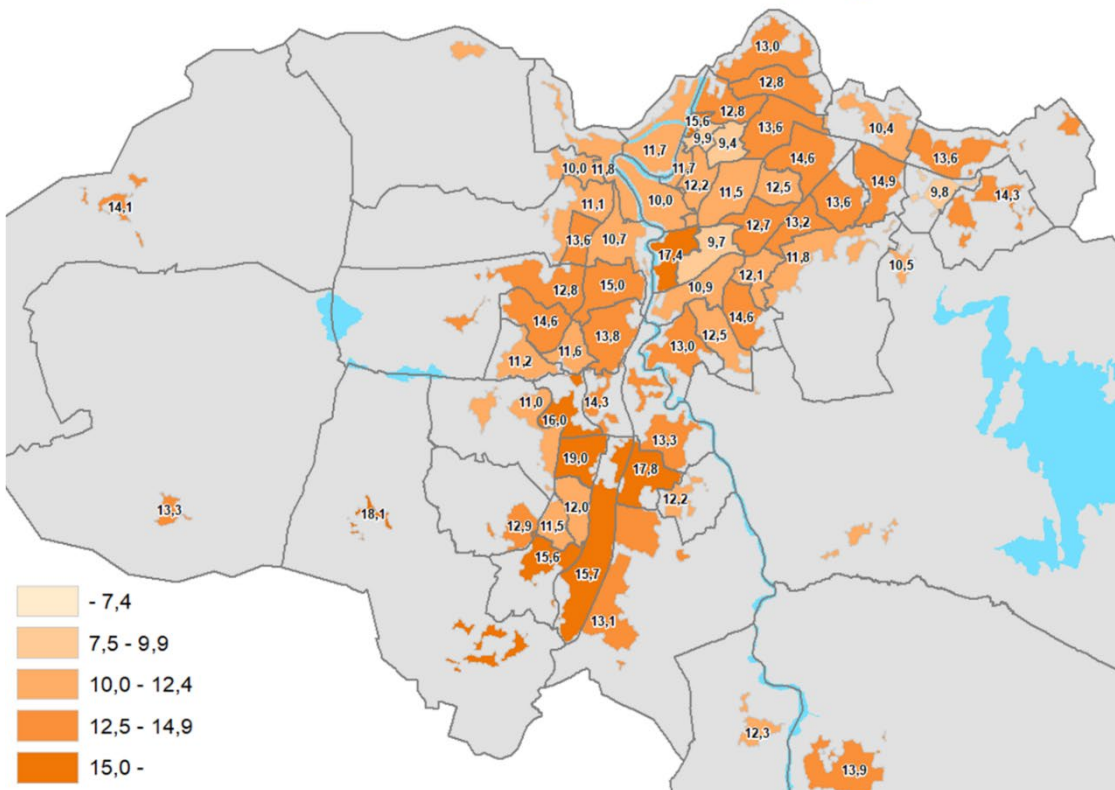
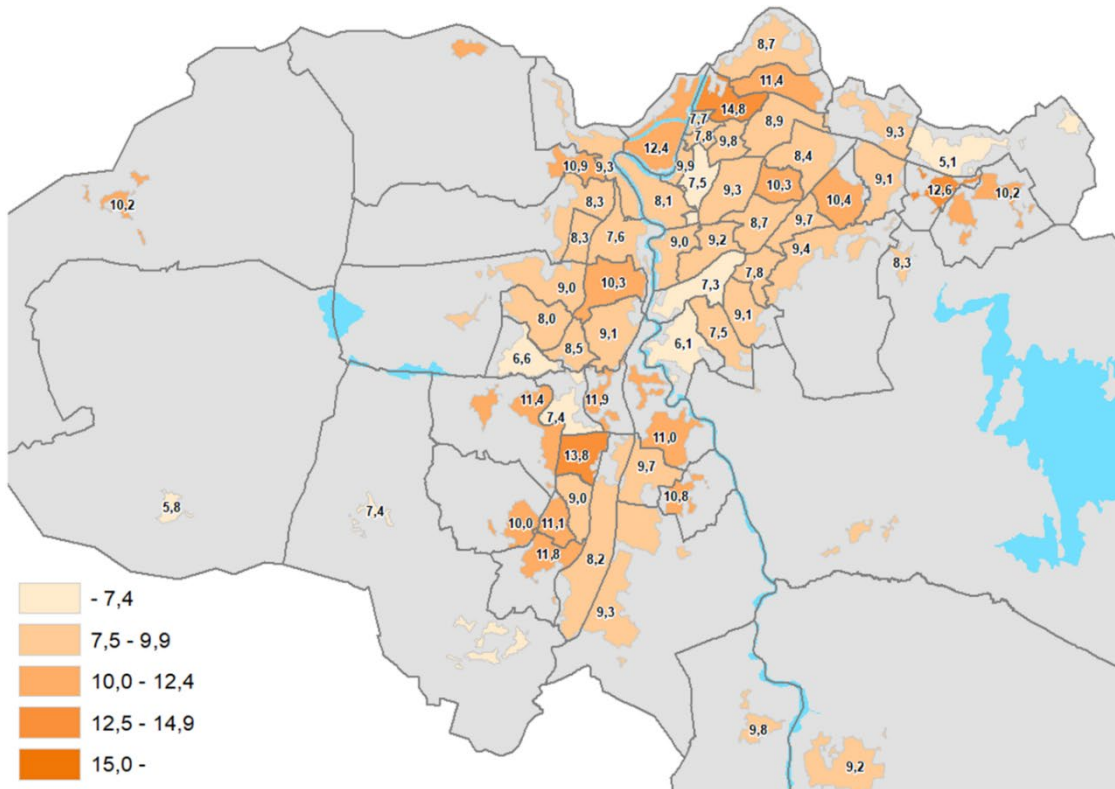
Vedleggsfigur 17 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 mnd. Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst)

## Bruker reseptpliktige medisiner mot angst eller depresjon



Vedleggsfigur 18 Andel innbyggere (%) som oppgir å bruke reseptpliktig medisin mot angst eller depresjon. Andel innbyggere (%) som oppgir å ha vært hos psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykiatrisk sykepleier eller annen lege eller psykolog utenfor sykehus i løpet av siste 12 mnd. Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst)

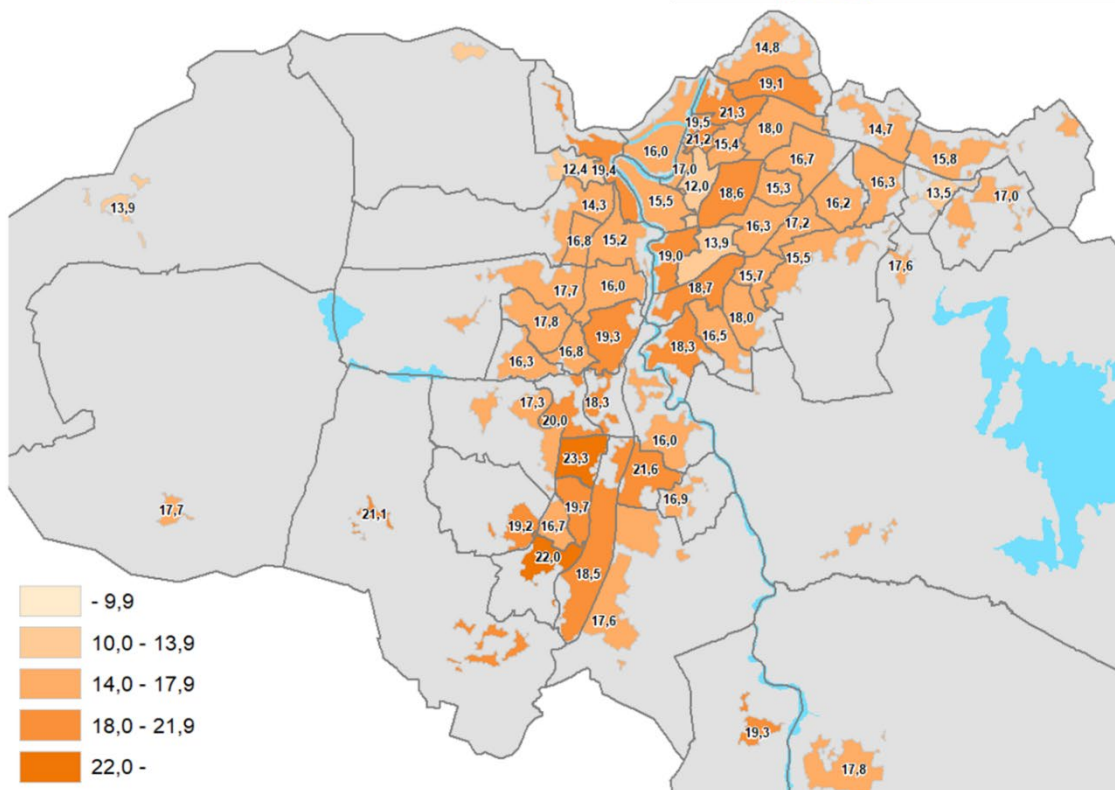
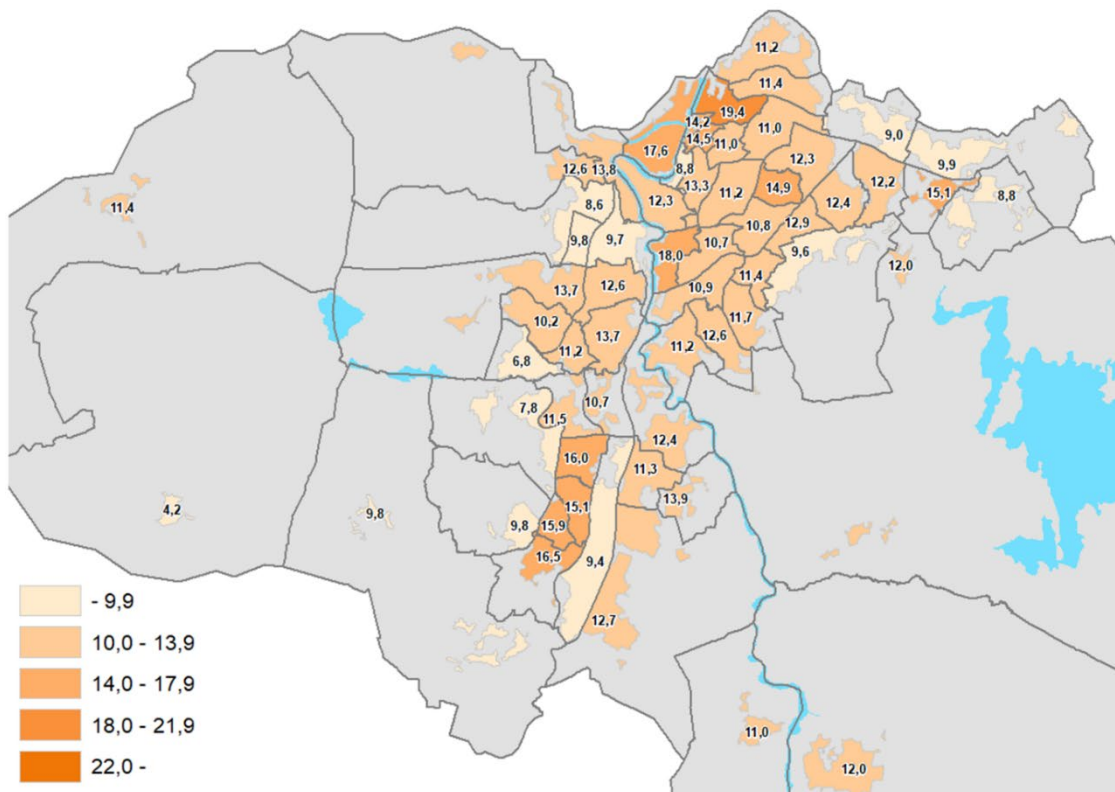
## Søvn - våkner for tidlig og får ikke sove igjen



Vedleggsfigur 19 Andel innbyggere (%) som oppgir å våkne for tidlig og ikke få sove igjen (minst 3 ganger per uke de siste 3 måneder). Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst)



## Søvn - vansker med å sovne om kvelden



Vedleggsfigur 20 Andel innbyggere (%) som oppgir å ha hatt vanskelig for å sovne om kvelden (minst 3 ganger per uke de siste 3 måneder). Levekårssoner i Trondheim, menn (øverst) og kvinner (nederst)

