Flersykelighet og egenrapporterte sykdommer i Trøndelag 2019

Helsestatistikk-rapport nummer 8 fra HUNT4

Korrigert versjon august 2022*

Multimorbidity and self-reported diseases in Trøndelag County 2019

Health statistics report no. 8, the HUNT4 Survey

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

2021

HUNT forskningssenter

HUNT
HELSEUNDERSØKELSEN I TRØNDELAG

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Utgitt av:
HUNT forskningssenter
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,
Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU
Forskningsvegen 2
7600 Levanger
http://www.ntnu.no/hunt/
Levanger, November 2021.
ISBN 978-82-91725-47-5

FORORD

I denne delrapporten presenteres tall for hele Trøndelag fylke fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Det er tidligere utgitt rapporter for Nord-Trøndelag, samt sju 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 HUNT-undersøkelser av befolkningen, mens i Sør-Trøndelag var det den første. Det er knyttet stor spenning til resultatene; hvordan er folkehelsetilstanden 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 kunnskapsgrunnlaget 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 flersykelighet (multimorbiditet) og sykdom/plager belyst med ulike indikatorer innsamlet ved hjelp av spørreskjema. Det fremstilles 2 indikatorer på flersykelighet basert på en liste med 17 spørsmål om sykdom, samt et kombinasjonsmål på flersykelighet og skrøpelighet. I tillegg vises noen enkeltindikatorer på sykdom basert på egenrapporterte svar om: hjerte- og karsykdom, lungesykdom, kreft og kroniske smerter i muskler og ledd.

Rapporten er utarbeidet av en analysegruppe som består av ansatte fra Trøndelag fylkeskommune (Jon Olav Sliper, Kyrre Kvistad og Pål Fossland 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.

Spørsmål om rapporten kan rettes til: kontakt@hunt.ntnu.no

Levanger, Steinkjer og Trondheim, 15. November 2021.

HUNT forskningssenter

* Den korrigerte versjonen inneholder ny figur 12 pga. feil i fargesymbol i den opprinnelige rapporten

Sitering: Gravaas m.fl. (2021). Egenrapportert sykdom og flersykelighet i Trøndelag i 2019. Helsestatistikk-rapport nummer 8 fra HUNT4. HUNT forskningssenter, NTNU

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).
7. Psykisk helse i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 6).
8. Sosiale relasjoner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 7).

Rapporter utgitt etter Ung-HUNT4 (ungdom)

1. Selvopplevd 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 ... 6
Sammendrag ... 7
Summary ... 9
1. Innledning ... 11
1.1 Hva er flersykelighet? ... 11
1.2 Hvorfor er kunnskap om flersykelighet viktig? ... 11
1.3 Hvordan flersykelighet fordeler seg i befolkningen ... 12
1.4 Flersykelighet og skrøpelighet ... 12
1.5 Helsedeterminantene ... 12
1.6 Hovedmålet med rapporten og en kort leserveiledning ... 13
2. Metode ... 14
2.1 HUNT ... 14
2.2 Datainnsamlingen ... 15
2.3 Utvalg ... 16
2.4 Analyser ... 16
2.5 Levekårssoner i Trondheim ... 16
2.6 Verdien av egenrapporterte svar om sykdom ... 17
2.7 Tolkning ... 17
3. Resultater fordelt på alder, kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag ... 19
3.1 Flersykelighet ... 19
3.2 Flersykelighet og skrøpelighet ... 21
4. Resultater fordelt på kommuner i Trøndelag ... 23
4.1 Sykdomsgrupper ... 23
4.2 Flersykelighet og flersykelighet med skrøpelighet ... 24
5. Resultater for levekårssoner i Trondheim ... 28
5.1 Flersykelighet og flersykelighet med skrøpelighet i levekårssoner ... 28
6. Oppsummering ... 32
7. Referanser ... 33
Vedlegg 1: Kart levekårssoner Trondheim ... 34
Vedlegg 2: Indikatorer på enkeltgrupper av sykdommer/plager ... 35
Vedlegg 3: Funnelplott av dårlig egenvurdert helse (%) for menn i Nord-Trøndelag ... 43

Figurliste

Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen [14]. 13
Figur 2 Spørsmål og koding av spørsmål som er fremstilt i rapporten. For spørsmålene om flersykelighet og skrøpelighet ble svaralternativene med rød ramme rundt slått sammen i én kategori og resterende alternativer i en motsvarende kategori. 16
Figur 3 Andel innbyggere (%) som rapporterer 2 eller flere kroniske sykdommer. Aldersgrupper og kjønn..... 19
Figur 4 Andel innbyggere (%) som rapporterer 2 eller flere kroniske sykdommer. Utdanningsgrupper og kjønn. 20
Figur 5 Andel innbyggere (%) som rapporterer 3 eller flere kroniske sykdommer. Aldersgrupper og kjønn..... 20
Figur 6 Andel innbyggere (%) som rapporterer 3 eller flere kroniske sykdommer. Utdanningsgrupper og kjønn. 21
Figur 7 Andel innbyggere (%) som rapporterer 2 eller flere kroniske sykdommer og dårlig egenvurdert helse. Aldersgrupper og kjønn. 22
Figur 8 Andel innbyggere (%) som rapporterer 2 eller flere kroniske sykdommer og dårlig egenvurdert helse. Utdanningsgrupper og kjønn. 22
Figur 9 Andel (%) med flersykelighet (2 eller flere sykdommer) i kommunene i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre) 25
Figur 10 Andel (%) med flersykelighet (2 eller flere sykdommer) i kommunene i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre). 25
Figur 11 Andel (%) med flersykelighet (3 eller flere sykdommer) i kommunene i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre). 26
Figur 12 Andel (%) med flersykelighet (2 eller flere sykdommer) og skrøpelighet (dårlig egenvurdert helse) i kommunene i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre). 27
Figur 13 Andel (%) som oppgir flersykelighet (2 eller flere sykdommer) i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst)..... 29
Figur 14 Andel (%) som oppgir flersykelighet (3 eller flere sykdommer) i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst)..... 30
Figur 15 Andel (%) som oppgir flersykelighet (2 eller flere sykdommer) og skrøpelighet (dårlig egenvurdert helse) i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst)..... 31

Figurliste vedlegg

Vedleggsfigur 1 Andel (%) som oppgir hjerte og karsykdom i kommuner i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre). 35
Vedleggsfigur 2 Andel (%) som oppgir hjerte- og karsykdom i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst). 36
Vedleggsfigur 3 Andel (%) som oppgir lungesykdom i kommuner i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre). 37
Vedleggsfigur 4 Andel (%) som oppgir lungesykdom i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst). 38
Vedleggsfigur 5 Andel (%) som oppgir kreftsykdom i kommuner i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre). 39
Vedleggsfigur 6 Andel (%) som oppgir kreftsykdom i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst). 40
Vedleggsfigur 7 Andel (%) som oppgir kroniske smerter i muskler og ledd i kommuner i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre). 41
Vedleggsfigur 8 Andel (%) som oppgir kroniske smerter i muskler og ledd i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst)..... 42

Sammendrag

Bakgrunn

Flersykelighet, også benevnt multimorbiditet, innebærer at mennesker kan ha flere kroniske sykdommer samtidig. Flersykelighet er forbundet med en rekke negative konsekvenser for enkeltmennesker og samfunn. Mennesker med flersykelighet opplever redusert livskvalitet, økt risiko for psykiske helseplager, funksjonsnedsettelser og økt bruk av helsetjenester. Det eksisterer ingen klar definisjon på flersykelighet og heller ingen oppskrift på hvordan dette skal måles i befolkningen. En vanlig måte å måle flersykelighet på er at man foretar en opptelling av antall tilstander ut fra en på forhånd oppsatt liste med sykdommer.

Andelen av befolkningen som er flersykelige er tidligere vist å øke med alderen og blant eldre er det vanligere å ha flersykelighet enn ikke å ha det. Det er tidligere vist en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk posisjon og flersykelighet, hvor man generelt finner mest flersykelighet blant de med minst ressurser. Skrøpelighet, det vil si den økte sårbarheten som enkeltmennesker opplever etter langvarig kronisk sykdom og behandling av disse, er et begrep som ofte forveksles med flersykelighet. Skrøpelighet forstås imidlertid som en konsekvens av flersykelighet og måles typisk ved ulike mål på nedsatt funksjon.

Formålet med denne rapporten er å beskrive fordelingen av flersykelighet, flersykelighet i kombinasjon med skrøpelighet, samt fire hyppig forekommende kroniske sykdommer i henhold til alder, kjønn, utdanning og bosted.

Materiale og metode

Det benyttes spørreskjemadata 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 resultater i denne rapporten er fra både Nord- og Sør-Trøndelag. Tallene som presenteres er basert på krysstabeller og formidles ved hjelp av figurer og kart som viser prosentandeler etter kjønn, aldersgruppe og utdanningsnivå, samt kommune. For Trondheim kommune presenteres resultatene også for levekårssoner. Prosentandelene som kommer frem i figurer og kart er aldersstandardiserte.

Resultater

Blant deltakerne i HUNT4 rapporterte 19 % av kvinnene og 17 % av mennene at de hadde 2 eller flere sykdommer, mens 7 % av både kvinnene og mennene rapporterte om 3 eller flere sykdommer. For begge kjønn finner vi at andelen som rapporterer flersykelighet gradvis øker med alder. For de yngste (18/20-29 år) er det henholdsvis 9 % og 2 % som rapporterer om respektivt 2 eller flere sykdommer eller 3 eller flere sykdommer, mens tilsvarende verdier for de eldste (80+ år) er 43 % og 21 %. Til og med aldersgruppen 50-59 år, er det en større andel kvinner enn menn som rapporterer om flersykelighet, mens for de tre eldste aldersgruppene er det en større andel blant menn.

En sammenstilling av andelen som rapporterte at de har 2 eller flere sykdommer i kombinasjon med skrøpelighet, viser at 10 % av kvinnene og 8 % av mennene oppgir en slik kombinasjon. Andelen som er flersykelige og skrøpelige øker med alder. Blant de yngste (18/20-29 år) er det 4 % som oppgir denne kombinasjonen, mens det i den eldste gruppen (80+ år) er 26 %. Her er det en større andel

kvinner som rapporterer denne kombinasjonen frem til og med aldersgruppen 60-69 år, mens det for de to eldste aldersgruppene (70-79 og 80+ år) er en større andel menn.

Det er klare forskjeller mellom utdanningsgruppene i forhold til andelen som rapportere om 2 eller flere-, 3 eller flere sykdommer, samt kombinasjonen flersykelighet og skrøpelighet. De med høyskole-/universitetsutdanning rapporterer i langt mindre grad om slik flersykelighet alene og i kombinasjon med skrøpelighet, enn de med henholdsvis videregående skole- og grunnskoleutdanning.

Det er noe variasjon mellom kommunene i Trøndelag når det gjelder forekomst av de fire utvalgte sykdomsgruppene, som var sykdom/kroniske smerter i muskler/skjelett, kreftsykdom, hjerte- og karsykdom og lungesykdommer. Størst er variasjonen når det gjelder sykdom/kroniske smerter i muskler/skjelett, hvor det er over 20 prosentpoeng differanse mellom kommunene med lavest og høyest forekomst hos både kvinner og menn. For Trøndelag samlet sett oppgir 49 % av kvinner og 43 % av menn at de har sykdom/kroniske smerter i muskler/skjelett og her er variasjonen mellom kommunene med lavest og høyest forekomst størst, med over 20 prosentpoengs differanse hos både kvinner og menn. 7 % av kvinner og menn rapporterer at de har, eller har hatt kreftsykdom, mens 9 % av kvinner og 15 % av menn oppgir at de har eller har hatt hjerte- og karsykdom. For flersykelighetsmålet som inneholder 2 eller flere sykdommer finner vi en variasjon mellom kommunene i Trøndelag på 13 prosentpoeng for kvinner og 14 prosentpoeng for menn. For flersykelighetsmålet med 3 eller flere sykdommer varierer det med 6 prosentpoeng for kvinner og 5 prosentpoeng for menn. Tilsvarende er det en variasjon mellom kommunen på mellom 9 prosentpoeng (kvinner) og 8 prosentpoeng (menn) når det gjelder flersykelighet i kombinasjon med skrøpelighet. Det er ingen klare geografiske mønstre når det gjelder forekomst av flersykelighet og flersykelighet med skrøpelighet.

For flersykelighetsmålet som inkluderer 2 eller flere sykdommer varierer andelen i levekårssoner i Trondheim fra mellom 15 til 31 % for kvinner og fra mellom 13 til 25 % for menn. For flersykelighetsmålet som inkluderer 3 eller flere sykdommer varierer andelene mellom 3 og 15 % for kvinner og mellom 4 og 11 % for menn. I hovedsak har levekårssonene øst og sørøst for Trondheim sentrum og på deler av Byåsen de laveste andelene, mens andelene er noe høyere i sentrum og sentrumsnære områder samt i deler av Heimdalsområdet. For målet som kombinerer flersykelighet med skrøpelighet er bildet i stor grad det samme, men både forskjellene mellom levekårssonene og mellom kjønnene fremstår som noe større. Andelene varierer mellom 5 og 19 % for kvinner og 3 og 16 % for menn.

Konklusjon

Flersykelighet, slik det er målt med data fra HUNT4-undersøkelsen, er vanlig i befolkningen i Trøndelag. Forekomsten øker med alder og vi finner klare forskjeller mellom utdanningsgruppene der de med lavest utdanning har høyest forekomst. Forekomsten varierer mellom kommuner i Trøndelag og mellom levekårssoner i Trondheim. Blant de fire utvalgte sykdomsgruppene er det kroniske muskel- og skjelettlidelser som har klart høyest forekomst og nær halvparten av alle kvinner oppgir dette.

Summary

Background

Multimorbidity means that people can have several chronic diseases at the same time. Multimorbidity is associated with a number of adverse consequences for individuals and society. People with multiple illnesses experience reduced quality of life, increased risk of mental health problems, disabilities, and increased use of health services. There is no clear definition of multimorbidity nor established methods for how this should be measured in the population. A common way to measure it is to count the number of conditions based on a pre-defined list of diseases.

The proportion of the population who are multimorbid has previously been shown to increase with age, and among the elderly it is more common to have multimorbidity than not to have it. There has previously been a clear connection between socio-economic position and multimorbidity, where one finds the most multimorbidity among those with the least resources. Frailty, i.e., the increased vulnerability that individuals experience after long-term chronic illness and treatment of these, is a term that is often confused with multimorbidity. Frailty, however, is understood as a consequence of multimorbidity and is typically measured by various markers of impaired function.

The purpose of this report is to describe the distribution of multimorbidity, multimorbidity in combination with frailty, as well as four frequently occurring chronic disease groups according to age, sex, education, and place of residence.

Material and method

Questionnaire data taken from the Health Survey in Trøndelag 2017-19, HUNT4 are used. In Nord-Trøndelag, HUNT4 was conducted from 2017 to 2019, where a total of 56,000 adults aged 20 and older (54% of all invited) participated. 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 Nord- and Sør-Trøndelag. The figures presented are based on cross-tabulations and are disseminated using figures and maps that show percentages by gender, age group and level of education, as well as the municipality. For Trondheim municipality, the results are also presented for living conditions zones. The percentages that appear in figures and maps are age-standardized.

Results

Among the participants in HUNT4, 19% of the women and 17% of the men reported that they had 2 or more diseases, while 7% of both the women and the men reported 3 or more diseases. For both sexes, we find that the proportion who report multimorbidity gradually increases with age. For the youngest (18 / 20-29 years), 9% and 2% report 2 or more diseases or 3 or more diseases, respectively, while the corresponding values for the oldest (80+ years) are 43% and 21%. Even in the age group 50-59 years, there is a larger proportion of women than men who report multimorbidity, while for the three oldest age groups there is a larger proportion among men.

A comparison of the proportion who reported that they have 2 or more diseases in combination with frailty, shows that 10% of women and 8% of men state such a combination. The proportion who

are multi-morbid and frail increases with age. Among the youngest (18 / 20-29 years), 4% state this combination, compared to 26% in the oldest group (80+ years). Here, a larger proportion of women report this combination up to and including the age group 60-69 years, while for the two oldest age groups (70-79 and 80+ years) there is a larger proportion of men.

There are clear differences according to educational level in the proportion who report 2 or more, 3 or more diseases, as well as the combination of multimorbidity and frailty. Those with a college / university education report to a far lesser extent about such multimorbidity alone, and in combination with frailty, than those with upper secondary and primary school education, respectively.

There is some variation between the municipalities in Trøndelag in prevalence of the four selected disease groups: disease or chronic pain in muscles or skeleton, cancer, cardiovascular disease and pulmonary disease. For the county overall, the prevalence of disease or chronic pain in muscles or skeleton was 49% for women and 43% for men, and this group also showed the largest differences between the municipalities, with a range from the lowest to highest prevalence of more than 20 percentage points for both sexes. For both men and women, the prevalence of cancer was 7%, whereas 9% of women and 15% of men reported cardiovascular disease. When multimorbidity was defined as 2 or more diseases, we find a variation between the municipalities in Trøndelag of 13 percentage points for women and 14 percentage points for men. For 3 or more diseases, variation was 6 percentage points for women and 5 percentage points for men. Correspondingly, there is a variation between the municipality of between 9 percentage points (women) and 8 percentage points (men) when it comes to multimorbidity in combination with frailty. There are no clear geographical patterns regarding the prevalence of multimorbidity and multimorbidity with frailty.

For multimorbidity including 2 or more diseases, the prevalence in residential zones in Trondheim varies between 15 to 31% for women and between 13 to 25% for men. For 3 or more diseases, the proportions vary between 3 and 15% for women and between 4 and 11% for men. The residential zones situated east and southeast of Trondheim city center and in parts of Byåsen have the lowest prevalence, while the prevalence's are somewhat higher in the city center and areas close to the city center as well as in parts of the Heimdal area. For multimorbidity including frailty, the pattern is largely similar, but both the differences between the residential zones and between the sexes appear to be somewhat larger. The proportions vary between 5 and 19% for women and 3 and 16% for men.

Conclusion

Multimorbidity, as measured by data from the HUNT4 survey, is common in the population in Trøndelag. The prevalence increases with age, and we find clear differences between the education groups where those with the lowest education have the highest prevalence. The prevalence varies between municipalities in Trøndelag and between residential zones in Trondheim. Among the four selected disease groups, chronic musculoskeletal disorders have by far the highest prevalence, as reported by near half of the respondents.

1. Innledning

Denne delrapporten om folkehelsetilstanden 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. Temaet for rapporten er forekomst av flersykelighet, flersykelighet med skrøpelighet, og kroniske sykdommer i Trøndelag. Flersykelighet, også kalt multimorbiditet, innebærer at en person kan ha flere sykdommer samtidig. Flersykelighet kan være en belastning for enkeltmennesket og representerer en stor og voksende samfunnsutfordring.

1.1 Hva er flersykelighet?

Levealderen øker fortsatt i Norge og stadig flere oppnår en høy alder hvor kroniske sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer og type 2 diabetes inntreffer. Samtidig har bedre behandling av disse sykdommene ført til at flere lever lenger med sykdom enn tidligere. Som en konsekvens av dette, er det stadig flere som lever med mer enn én kronisk sykdom. Vi ser dermed en økning i forekomsten (prevalensen) av flersykelighet i befolkningen over tid.

Det eksisterer ingen klar definisjon på flersykelighet og heller ingen oppskrift på hvordan dette skal måles i befolkningen. En mye brukt definisjon er at flersykelighet er *to eller flere kroniske sykdommer samtidig* [1]. Denne brede definisjonen innebærer at en person kan være flersykelig dersom denne personen har hvilken som helst kombinasjon av kroniske sykdommer. Flersykelighet er imidlertid ikke det samme som det relaterte fenomenet komorbiditet[1].

Å måle flersykelighet innebærer a) å foreta en opptelling av antall tilstander fra en liste med sykdommer og b) å gjøre valg i forhold til hvilke sykdommer som denne listen skal inneholde. Hvor lang denne listen med sykdommer er, vil selvsagt påvirke forekomsten av flersykelighet i befolkningen. Dette gjør eksempelvis at sammenlikninger av forekomst mellom ulike land blir svært vanskelig dersom listen med sykdommer er forskjellig[2] [2].

1.2 Hvorfor er kunnskap om flersykelighet viktig?

Flersykelighet er forbundet med en rekke negative konsekvenser for enkeltmennesker, lokalsamfunn og storsamfunnet. Mennesker med flersykelighet opplever redusert livskvalitet, økt risiko for psykiske helseplager, funksjonsnedsettelser og økt bruk av helsetjenester [3]. Håndtering av mange medisiner for ulike samtidige sykdommer er komplisert og kan medføre polyfarmasi med risiko for uheldige konsekvenser.

Folkehelsearbeid er en samfunnsoppgave hvor det jobbes befolkningsrettet og der man søker å styrke faktorer som fremmer folkehelsen og svekke faktorer som skader folkehelsen. Tradisjonelt har man avgrenset folkehelsearbeid mot det kurative arbeidet som utføres i helsetjenesten.

For fenomenet flersykelighet er det derimot grunn til å hevde at helsetjenesten bør ha en forebyggende rolle i folkehelsearbeidet. Personer med flersykelighet vil ha behov for sammenhengende og godt koordinerte hjelpetilbud og fastlegen vil være nøkkelen til å få til dette. Primærhelsetjenestene er i utgangspunktet godt egnet til å håndtere flersykelighet mens

[1] Komorbiditet brukes når en person har en primærsykdom og samtidig har andre sykdommer som kan komplisere behandling av den primære sykdommen.
[2] I den systematiske oversiktsstudien varierte forekomsten fra 13 til 95 %.

spesialisthelsetjenesten, med sitt fokus på enkeltsykdommer, er mindre tilpasset mennesker med flersykelighet [4].

1.3 Hvordan flersykelighet fordeler seg i befolkningen

Andelen av befolkningen som har flersykelighet øker med alderen og blant eldre er det vanligere å ha flersykelighet enn ikke å ha det. Flersykelighet er likevel ikke unikt for eldre og det er forskning som tyder på at økningen av flersykelighet i befolkningen ikke skyldes en aldrende befolkning alene [4, 5]. I noen studier finner man at forekomsten er høyere hos kvinner enn hos menn, men bildet er ikke entydig [6]. Bildet er heller ikke entydig når det gjelder variasjon i forekomst i forhold til etnisitet [6].

Forskning på sammenhenger mellom sosioøkonomisk posisjon og flersykelighet er mer konsistent. Her finner man generelt mest flersykelighet blant de med minst ressurser og gradvis avtakende forekomst desto mer ressurser man har. Forskning basert på HUNT-data viser tydelige sammenhenger mellom flersykelighet og utdanningsnivå hvor de med lavest utdanning har høyest forekomst og hvor forekomsten gradvis blir mindre med økende utdanningsnivå [7, 8]. Det er sammensatte årsaker som ligger bak disse mønstrene og kontakten med helsetjenestene er en av mange forklaringer: noe kan muligens tilskrives ulik tilgang til spesialisthelsetjenestene [9], mens det også kan skyldes forhold ved kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient som for eksempel varierende grad av helsekompetanse[3] [10]

1.4 Flersykelighet og skrøpelighet

Skrøpelighet (engelsk: frailty) er et begrep som ofte forveksles med flersykelighet. Men i motsetning til flersykelighet, som er 2 eller flere samtidige kroniske sykdommer, er skrøpelighet den økte sårbarheten som enkeltmennesker opplever etter langvarig kronisk sykdom og behandling av disse. Skrøpelighet forstås ofte som en konsekvens av flersykelighet og måles typisk ved ulike mål på nedsatt funksjon (generelt, psykisk, fysisk eller sosialt). I en nylig utgitt kunnskapsoversikt finner forfatterne at en stor andel av de skrøpelige har flersykelighet (7 av 10), mens bare 1 av 5 blant de flersykelige er skrøpelige [11]. Med andre ord er de fleste skrøpelige også flersykelige, mens få flersykelige er skrøpelige.

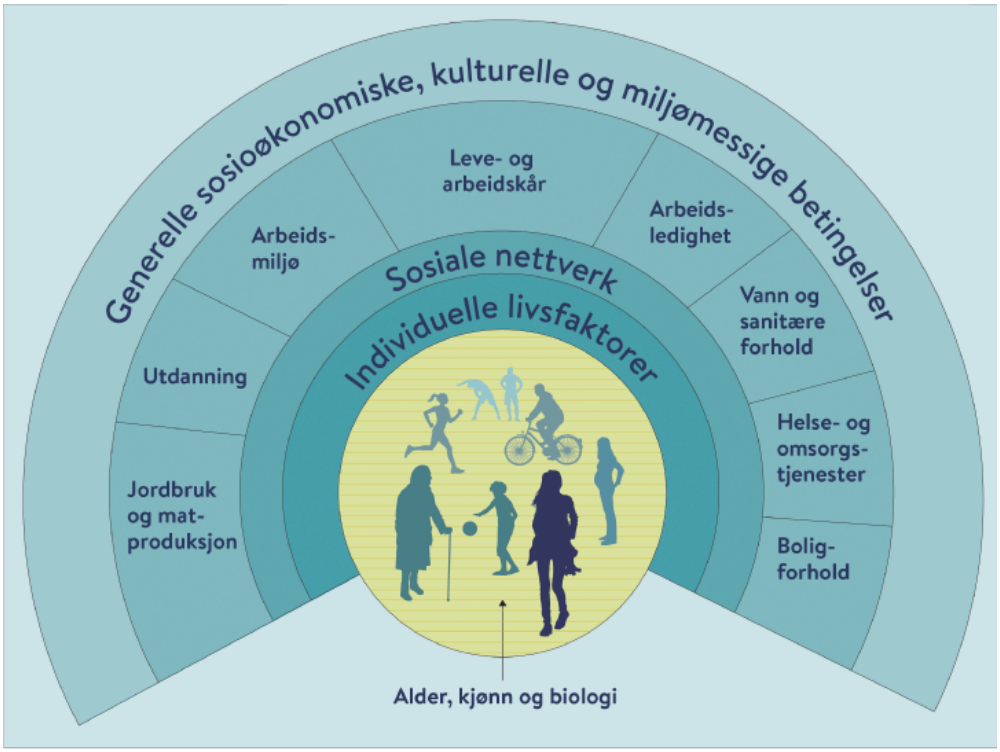
1.5 Helsedeterminantene

Kunnskap med relevans for folkehelse omhandler tre forhold: kunnskap om tilstand, kunnskap om årsaker, og kunnskap om effekten av tiltak [12]. Kunnskap om tilstand er ofte utgangspunktet for forskning på årsaker som igjen er utgangspunktet for strategier, tiltak og politikkutforming. Årsaker omfatter både umiddelbare årsaker og underliggende årsaker. Underliggende årsaker benevnes gjerne som helsedeterminantene og omfatter menneskers livsvilkår og generelle levekår.

En mye brukt figur for å vise helsedeterminantene er den såkalte regnbuemodellen (figur 1), opprinnelig utviklet av Dahlgren & Whitehead [13]. Midt i figuren finner vi enkeltmenneskene der alder, kjønn og biologi i stor grad er uforanderlige. Men rundt enkeltmenneskene er det

[3] Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse

påvirkningsfaktorer som i prinsippet kan justeres gjennom politikkutforming. Det første laget beskriver ulike levevaner (som for eksempel røykevaner eller fysisk aktivitet). Det andre laget omfatter vekselvirkningen, eller samspillet, mellom enkeltmennesker og deres nærmiljø. Dernest finner vi i det tredje laget menneskers evne til å ivareta egen helse gitt de rådende leve- og arbeidsvilkår, matforsyning, og tilgang til varer og tjenester. Det ytterste laget består av økonomiske, kulturelle og miljømessige forhold i samfunnet. Kjernen i denne modellen er samspillet som pågår mellom enkeltmennesker og de ulike helsedeterminantene: Menneskers personlige livsstil er innvevd i sosiale normer og nettverk og i leve og arbeidsvilkår – disse er i sin tur relatert til det sosioøkonomiske og kulturelle miljøet i bred betydning. Helsedeterminantene, som kan påvirkes gjennom politikk, kan være både positive (helsefremmende) og negative (risikofaktorer).



Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen [14].

1.6 Hovedmålet med rapporten og en kort leserveiledning

Hovedmålet med denne rapporten er å beskrive hvordan forekomst av flersykelighet, flersykelighet med skrøpelighet samt kroniske enkeltsykdommer fordeler seg i befolkningen i Trøndelag, basert på data fra HUNT4-undersøkelsen. Tilnærmingen er primært å *beskrive nøkkeltall* hos den voksne delen av befolkningen i Trøndelag, i relasjon til ulike kjennetegn ved befolkningen. 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, samt hvordan den best mulig kan anvendes til å styrke folkehelsa.

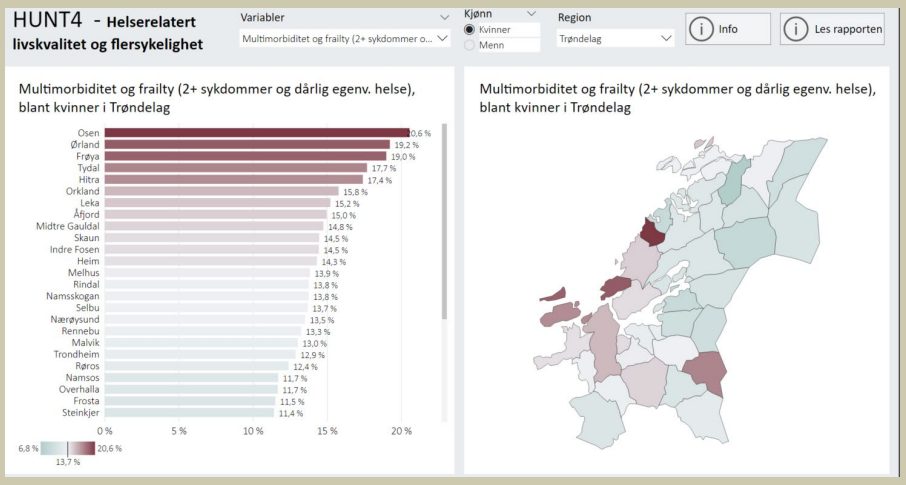
Det er viktig å se beskrivelsene som denne rapporten tilbyr som en del av et større bilde. Vi oppfordrer derfor til å se denne rapporten i sammenheng med andre kilder til kunnskap om folkehelse, sosial ulikhet og livsbetingelser som påvirker sykdom, helse og livskvalitet.

Befolkningsdata som presenteres i rapporten kan brukes i det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet i Trøndelag. Et mangfold av kilder (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 folkehelsa 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 data fra denne rapporten er også tilgjengelige i en interaktiv Web visning.
I denne digitale plattformen kan man utforske dataene om flersykelighet og egenrapporterte sykdommer 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: Interaktiv web visning av Flersykelighet og egenrapporterte sykdommer i Trøndelag – HUNT4

Interaktive web visninger fra tidligere HUNT rapporter:

- Sosiale relasjoner i Trøndelag – HUNT4
- Psykisk helse i Trøndelag – HUNT4
- Nærmiljø og tilgjengelighet – HUNT4
- Samfunnsdeltakelse 2019
- Levevaner i Trøndelag 2019

2. Metode

2.1 HUNT

Med bakgrunn i fylkessammenslåingen i Trøndelag 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

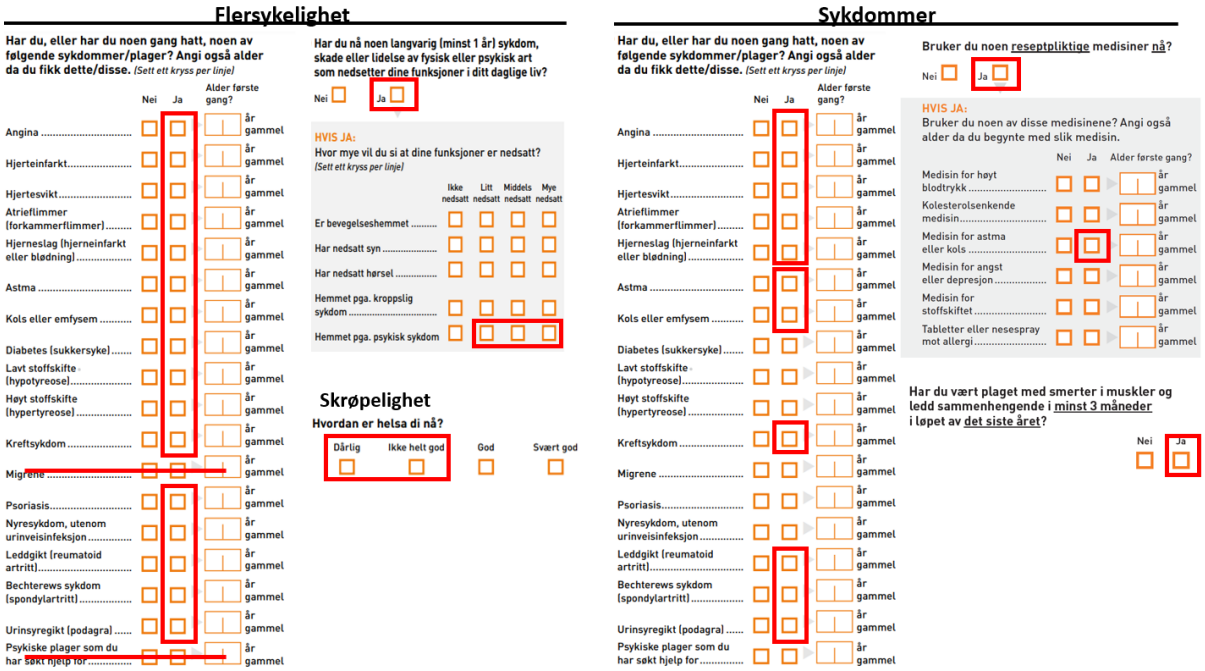
I Nord-Trøndelag ble HUNT4 gjennomført i perioden fra september 2017 til utgangen av februar 2019. Blant ungdom i alderen 13-19 år deltok 8 066 personer (76 % av alle inviterte) og blant voksne i alderen 20 år og eldre deltok totalt 56 078 personer (54 % av alle inviterte). I Sør-Trøndelag foregikk datainnsamlingen høsten 2019 og omfattet alle innbyggere i alderen 18 år og eldre.[4] 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.

Spørsmål fra spørreskjemaet om enkelttilstander og skrøpelighet, enten enkeltstående eller gruppert, utgjør resultatdelen av denne rapporten (figur 2). Alle disse spørsmålene ble stilt i både nord og sør. I fremstillingen av flersykelighet, ble spørsmål om respondentene enten har, eller noen gang har hatt, sykdommer/plager basert på en liste bestående av 16 sykdommer benyttet. I tillegg inngår spørsmål om respondenten har en psykisk sykdom, med varighet på ett år eller mer, som nedsetter dagliglivsfunksjoner. Flersykelighet er altså basert på en liste med 17 sykdommer/plager totalt.

I fremstillingen av kombinasjonsmålet «flersykelighet med skrøpelighet», ble målet flersykelighet (med 2 eller flere sykdommer) kombinert med spørsmål om egenvurdert helse. Dårlig egenvurdert helse utgjør derfor vår indikator på (generell) skrøpelighet.

Utvalgte grupper av enkelttilstander i denne rapporten omfatter hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, kreft, samt sykdom/kroniske smerter i muskler/skjelett. Forekomst av lungesykdommer inkluderer også deltakere som oppga at de brukte medisiner mot astma eller kronisk obstruktiv lungesykdom ved deltakelse. Forekomst av sykdom/kronisk smerte er basert på spørsmålene om leddgikt, Bekhterevs sykdom og urinsyregikt og inkluderer også deltakere som har oppgitt minst 3 måneder sammenhengende smerte i muskler eller ledd siste året. Forekomst av psykisk sykdom er presentert i en tidligere rapport (HUNT4 helsestatistikkrapport nr. 6). Figur 2 viser hvordan disse spørsmålene ble presentert i spørreskjemaet og hvilke svaralternativer som kombineres i resultatfremstillingene.

[4] 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.



Figur 2 Spørsmål og koding av spørsmål som er fremstilt i rapporten. For spørsmålene om flersykelighet og skrøpelighet ble svaralternativene med rød ramme rundt slått sammen i én kategori og resterende alternativer i en motsvarende kategori.

2.3 Utvalg

Resultatene er basert på alle voksne som deltok i HUNT4 i Nord- og Sør-Trøndelag, inkludert deltakere fra HUNT4 Trondheim 70+. Det er usikkert hvor godt resultatene beskriver omfanget av flersykelighet og egenrapportert sykdom i den delen av befolkningen som ikke deltok. Dette skyldes at vi 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 [17]. Det er vanskelig å si sikkert hvordan dette påvirker sammenhengene som presenteres i rapporten, men det gir grunn til å anta at forekomsten av flersykelighet og kronisk sykdom kan fremstå noe bedre i rapporten enn det som ville vært tilfellet dersom alle hadde deltatt. En studie som sammenlikner de som deltok i HUNT4 med de som ikke deltok er utarbeidet men foreløpig ikke formelt publisert i et vitenskapelig tidsskrift [18].

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 levekårssoner i Trondheim og tallene som vises er aldersstandardiserte[5]. Aldersstandardisering korrigerer for at kommunene eller levekårssonene har ulik alderssammensetning. Også for utdanningsnivå er andelene 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

[5] Direkte metode med Norges befolkning 1. januar år 2020 som standardbefolkning.

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 om sykdom

Denne rapporten tar for seg innbyggernes egenrapporterte sykdommer fra en relativt omfattende liste av tilstander. Noen av disse sykdommene er klart definerte og må på et tidspunkt ha blitt diagnostisert av en lege (eks. kreft), mens andre kan innebærer større rom for fortolkning eller skjønn hos deltakeren (eks. astma). Det kan altså være et visst innslag av selvdiagnostisering for noen av sykdommene. Det hender også at spørsmål blir misforstått, tolkes ulikt, eller at det er systematiske forskjeller mellom grupper av mennesker i hvordan de rapporterer egen sykdom.

2.7 Tolkning

Tallene som presenteres er i utgangspunktet enkle å forholde seg til fordi de viser prosentandeler som har rapportert de aktuelle sykdommene/plagene. Det er imidlertid viktig å være klar over at befolkningsundersøkelser som HUNT4 viser et øyeblikksbilde (tverrsnitt) av situasjonen. Dette betyr at det som hovedregel ikke er mulig å si noe sikkert om hvilke faktorer som er årsak og virkning i de sammenhengene vi beskriver. I mange tilfeller vil det være snakk om komplekse årsaksforhold og gjensidig påvirkning mellom de aktuelle faktorene. Et eksempel kan være sammenhengen mellom utdanningsnivå og flersykelighet, hvor utdanningsnivå på den ene siden kan påvirke risikofaktorer for en rekke kroniske sykdommer og dermed også risikoen for å bli flersykelig. Samtidig kan også motsatt årsaksforhold gjøre seg gjeldende, nemlig at kronisk sykdom og flersykelighet kan gjøre det vanskeligere å fullføre en lengre utdanning.

Som nevnt i kapittel 2.4 er tallene i rapporten standardisert i forhold til alderssammensetningen i Norges befolkning. Dette betyr at forskjeller i forekomst ikke skyldes ulik alderssammensetning i kommunene, levekårssonene eller utdanningsgruppene.

Et annet viktig forhold er 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[6]. Det er i kartene brukt samme klasseinndeling for kvinner og menn for å direkte kunne sammenligne eventuelle kjønnsforskjeller. Det er valgt forskjellig 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 forskjellig klasseinndeling er fargebruken noe forskjellig i kommunekartene og levekårssonekartene. Det er viktig å være klar over dette ved direkte 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 deltakerne i kommune A regnes som flersykelige, mens det i kommune B er 15 % som kommer i denne kategorien, så vil det i begge kommunene være et klart flertall som ikke regnes som flersykelige. Dette kan virke selvsagt, men i formidlingen blir dette av og til fremstilt som om «innbyggere i kommune B er sykere enn i kommune A». Formidlingen blir altså misvisende, og en mer korrekt beskrivelse vil være at «en *høyere andel* rapporterer om flere sykdommer i kommune B enn i kommune A». Budskapet å ta med seg er altså at det ofte er stor variasjon innad i alle grupper.

[6] Vi har illustrert dette i vedlegg 3: Funnelplott av dårlig selvvurdert helse hos menn.

Til slutt er det viktig å betone ett forhold særskilt. I listen over sykdommer (figur 2) er spørsmålet formulert: «Har du, eller har du noen gang hatt, noen av følgende sykdommer/plager?». Dette innebærer at man ikke bare oppgir sykdommer som man lever med akkurat nå, men også inkluderer sykdommer som man tidligere har hatt (og kanskje ikke plages med lengre). Dette har flere konsekvenser. For det første vil sjansen for at man noen gang har hatt en kronisk sykdom selvsagt øke med årene man har levd. For det andre vil forekomsten av sykdom være høyere enn om man hadde bedt deltakerne om å oppgi sykdommer som man har akkurat nå. Dette gjør at det vil være vanskelig å sammenlikne forekomst fra andre undersøkelser/datakilder med mindre spørsmålsstillingen er identisk.

3. Resultater fordelt på alder, kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag

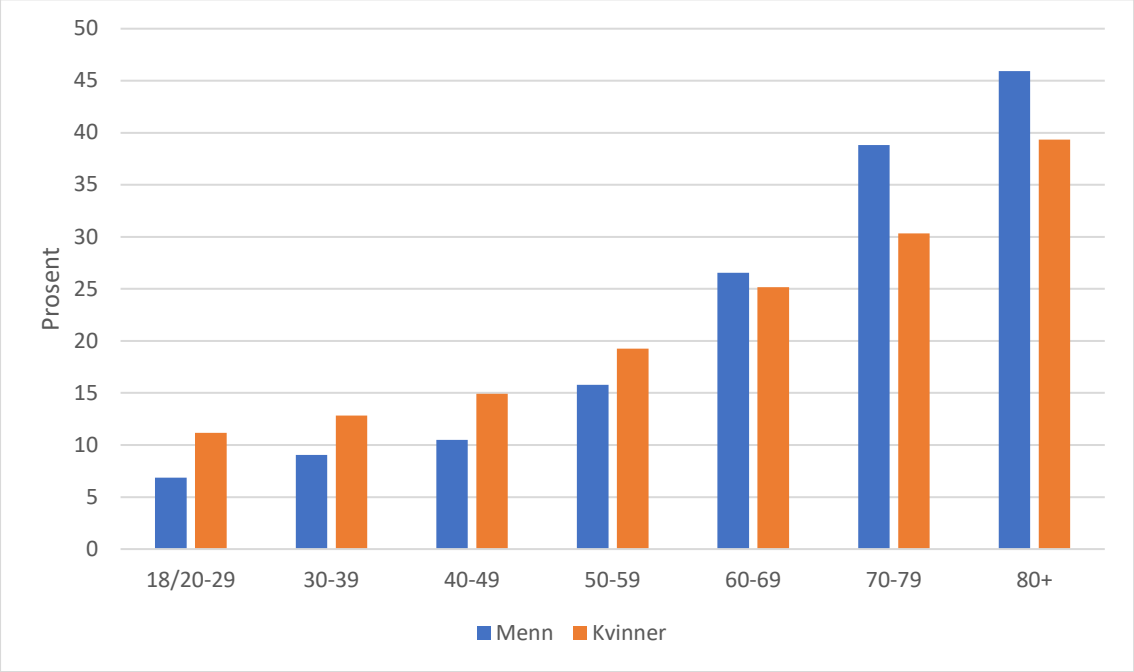
I dette kapitlet presenterer vi resultater etter alder, kjønn og utdanningsnivå for hele fylket samlet.

3.1 Flersykelighet

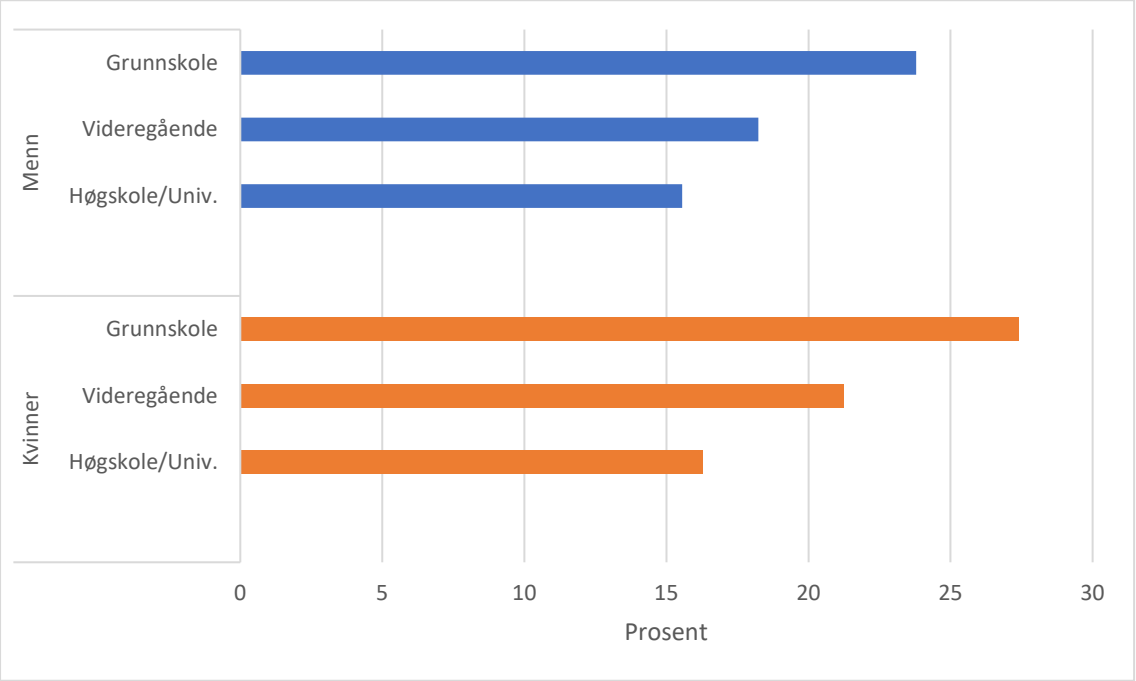
Blant deltakerne i HUNT4 rapporterte 19 % av kvinnene og 17 % av mennene at de enten har eller har hatt to eller flere sykdommer/plager blant de som var angitt i spørreskjemaet (figur 2), mens tilsvarende 7 % av både kvinnene og mennene rapporterte om tre eller flere sykdommer/plager.

For kjønnene samlet finner vi at andelen som rapporterer om flere sykdommer/plager gradvis øker med økende alder. For de yngste (18/20-29 år) er det 9 % som rapporterer om to eller flere sykdommer/plager og 2 % som rapporterer om tre eller flere sykdommer/plager, mens tilsvarende verdier for de eldste (80+ år) er 43 % og 21 %. Til og med aldersgruppen 50-59 år, er det en større andel kvinner enn menn som rapporterer om både to eller flere sykdommer/plager og tre eller flere sykdommer/plager. For de tre eldste aldersgruppene er situasjonen motsatt (dvs. en større andel menn).

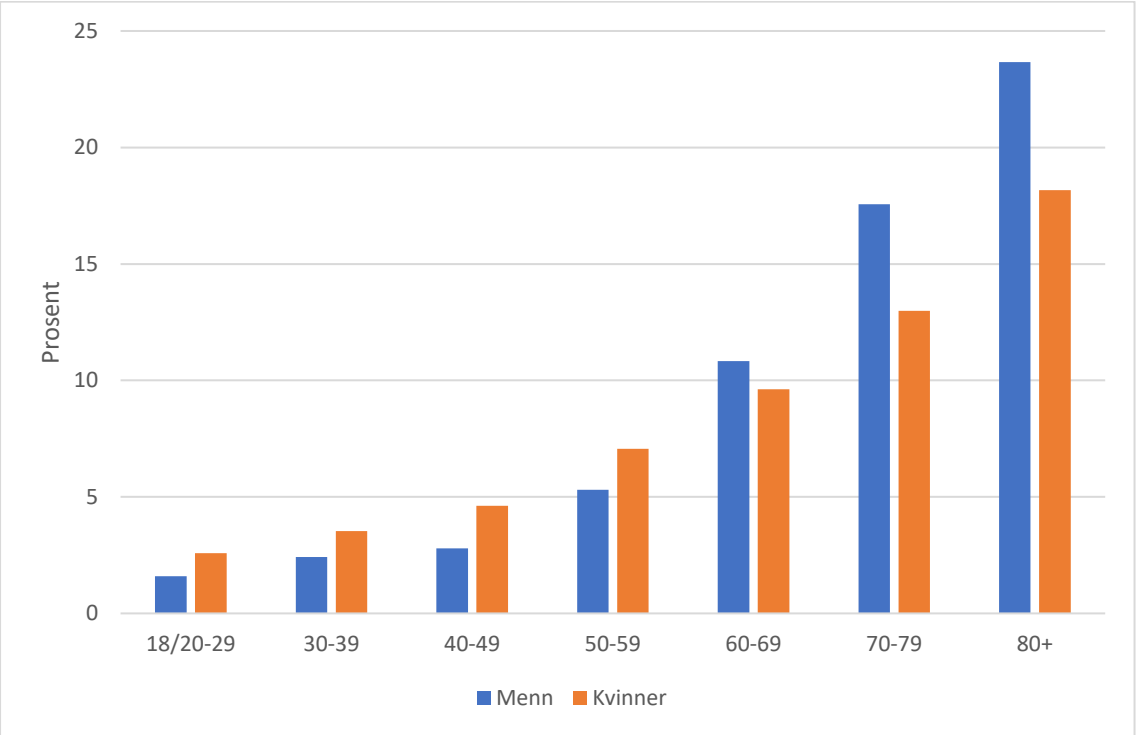
Det er klare forskjeller mellom utdanningsgruppene i forhold til andelen som rapportere om både to eller flere, og tre eller flere sykdommer/plager. For kjønnene samlet er det gjennomgående høyere andeler blant de med grunnskoleutdanning (størrelsesorden 25 % og 10 %), sammenlignet med de med høyskole-/universitetsutdanning (størrelsesorden 15 % og 5 %).



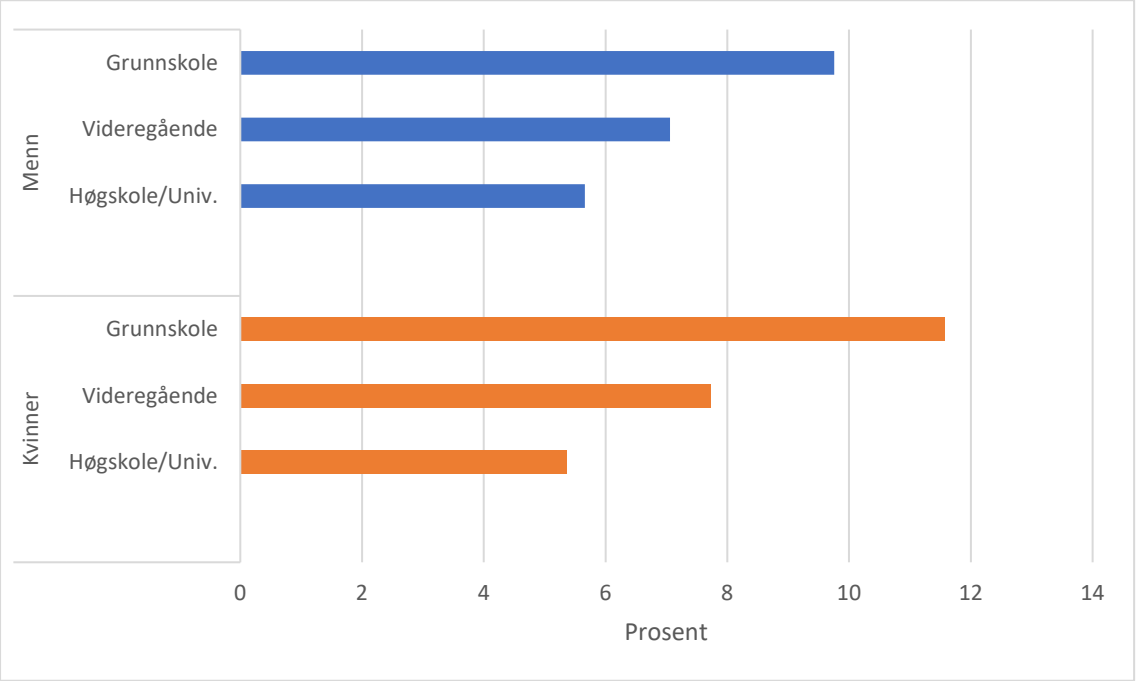
Figur 3 Andel innbyggere (%) som rapporterer 2 eller flere kroniske sykdommer. Aldersgrupper og kjønn.



Figur 4 Andel innbyggere (%) som rapporterer 2 eller flere kroniske sykdommer. Utdanningsgrupper og kjønn.



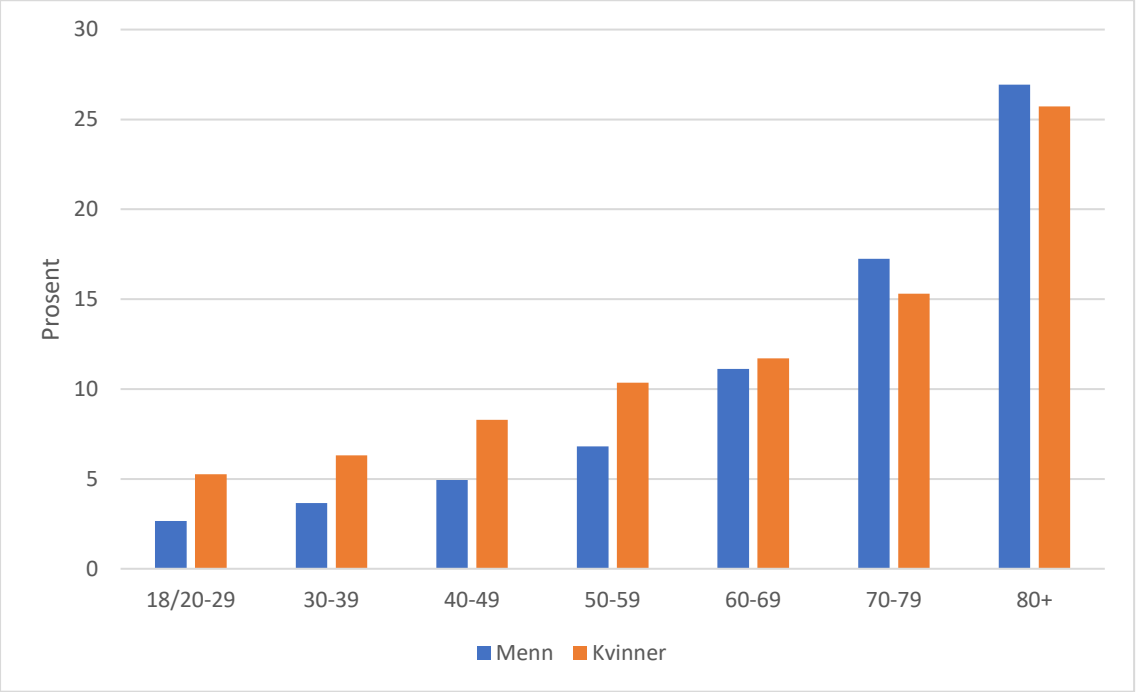
Figur 5 Andel innbyggere (%) som rapporterer 3 eller flere kroniske sykdommer. Aldersgrupper og kjønn.



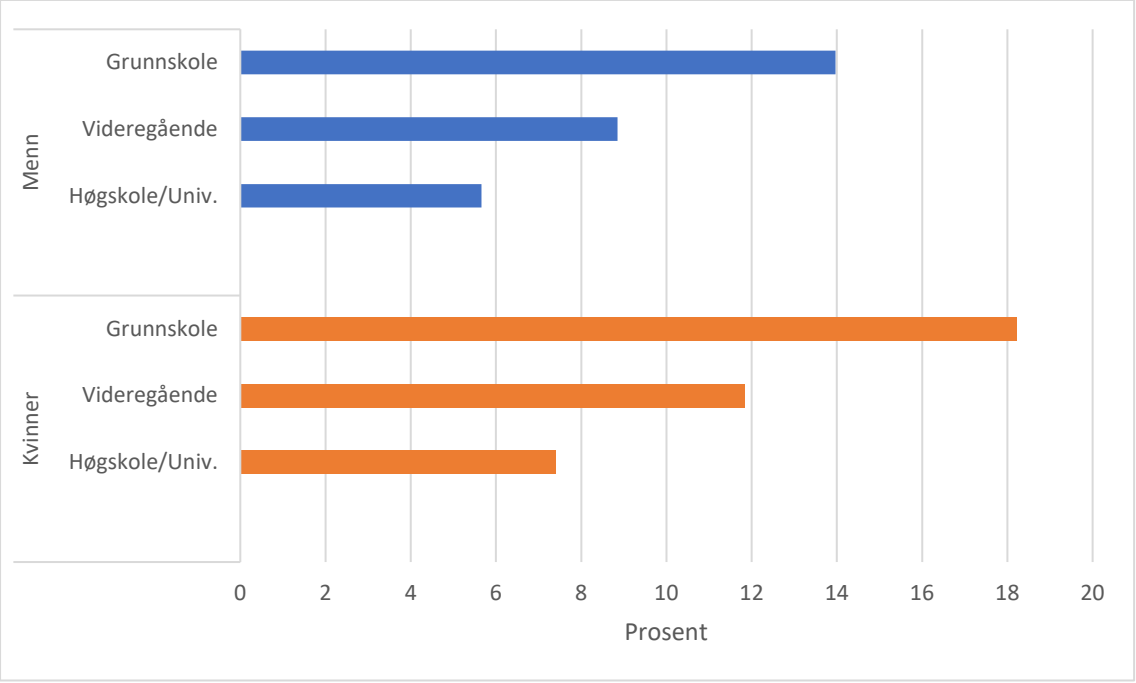
Figur 6 Andel innbyggere (%) som rapporterer 3 eller flere kroniske sykdommer. Utdanningsgrupper og kjønn.

3.2 Flersykelighet og skrøpelighet

En sammenstilling av andelen som rapporterte at de enten har eller har hatt to eller flere sykdommer/plager og hvorvidt de vurderte sin egen helse som dårlig, eller ikke helt god, viser at 10 % av kvinnene og 8 % av mennene oppgir en slik kombinasjon. Resultatene fra denne sammenstillingen viser videre at andelen som er flersykelige og skrøpelige stiger med økende alder. Blant de yngste (18/20-29 år) er det 4 % som oppgir denne kombinasjonen, mens det i den eldste gruppen (80+ år) er 26 %. Her er det en større andel kvinner som rapporterer denne kombinasjonen frem til og med aldersgruppen 60-69 år, mens det for de to eldste aldersgruppene (70-79 og 80+ år) er en større andel menn. Også her er det en klar forskjell mellom utdanningsgrupper, hvor de med høyskole-/universitetsutdanning i langt mindre grad oppgir denne kombinasjonen (to eller flere sykdommer/plager og dårlig eller ikke helt god helse), enn de med henholdsvis videregående skole og grunnskoleutdanning. I alle utdanningsgruppene er det en større andel kvinner enn menn som oppgir kombinasjonen to eller flere sykdommer/plager og dårlig eller ikke helt god helse.



Figur 7 Andel innbyggere (%) som rapporterer 2 eller flere kroniske sykdommer og dårlig egenvurdert helse. Aldersgrupper og kjønn.



Figur 8 Andel innbyggere (%) som rapporterer 2 eller flere kroniske sykdommer og dårlig egenvurdert helse. Utdanningsgrupper og kjønn.

4. Resultater fordelt på kommuner i Trøndelag

4.1 Sykdomsgrupper

Figur 9 viser andelen i hver kommune som rapporterte at de enten har eller noen gang har hatt enten hjerte- og karsykdommer, og/eller lungesykdom, og/eller kreft og/eller sykdom/kroniske smerter i muskler/ledd (se figur 2 angående de spesifikke sykdommene/plagene som inngikk i de respektive sykdomsgruppene her). Figuren viser at det i Trøndelag er klart flest som rapporterer om sykdom/kroniske smerter i muskler/skjelett av disse fire sykdomsgruppene (49 % av kvinnene og 43 % av mennene). Færrest er det som rapporterer om kreft (både kvinner og menn 7 %), etterfulgt av hjerte- og karsykdommer (kvinner 9 % og menn 15 %). Det er noe variasjon mellom kommunene i Trøndelag når det gjelder forekomst av disse fire aktuelle sykdomsgruppene. Størst er variasjonen når det gjelder sykdom/kroniske smerter i muskler/skjelett, hvor det er over 20 prosentpoeng forskjell mellom kommunene med lavest og høyest forekomst hos både kvinner og menn. For kreft er forskjellen mellom kommunene med lavest og høyest forekomst på rundt 5 prosentpoeng for begge kjønn.

Selvrapporterte forekomster av utvalgte sykdomsgrupper blant kvinner i Trøndelag ved HUNT4 - aldersstandardiserte rater				
	Hjerte- og karsykdom	Lungesykdom	Kreft	Sykdom/ kronisk smerte i muskler/ skjelett
Trondheim	8,8 %	15,6 %	7,5 %	44,0 %
Steinkjer	7,9 %	14,6 %	6,4 %	55,8 %
Namsos	7,7 %	15,1 %	6,3 %	58,0 %
Frøya	13,1 %	17,6 %	7,0 %	53,7 %
Osen	8,0 %	19,8 %	5,5 %	55,5 %
Oppdal	8,6 %	13,6 %	6,5 %	45,6 %
Rennebu	10,0 %	10,7 %	8,0 %	47,7 %
Røros	7,4 %	17,1 %	8,0 %	47,7 %
Holtålen	7,9 %	12,8 %	6,3 %	46,1 %
Midtre Gauldal	9,8 %	15,9 %	7,3 %	46,5 %
Melhus	8,7 %	15,5 %	8,1 %	47,1 %
Skaun	8,8 %	15,1 %	7,5 %	50,0 %
Malvik	10,3 %	15,5 %	7,6 %	47,2 %
Selbu	8,1 %	15,2 %	7,6 %	48,5 %
Tydal	13,9 %	13,4 %	9,7 %	42,5 %
Meråker	5,9 %	12,6 %	6,4 %	57,7 %
Stjørdal	7,0 %	14,1 %	6,3 %	52,7 %
Frosta	7,1 %	9,9 %	5,6 %	59,7 %
Levanger	7,3 %	15,5 %	6,2 %	53,2 %
Verdal	7,6 %	15,2 %	5,9 %	54,7 %
Snåase - Snåsa	7,9 %	12,8 %	6,3 %	55,3 %
Lierne	9,2 %	17,4 %	6,0 %	50,5 %
Raarvihke - Røyrvik	7,8 %	18,1 %	9,1 %	47,9 %
Namsskogan	10,1 %	16,2 %	8,3 %	63,6 %
Grong	7,4 %	14,9 %	7,0 %	57,5 %
Høylandet	7,8 %	8,9 %	4,9 %	50,5 %
Overhalla	9,7 %	12,8 %	5,4 %	55,6 %
Flatanger	10,3 %	13,6 %	6,3 %	62,9 %
Leka	7,6 %	20,7 %	6,3 %	59,2 %
Inderøy	8,4 %	13,9 %	5,2 %	55,4 %
Indre Fosen	8,8 %	14,7 %	6,0 %	50,1 %
Heim	7,3 %	15,0 %	6,7 %	46,6 %
Hitra	11,4 %	14,8 %	7,3 %	52,0 %
Ørland	9,1 %	17,6 %	6,8 %	54,2 %
Åfjord	8,1 %	15,1 %	6,3 %	51,2 %
Orkland	8,6 %	16,2 %	7,2 %	51,8 %
Nærøysund	8,6 %	15,0 %	5,8 %	61,3 %
Rindal	5,6 %	16,6 %	7,5 %	49,7 %
Total	**8,6 %**	**15,3 %**	**6,9 %**	**48,8 %**

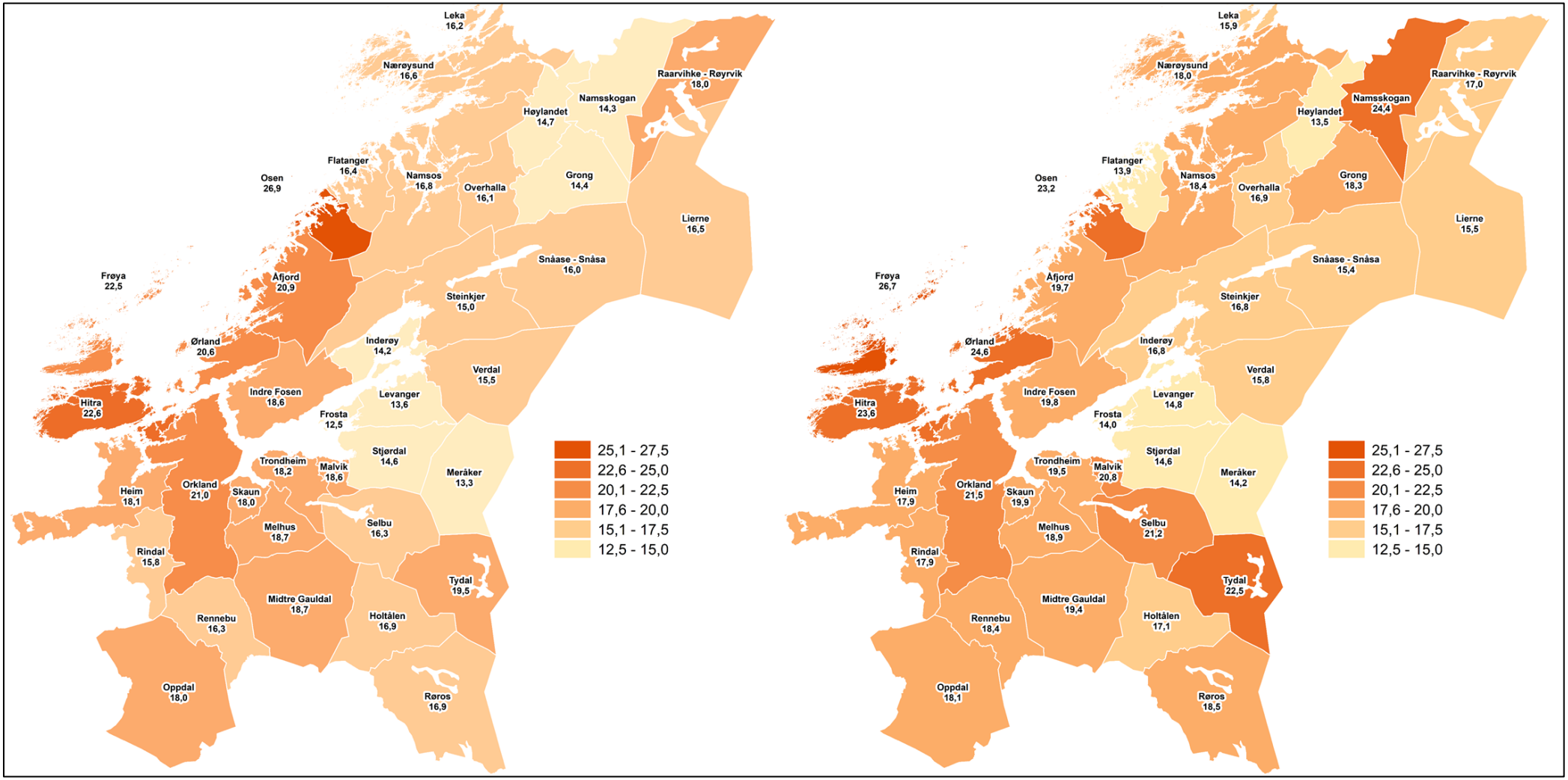
Selvrapporterte forekomster av utvalgte sykdomsgrupper blant menn i Trøndelag ved HUNT4 - aldersstandardiserte rater				
	Hjerte- og karsykdom	Lungesykdom	Kreft	Sykdom/ kronisk smerte i muskler/ skjelett
Trondheim	14,7 %	14,9 %	6,8 %	35,9 %
Steinkjer	12,9 %	14,6 %	6,0 %	46,7 %
Namsos	13,6 %	16,8 %	5,6 %	47,9 %
Frøya	19,4 %	16,3 %	8,1 %	42,9 %
Osen	15,2 %	21,6 %	6,1 %	44,2 %
Oppdal	16,0 %	14,7 %	6,8 %	40,3 %
Rennebu	16,1 %	14,2 %	8,0 %	44,5 %
Røros	15,4 %	13,3 %	5,8 %	38,9 %
Holtålen	16,1 %	15,1 %	5,8 %	36,3 %
Midtre Gauldal	14,7 %	17,6 %	6,8 %	43,3 %
Melhus	17,4 %	15,2 %	6,4 %	38,9 %
Skaun	14,5 %	17,3 %	7,2 %	40,8 %
Malvik	15,9 %	16,1 %	6,7 %	38,4 %
Selbu	15,7 %	16,6 %	6,1 %	39,6 %
Tydal	12,8 %	15,0 %	6,3 %	41,0 %
Meråker	12,0 %	15,5 %	4,5 %	48,8 %
Stjørdal	13,4 %	12,2 %	5,7 %	42,6 %
Frosta	13,5 %	12,0 %	5,2 %	46,6 %
Levanger	12,0 %	15,1 %	5,4 %	45,4 %
Verdal	13,2 %	15,6 %	5,8 %	47,6 %
Snåase - Snåsa	12,9 %	14,5 %	7,1 %	47,8 %
Lierne	13,8 %	16,6 %	6,8 %	45,0 %
Raarvihke - Røyrvik	11,2 %	15,8 %	4,0 %	59,2 %
Namsskogan	15,3 %	18,2 %	7,1 %	49,4 %
Grong	11,9 %	12,1 %	4,9 %	46,4 %
Høylandet	13,4 %	12,4 %	10,1 %	35,1 %
Overhalla	13,0 %	13,8 %	6,8 %	47,0 %
Flatanger	16,4 %	15,2 %	7,1 %	48,1 %
Leka	13,9 %	12,2 %	5,5 %	58,7 %
Inderøy	12,7 %	13,3 %	6,1 %	41,7 %
Indre Fosen	14,6 %	12,7 %	6,9 %	43,9 %
Heim	15,3 %	13,2 %	5,2 %	42,8 %
Hitra	16,2 %	14,8 %	8,1 %	44,6 %
Ørland	17,0 %	17,0 %	6,8 %	43,5 %
Åfjord	14,9 %	16,6 %	8,9 %	46,7 %
Orkland	15,3 %	16,1 %	7,3 %	42,4 %
Nærøysund	14,3 %	14,1 %	6,3 %	53,1 %
Rindal	10,2 %	18,6 %	6,8 %	40,7 %
Total	**14,5 %**	**15,0 %**	**6,5 %**	**40,3 %**

Figur 9. Selvrapporterte forekomster av utvalgte sykdomsgrupper hos kvinner og menn i Trøndelag i 2019. Spørsmålstillingen gjelder forekomst nå eller tidligere («noen gang hatt»).

4.2 Flersykelighet og flersykelighet med skrøpelighet

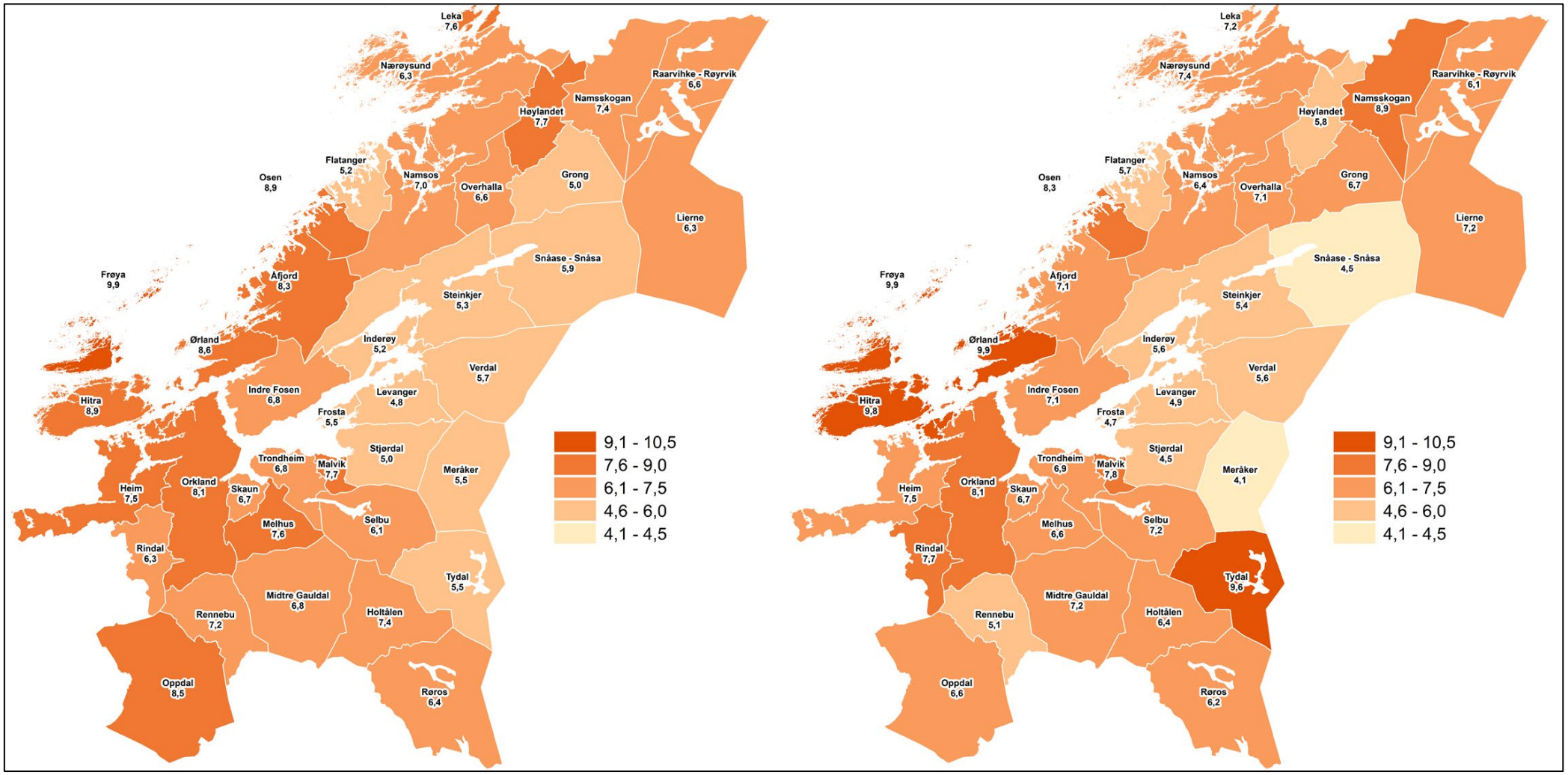
Det er noe variasjon mellom kommunene i Trøndelag når det gjelder forekomst av flersykelighet. For flersykelighetsmålet som inneholder to eller flere sykdommer/plager finner vi en variasjon mellom kommunene på 13 prosentpoeng for kvinner og 14 prosentpoeng for menn (figur 10). For flersykelighetsmålet med tre eller flere sykdommer/plager varierer det med 6 prosentpoeng for kvinner og 5 prosentpoeng for menn (figur 11). Tilsvarende er det variasjon mellom kommunene på mellom 9 prosentpoeng (kvinner) og 8 prosentpoeng (menn) når det gjelder flersykelighet i kombinasjon med skrøpelighet (dvs. to eller flere sykdommer/plager og dårlig egenvurdert helse) (figur 12). Det er ingen klare geografiske mønstre når det gjelder forekomst av flersykelighet i fylket, men det kan være en viss tendens til at kystkommuner i tidligere Sør-Trøndelag har en høyere andel.

Flersykelighet (2 eller flere sykdommer)



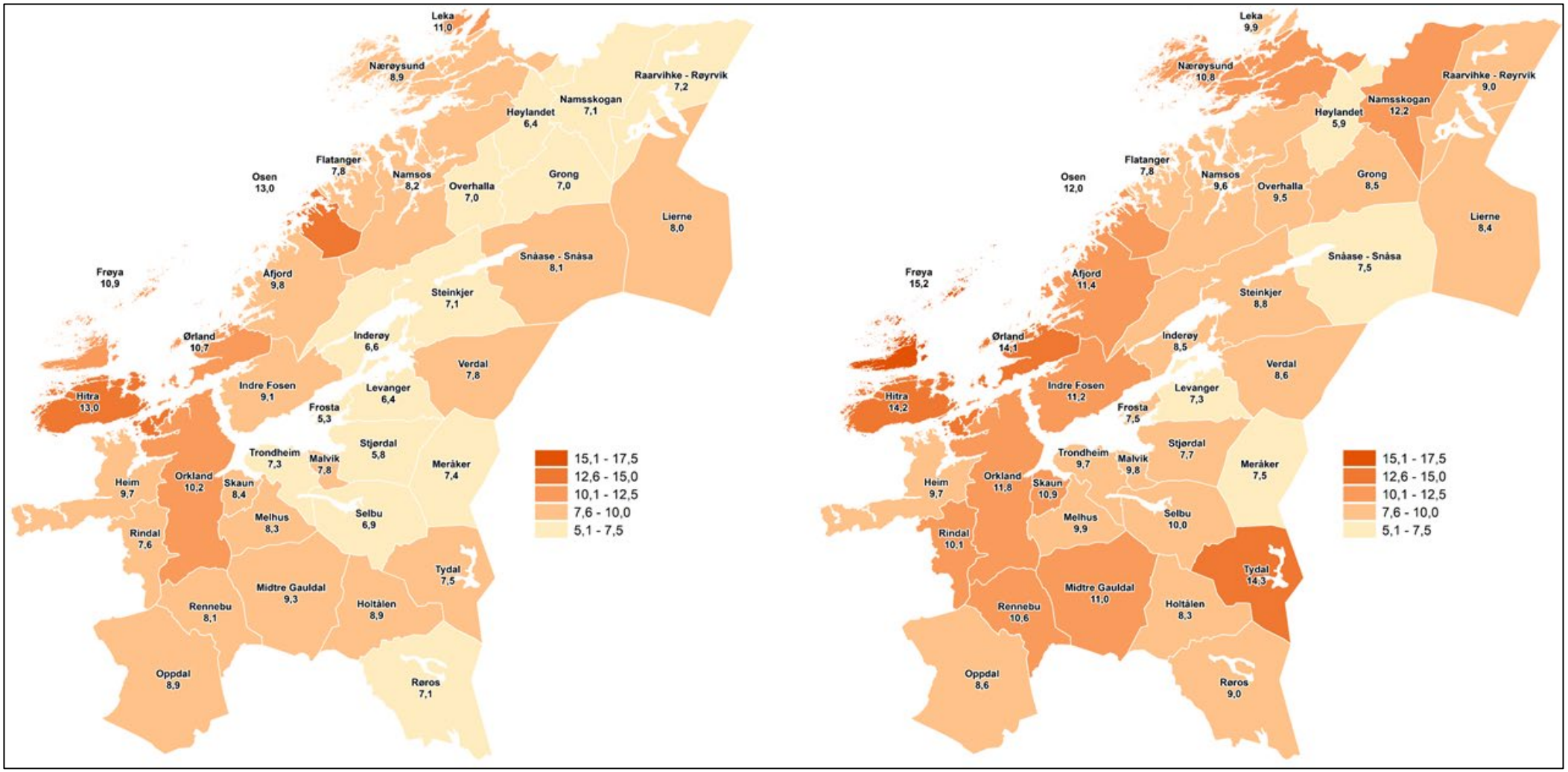
Figur 10 Andel (%) med flersykelighet (2 eller flere sykdommer) i kommunene i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre).

Flersykelighet (3 eller flere sykdommer)



Figur 11 Andel (%) med flersykelighet (3 eller flere sykdommer) i kommunene i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre).

Flersykelighet og skrøpelighet (2 eller flere sykdommer og dårlig egenvurdert helse)

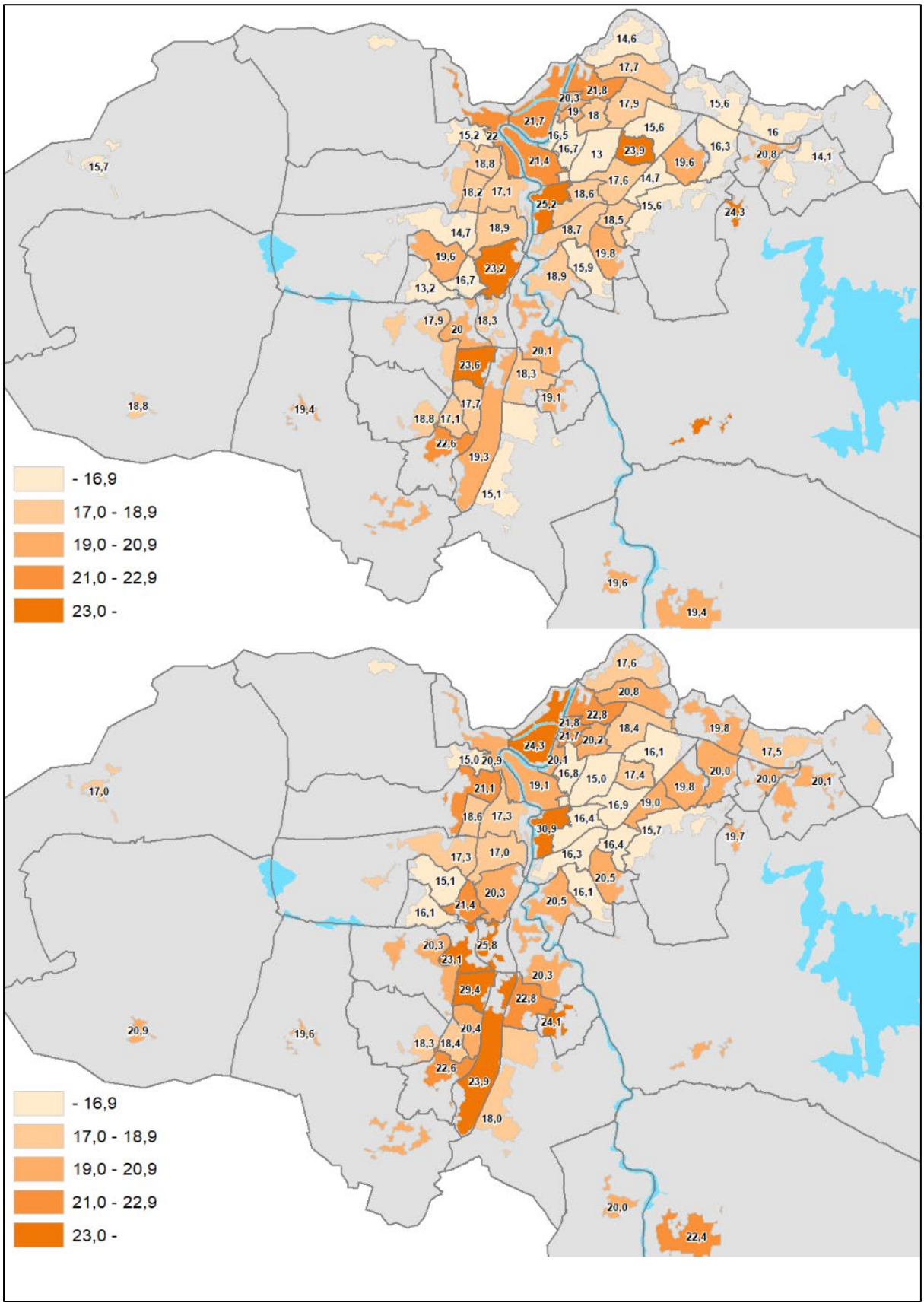


Figur 12 Andel (%) med flersykelighet (2 eller flere sykdommer) og skrøpelighet (dårlig egenvurdert helse) i kommunene i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre).

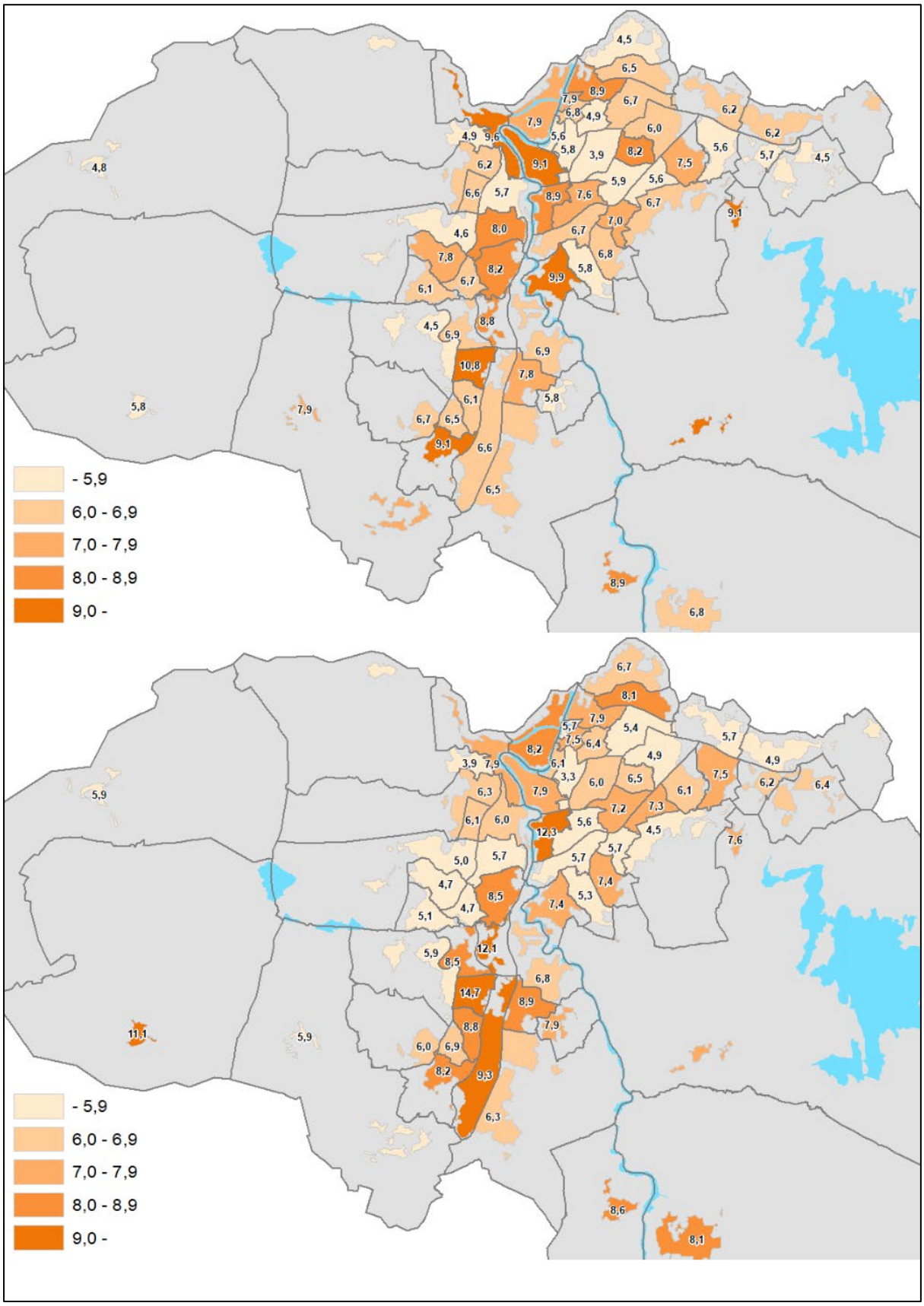
5. Resultater for levekårssoner i Trondheim

5.1 Flersykelighet og flersykelighet med skrøpelighet i levekårssoner

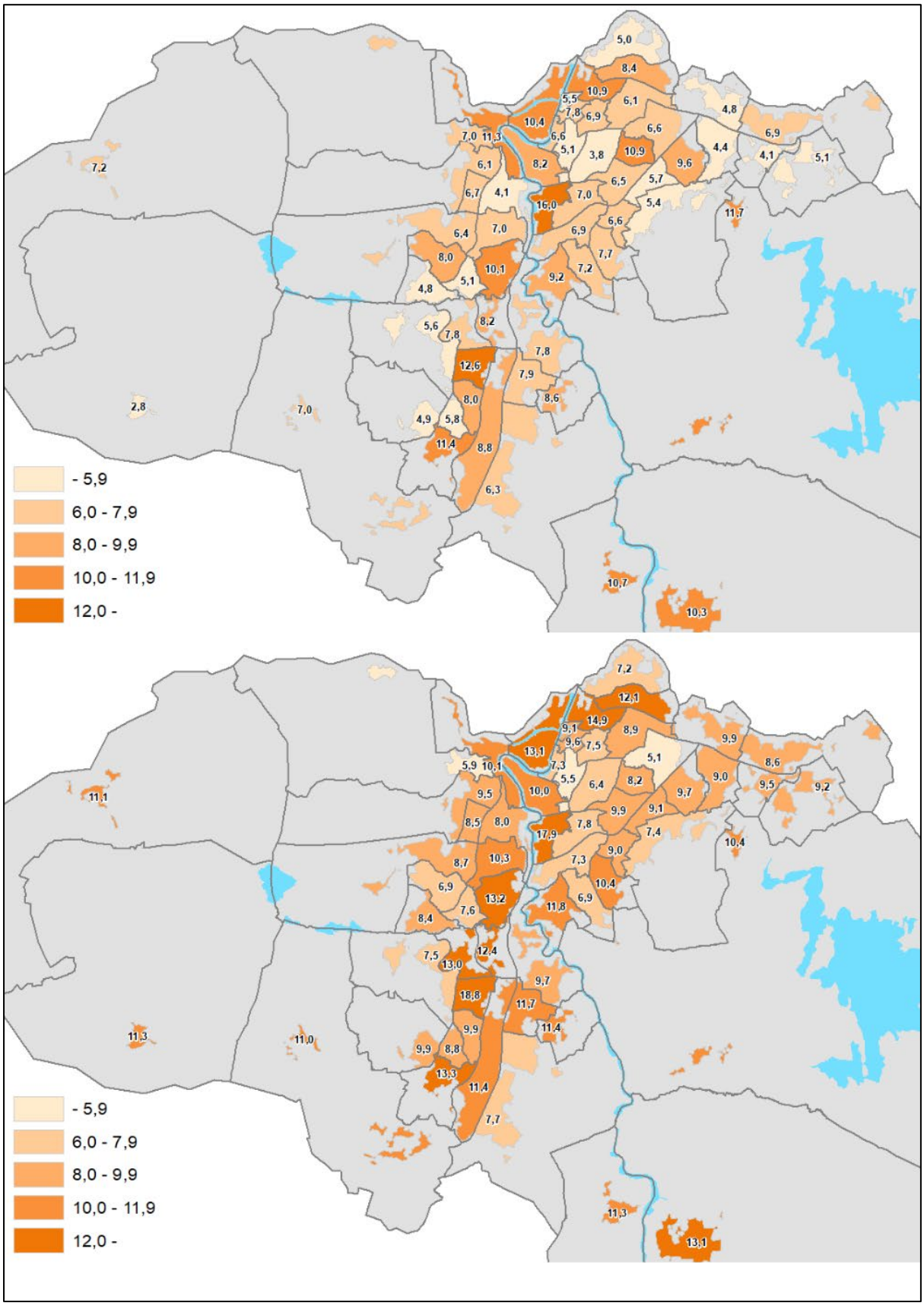
For flersykelighetsmålet som inkluderer personer med to eller flere sykdommer varierer andelen i levekårssoner i Trondheim fra 15 til 31 % for kvinner og fra 13 til 25 % for menn. For flersykelighetsmålet som inkluderer tre eller flere sykdommer varierer andelene fra 3 til 15 % for kvinner og fra 4 til 11 % for menn. I hovedsak har levekårssonene øst og sørøst for Trondheim sentrum og på deler av Byåsen de laveste andelene, mens andelene er noe høyere i sentrum og sentrumsnære områder samt i deler av Heimdalsområdet. Det er noen unntak fra dette. For målet som kombinerer flersykelighet med skrøpelighet (dårlig egenvurdert helse) er bildet i stor grad det samme, men både forskjellene mellom levekårssonene og mellom kjønnene fremstår som noe større. Andelene varierer fra 5 til 19 % for kvinner og fra 3 til 16 % for menn. I vedlegg 2 vises forekomsten av sykdomsgruppene hjerte- og karsykdommer, lungesykdom, kreftsykdom, og kroniske muskel- og skjelettlidelser i de ulike levekårssonene.



Figur 13 Andel (%) som oppgir flersykelighet (2 eller flere sykdommer) i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst).



Figur 14 Andel (%) som oppgir flersykelighet (3 eller flere sykdommer) i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst).



Figur 15 Andel (%) som oppgir flersykelighet (2 eller flere sykdommer) og skrøpelighet (dårlig egenvurdert helse) i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

6. Oppsummering

Basert på data innsamlet i HUNT4 i Trøndelag har vi i denne rapporten fremstilt statistikk for ulike mål på helse og kronisk sykdom rapportert av deltakerne i spørreskjema. Disse inkluderer 2 varianter av flersykelighet, et kombinasjonsmål av flersykelighet og skrøpelighet, samt indikatorer på fire hyppig forekommende sykdomsgrupper. Sykdomsgruppene er hjerte- og karsykdommer, lungesykdom, kreftsykdom, og kroniske muskel- og skjelettlidelser.

19 % av kvinnene og 17 % av mennene rapporterer 2 eller flere samtidige sykdommer mens 7 % av alle deltakere har 3 eller flere sykdommer. Videre sier 10 % av alle kvinner og 8 % av alle menn at de har både 2 samtidige sykdommer og er skrøpelige. Med andre ord er det cirka halvparten av de som oppgir at de er flersykelige med to eller flere sykdommer, som likevel vurderer helsa si som god eller svært god. Forekomsten av alle målene på flersykelighet øker med alder, men det er noen kjønnsforskjeller som det er verdt å nevne. Forekomsten av flersykelighet er høyere hos kvinner enn hos menn i de yngre aldersgruppene mens for de eldre aldersgruppene er det motsatt.

Det er tydelige forskjeller i forekomst av flersykelighet og flersykelighet med skrøpelighet etter utdanningsnivå. Mens 15 % av de som har universitetsutdanning rapporterer 2 eller flere samtidige sykdommer er tilsvarende tall 25 % blant de med grunnskole. Videre rapporterer 5 % av universitetsutdannede om 3 eller flere samtidige sykdommer mot 10 % hos de med grunnskole.

Forekomsten av flersykelighet og flersykelighet med skrøpelighet varierer mellom kommunene i Trøndelag. Forskjellen mellom kommunene med høyeste og laveste verdi er 13 prosentpoeng for kvinner og 14 prosentpoeng for menn for flersykelighetsmålet med 2 eller flere samtidige sykdommer. Tilsvarende varierer det med 6 prosentpoeng (kvinner) og 5 prosentpoeng (menn) for de som rapporterer 3 eller flere samtidige sykdommer. Forekomsten av flersykelighet (2 eller flere sykdommer) med skrøpelighet varierer med 9 prosentpoeng for kvinner og 8 prosentpoeng for menn.

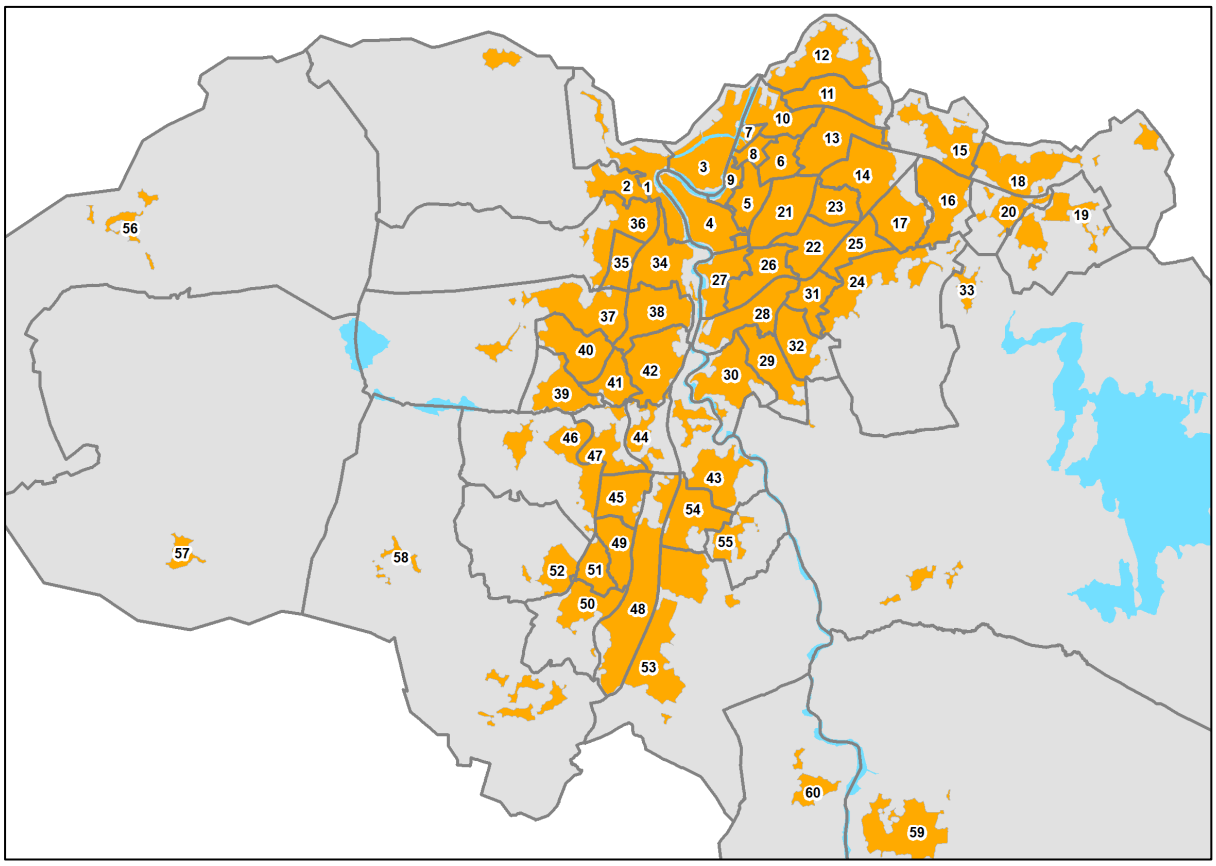
Vi finner videre at forekomsten varierer mellom levekårssonene i Trondheim, der mønsteret i hovedsak er at levekårssonene øst og sørøst i byen har lavest andeler og at andelene er noe høyere i sentrum, i sentrumsnære områder, samt i deler av Heimdalsområdet.

Statistikk for de fire sykdomsgruppene viser at den hyppigst forekommende tilstanden er muskel- og skjelettlidelser (rapportert av 49 % av alle kvinner og 43 % av alle menn), mens det er færrest som rapporterer om kreftsykdom (7 % hos både kvinner og menn). Forskjellen mellom kommunen med høyeste og laveste verdi er 20 prosentpoeng for muskel- og skjelettlidelser for både kvinner og menn.

7. Referanser

1. Boyd, C.M. and M. Fortin, *Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design?* Public health reviews, 2010. **32**(2): p. 451-474.
2. Violan, C., et al., *Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies.* PLoS One, 2014. **9**(7): p. e102149.
3. Wallace, E., et al., *Managing patients with multimorbidity in primary care.* BMJ, 2015. **350**: p. h176.
4. Barnett, K., et al., *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study.* Lancet, 2012. **380**(9836): p. 37-43.
5. van Oostrom, S.H., et al., *Time Trends in Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Not Only due to Aging: Data from General Practices and Health Surveys.* PLoS One, 2016. **11**(8): p. e0160264.
6. MacMahon, S., et al., *Multimorbidity: a priority for global health research.* The Academy of Medical Sciences: London, UK, 2018: p. 127.
7. Vinjerui, K.H., et al., *Prevalence of multimorbidity with frailty and associations with socioeconomic position in an adult population: findings from the cross-sectional HUNT Study in Norway.* BMJ Open, 2020. **10**(6): p. e035070.
8. Vinjerui, K.H., et al., *Socioeconomic inequalities in the prevalence of complex multimorbidity in a Norwegian population: findings from the cross-sectional HUNT Study.* BMJ Open, 2020. **10**(6): p. e036851.
9. Dahl, E., H. Bergsli, and K. van der Wel, *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. 2014, Høgskolen i Oslo og Akershus: Oslo.
10. Moreira, L., *Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?* 2018.
11. Vetrano, D.L., et al., *Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2019. **74**(5): p. 659-666.
12. Brantsæter, A.L., *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid*, in *C. Øverby, MK Torstveit & R. Høigaard (Red.), Folkehelsearbeid*. 2011, Høyskoleforlaget. p. 40-52.
13. Göran, D. and M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health.* 1991.
14. Folkehelseinstituttet, *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelserapporten – kortversjon*. 2018.
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. 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.
18. Åsvold, B.O., et al., *Cohort Profile Update: The HUNT Study, Norway.* medRxiv, 2021: p. 2021.10.12.21264858.

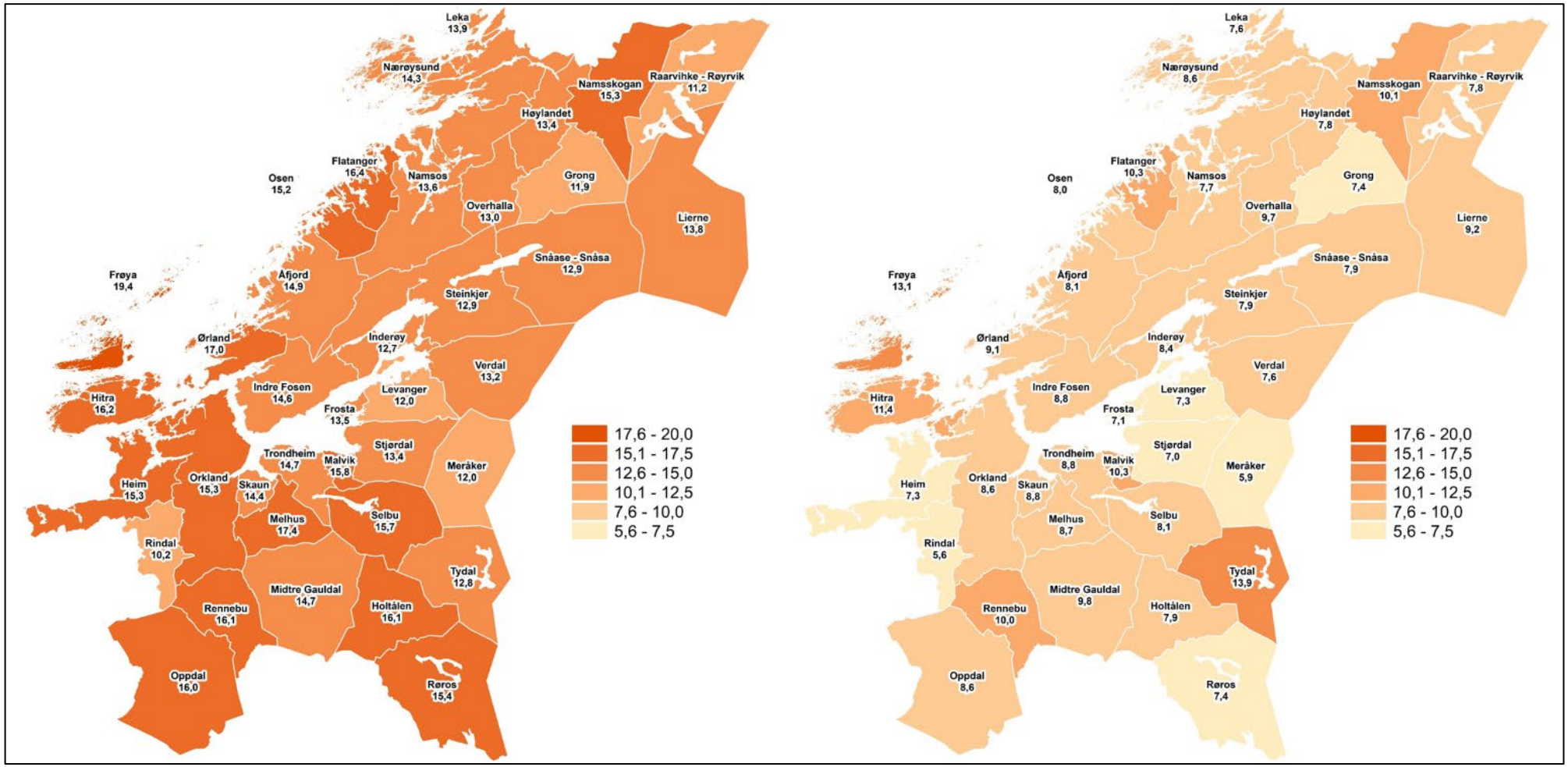
Vedlegg 1: Kart levekårssoner Trondheim



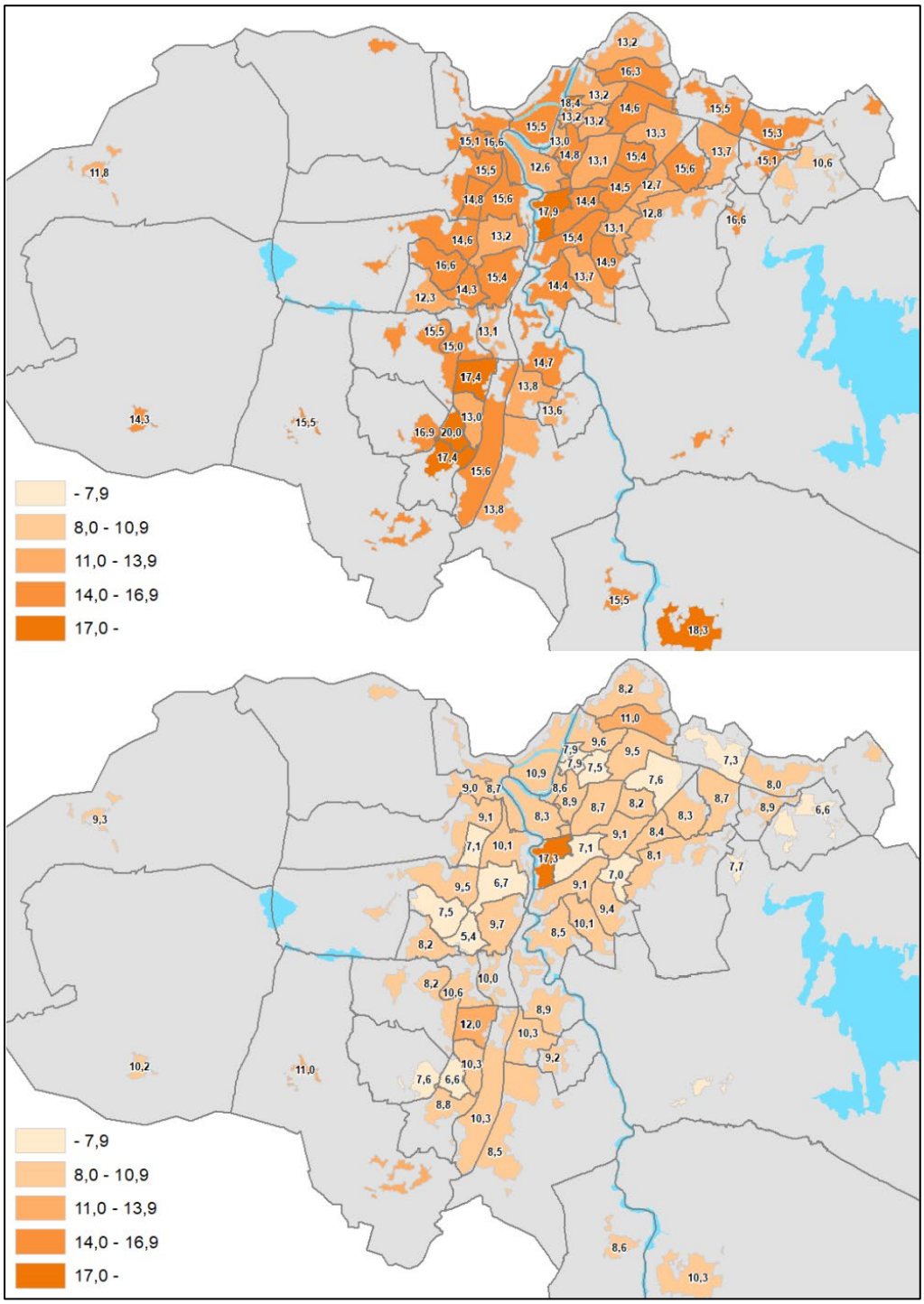
De mørke strekene i kartet angir grensene mellom levekårsoner. Farge er bare avsatt i områder med tettstedsbebyggelse. Områder i sonene som i hovedsak er ubebygde har lys grå bakgrunn.

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

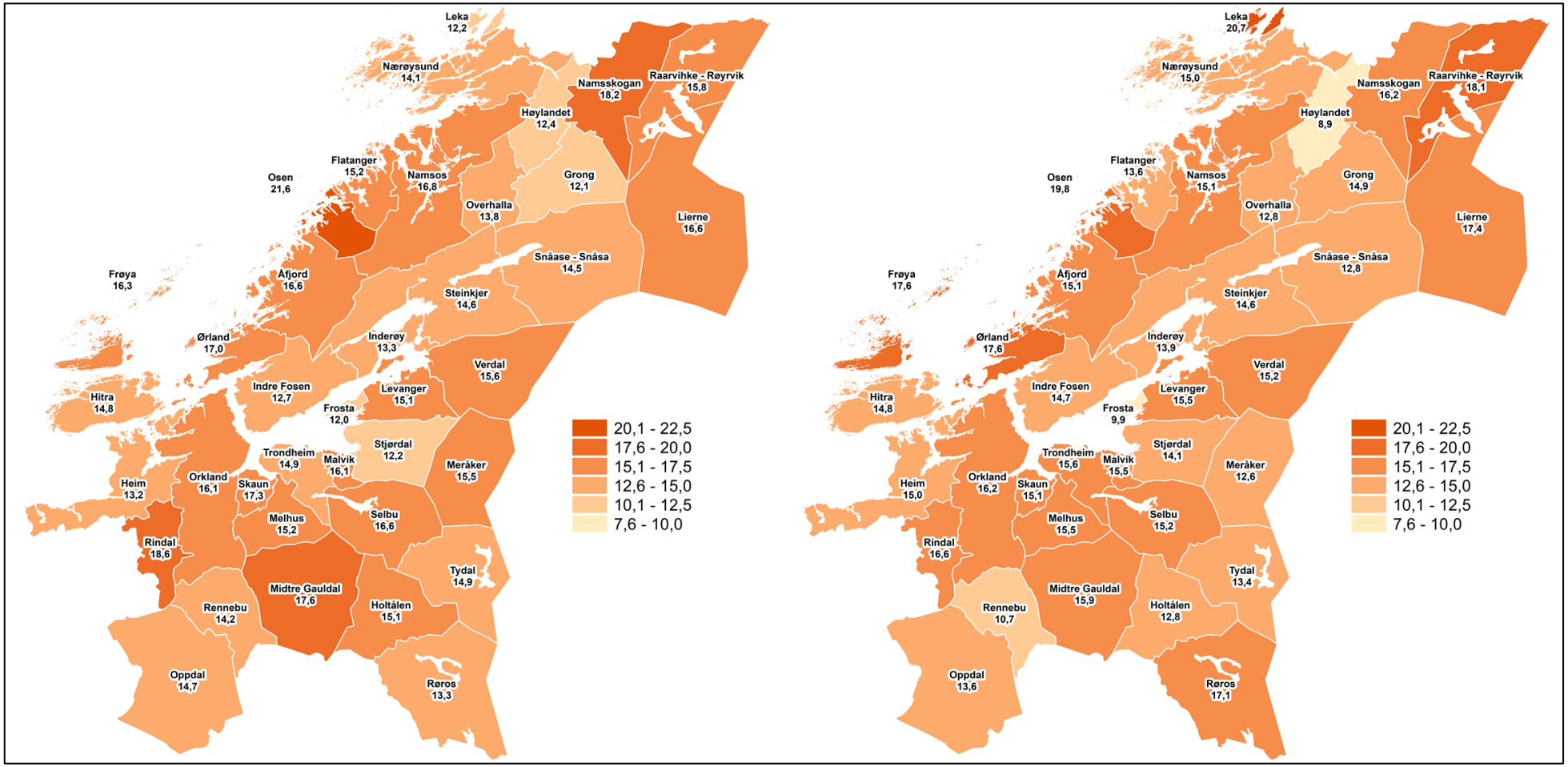
Vedlegg 2: Indikatorer på enkeltgrupper av sykdommer/plager



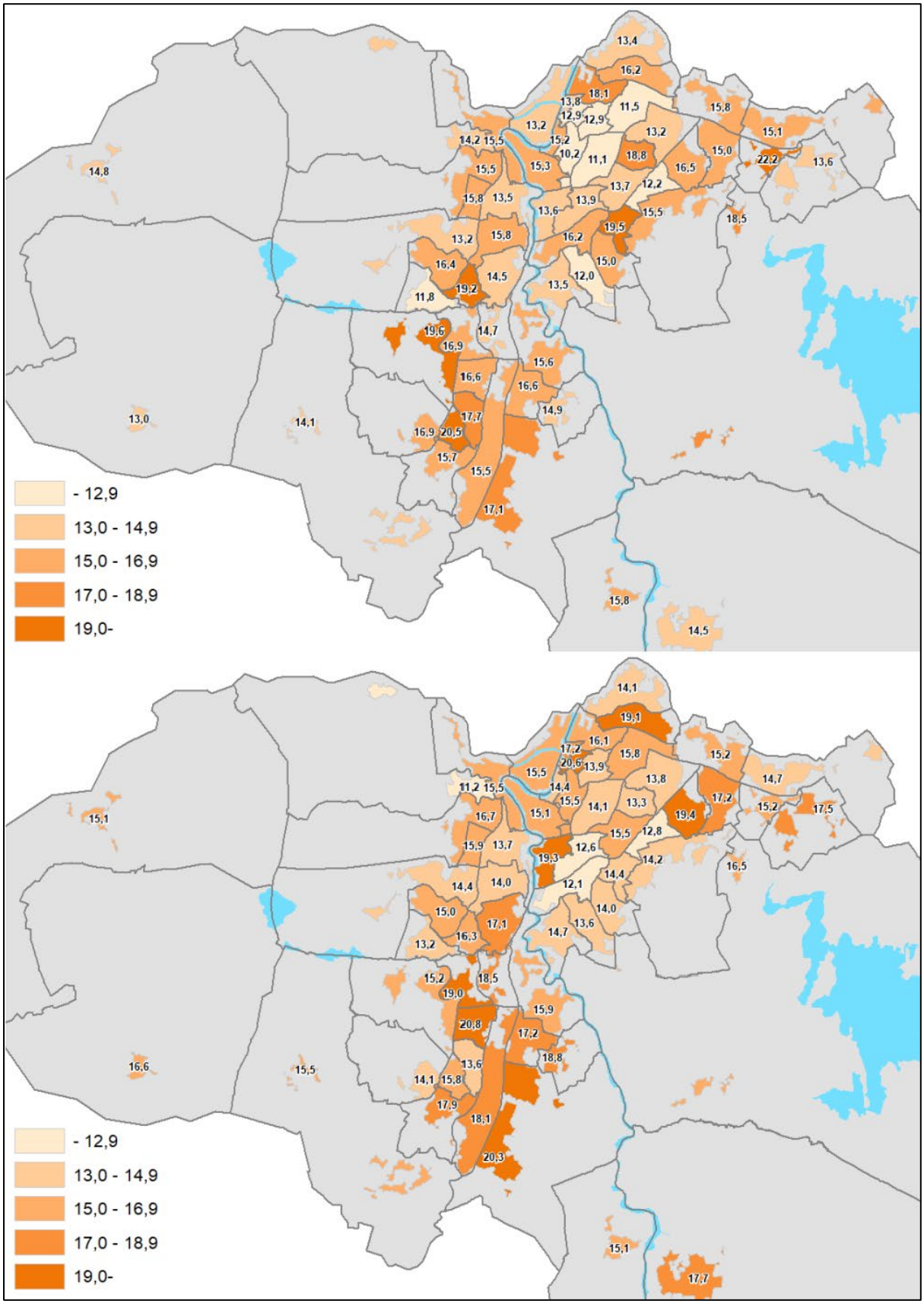
Vedleggsfigur 1 Andel (%) som oppgir hjerte og karsykdom i kommuner i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre).



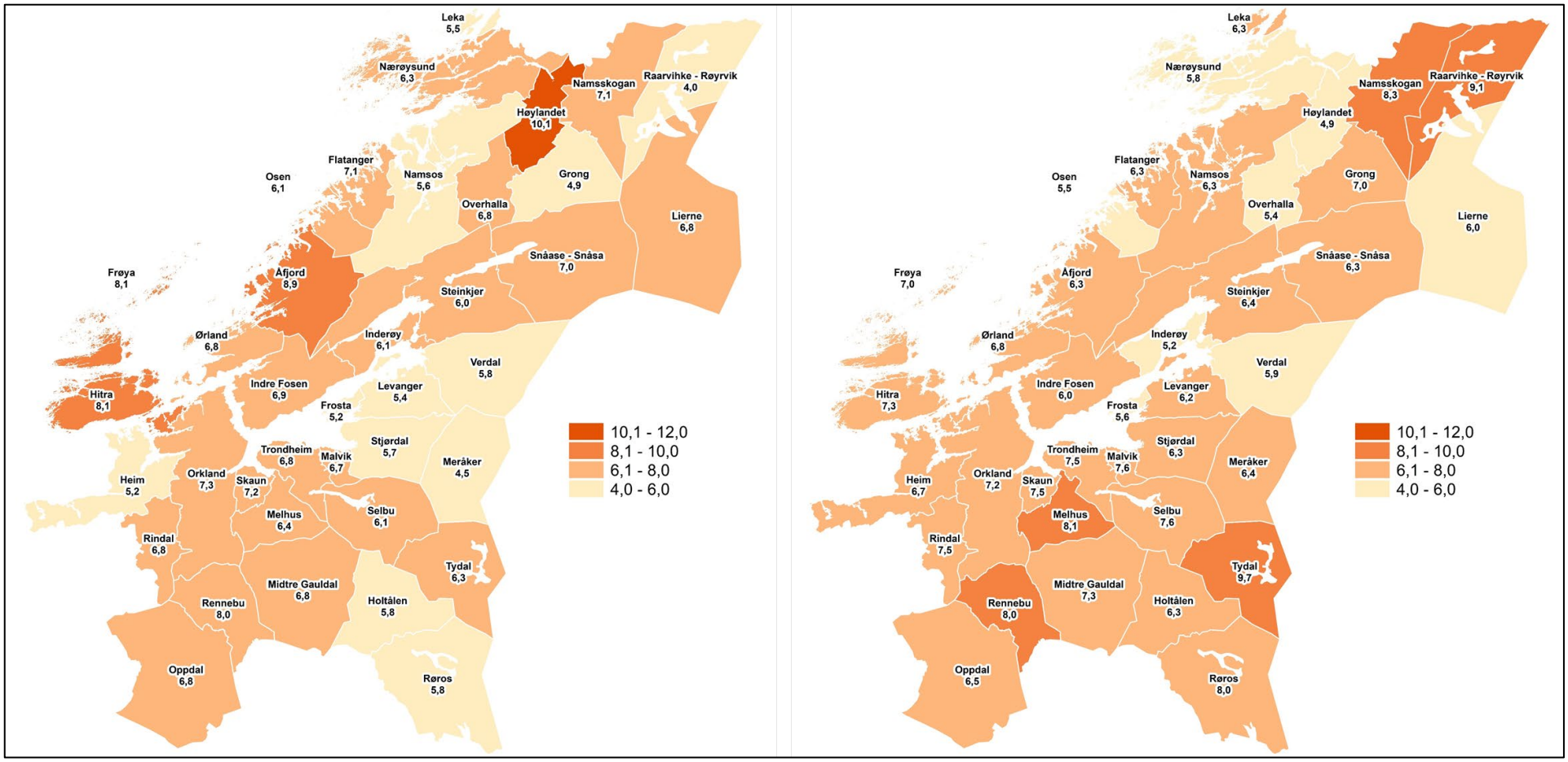
Vedleggsfigur 2 Andel (%) som oppgir hjerte- og karsykdom i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst).



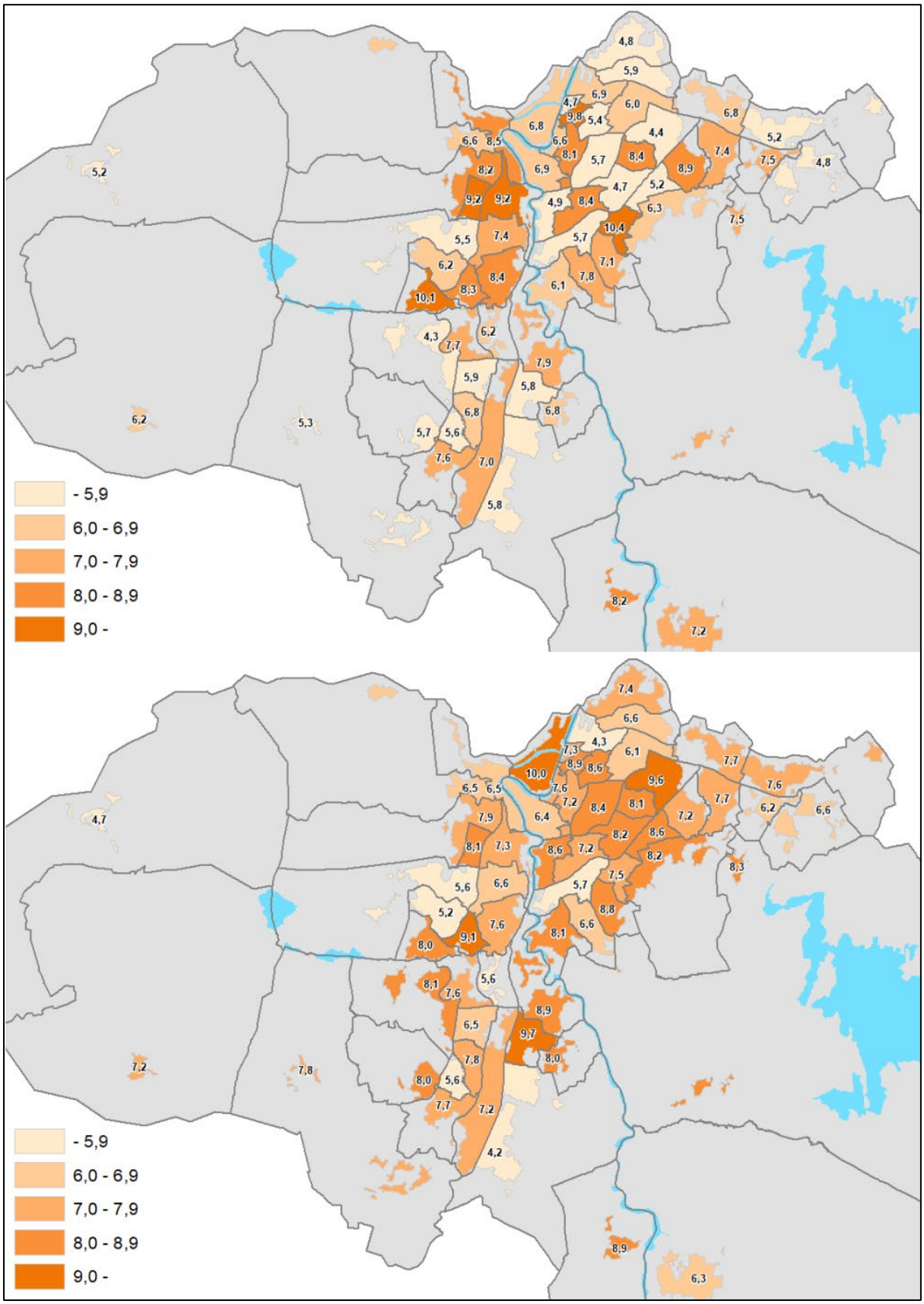
Vedleggsfigur 3 Andel (%) som oppgir lungesykdom i kommuner i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre).



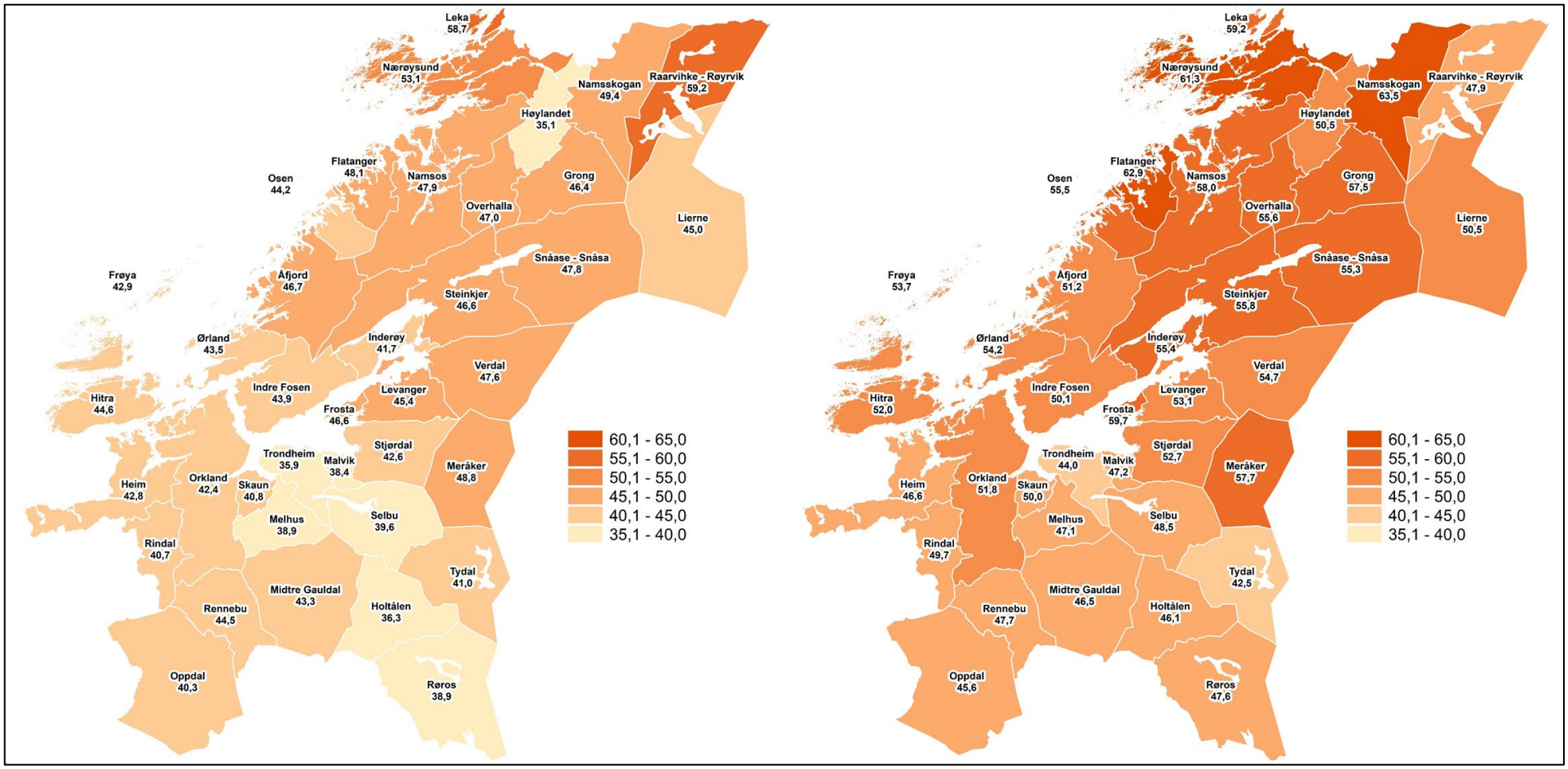
Vedleggsfigur 4 Andel (%) som oppgir lungesykdom i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst).



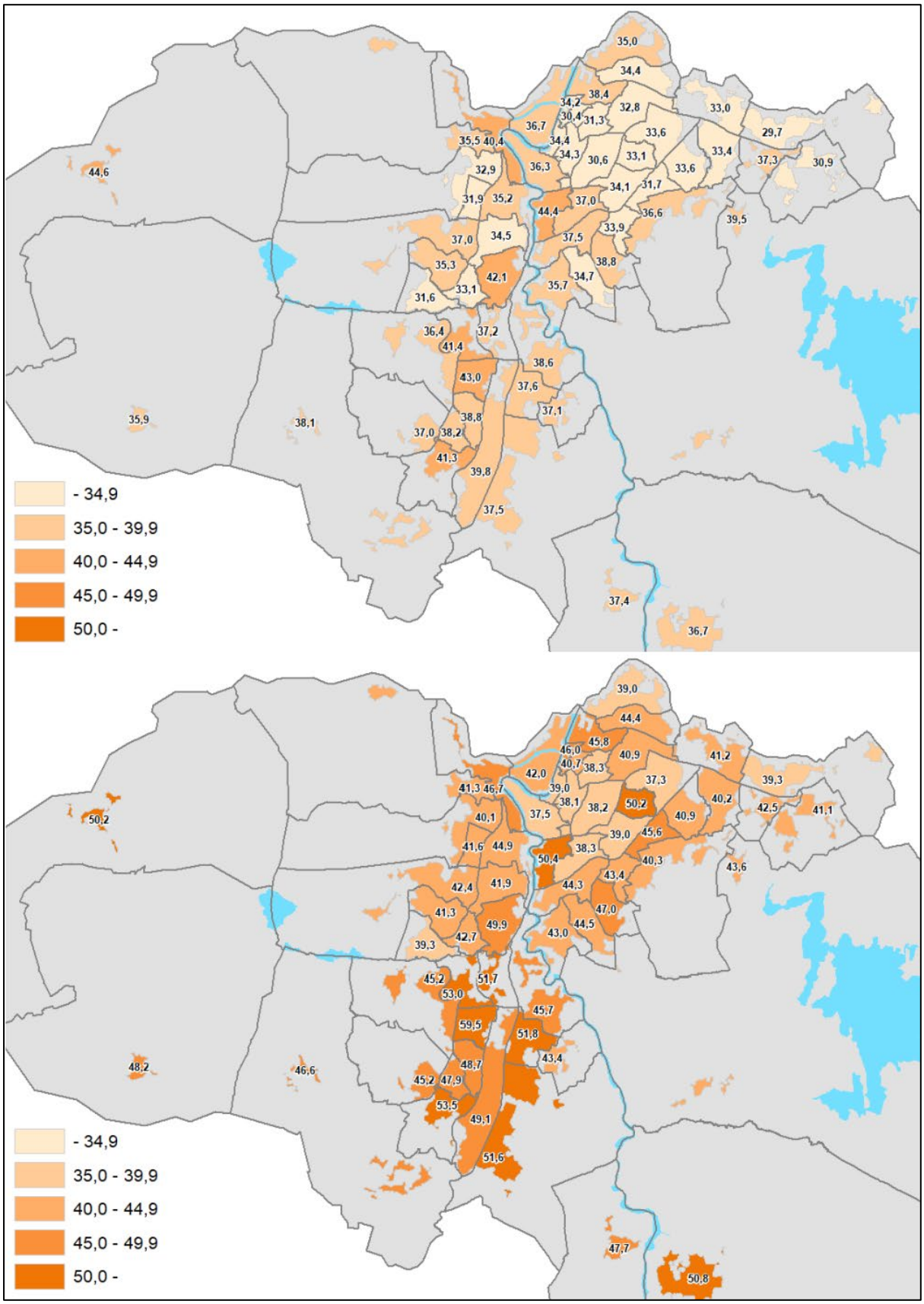
Vedleggsfigur 5 Andel (%) som oppgir kreftsykdom i kommuner i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre).



Vedleggsfigur 6 Andel (%) som oppgir kreftsykdom i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

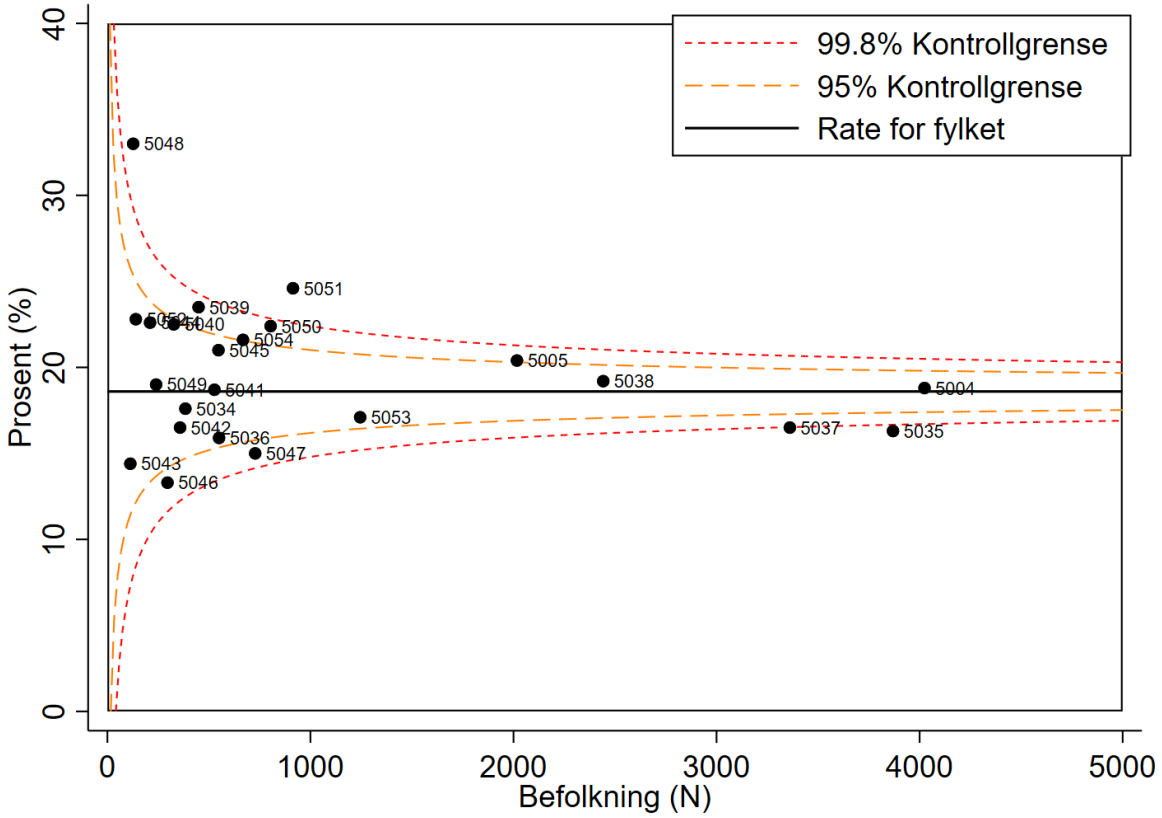


Vedleggsfigur 7 Andel (%) som oppgir kroniske smerter i muskler og ledd i kommuner i Trøndelag i 2019. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre).



Vedleggsfigur 8 Andel (%) som oppgir kroniske smerter i muskler og ledd i levekårssoner i Trondheim i 2019. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

Vedlegg 3: Funnelplott 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.