

Levevaner i Trøndelag 2019

Helsestatistikk-rapport nummer 2 fra HUNT4

Lifestyle in Trøndelag County 2019

Health statistics report no. 2, the HUNT4 Survey

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

2020

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, juni 2020.
ISBN 978-82-91725-20-8

FORORD

Dette er den andre delrapporten som presenterer tall for hele Trøndelag fylke fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Det er tidligere utgitt rapporter for Nord-Trøndelag, samt en rapport som omfatter hele fylket tidligere i år. 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 folkehelsestanden 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 og fra levekårssoner i Trondheim.

Denne rapporten tar for seg levevaner. Levevaner har stor betydning for folkehelsen, men forståelsen av hvordan levevaner formes i befolkningen, er av vesentlig betydning. Ellers kan man komme til å individualisere helseproblemer som forårsakes av politiske, historiske, kulturelle, økonomiske og sosiale forhold og levekår.

Rapporten er utarbeidet av en analysegruppe som består av ansatte fra Trøndelag fylkeskommune (Jon Olav Sliper og Kyrre Kvistad), 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 og Trondheim, 10 Juni 2020

HUNT forskningssenter

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	3
1. Innledning	8
2. Metode.....	9
3. Resultater	12
3.1 Fysisk aktivitet	12
3.2 Mye stillesitting.....	16
3.3 Kosthold – sjelden frukt og grønnsaker	20
3.4 Alkoholbruk – frekvens	27
3.5 Daglig røyking.....	31
3.6 Anbefalt søvn	35
Oppsummering	39
Referanser	40
Vedlegg 1: Kart levekårssoner Trondheim	41
Vedlegg 2: Funnelplokk av dårlig selvvurdert helse (%) for menn i Nord-Trøndelag	42
Vedlegg 3. Spørsmål og koder av svaralternativer	43

Figurliste

Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen (Kilde FHI rapport 2018).....	9
Figur 2 Andel innbyggere som oppgir daglig fysisk aktivitet (%). Menn (venstre) og kvinner (høyre).....	13
Figur 3 Andel innbyggere som oppgir daglig fysisk aktivitet (%) i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).	14
Figur 4 Andel som oppgir daglig fysisk aktivitet (%) etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.	15
Figur 5 Andel som oppgir daglig fysisk aktivitet (%) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.	15
Figur 6 Andel innbyggere (%) som oppgir mye stillesitting (≥8 timer per dag). Menn (venstre) og kvinner (høyre).	17
Figur 7 Andel innbyggere (%) som oppgir mye stillesitting (≥ 8 timer per dag) i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst)	18
Figur 8 Andel (%) som oppgir mye stillesitting (≥ 8 timer per dag) etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.	19
Figur 9 Andel (%) som oppgir mye stillesitting (≥ 8 timer per dag) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.	19
Figur 10 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise frukt sjelden (≤ 3 ganger per uke). Menn (venstre) og kvinner (høyre). ..	21
Figur 11 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise frukt sjelden (≤ 3 ganger per uke) i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).	22
Figur 12 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise grønnsaker sjelden (≤ 3 ganger per uke). Menn (venstre) og kvinner (høyre).	23
Figur 13 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise grønnsaker sjelden (≤ 3 ganger per uke) i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).	24
Figur 14 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise frukt sjelden (≤ 3 ganger per uke) etter alder og kjønn. 18 til 104 år.....	25
Figur 15 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise grønnsaker sjelden (≤ 3 ganger per uke) etter alder og kjønn. 18 til 104 år.	25
Figur 16 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise frukt sjelden (≤ 3 ganger per uke) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.....	26
Figur 17 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise grønnsaker sjelden (≤ 3 ganger per uke) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.....	26
Figur 18 Andel innbyggere (%) som oppgir å drikke alkohol 2 ganger i uka eller mer. Menn (venstre) og kvinner (høyre)	28
Figur 19 Andel innbyggere (%) som oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).	29
Figur 20 Andel innbyggere (%) som oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.....	30
Figur 21 Andel innbyggere (%) som oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.....	30
Figur 22 Andel innbyggere (%) som oppgir daglig røyking. Menn (venstre) og kvinner (høyre).	32
Figur 23 Andel innbyggere (%) som oppgir daglig røyking i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).	33
Figur 24 Andel innbyggere (%) som oppgir daglig røyking etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.	34
Figur 25 Andel innbyggere (%) som oppgir daglig røyking etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.....	34
Figur 26 Andel innbyggere (%) som oppgir timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger. Menn (venstre) og kvinner (høyre).	36
Figur 27 Andel innbyggere (%) som oppgir timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).	37
Figur 28 Andel innbyggere (%) som oppgir timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.....	38
Figur 29 Andel innbyggere (%) som oppgir timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.....	38

Sammendrag

Bakgrunn

Levevaner har stor betydning for folkehelseutviklingen. Sykdomspanoramaet i dag er preget av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og demens-sykdommer. Samlet medfører disse folkesykdommene mye lidelse for mange, og betydelige utgifter for samfunnet. Målet med denne rapporten er å fremstille statistikk for levevaner i Trøndelag i 2017-2019, og dermed bidra inn mot et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Materiale og metode

Data er hentet fra Helseundersøkelsen i Trøndelag 2017-19, HUNT4. I Nord-Trøndelag ble HUNT4 gjennomført i 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.

Tallene som presenteres er basert på krystabeller og formidles ved hjelp av figurer og kart som viser andeler (%) etter alder, kjønn, utdanningsnivå og kommune. For Trondheim kommune presenteres resultatene også på levekårssoner. I kartene som viser kommunene og levekårssonene er andelene aldersstandardiserte.

Resultater

I de ulike kommunene i Trøndelag oppgir mellom 10 og 30 % av befolkningen at de er fysisk aktive daglig. Mellom 30 og 60 % sitter over 8 timer daglig, og mange som sitter mye har høy utdanning og er oftere fysisk aktive på fritiden. En stor andel av befolkningen har for lavt inntak av frukt og grønt. Spesielt gjelder dette menn. Mellom 10 og 40 % drikker alkohol to ganger eller mer i uka. Mellom 5 og 15 % røyker daglig, og for røyking er det spesielt store forskjeller mellom utdanningsnivå. Sammenlignet med data fra tidligere undersøkelser, er det en betydelig nedgang i røyking i befolkningen. Det er betydelig forskjeller i levevaner også mellom levekårssoner i Trondheim.

Konklusjon

Det har vært en reduksjon i røyking i befolkningen, noe som er svært gunstig, men de sosiale forskjellene er betydelige. For andre levevaner er det mange som ikke følger nasjonale anbefalinger. Dette peker mot et betydelig potensial for å forbedre folkehelsen.

Abstract

Background

Health related living habits are of great importance for public health. The current disease panorama is characterized by non-communicable diseases (NCDs) such as cardiovascular diseases, cancer, chronic lung diseases and dementia. Overall, these diseases cause a great deal of suffering for many, and considerable societal expenses. The aim of this report was to show statistics for lifestyle in Trøndelag in 2017-2019, thus contributing to a systematic and knowledge-based public health work.

Material and methods

Data were drawn from the Trøndelag Health Survey 2017-19, HUNT4. In Nord-Trøndelag, HUNT4 was completed in 2017 to 2019, with a total participation of 56,000 adults aged 20+ (54% of all invited). In Sør-Trøndelag 106,000 adults aged 20+ participated (42% of all invited). In addition, data from HUNT4 70+ in Trondheim was used.

The figures presented are based on crosstabulations and are presented using graphs and maps that show proportions (%) by age, gender, level of education and municipality. For Trondheim municipality, the results are also presented for residential zones. In the maps, numbers are age-standardised.

Results

In the Trøndelag municipalities, between 10 and 30% of the population report being physically active every day. Between 30 and 60% of the participants usually spend more than 8 hours per day sitting, and many people who report excessive sitting have a high education and are often physically active in their leisure time. A large proportion of the population report inadequate amounts of fruits and vegetables, especially men. Between 10 and 40% report drinking alcohol two or more times per week. Between 5 and 15% smoke tobacco daily, and for smoking there are particularly large differences according to level of education. Compared to data from previous surveys, there is a considerable decline in smoking in the population. There is considerable variation in health-related living habits between residential zones in Trondheim.

Conclusion

There has been a reduction in daily smoking in the population, which is highly commendable, but educational differences are considerable. For other living habits, many do not follow national recommendations. This suggests that there is a potential to improve the public health.

1. Innledning

Dette er den andre delrapporten om folkehelsestilstanden i Trøndelag fylke. Det fremstilles 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 denne rapporten er levevaner i Trøndelag.

Viktige målsettinger for folkehelse i Norge er flere leveår med god helse og reduserte sosiale helseforskjeller. Denne rapporten beskriver sentrale faktorer som påvirker sykdom, helse og livskvalitet, og hvordan slike faktorer varierer blant ulike sosiale grupper i befolkningen. Nærmere bestemt handler rapporten om levevaner som har sterk påvirkning på helse og sykdom, og sosiale forskjeller i slike levevaner. Rapporten beskriver faktorene fysisk aktivitet og inaktivitet, tobakk, alkohol, kosthold og søvn. Det er overbevisende dokumentasjon om sammenhengen mellom disse risikofaktorene, kronisk sykdom og tidlig død. Det er samtidig viktig å presisere at levevaner ikke bare er individuelle valg, men påvirkes sterkt av livsvilkår som sosiale, kulturelle, miljømessige, økonomiske, kommersielle og politiske forhold (figur 1).

Hensikten med rapporten er å beskrive nøkkeltall om levevaner i Trøndelag. Rapporten går i liten grad inn på de komplekse faktorene som påvirker måten mennesker lever på. Dette legger viktige føringer for tolkning av tallene som presenteres, med behov for kritisk refleksjon over hva kunnskapen handler om, hvordan den påvirker oss, og hvordan den best mulig kan anvendes til å styrke folkehelse. 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.

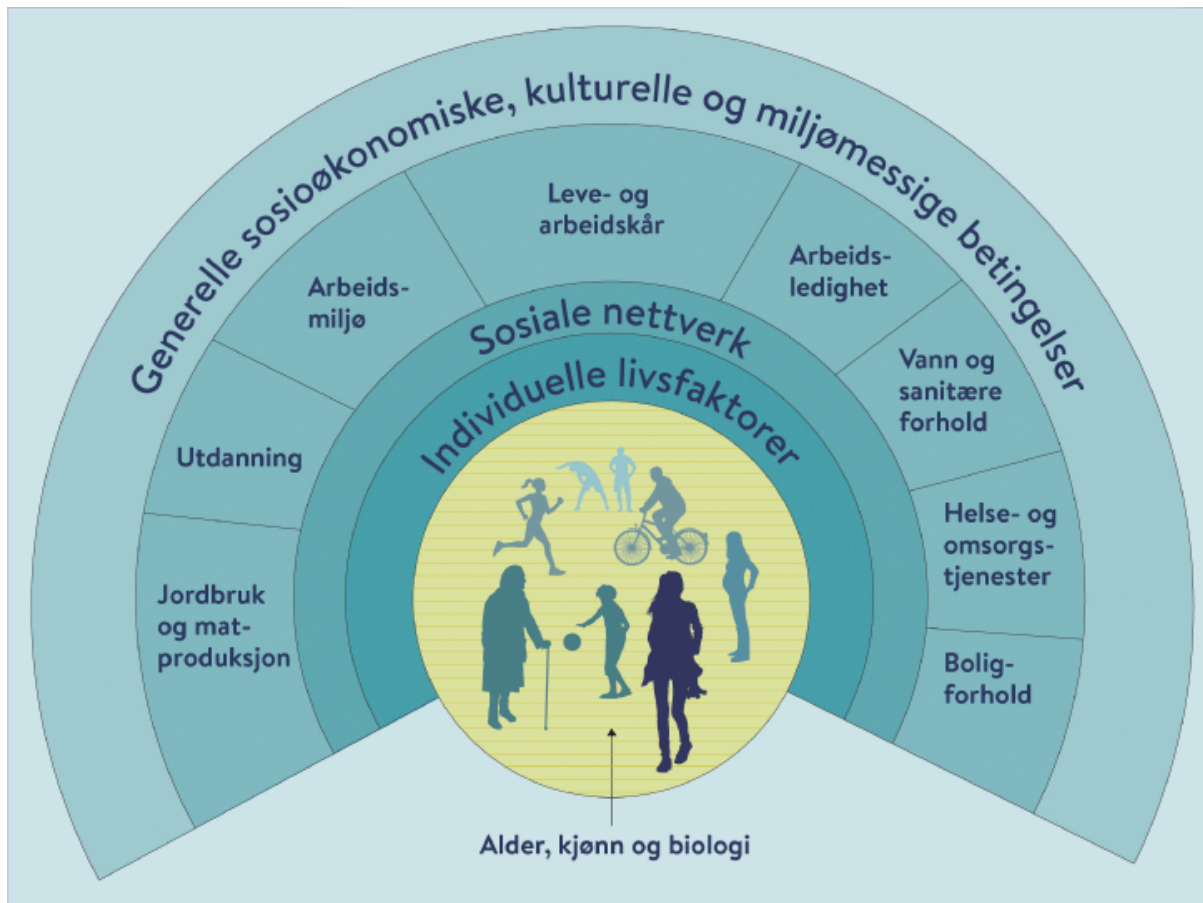
Et mangfold av kunnskapskilder (basert i både kvantitative og kvalitative data, og på tvers av kunnskapsfelt) er nødvendig for å fremme folkehelse og utjevne sosiale forskjeller i helse og livskvalitet. Kunnskapsbasert praksis i folkehelsearbeidet forstås i denne rapporten som at samfunnets totale innsats 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, kunnskap, erfaringer og verdier fra borgere og brukere av tjenester, og kunnskap om konteksten rundt – fra lokalsamfunnets tilstand til globale forhold. Vi viser for øvrig til Helsedirektoratets veileder om systematisk folkehelsearbeid¹.

Målet med rapporten er å være ett av mange nødvendige bidrag til et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Regnbuemodellen (figur 1), opprinnelig utviklet av Whitehead & Dahlgren (1991), illustrerer hvordan ulike lag av påvirkningsfaktorer virker inn på folkehelsen og den sosiale fordelingen av helse og livskvalitet. Livsstil, samfunnsmessige forhold, arbeidsforhold, kulturelle faktorer og sosiale nettverk henger gjensidig sammen med hverandre som et økologisk system, og påvirker også de biologiske og genetiske faktorene hvert menneske er født med. Tanken bak regnbuemodellen er kort sagt å illustrere at det ofte vil være mange bakenforliggende påvirkningsfaktorer som både kan fremme helse og livskvalitet eller øke risikoen for sykdom, mistriksel eller tidlig død.

Denne HUNT- rapporten har hovedfokus på levevaner, som inngår i det nest innerste laget i regnbuemodellen.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>



Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen (Kilde FHI rapport 2018)

2. Metode

2.2 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 (Krokstad mfl. 2013). 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.

2.3 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.² 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 denne bydelen 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.

2.4 Utvalget

Resultatene er basert på alle voksne som deltok i HUNT i Nord- og Sør-Trøndelag, inkludert deltakere fra HUNT4 Trondheim 70+. Det er foreløpig usikkert hvor godt resultatene beskriver levevaner 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 flere menn, flere unge, lavere utdanning og dårligere helse (Langhammer mfl. 2013). En konsekvens av dette kan være at befolkningens levevaner fremstår noe bedre enn det som ville vært tilfellet dersom alle hadde deltatt. En ny studie av personer som ikke deltok er under utarbeidelse.

2.5 Analyser

Tallene som presenteres er basert på krystabeller og formidles ved hjelp av enkle figurer og kart som viser andeler (%) etter alder, kjønn, utdanningsnivå og kommune. For Trondheim kommune presenteres resultatene også for levekårssoner. I kartene som viser kommunene og levekårssonene er andelen aldersstandardiserte.³ Aldersstandardisering korrigerer for at kommunene eller levekårssonene har ulik alderssammensetning. Tilsvarende er andelen innenfor utdanningsgruppene aldersstandardisert. Det er ikke utført statistiske tester på forskjellene som presenteres, men vedleggstabellene⁴ viser usikkerhetsmarginer for kommunetallene og levekårssonene som vises i kartene. Levevanene som fremstilles er basert på spørsmålene i vedlegg 3 og viser spørsmålsstilling samt hvordan svarene er operasjonalisert.

Statistikk for flere av de samme levevanene som presenteres i denne rapporten er presentert tidligere. Dette gjelder data fra tidligere HUNT-undersøkelser i Nord-Trøndelag. Vi har imidlertid gjort en omlegging av måten vi alders-standardiserer helsestatistikken på⁵. Det gjør at resultatene kan avvike noe fra tidligere statistikk, og betyr at kommunene i Nord-Trøndelag ikke direkte kan sammenlikne tallene i denne rapporten med tall fra tidligere HUNT-undersøkelser.

2.6 Lavekårssoner 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

² Innbyggere som tidligere var invitert til HUNT 70+ i Trondheim og innbyggere som tidligere hadde deltatt i HUNT Nord og som hadde fått en egen invitasjon ble ikke invitert

³ Direkte metode med Norges befolkning 1 januar år 2020 som standardbefolkning

⁴ Ligger sammen med rapporten på HUNT sine hjemmesider

⁵ I tall som er publisert tidligere brukte vi Norges befolkning per 1. januar år 2000 som standardbefolkning. Her er det brukt Norges befolkning per 1. januar år 2020.

bygd og by. Levekårssonene er bygd opp av hele grunnkretser og har mellom 1500 og 5000 innbyggere (se vedlegg 1).

2.7 Nøyaktigheten av egenrapporterte levevaner

Det kan ofte være stor variasjon i nøyaktigheten av egenrapportering av levevaner. Det kan være vanskelig å huske nøyaktig når en sist engasjerte seg i en spesifikk atferd og det kan være vanskelig å anslå hvor mye en f. eks. sitter hver dag. Det hender også at spørsmål blir misforstått eller at noen svaralternativ kan skape usikkerhet. Videre kan spesielt spørsmål om levevaner og risikoatferd føre til at respondentene svarer usant i et forsøk på å svare på en sosialt ønskelig måte. Slike «sosialt ønskelige» svar er vist å være spesielt utpreget i spørsmål om levevaner. Det kan også være store individuelle forskjeller i hvor mye vi over- eller underestimerer når vi vurderer egen atferd.

Det er viktig å ta hensyn til dette i tolkning av funn i denne rapporten, selv om HUNT har tatt høyde for slikt ved å benytte validerte instrumenter og korrigert for beviselige feiltolkninger av spørsmål.

2.8 Tolkning

Tallene som presenteres er i utgangspunktet enkle å forholde seg til fordi de viser prosentandeler som har rapportert for eksempel «daglig røyking». Det er imidlertid viktig å være klar over usikkerheten som knytter seg til lavt antall deltagere fra de minste kommunene og de minste levekårszonene i Trondheim. Hvis noen befolkningsmessig små kommuner eller levekårszoner kommer svært godt eller svært dårlig ut, så er det ikke dermed sikkert at de avviker så mye fra de andre kommunene eller fylket⁶. Det er brukt lik klasseinndeling for begge kjønn for å framheve kjønnsforskjellene. I noen tilfeller er det valgt ulik klasseinndeling i kartene for kommuner i Trøndelag og kartene for levekårszoner i Trondheim. Dette er gjort for bedre å få fram variasjon mellom kommuner og mellom levekårszoner. For å markere at det er brukt ulik klasseinndeling er fargebruken noe forskjellig i kommunekartene og levekårszonekartene. Det er viktig å være klar over dette ved sammenligning av andeler i levekårszoner og kommuner.

Det er også viktig å understreke at prosentandelene som presenteres, er et gjennomsnitt for ei gruppe. Innenfor denne gruppa vil det være stor variasjon. Hvis for eksempel 20 % av lavt utdannede svarer at de er fysisk aktive daglig, mens 30 % av høyt utdannede svarer det samme, så vil det i begge gruppene være et klart flertall av deltakere som svarer at de ikke er fysisk aktive daglig. Dette kan virke selvsagt, men i formidlingen blir dette av og til fremstilt som «lavt utdannede er mindre aktive enn høyt utdannede». Formidlingen blir altså misvisende. En mer korrekt beskrivelse vil være at «en lavere andel rapporterer daglig fysisk aktivitet blant lavt utdannede enn blant høyt utdannede». Budskapet å ta med seg er altså at det er variasjon innad i alle grupper.

⁶ Vi har illustrert dette i vedlegg 2: Funnplott av dårlig selvvaldert helse hos menn.

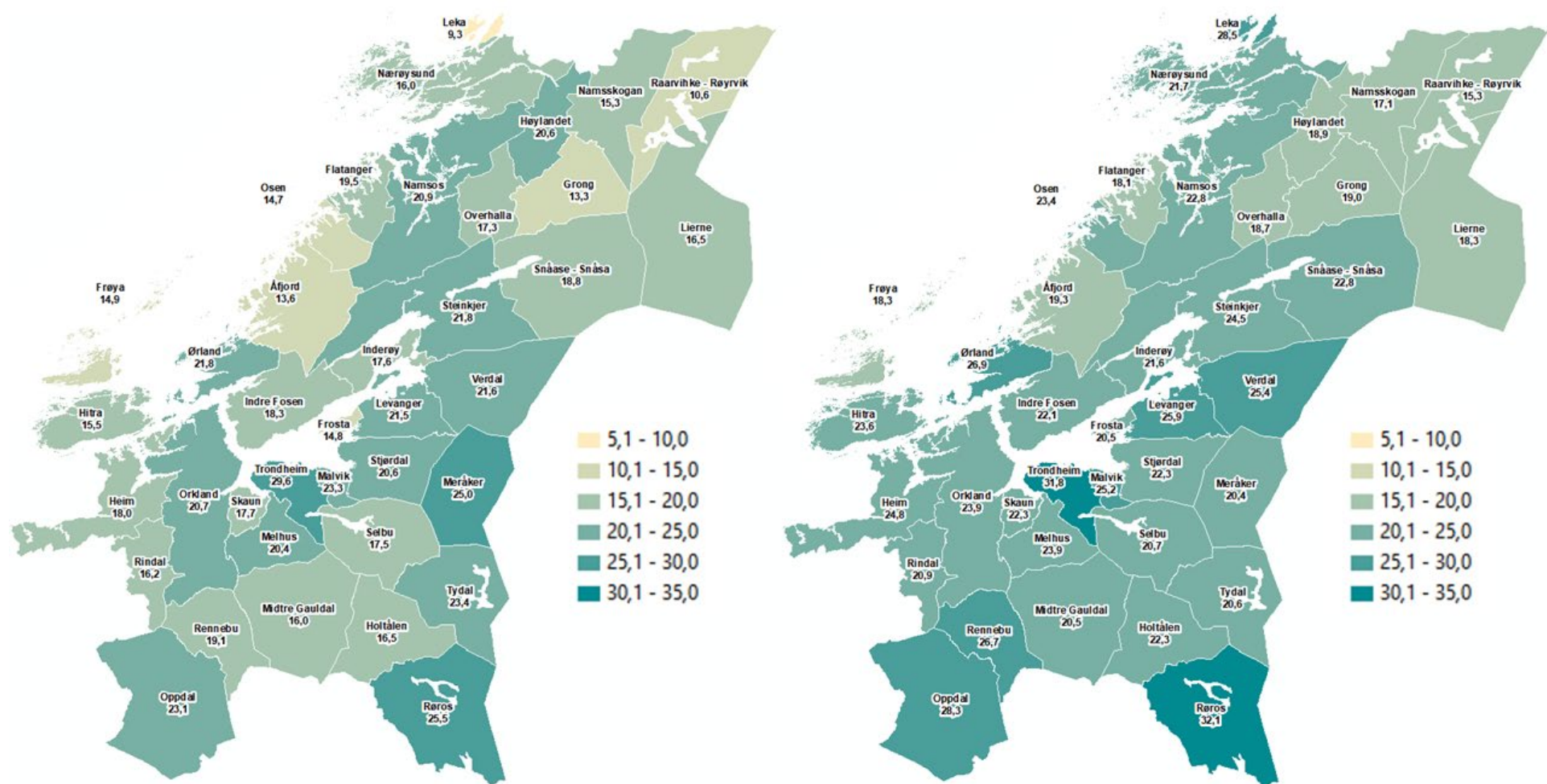
3. Resultater

I det følgende presenteres noen indikatorer på levevaner som vi vet er forbundet med helse. Disse omfatter fysisk aktivitet, sitting, kosthold, alkoholbruk, røykevaner og søvn.

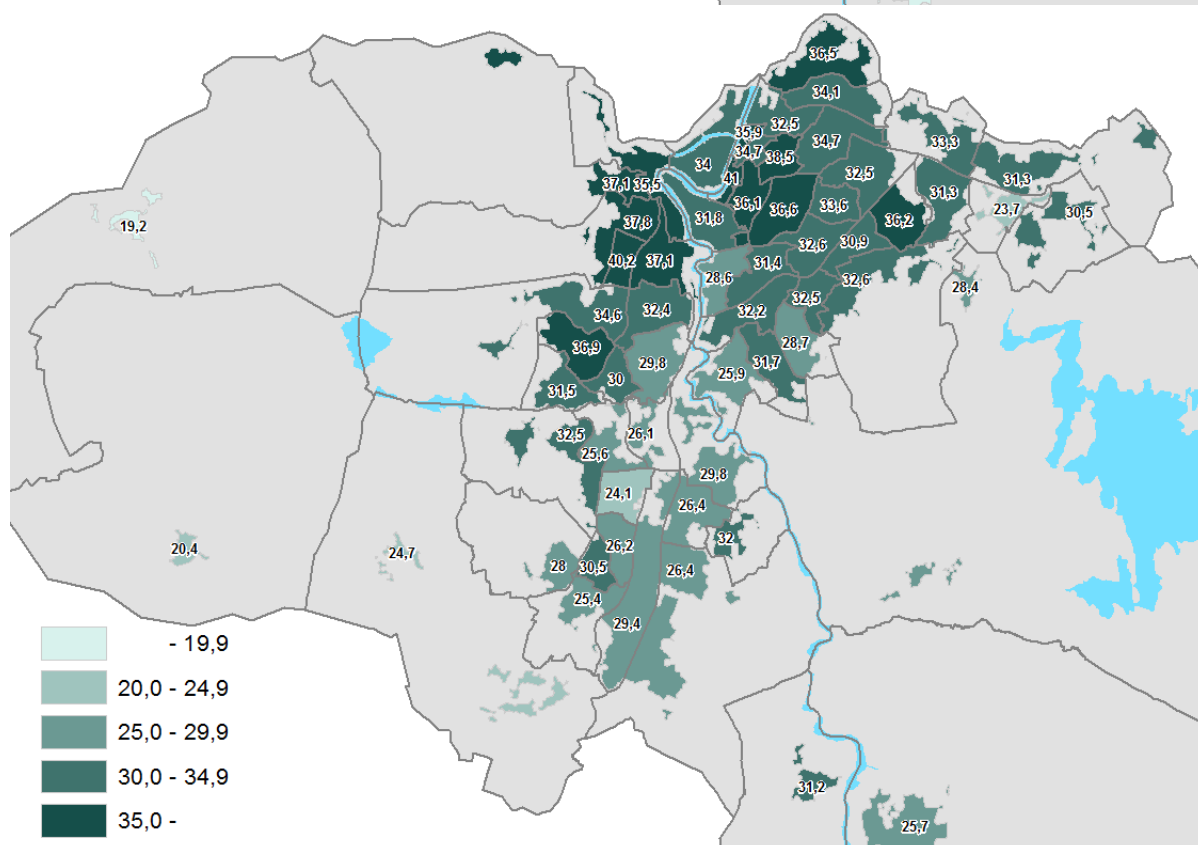
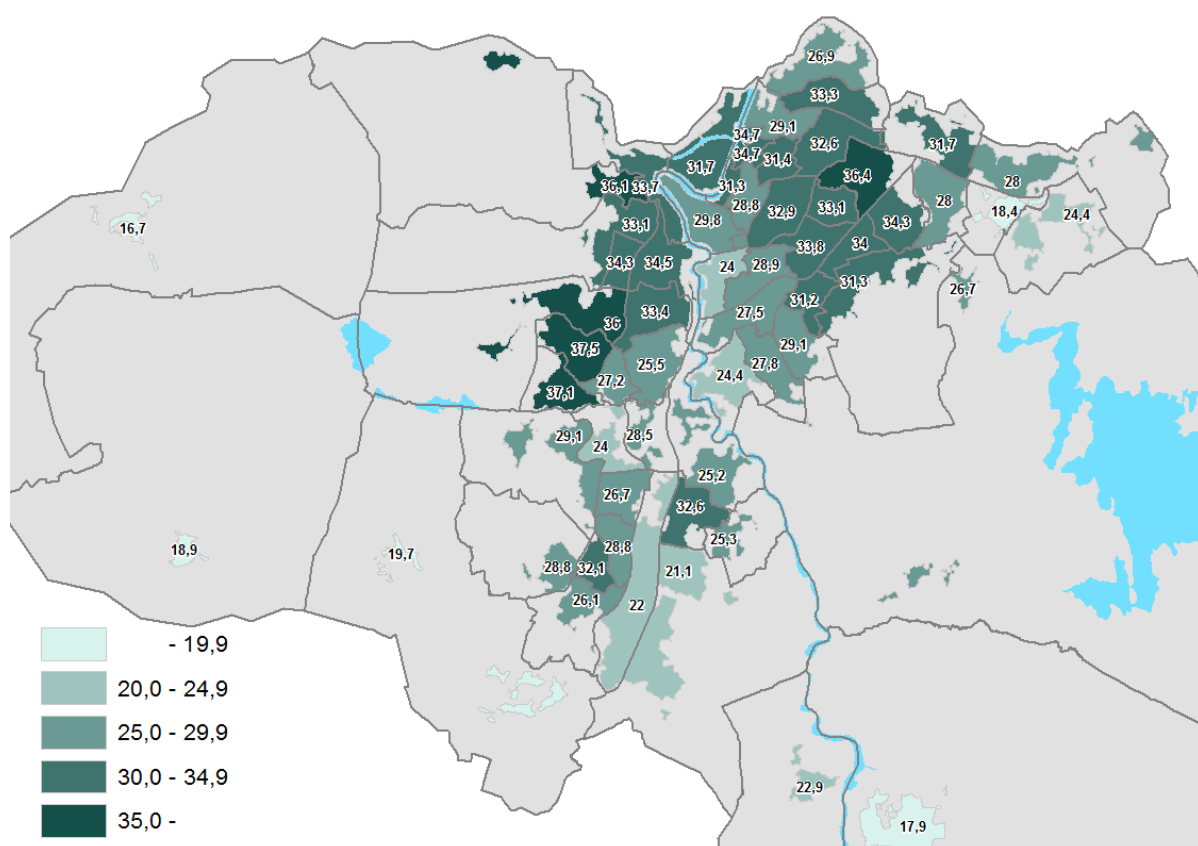
3.1 Fysisk aktivitet

De nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet på fritiden er at voksne og eldre bør være fysisk aktive i minimum 150 minutter med moderat intensitet eller 75 minutter med høy intensitet per uke, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet (Helsedirektoratet, 2014). For å nå disse anbefalingene må en ha svart at en mosjonerer omtrent hver dag, og det er denne gruppen vi har definert som fysisk aktive. En større andel kvinner (27 %) enn menn (24 %) oppgir å være aktive omtrent hver dag. Figur 2 viser andelen kvinner og menn i kommunene i Trøndelag som oppga å være fysisk aktive omtrent hver dag. Andelen aktive i kommunene varierer mellom 9 % og 30 % for menn og mellom 15 % og 32 % for kvinner. Høyest andel aktive er det i Trondheim.

Blant levekårssonene i Trondheim (figur 3) er det stor variasjon i andel daglig aktive, ikke bare mellom sonene, men også mellom kvinner og menn i samme sone. Den høyeste andelen som oppgir å være aktiv omtrent daglig finner vi på Bakklandet blant kvinner og på Kystad blant menn.

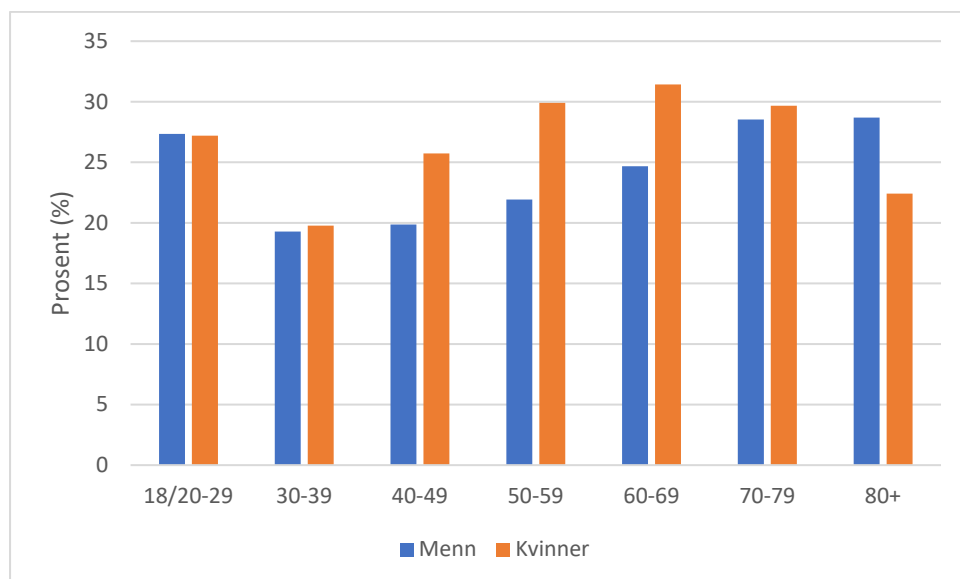


Figur 2 Andel innbyggere som oppgir daglig fysisk aktivitet (%). Menn (venstre) og kvinner (høyre)



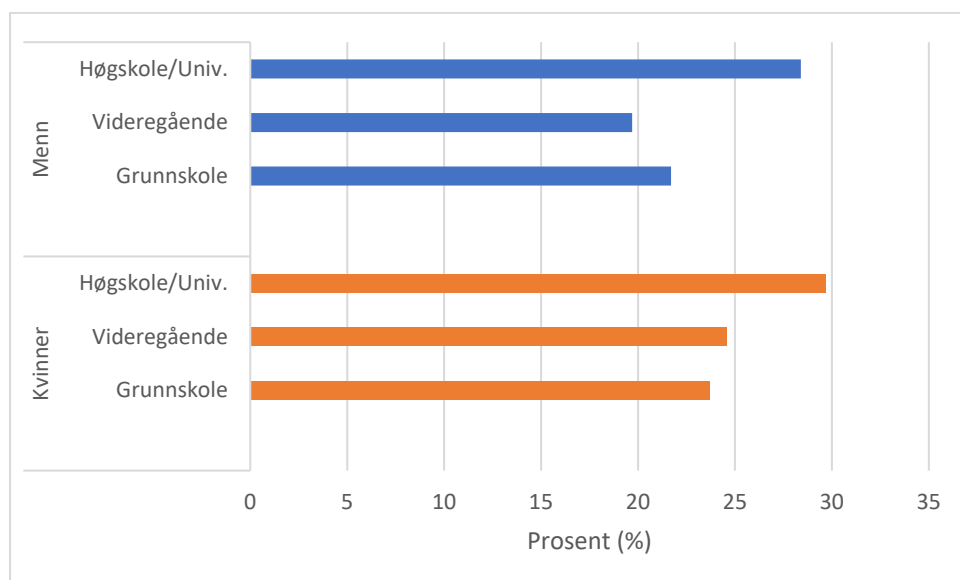
Figur 3 Andel innbyggere som oppgir daglig fysisk aktivitet (%) i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

Figur 4 viser hvordan daglig fysisk aktivitet varierer med kjønn og alder. Andelen som oppgir å være aktive omtrent daglig er lavest i aldersgruppen 30-39 år, med henholdsvis 20 % av kvinnene og 19 % av mennene. I de yngste aldersgruppene, 18/20-29 år og 30-39 år, er andelen aktive på samme nivå for kvinner og menn. For innbyggere i aldersgruppene 40-69 år er det mer variasjon mellom kvinner og menn.



Figur 4 Andel som oppgir daglig fysisk aktivitet (%) etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.

I tillegg til å vise variasjon i fysisk aktivitet mellom kjønn, viser figur 5 også hvordan daglig aktivitet varierer med utdanningsnivå. Andelen daglig aktive på fritiden er høyest både for menn og kvinner med universitets- og høgskoleutdanning. Blant menn med grunnskoleutdanning er 22 % aktive, mens andelen aktive er 28 % for menn med utdanning på universitets- og høgskolenivå. Tilsvarende tall for kvinner er henholdsvis 24 % og 30 %.



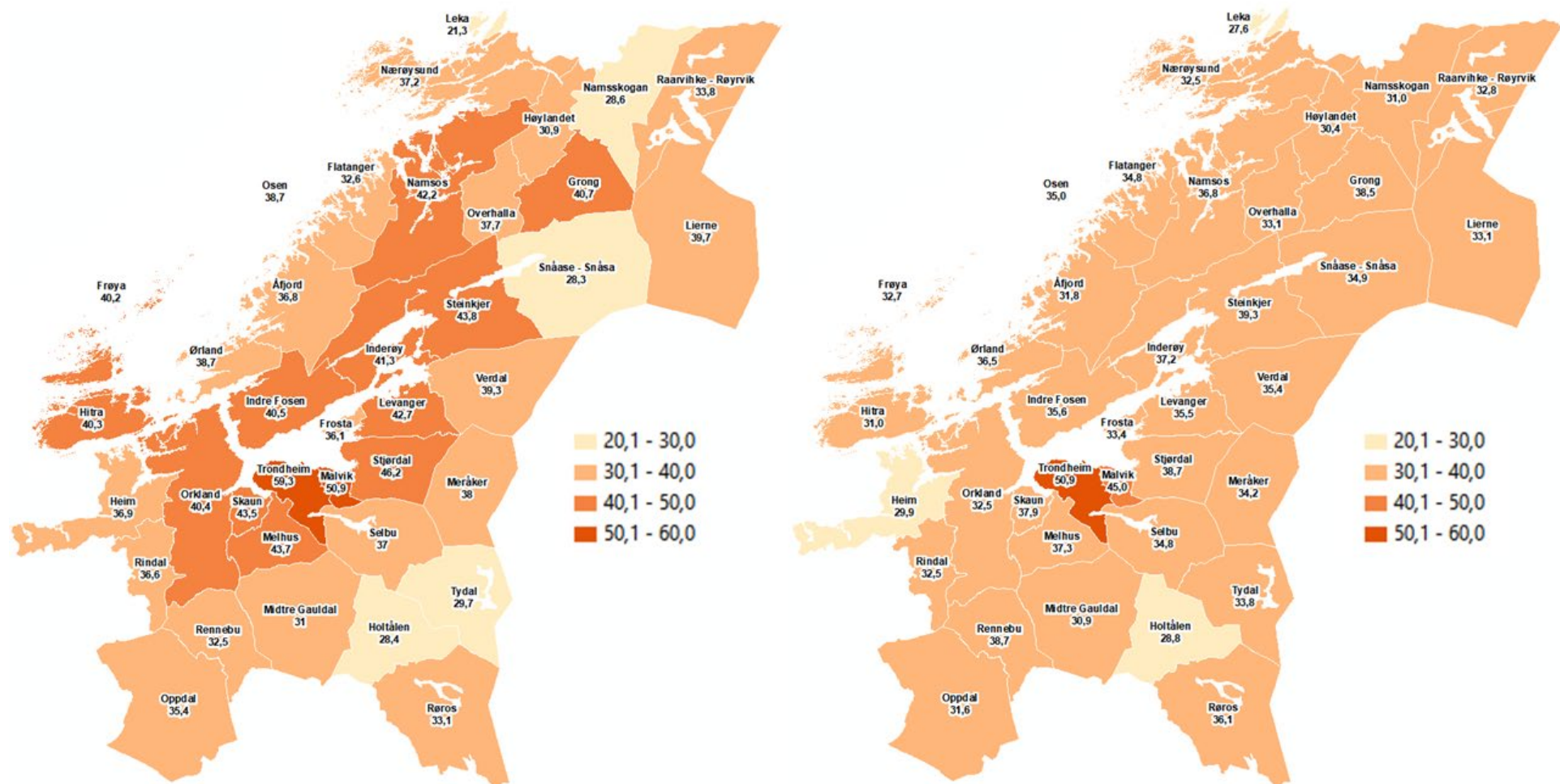
Figur 5 Andel som oppgir daglig fysisk aktivitet (%) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.

3.2 Mye stillesitting

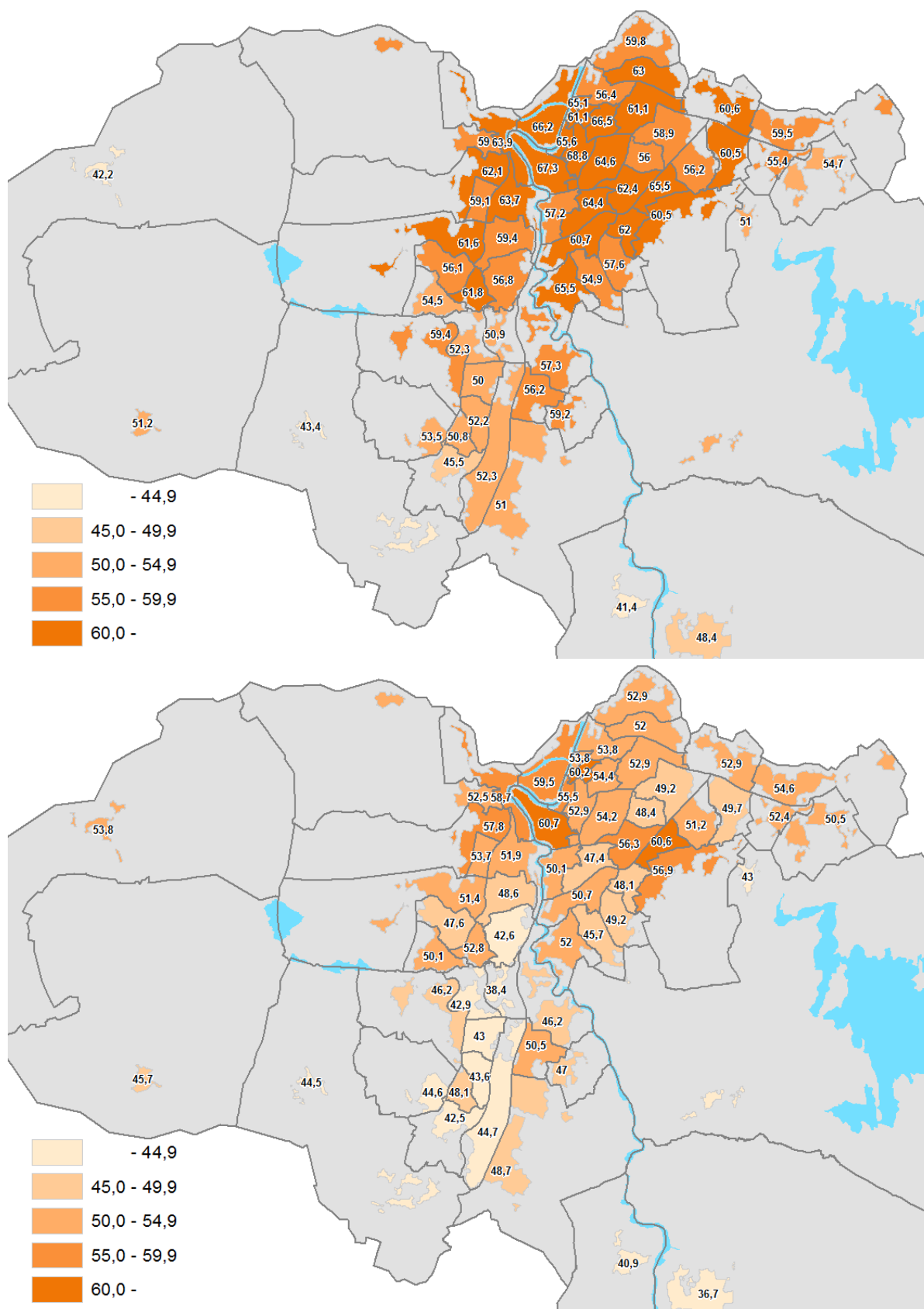
Å sitte er en vanlig kroppsholdning/posisjon og representerer noe annet enn fysisk inaktivitet, som innebærer mangel på fysisk aktivitet. Når folk jobber, sosialiserer, studerer eller reiser, gjør de det ofte i en sittende stilling. Faktisk kan den typiske kontorarbeideren bruke opptil 15 timer per dag sittende. På den annen side sitter landbruksarbeidere bare i omtrent 3 timer om dagen (Leitzmann, 2018). Det betyr imidlertid ikke at sittende og annen stillesittende atferd er ufarlig, da en vet at å sitte i lange perioder påvirker metabolismen, blodsukkeret og blodtrykket. Kunnskap om stillesitting er derfor viktig.

Totalt oppgir 46 % av menn og 41 % av kvinner at de sitter stille i 8 timer eller mer hver dag. I mange kommuner er andelen som sitter stille 8 timer eller mer høyere blant menn enn kvinner (figur 6). Andelene varierer fra 21 % til 59 % for menn og 28 % til 51 % for kvinner.

I Trondheim er andelen 59 % for menn og 51 % for kvinner. Andelen som oppgir mye stillesitting er høyest i levekårssoner i nord og nært sentrum, mens andelene er lavere sør i kommunen (figur 7).

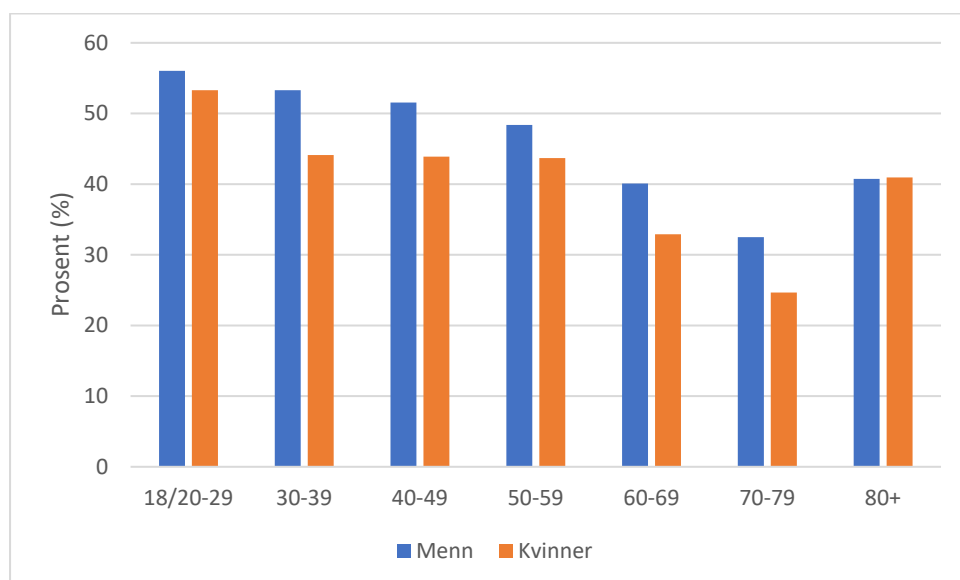


Figur 6 Andel innbyggere (%) som oppgir mye stillesitting (≥8 timer per dag). Menn (venstre) og kvinner (høyre).



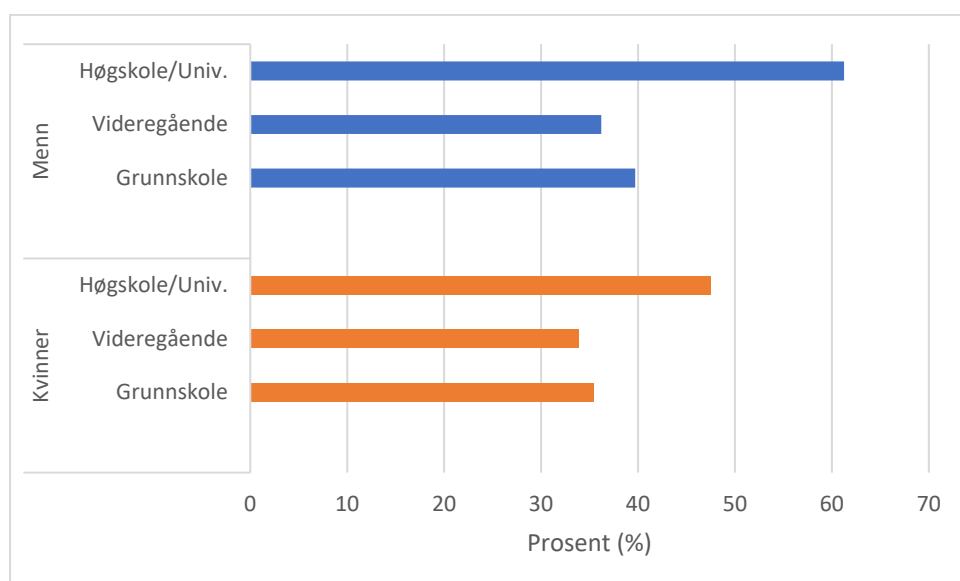
Figur 7 Andel innbyggere (%) som oppgir mye stillesitting (≥ 8 timer per dag) i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst)

Hovedbildet er at andelen som oppgir mye stillesitting reduseres med alder (figur 8). I aldersgruppen 18/19-29 år oppgir 53 % av kvinnene og 56 % av mennene at de sitter stille 8 timer eller mer hver dag, mot 25 % av kvinnene og 32 % av mennene i aldersgruppen 70-79 år. Færre kvinner enn menn oppgir mye stillesitting. Unntaket er aldersgruppen 80 år og eldre hvor andelen som oppga stillesitting er høyere enn for aldersgruppen 70-79 år. I denne aldersgruppen oppgir 41 % av både kvinner og menn at de sitter stille 8 timer eller mer.



Figur 8 Andel (%) som oppgir mye stillesitting (≥ 8 timer per dag) etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.

Figur 8 viser hvordan stillesitting fordeler seg i forhold til utdanningsnivå. Både for kvinner og menn er andelen som oppgir mye stillesitting høyere blant innbyggere med universitets- og høyskoleutdanning enn blant øvrige innbyggere. Mønsteret er at en større andel av menn oppgir stillesitting enn kvinner blant innbyggere med samme utdanningsnivå.



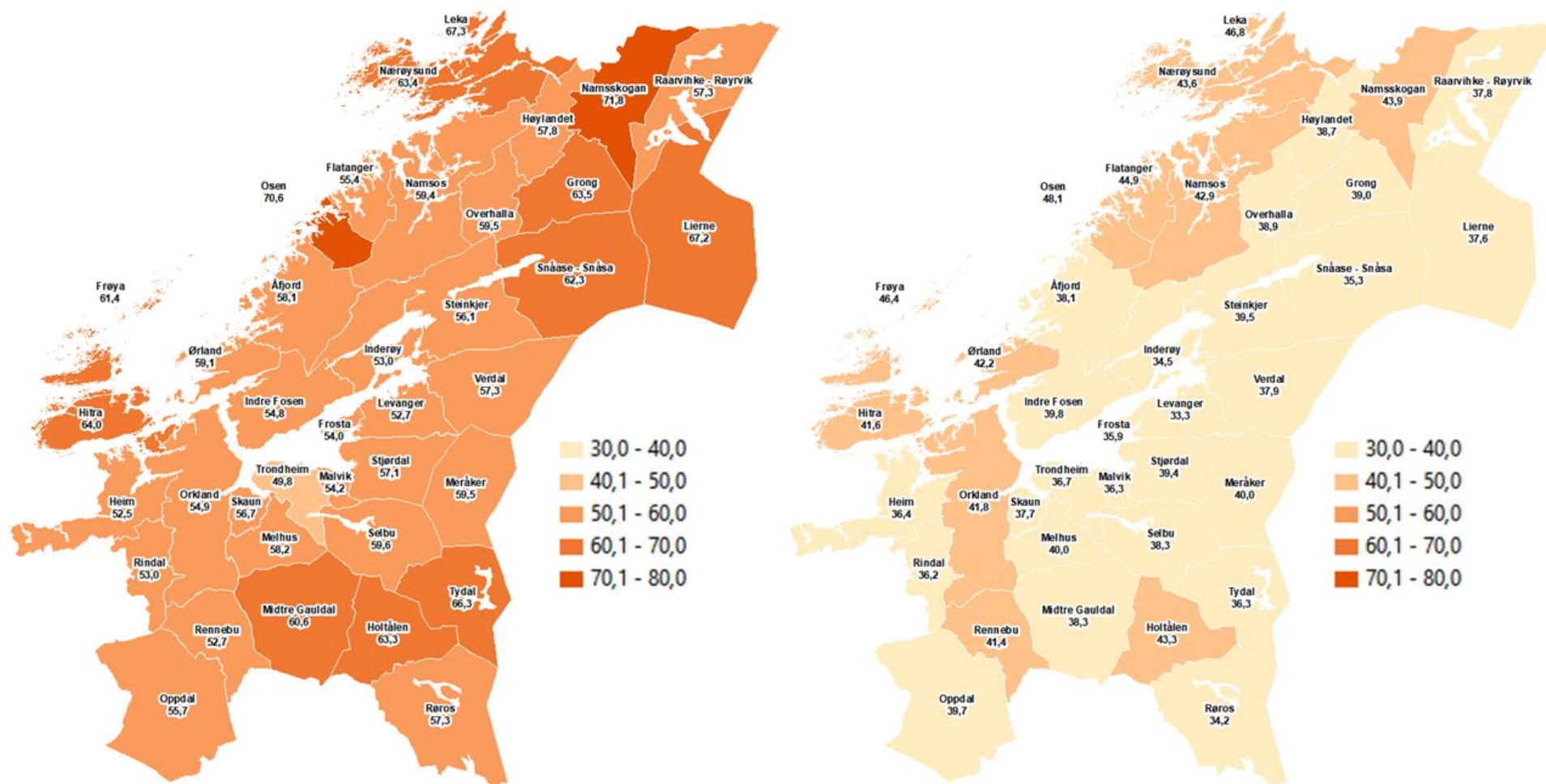
Figur 9 Andel (%) som oppgir mye stillesitting (≥ 8 timer per dag) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.

3.3 Kosthold – sjelden frukt og grønnsaker

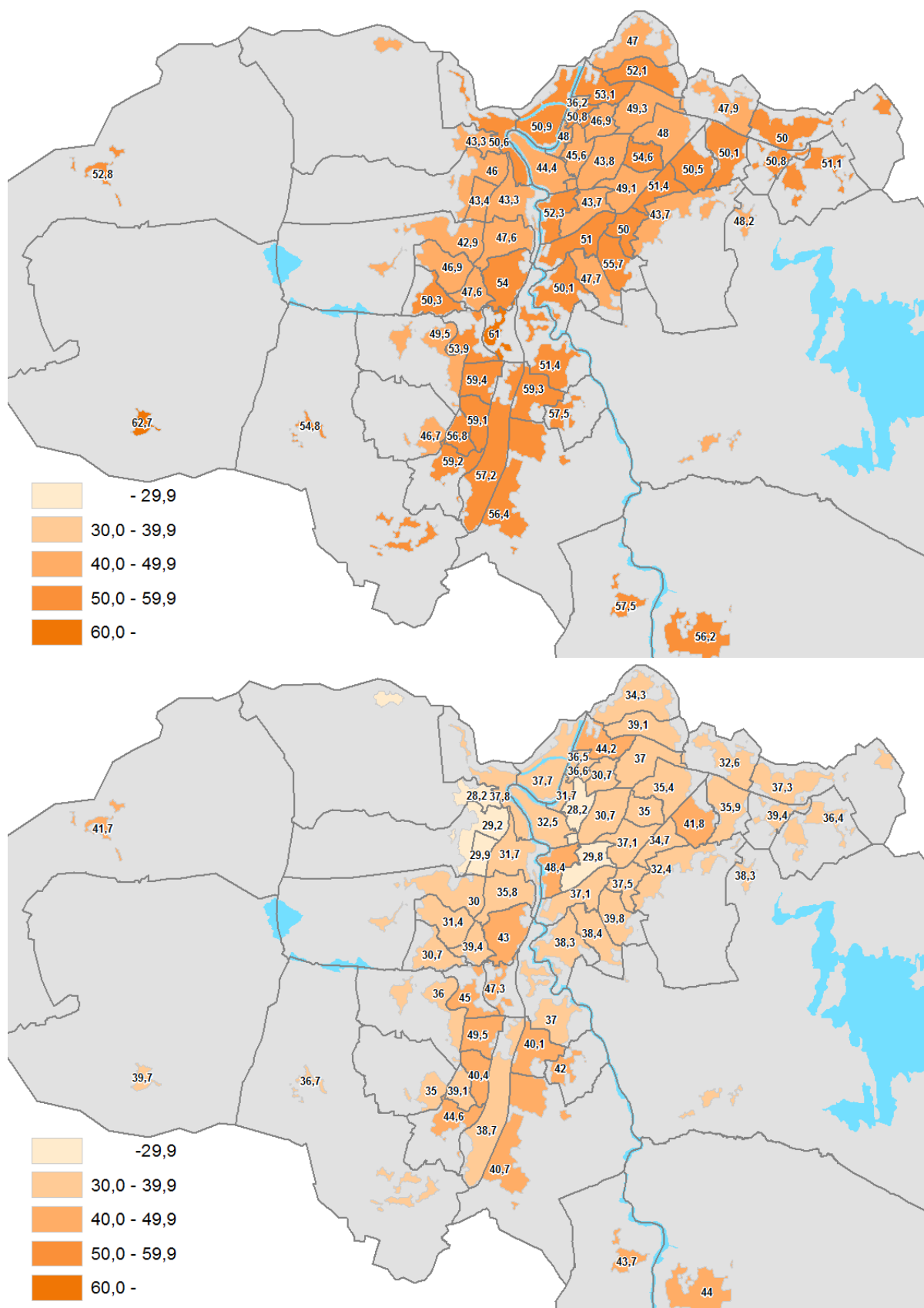
Forskning konkluderer med at det er en sammenheng mellom det å spise frukt, bær og grønnsaker og redusert risiko for hjerte- og karsykdommer og flere vanlige kreftformer. Derfor har helsemyndighetene gått ut med anbefalingen *Spis minst fem porsjoner grønnsaker, frukt og bær hver dag*. Alle bør spise minst 500 gram hver dag, altså «fem om dagen», men det er sannsynlig at et enda høyere inntak har positive helseeffekter når andre mindre sunne matvarer reduseres samtidig. Tidligere statistikk viser at de fleste av oss spiser mindre enn de anbefalte fem porsjonene. I denne rapporten angir vi andelen i befolkningen som spiser frukt eller grønnsaker 3 ganger i uken eller sjeldnere.

I fylket rapporterer 54 % av alle menn og 38 % av alle kvinner at de sjelden spiser frukt. 34 % av alle menn og 21 % av alle kvinner rapporterer at de sjelden spiser grønnsaker. Det foreligger derfor et klart potensial for forbedring av kostholdet i Trøndelag. Dette vil kunne bidra til reduksjon i omfanget av ikke-smittsomme sykdommer.

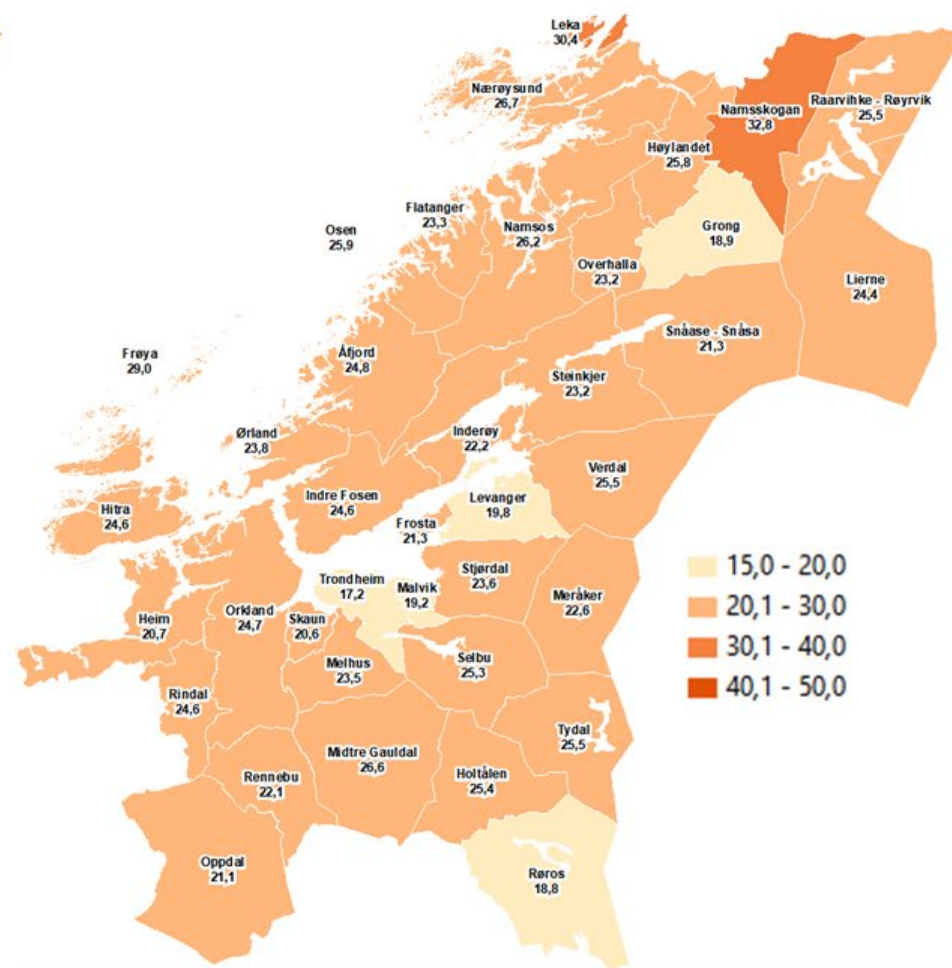
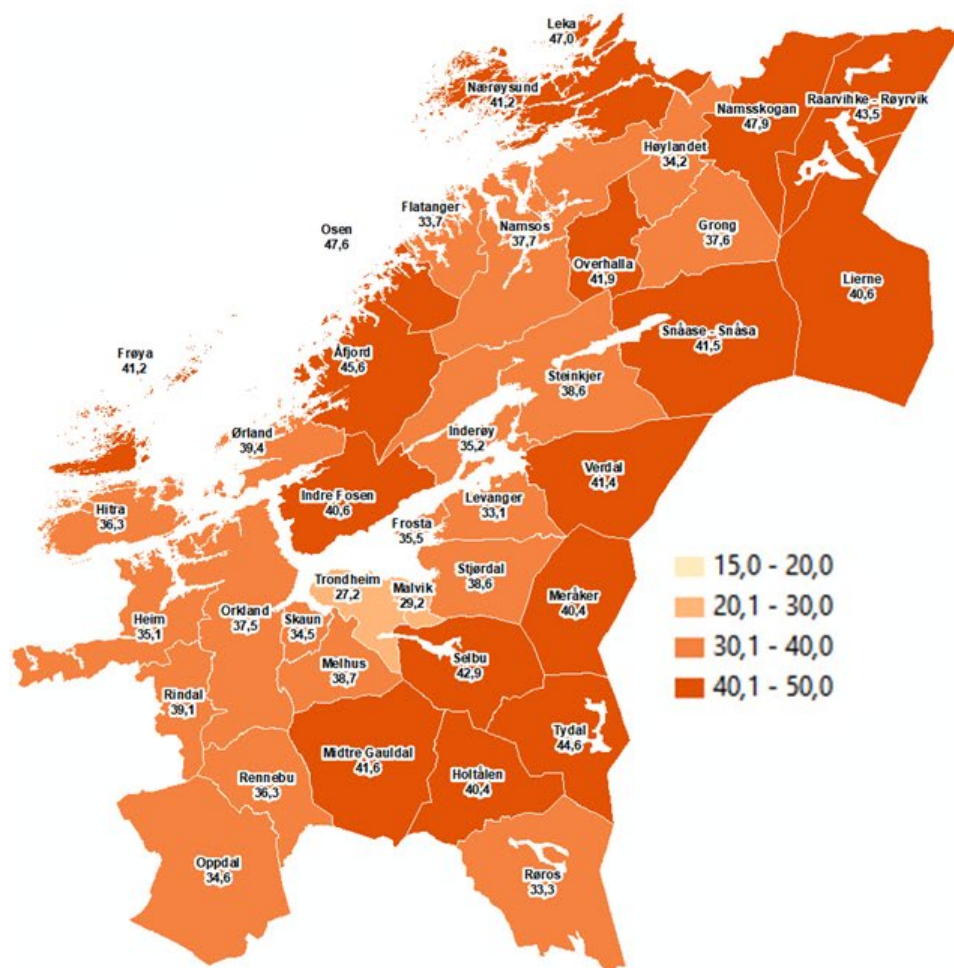
I alle kommunene oppgir en større andel menn enn kvinner at de sjelden spiser frukt (figur 10) og grønnsaker (figur 12). Blant kommunene i Trøndelag varierer andelen som oppgir at de sjelden spiser frukt mellom 33 % til 47 % for kvinner og mellom 49 % og 72 % for menn. Andelen som oppgir at de sjelden spiser grønnsaker varierer mellom 17 % og 32 % for kvinner og 27 % og 48 % for menn. For levekårssonene i Trondheim er andelen som oppgir at de sjelden spiser frukt, lavest på Singsaker og Hammersborg-Trolla for kvinner og på Nedre elvehavn blant menn (figur 11), mens for grønnsaker er det Singsaker og Bakklandet som kommer best ut (figur 13).



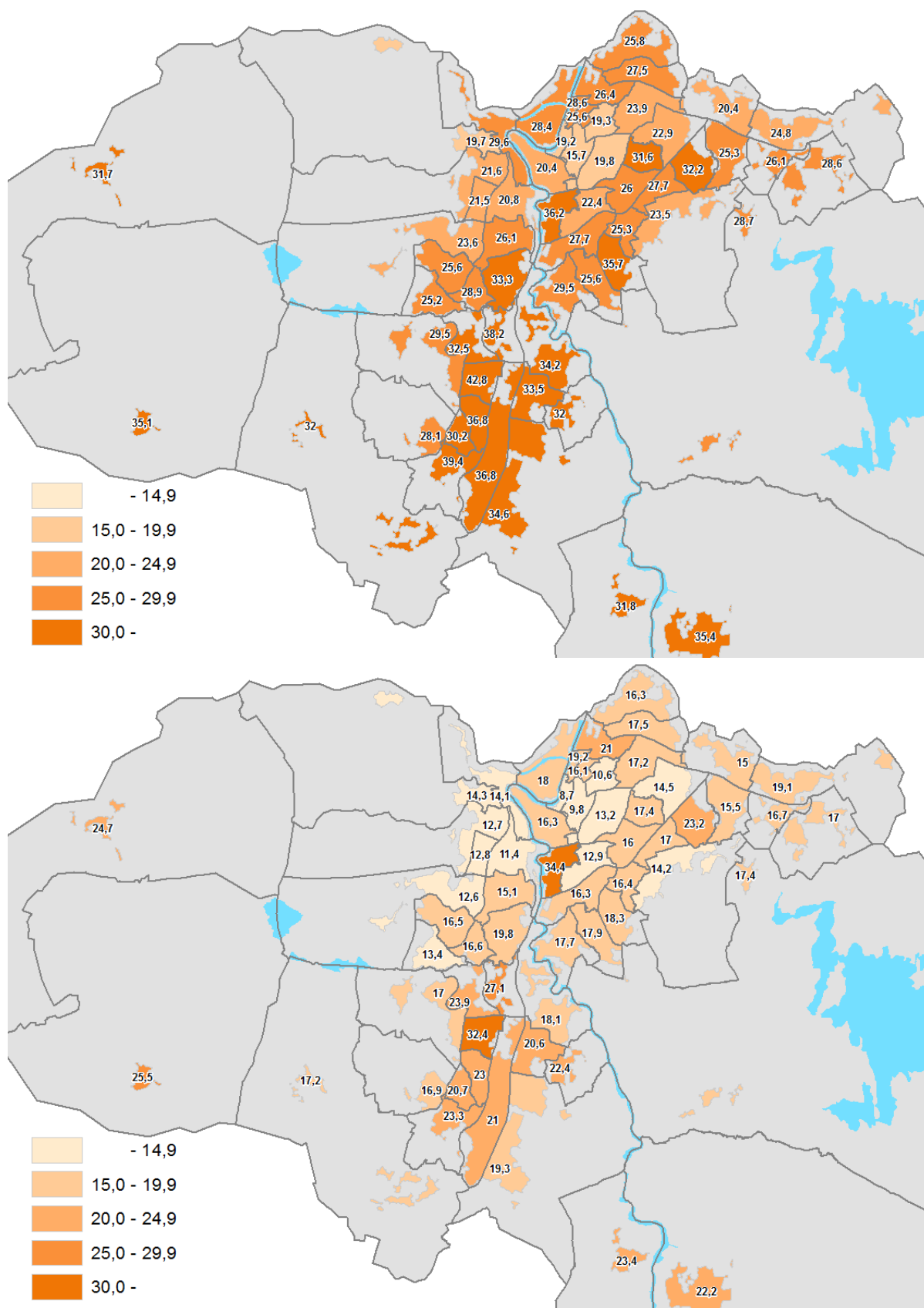
Figur 10 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise frukt sjelden (≤ 3 ganger per uke). Menn (venstre) og kvinner (høyre).



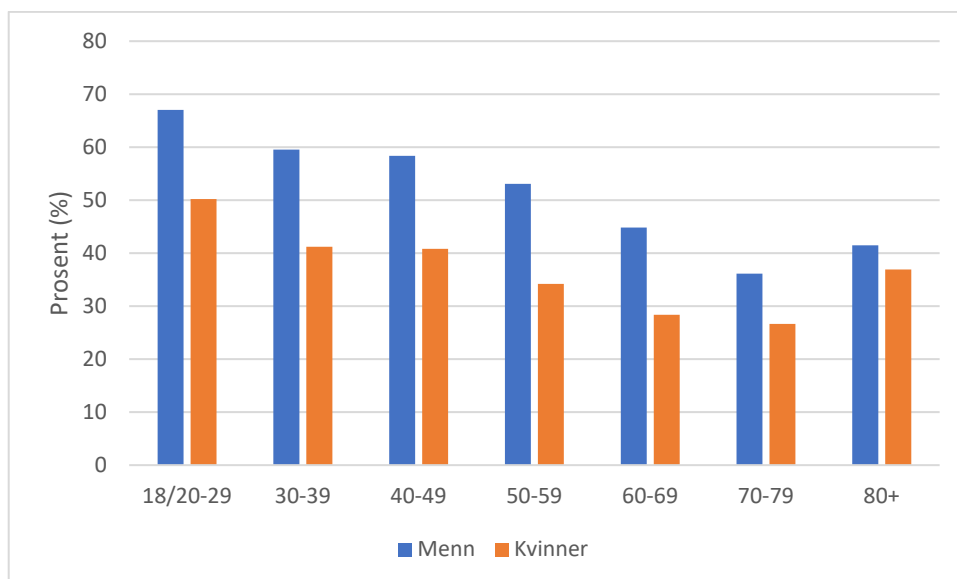
Figur 11 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise frukt sjelden (≤ 3 ganger per uke) i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).



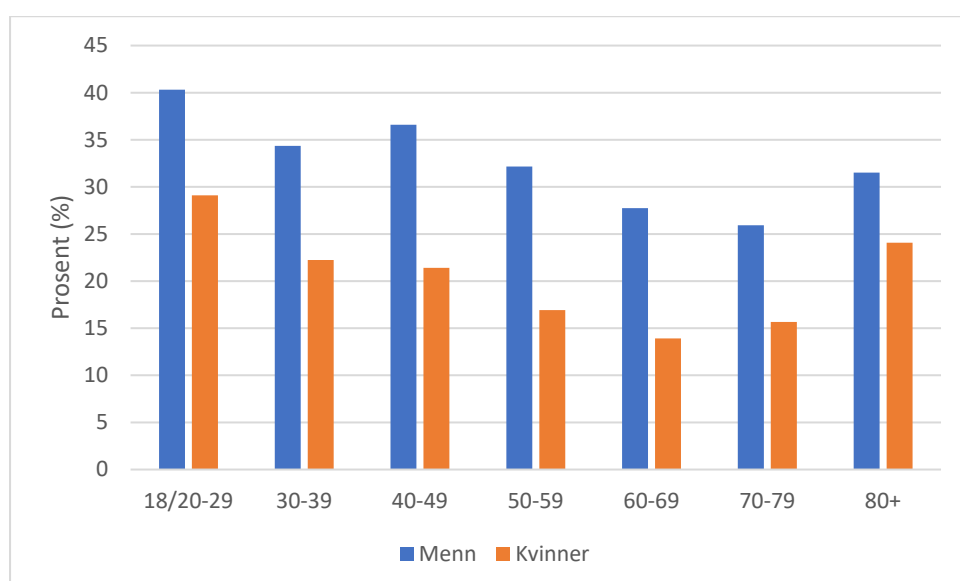
Figur 12 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise grønnsaker sjelden (≤ 3 ganger per uke). Menn (venstre) og kvinner (høyre).



Figur 14 og figur 15 viser at andelen som oppgir å spise frukt og grønnsaker sjelden reduseres med alder. Innbyggerne i alle aldersgrupper spiser sjeldnere frukt enn grønnsaker, og i alle aldersgrupper oppgir menn å spise frukt og grønnsaker sjeldnere enn kvinner. Blant menn 18/20-29 år oppgir 67 % å spise frukt sjelden, mot 50 % blant kvinnene. Tilsvarende oppgir 40 % av mennene og 29 % av kvinnene i denne aldersgruppen at de sjelden spiser grønnsaker.

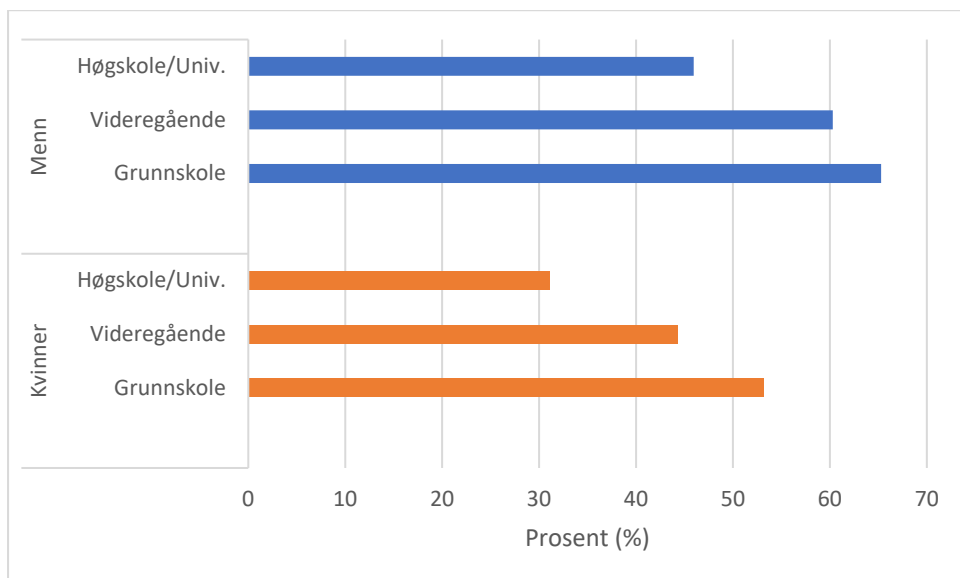


Figur 14 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise frukt sjelden (≤ 3 ganger per uke) etter alder og kjønn. 18 til 104 år.

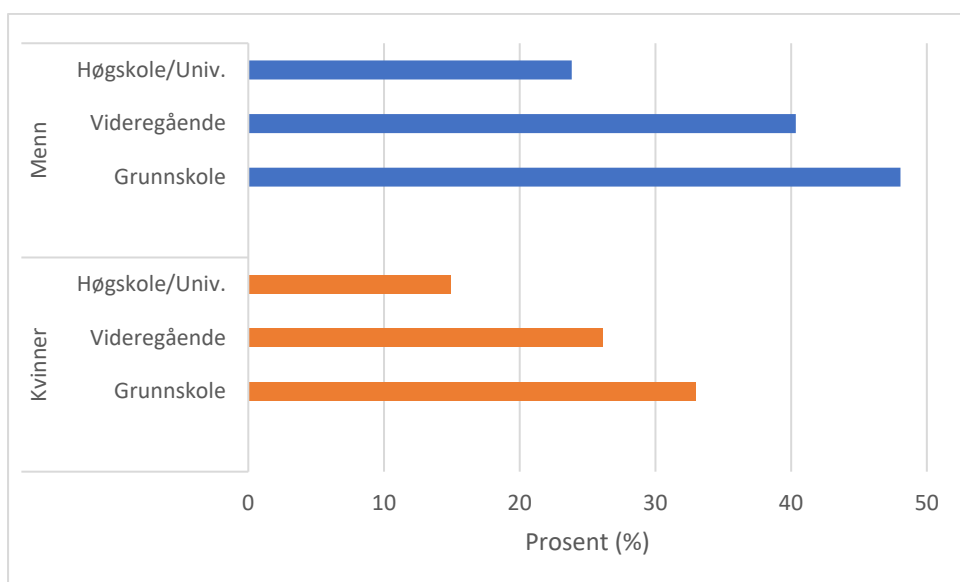


Figur 15 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise grønnsaker sjelden (≤ 3 ganger per uke) etter alder og kjønn. 18 til 104 år.

Andelen innbyggere som oppgir å spise frukt sjelden reduseres med utdanningsnivå (figur 16), men også blant innbyggere med universitets- og høyskoleutdanning oppgir henholdsvis 46 % og 24 % prosent av mennene at de sjelden spiser frukt og grønnsaker. Tilsvarende oppgir 31 % og 15 % av kvinnene med høyest utdanning at de sjelden spiser frukt og grønnsaker.



Figur 16 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise frukt sjelden (≤ 3 ganger per uke) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.



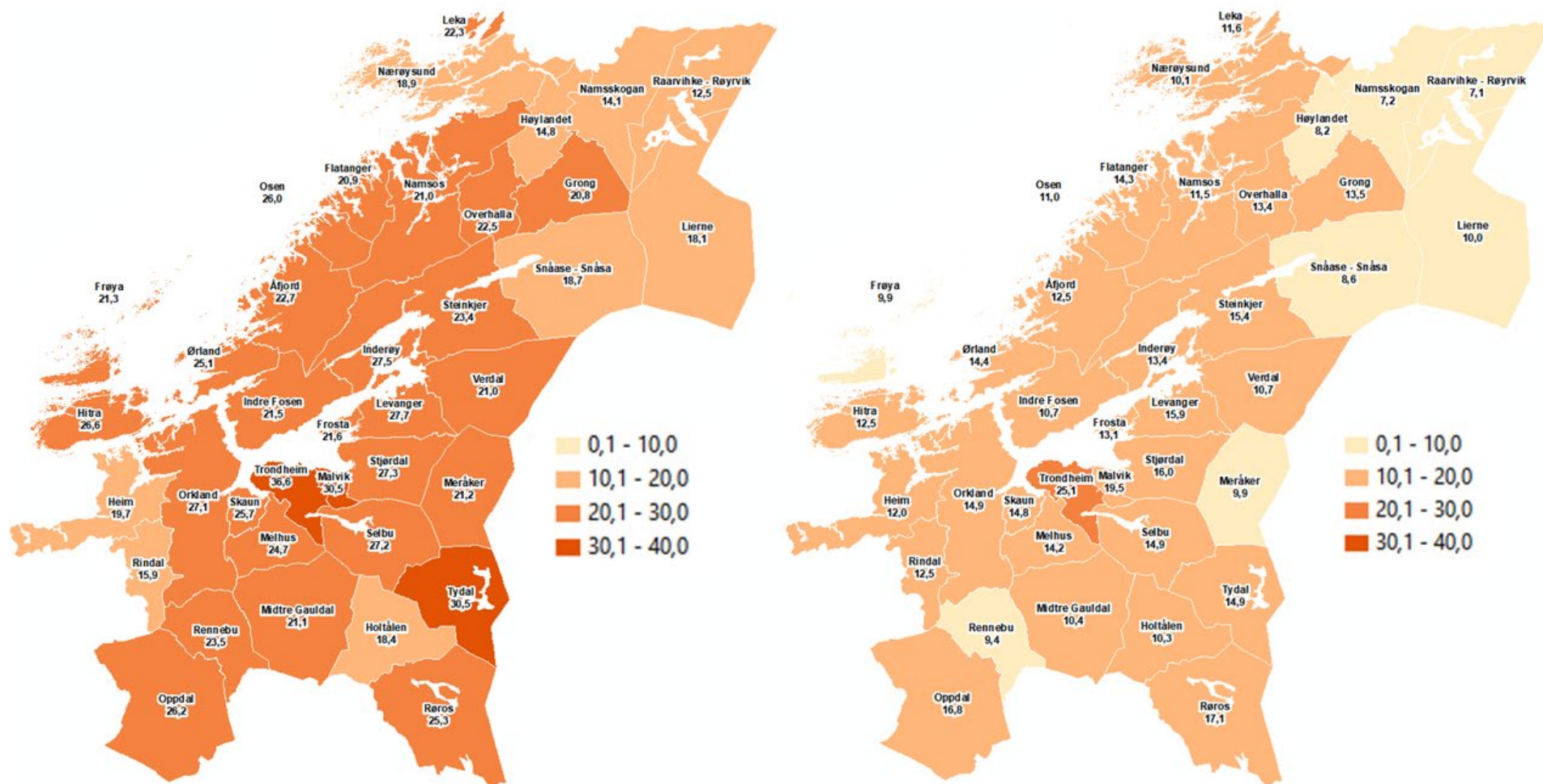
Figur 17 Andel innbyggere (%) som oppgir å spise grønnsaker sjelden (≤ 3 ganger per uke) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.

3.4 Alkoholbruk – frekvens

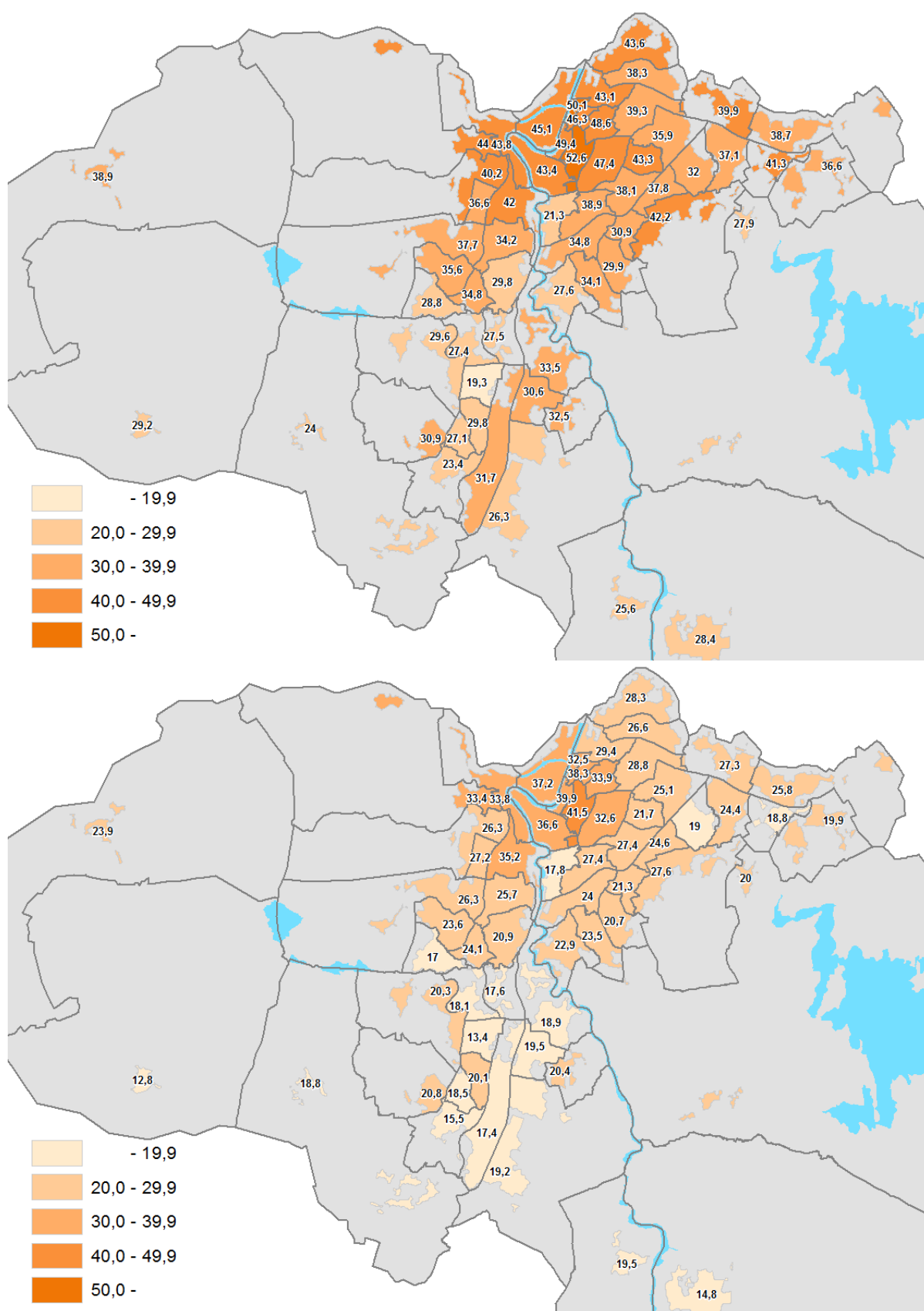
Alkoholavhengighet og høyt inntak av alkohol slik at man blir beruset er forbundet med helseskader, både i forbindelse med enkeltepisoder og ved høyt forbruk over tid. Beruselse er forbundet med ulykker og vold. Høyt forbruk av alkohol over tid øker også risikoen for sykdommer i hjernen og i nervesystemet, høyt blodtrykk, hjerneslag, flere former for kreft, samt leversykdommer, betennelse i bukspyttkjertelen og hjertearytmier. Det er viktig å understreke at vår statistikk *kun viser hyppighet av alkoholinntak* og ikke hvor mye alkohol som inntas ved hver anledning. Flere mål kan være nødvendige for å si noe om hvor skadelig alkoholforbruket er i de ulike befolkningsgruppene.

Det er store forskjeller i hyppigheten av alkoholkonsum geografisk og mellom grupper i befolkningen. Alkoholbruk påfører samfunnet betydelige omkostninger, økonomisk, sosialt og helsemessig. Variasjonen i dataene peker på et betydelig potensial i folkehelsearbeidet.

I kommunene i Trøndelag varierer andelen av innbyggerne som oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer fra 13 % til 37 % for menn og fra 7 % til 25 % for kvinner (figur 18). Både for menn og kvinner er det spesielt innbyggerne i Trondheim som skiller seg ut med at en større andel av innbyggerne oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer sammenlignet med øvrige kommuner i Trøndelag. Blant levekårssonene i Trondheim varierer andelen mellom 13 % og 42 % blant kvinner og 19 % og 53 % for menn (figur 19). Andelen er høyest i sonene i og rundt sentrum, mens andelen er lavere blant flere soner sør i kommunen.

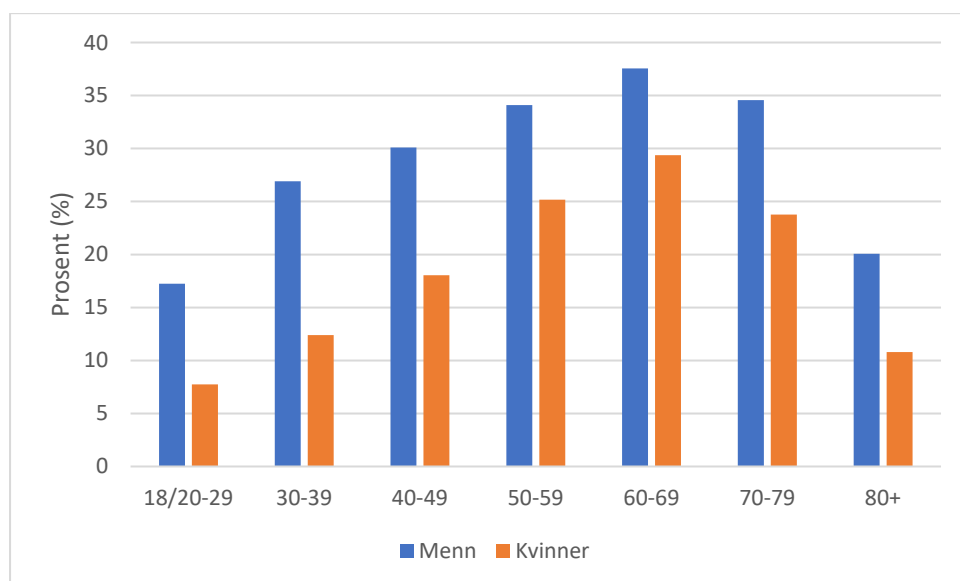


Figur 18 Andel innbyggere (%) som oppgir å drikke alkohol 2 ganger i uka eller mer. Menn (venstre) og kvinner (høyre)



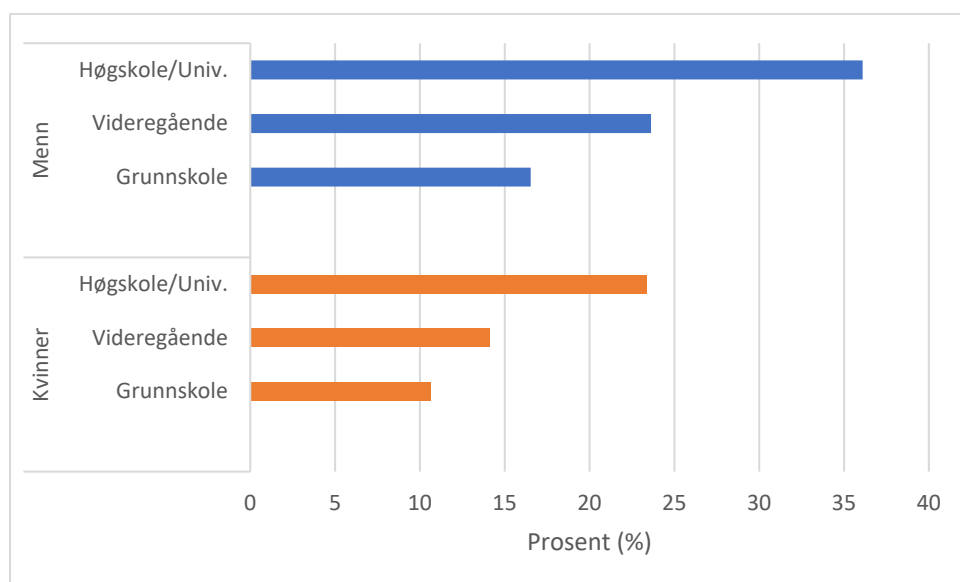
Figur 19 Andel innbyggere (%) som oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

Både for kvinner og menn øker andelen som drikker to eller flere ganger i uka fram til 69 år for deretter å avta (figur 20). I alle aldersgrupper oppgir en større andel av menn enn kvinner at de drikker to eller flere ganger i uka, og høyest andel er det i aldersgruppen 60-69 år. Her oppgir 38 % av mennene og 29 % av kvinnene å drikke alkohol to ganger i uka eller mer.



Figur 20 Andel innbyggere (%) som oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.

Figur 21 viser at hvor ofte innbyggerne drikker alkohol varierer med utdanningsnivå. Blant innbyggere med grunnskoleutdanning drikker 16 % av mennene og 11 % av kvinnene to ganger eller mer per uke. Blant innbyggere med universitets- og høyskoleutdanning drikker 36 % av mennene og 23 % av kvinnene to ganger i uka eller mer.

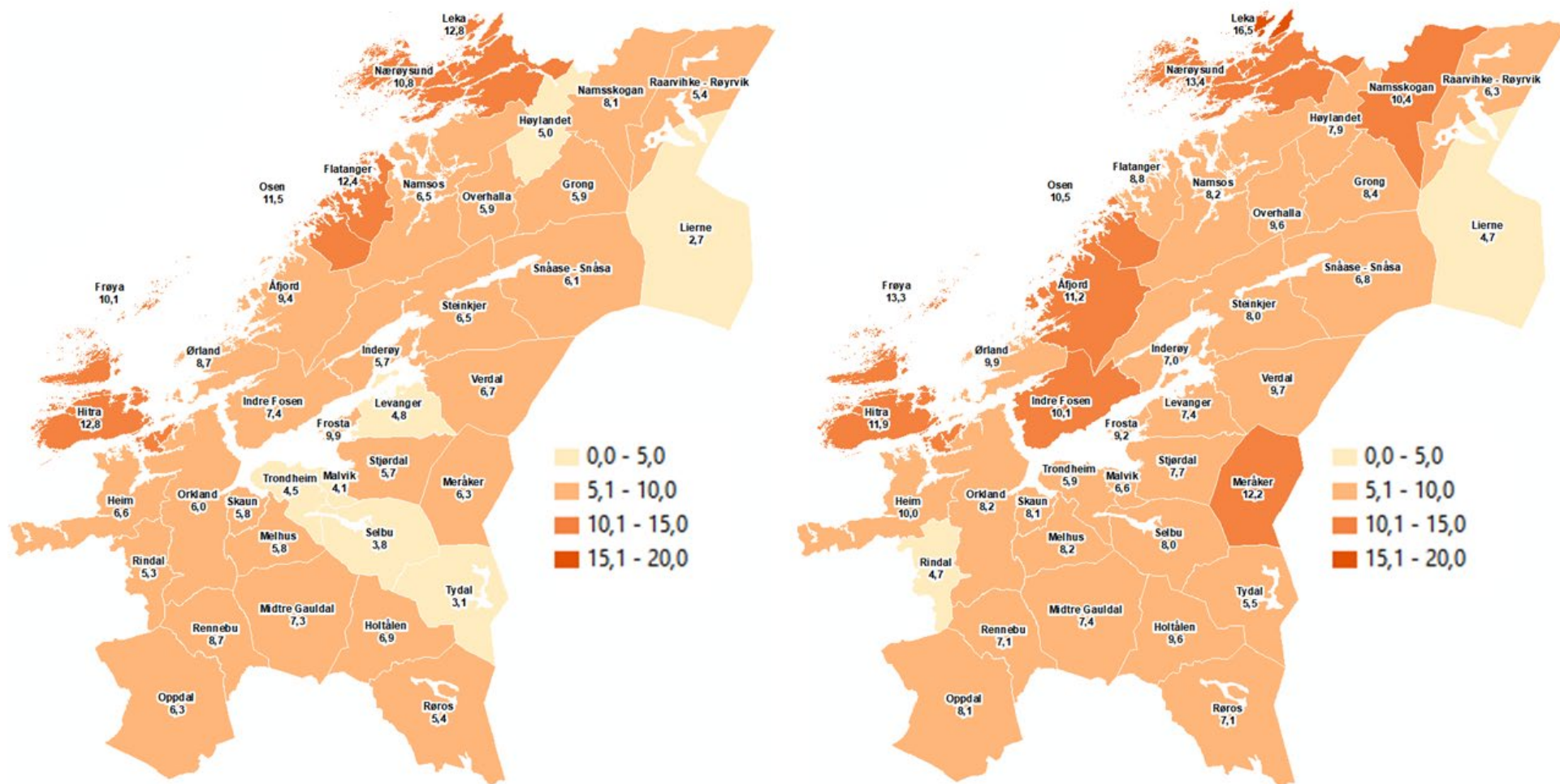


Figur 21 Andel innbyggere (%) som oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.

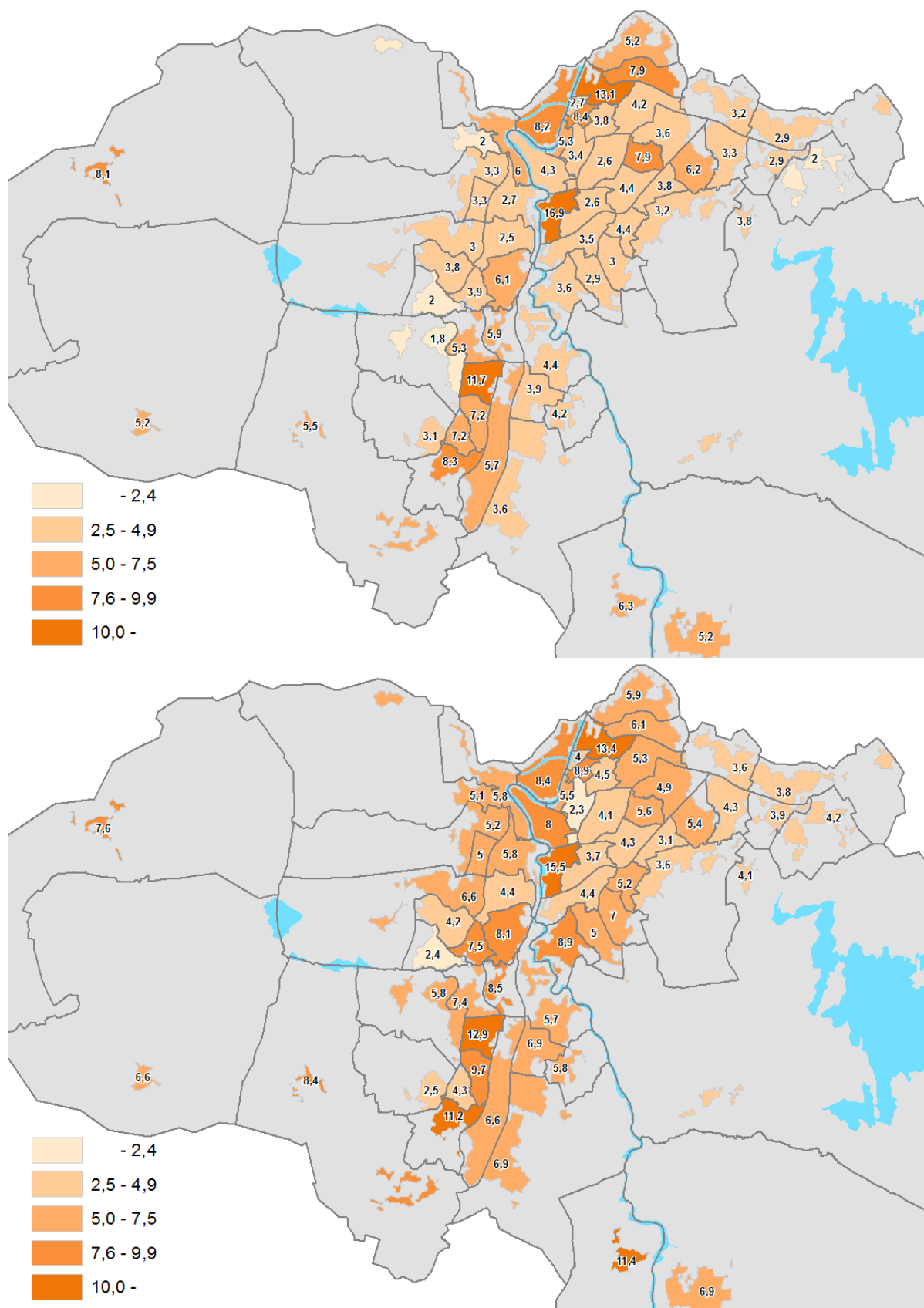
3.5 Daglig røyking

All røyking medfører helserisiko. Daglig røyking øker risikoen betydelig for flere alvorlige sykdommer som hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom og lungekreft. I Norge har vi sett en betydelig nedgang i røyking gjennom de siste årene, noe som på sikt vil ha stor betydning for bedring av folkehelsa og reduksjon av dødelighet i befolkningen. Røyking har vært svært sosialt skjevfordelt, og er den enkeltfaktoren som har bidratt mest til at vi har hatt betydelige helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper i Norge.

Andelen menn som oppgir daglig røyking er 6 % og blant kvinner 8 %. Forekomsten av daglig røyking varierer fra 3 % til 16 % mellom kommunene og variasjonen mellom kommunene er større for kvinner enn menn (figur 22). Blant levekårssonene i Trondheim varierer andelen som oppgir å røyke daglig mellom 2 % og 17 % (figur 23).

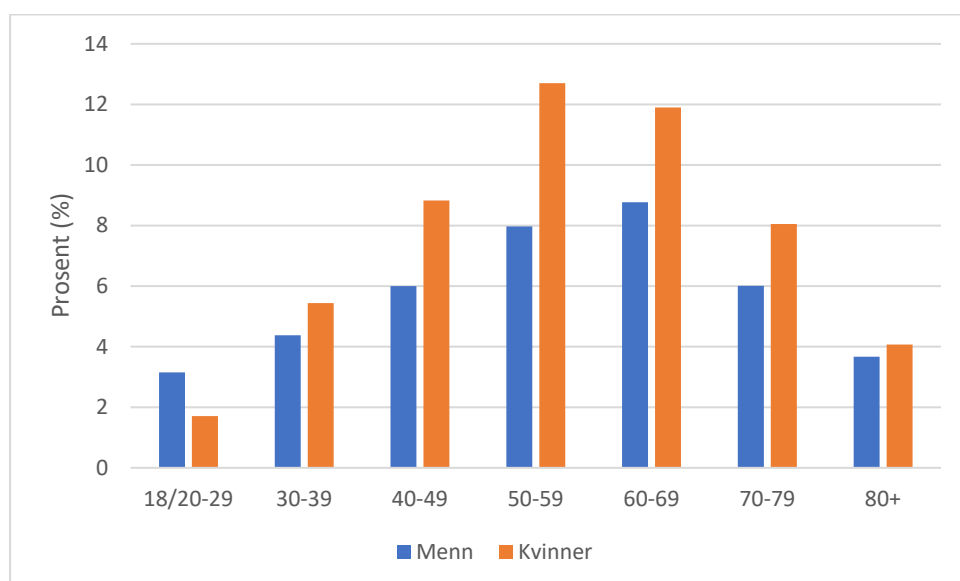


Figur 22 Andel innbyggere (%) som oppgir daglig røyking. Menn (venstre) og kvinner (høyre).



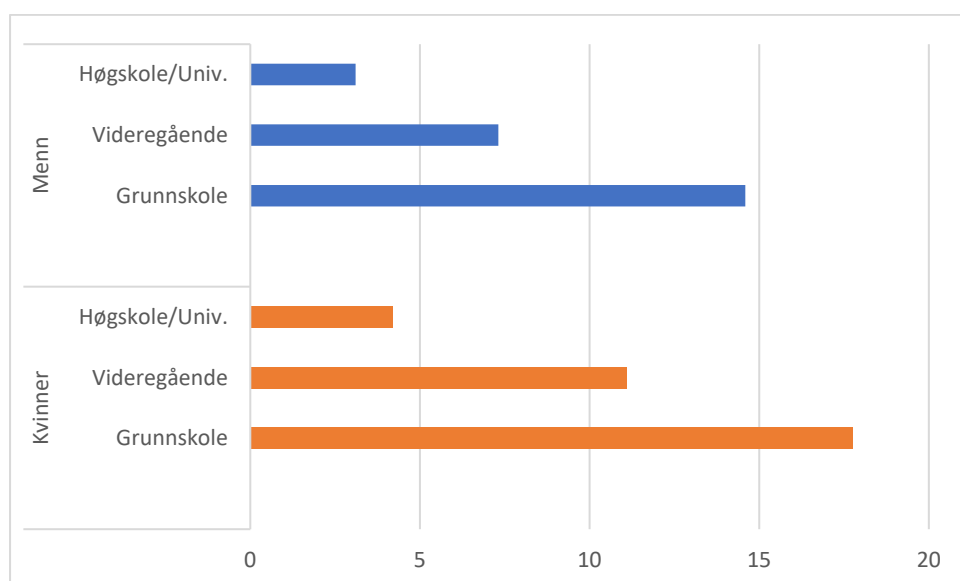
Figur 23 Andel innbyggere (%) som oppgir daglig røyking i levekårszoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

Figur 24 viser hvordan andelen daglig røyking varierer med alder. Det er størst andel røykere i aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år hvor 8-9 % av mennene og 12-13 % av kvinnene oppgir daglig røyking.



Figur 24 Andel innbyggere (%) som oppgir daglig røyking etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.

Andel innbyggere som oppgir daglig røyking faller med økende utdanningsnivå (figur 25). Blant menn med grunnskoleutdanning oppgir nær 15 % at de røyker daglig mot 3 % av menn med universitets- og høgskoleutdanning. Blant kvinner med grunnskoleutdanning oppgir nær 18 % at de røyker daglig mot 4 % av kvinner med universitets- og høgskoleutdanning. For menn er det altså fem ganger så mange daglige røykere blant de med lav utdanning sammenliknet med gruppen som har høy utdanning. For kvinner er det i overkant av fire ganger så mange daglige røykere blant de med lav utdanning sammenliknet med gruppen som har høy utdanning.

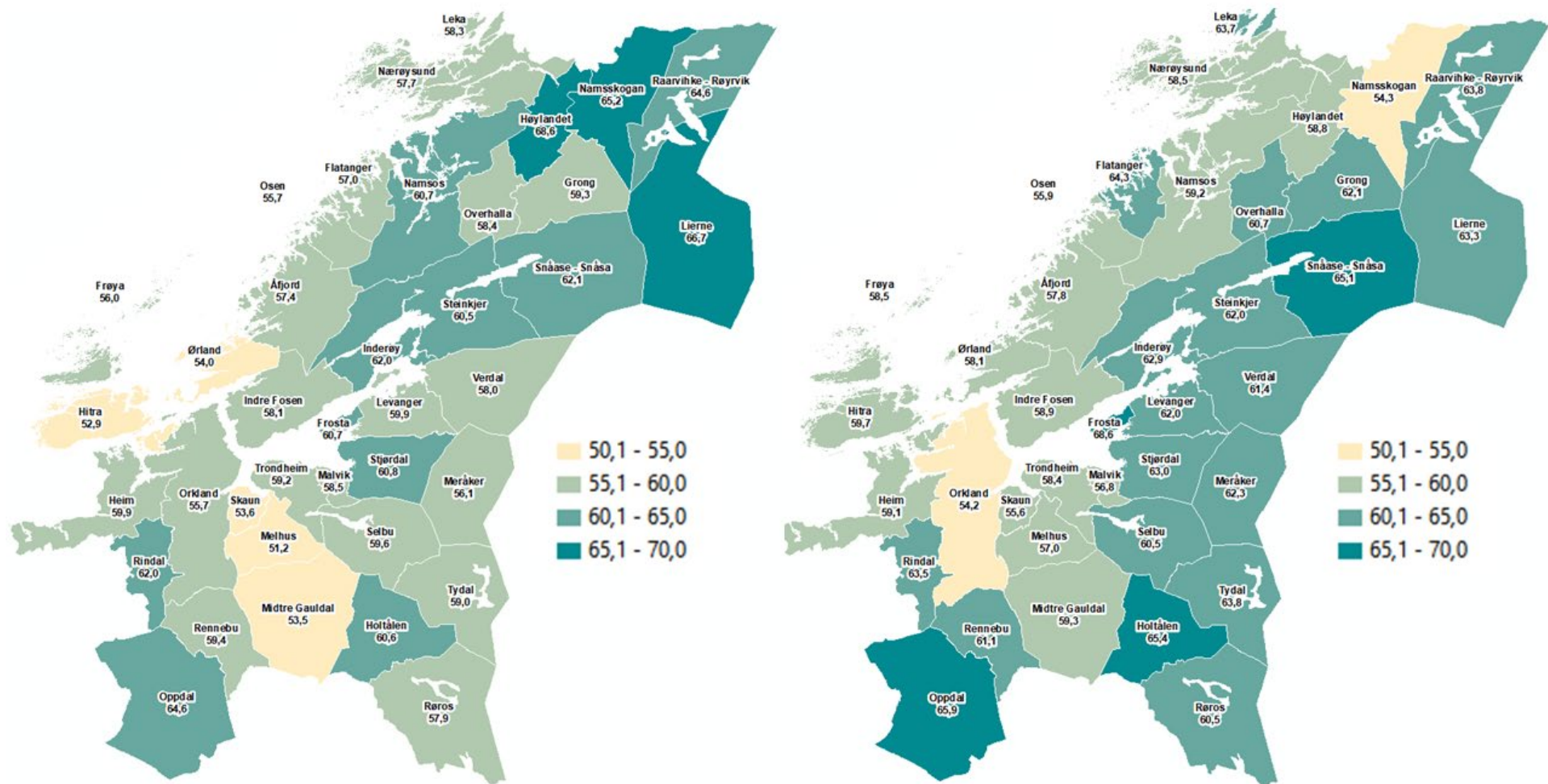


Figur 25 Andel innbyggere (%) som oppgir daglig røyking etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.

3.6 Anbefalt søvn

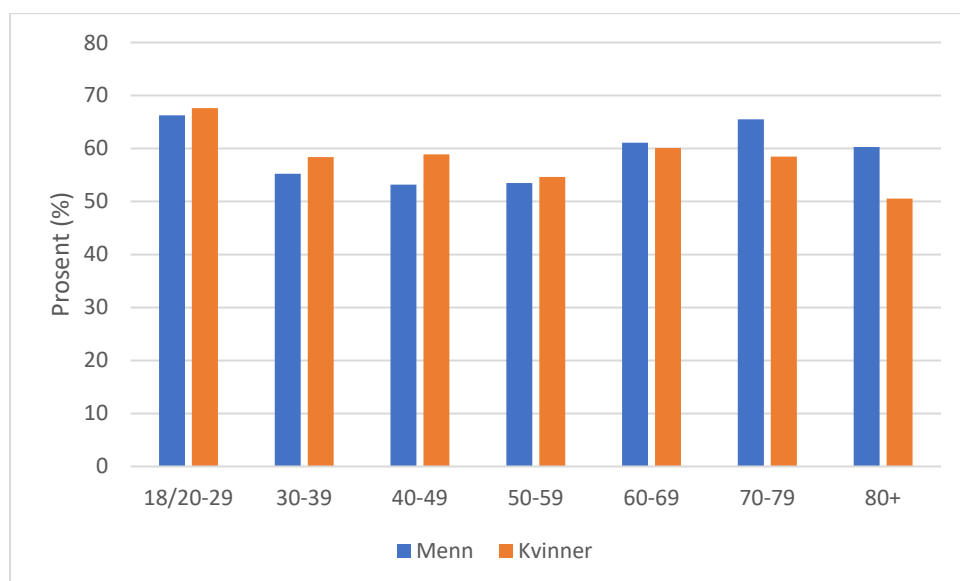
Søvnvansker er blant de vanligste helseplagene i befolkningen. Personer som lider av søvnvansker, rapporterer oftere om redusert livskvalitet og dårligere mestringsstrategier. Søvnvansker er forbundet med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering, og kroniske søvnvansker øker risikoen for å utvikle psykiske og somatiske plager. Flere norske undersøkelser har vist at søvnvansker er en sterk og uavhengig risikofaktor for både langtidssykefravær og varig uføretrygd. Anbefalt søvnlengde for voksne (18-65 år) er 7-9 timer, og for eldre (>65 år) 7-8 timer (Watson, 2015). Det er prosentandelen som oppgir søvn i henhold til disse anbefalingene som fremkommer i statistikken under.

Omtrent 60 % av befolkningen sover så mye som anbefalingene sier. Det er noe variasjon mellom innbyggerne i de ulike kommunene (figur 26). Kommunen med lavest andel innbyggere med søvn som anbefalt er 53 % for menn og 54 % for kvinner, og kommunen med størst andel innbyggere som oppgir å ha søvn som anbefalt er 67 % for menn og 66 % for kvinner. Blant levekårssonene i Trondheim varierer andelene mellom 45 % og 70 % (figur 27).



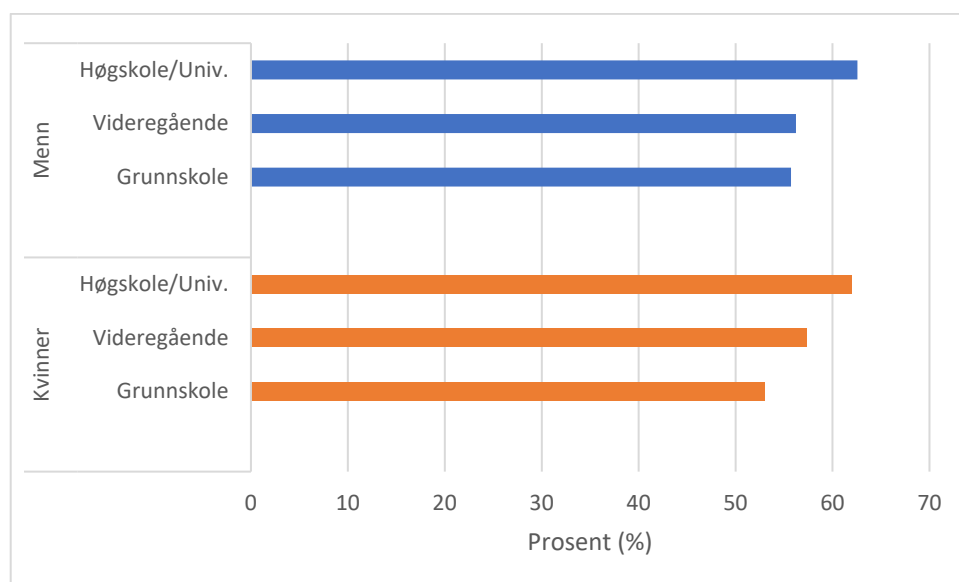
Figur 26 Andel innbyggere (%) som oppgir timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger. Menn (venstre) og kvinner (høyre).

Figur 28 viser andel innbyggere etter kjønn og innenfor ulike aldersgrupper som oppgir timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger. Det er ikke store forskjeller mellom kjønnene innenfor de ulike aldersgruppene. Det er innbyggere i aldersgruppen 18/20-29 år hvor størst andel rapporterer søvn i henhold til anbefalingene, dvs. 66 % av menn og 68 % av kvinner i denne aldersgruppen.



Figur 28 Andel innbyggere (%) som oppgir timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger etter alder og kjønn i Trøndelag. 18 til 104 år.

Når vi fordeler innbyggerne etter kjønn og utdanningsnivå ser vi at en større andel av innbyggere med universitets- og høyskoleutdanning får søvn i henhold til anbefalingene sammenlignet med innbyggere med lavere utdanningsnivå. Blant innbyggere med universitets- og høyskoleutdanning oppgir 63 % av mennene og 62 % av kvinnene at de får søvn i henhold til nasjonale anbefalinger.



Figur 29 Andel innbyggere (%) som oppgir timer med søvn i henhold til nasjonale anbefalinger etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18 til 104 år.

Oppsummering

Denne rapporten har tatt for seg de helserelaterte levevanene hos den voksne befolkningen i Trøndelag fylke. Det er presentert oppdaterte tall på forekomst for fylkets kommuner, bydelene i Trondheim, samt etter alder, kjønn og utdanningsnivå.

Vi finner at om lag 25 % er fysisk aktive daglig, men at dette varierer ganske mye mellom kommunene og bydelene i Trondheim. Aldersgruppen 30-39 år er den gruppen hvor færrest angir daglig fysisk aktivitet, mens høyt utdannede gjennomgående er mest aktive.

46 % av alle menn og 41 % av alle kvinner oppgir mye stillesitting i løpet av dagen og det varierer betydelig mellom kommunene og bydelene. Andelen som sitter mye reduseres med økende alder, med unntak av den eldste aldersgruppen hvor 40 % rapporterer mye stillesitting. Gruppen med høy utdanning er den gruppen hvor det rapporteres mest sitting, særlig blant menn.

I fylket som helhet rapporterer 54 % av alle menn og 38 % av alle kvinner at de sjelden spiser frukt, mens 46 % av alle menn og 21 % av alle kvinner rapporterer å spise grønnsaker sjelden. Andelene som sjelden spiser frukt og grønnsaker synker med økende alder opp til den eldste aldersgruppen hvor det er en økning som sjelden spiser frukt og grønt. Det er klare forskjeller mellom utdanningsgruppene når det gjelder inntak av frukt og grønt. Andelen som sjelden spiser frukt og grønt er høyest hos de med lav utdanning og synker gradvis med økende utdanningslengde.

Andelen som oppgir å drikke alkohol to ganger i uka eller mer varierer mellom kommunene i Trøndelag, fra 13 % til 37 % blant menn og fra 7 % til 25 % blant kvinner. Trondheim har den høyeste andelen som rapporterer å drikke alkohol to ganger i uka eller mer blant alle kommunene. Det er mye større variasjoner mellom levekårssonene i Trondheim enn mellom kommunene i Trøndelag. Vi ser en økning i andelen som rapporterer å drikke alkohol to ganger i uka eller mer med økende alder opptil 60-69 år, for deretter å avta. Andelen som rapporterer å drikke alkohol to ganger i uka eller mer, øker med økende utdanningslengde.

6 % av alle menn og 8 % av alle kvinner rapporterer å røyke daglig i Trøndelag. Andelene varierer betydelig mellom både kommunene og levekårssonene. Svært få rapporterer daglig røyking blant de yngste og de eldste (under 4 %). Høyest andel røykere finner vi i aldersgruppen 50-69 år hvor 8-9 % av alle menn og cirka 12 % av alle kvinner oppgir å røyke daglig. Det er klare forskjeller mellom utdanningsgruppene når det gjelder daglig røyking der andelen er lavest blant høyt utdannede og øker med synkende utdanningsnivå.

Om lag 60 % av befolkningen rapporterer antall timer søvn i henhold til nasjonale anbefalinger. Mellom kommunene varierer dette fra 53 % til 67 % for menn og fra 54 % til 66 % for kvinner, mens det mellom levekårssonene i Trondheim varierer fra 45 % til 70 %. Andelene varierer noe i henhold til alder og utdanningsnivå. En større andel rapporterer anbefalt mengde søvn blant høyt utdannede enn blant de med lavere utdanning.

Avslutningsvis vil vi understreke et viktig poeng om levevaner generelt. Det kan være veldig nærliggende å forklare helseforskjeller mellom grupper i samfunnet med variasjoner i levevaner. Det er i beste fall en liten del av forklaringen fordi levevanene påvirkes i stor grad av noen bakenforliggende faktorer, kalt helsedeterminanter. Disse helsedeterminantene, knyttet til familieforhold, oppvekstmiljø, utdanning og økonomi, gjør at vår evne til å ta vare på helse gjennom å leve sunt kan være veldig forskjellig. Dette gjør at vi har større tro på tiltak som påvirker helsedeterminantene, altså levekårene, enn de som er rettet mot selve atferden.

Referanser

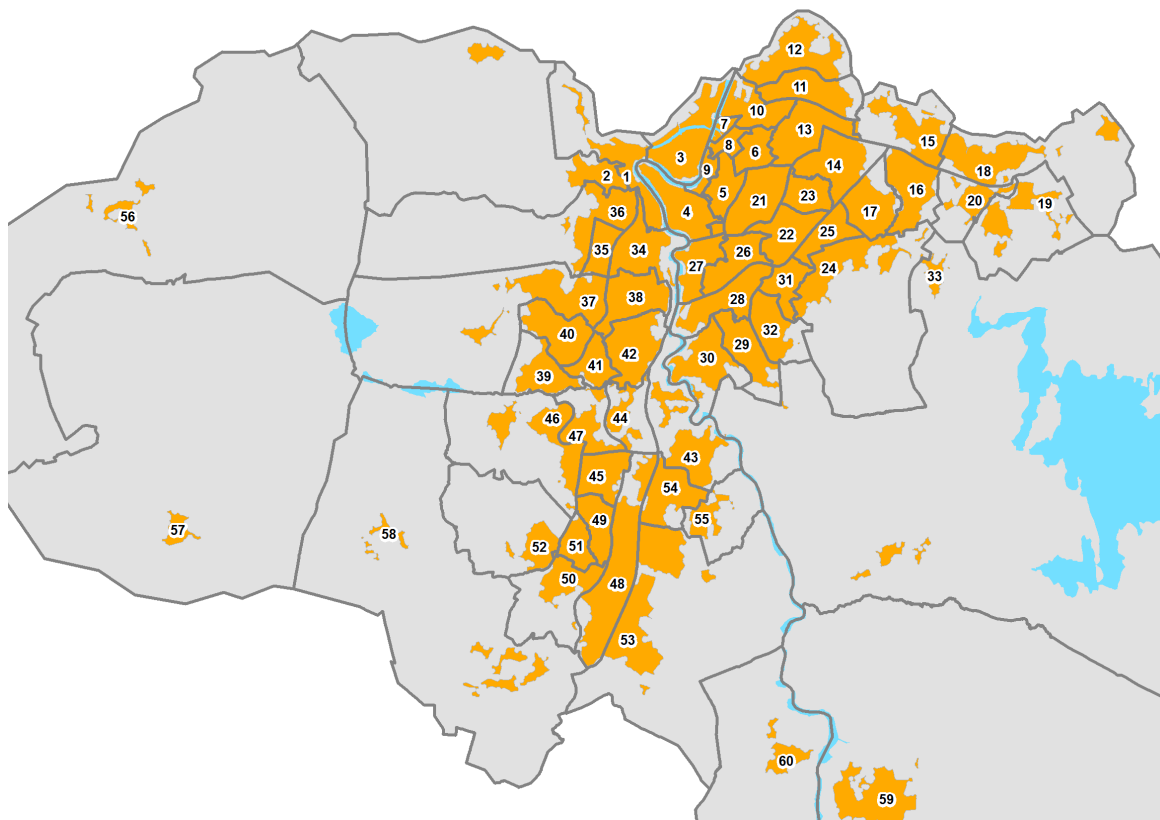
Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Helsedirektoratet (2014). Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. IS-2170. Oslo: Helsedirektoratet

Leitzmann, MF., Jochem C., Schmid D (2018). Sedentary Behaviour Epidemiology. Springer International Publishing AG. ISBN: 978-3-319-61550-9

Watson NF, Badr MS, Belenky G, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. Sleep. 2015;38(6):843–844.

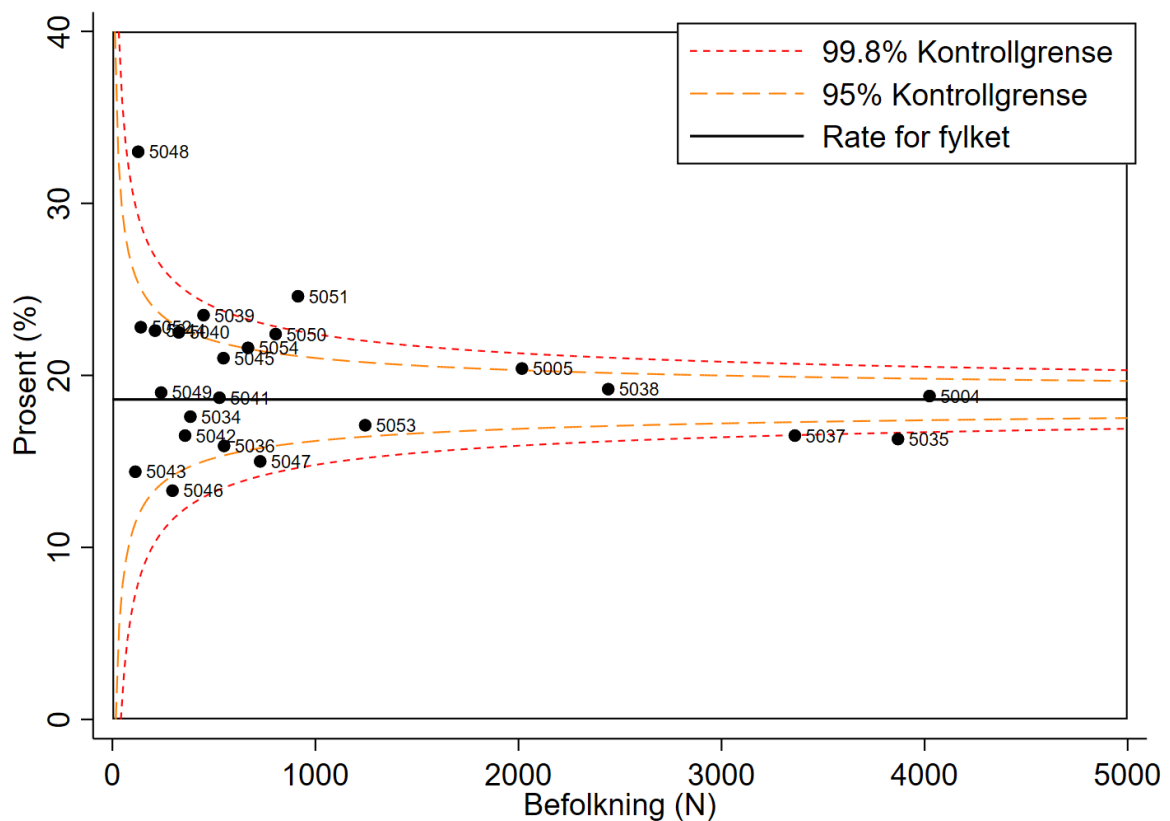
Vedlegg 1: Kart levekårssoner Trondheim



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				
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	Risvolla	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 selvurdert helse (%) for menn i Nord-Trøndelag



Forklaring på illustrasjonen:

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

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. Spørsmål og kodinger av svaralternativer

Daglig fysisk aktivitet

Hvor ofte driver du mosjon? (ta et gjennomsnitt)

- 1: Aldri
- 2: Sjeldnere enn en gang i uka
- 3: En gang i uka
- 4: 2-3 ganger i uka
- 5: Omtrent hver dag

Koding: De som svarer «omtrent hver dag» er definert som «daglig fysisk aktive»

Stillesitting

Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? Regn med jobb og fritid (ved Pc, Tv, nettbrett, lesing, bil/buss/togkjøring)

Antall timer:

Koding: De som oppgir 8 timer eller mer er definert så «mye sitting»

Frukt/bær - Grønnsaker

Tenk på det siste året; hvor mange ganger per uke spiser du disse matvarene?

- 1: Mindre enn en gang
- 2: 1-3 ganger
- 3: 4-6 ganger
- 4: 7 eller mer

Koding: De som svarer 1-3 ganger eller mindre per uke er definert som «sjelden»

Alkohol

Omtrent hvor ofte har du i løpet av de siste 12 måneder drukket alkohol? (regn ikke med lettøl)

- 1: Ikke drukket alkohol siste 12 måneder
- 2: 1 gang i måneden eller sjeldnere
- 3: 2-4 ganger per måned
- 4: 2-3 ganger per uke
- 5: 4 eller flere ganger per uke
- 6: Jeg har aldri drukket alkohol

Koding: De som oppgir 2-3 ganger per uke eller 4 eller flere ganger per uke er definert som «ofte»

Daglig røyking

Røykevaner (sett ett kryss)

1: Jeg har aldri røykt

2: Jeg har røykt av og til tidligere

3: Jeg røyker av og til nå (ikke daglig)

4: Jeg røyker daglig nå

5: Jeg har røykt daglig tidligere

Koding: De som har svart «jeg røyker daglig nå» er definert som dagligrøykere

Søvn

Omtrent hvor mange timer nattesøvn får du på en vanlig hverdag?

Antall timer:

Koding: Voksne (18-65 år) som oppgir 7-9 timer, og eldre (>65) som oppgir 7-8 timer er definert som «anbefalt søvnmengde»