

Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019

Helsestatistikk-rapport nummer 2 fra HUNT4

Health and chronic disease in

Trøndelag County 2019

Health statistics report no. 2, the HUNT4 Survey

Erik R. Sund, Signe Opdahl, Vegar Rangul, Bente Christine Gravaas, Sveinung Eiksund, Jon Olav Sliper
og Kyrre Kvistad

2020

HUNT forskningssenter

HUNT
HELSEUNDERSØKELSEN I TRØNDELAG



 **NTNU**
Kunnskap for en bedre verden

Utgitt av:
HUNT forskningscenter
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,
Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU
Forskningsvegen 2
7600 Levanger
<http://www.ntnu.no/hunt/>
Levanger, mars 2020.
ISBN 978-82-91725-19-2

FORORD

Dette er den første delrapporten som presenterer tall for hele Trøndelag fylke fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Det er tidligere utgitt rapporter for gamle Nord-Trøndelag fylke, men nå har vi også tall for gamle Sør-Trøndelag. Datainnsamlingen i nord ble avsluttet i februar 2019, mens innsamlingen i sør ble avsluttet i november 2019. I nord var dette den fjerde runden med undersøkelser av befolkningen, mens i sør 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 gamle Nord-Trøndelag. Dette viser hvor sterkt de rådende levekårene og samfunnsforholdene påvirker oss.

Denne rapporten gir ikke et fullstendig bilde av folkehelsa, men tar for seg to viktige overordnede helsemål: folks oppfatning av sin egen helse samt spørsmål om langvarig begrensende sykdom.

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 (Signe Opdahl, Vegar Rangul og Erik R. Sund).

Det at de to trøndelagsfylkene 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, 25.3.2020

HUNT forskningssenter

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
Sammendrag	5
1. Bakgrunn	6
2. Metode	6
3. Resultater	8
Referanser	16
Vedlegg 1: Kommunetabeller	17
Vedlegg 2: Tabeller for levekårssoner, Trondheim	19
Vedlegg 3: Kart levekårssoner Trondheim	23
Vedlegg 4: Funnplot av dårlig selvvaldert helse (%) for menn i Trøndelag Nord	24

Figurer

Figur 1 Andel som oppgir dårlig selvvaldert helse (%) i kommuner i Trøndelag. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre) i alderen 18-104 år.	9
Figur 2 Andel 18-69 år som oppgir dårlig selvvaldert helse (%) i levekårssoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst) i alderen 18-104 år.	10
Figur 3 Andel som oppgir dårlig selvvaldert helse (%) etter alder og kjønn i Trøndelag i alderen i 18-104 år.	11
Figur 4 Andel menn og kvinner som oppgir dårlig selvvaldert helse (%) etter utdanningsnivå i Trøndelag i 18-104 år.	12
Figur 5 Andel som oppgir langvarig begrensende sykdom (%) etter alder og kjønn i Trøndelag. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre) i alderen 18-104 år.	13
Figur 6 Andel 18-69 år som oppgir langvarig begrensende sykdom (%) i levekårssoner i Trondheim i HUNT. Menn (øverst) og kvinner (nederst) i 18-104 år.	14
Figur 7 Andel som oppgir langvarig begrensende sykdom (%) etter alder og kjønn i Trøndelag i 18-104 år.	15
Figur 8 Andel menn og kvinner som oppgir langvarig begrensende sykdom (%) etter utdanningsnivå i Trøndelag i 18-104 år.	16

Sammendrag

Selvopplevd helse er et mye brukt mål på helse og sykkelighet i befolkningsundersøkelser. Det er et betydningsfullt mål på helse og er vist å forutsi senere arbeidsuførhet og dødelighet. I fylket som helhet rapporterte 26% av kvinnene og 20% av mennene i alderen 18-104 år dårlig selvopplevd helse i HUNT. Det beste er selvsagt å ha lavest mulig andel som rapporterer dårlig selvopplevd helse; i HUNT fant vi dette for både kvinner og menn i Høylandet kommune. Lavest andel med dårlig selvopplevd helse i Trondheim finner vi i Spongdal levekårssone for menn, og Singsaker levekårssone for kvinner. Andelen med dårlig helse varierte fra omtrent 10% i 20-årene til 50% for deltakere 80 år og eldre. Dårlig helse var dobbelt så vanlig ved lav utdanning som ved høy utdanning.

Et annet viktig helsemål i HUNT er spørsmålet om langvarig begrensende sykdom. Blant alle kvinner i fylket er det 38% som oppgir at de har langvarig begrensende sykdom, mens hos menn er andelen 32%. Lavest andel hos kvinner finner vi i Røros og Midtre Gauldal, mens hos menn er det Holtålen, og Selbu. I noen kommuner oppgir nær 1 av 2 at de har langvarig begrensende sykdom. I Trondheim finner vi de laveste andelenene i Nedre Charlottenlund levekårssone for menn og Singsaker levekårssone for kvinner. Andelen med langvarig begrensende sykdom varierte fra omtrent 25% i 20-årene til 60% for deltakere 80 år og eldre. Andelen med langvarig begrensende sykdom var lavest blant høyt utdannede for både menn og kvinner og økte gradvis med synkende utdanningsnivå.

Summary

Self-rated health is a widely used measure of health and disease in population-based health surveys. It is regarded a valuable health measure and is predictive for later work disability and mortality. Overall, 26% of women and 20% of men in the age range 18 to 104 years reported poor self-rated health in the Trøndelag county. Lowest prevalence of poor self-rated health for males and females was found in Høylandet municipality. In zones of living conditions within Trondheim, prevalence of poor self-rated health was lowest in Spongdal for males and Nedre Charlottenlund for females. Prevalence for poor self-rated health varied from 10% among 20-year olds to 50% among those over 80 years. Prevalence of poor self-rated health among low educated was twice/double that of highly educated.

Long-standing limiting illness is another important health measure. Overall, 38percent of females and 32% of males reported long-standing limiting illness. Lowest prevalence for females was found in the municipalities Røros and Midtre Gauldal for females and Holtålen and Selbu for males. In some municipalities 1 in 2 inhabitants reported long-standing limiting illness. In zones of living conditions within Trondheim, the prevalence of long-standing limiting illness was lowest in Nedre Charlottenlund for males and Singsaker for females. 25% of respondents in the age group 20 to 29 and 60% of those above 80 years reported long-standing limiting illness. Prevalence of long-standing limiting illness was lowest among those with highest education for both males and females and increased gradually by lower educational level.

1. Bakgrunn

Dette er den første delrapporten om folkehelse tilstanden 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.

2. Metode

2.1 HUNT

Med bakgrunn i fylkessammenslåingen endret HUNT i 2019 navn fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag til *Helseundersøkelsen i Trøndelag*. HUNT omfatter nå alle innbyggere i nye Trøndelag fylke som er 13 år eller eldre fra Nord-Trøndelag, og de som er 18 år eller eldre fra Sør-Trøndelag. Vi bruker i følge 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, særlig blod (Krokstad mfl. 2013). I Sør-Trøndelag ble det høsten 2019 gjennomført en spørreskjemabasert datainnsamling.

Alle deltakere i HUNT har gitt skriftlig samtykke til at helseopplysningene kan brukes i helseforskning.

2.2 Datainnsamlingen

I Nord-Trøndelag ble HUNT 4 gjennomført i perioden fra september 2017 til utgangen av februar 2019. Blant ungdom i alderen 13-19 år deltok 8066 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 i ohøsten 2019 og alle innbyggere i alderen 18 år og eldre.¹ Totalt deltok 106 000 personer i Sør-Trøndelag, noe som tilsvarer 42% av alle inviterte.

2.3 Utvalget

Resultatene er basert på alle voksne som deltok i HUNT i Nord- og Sør-Trøndelag. Det er foreløpig usikkert hvor godt resultatene beskriver helsetilstanden til 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 helsetilstand fremstår noe bedre enn det som ville vært tilfellet dersom alle hadde deltatt. En ny studie av personer som ikke deltok vil bli gjennomført i 2019-2020.

2.4 Analyser

Tallene som presenteres er basert på krysstabeller og formidles ved hjelp av enkle 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 i figurene som viser utdanning, er andelene aldersstandardiserte.² Aldersstandardisering korrigerer for at

¹ 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

² Direkte metode med Norges befolkning 1 januar år 2020 som standardbefolkning

kommunene eller levekårssonene har ulike alderssammensetning. Tilsvarende er andelen innenfor utdanningsgrupper aldersstandardisert. Det er ikke utført statistiske tester på forskjellene som presenteres, men vedleggstabellene viser usikkerhetsmarginer for kommunetallene og levekårssonene som vises i kartene.

Kommunene i Nord-Trøndelag har tidligere fått statistikk for de samme helseindikatorerne som presenteres i denne rapporten. Vi har imidlertid gjort en omlegging av måten vi aldersstandardiserer helsestatistikken på³. **Tallene i denne rapporten vil derfor avvike noe fra tidligere publiserte tall for kommunene i Nord-Trøndelag.**

2.5 Lavekårssoner i Trondheim

Resultatene for Trondheim er presentert for levekårssoner. Lavekårssonene er geografiske områder som er brukt i levekårsundersøkelsene i Trondheim. De ble sist revidert i 2019. Sonene skal utgjøre områder som naturlig henger sammen via kommunikasjonsårer, oppfattes som avgrensede steder som befolkningen kan føle tilhørighet til, ha mest mulig ensartet strøkskarakter og skille mellom bygd og by. Lavekårssonene er bygd opp av hele grunnkretser og har mellom 1500 og 5000 innbyggere.

I 2019 ble eldre innbyggere i tre østlige bydeler i Trondheim invitert til å delta i en egen undersøkelse av eldres helse, kalt HUNT 70+. Eldre i denne bydelen ble derfor ikke invitert til HUNT i Sør-Trøndelag. Resultater fra HUNT i Nord-Trøndelag kan i denne omgang presenteres komplett for levekårssoner bare for aldersgrupper under 70 år. I kartene som viser levekårssonene i Trondheim er andelen som følger av dette aldersstandardiserte for aldersgruppen 18-69 år.

2.6 Tolkning

Tallene som presenteres er i utgangspunktet enkle å forholde seg til fordi de viser prosentandeler som har rapportert for eksempel «dårlig helse». Det er imidlertid viktig å være klar over usikkerheten som knytter seg til lavt antall deltagere fra de minste kommunene og de minste levekårssonene i Trondheim. Hvis noen befolkningsmessig små kommuner eller levekårssoner kommer svært godt eller svært dårlig ut, så er det dermed ikke sikkert at de avviker så mye fra de andre kommunene eller fylket⁴. Dette vil også gjelde for levekårssonene i Trondheim.

Det er også viktig å understreke at prosentandelene som presenteres, for eksempel andelen som oppgir «dårlig helse», er et gjennomsnitt for ei gruppe. Innenfor denne gruppa vil det være stor variasjon. Hvis for eksempel 30% av lavt utdannede svarer at de har dårlig helse, mens 10% av høyt utdannede svarer det samme, så vil det i begge gruppene være et klart flertall av deltakere som svarer at helsen er god. Dette kan virke selvsagt, men i formidlingen blir dette av og til fremstilt som «lavt utdannede har dårligere helse enn høyt utdannede». Det er ikke direkte feil, men formidlingen blir misvisende. En mer korrekt beskrivelse vil være at «en større andel rapporterer dårlig helse blant lavt utdannede enn blant høyt utdannede». Budskapet å ta med seg er altså at det er stor variasjon innen gruppene.

I rapporten presenterer vi andelen med negative helsemål i form av dårlig helse i stedet for andelen som har god helse. Denne presentasjonsformen er valgt ettersom mange helseindikatorer ikke er

³ 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.

⁴ Vi har illustrert dette i vedlegg 4: Funnplot av dårlig selvurdert helse hos menn.

enkle å invertere, samt at resultatene blir lettere å forstå når alle helse- og risikofaktorer presenteres i samme «retning».

3. Resultater

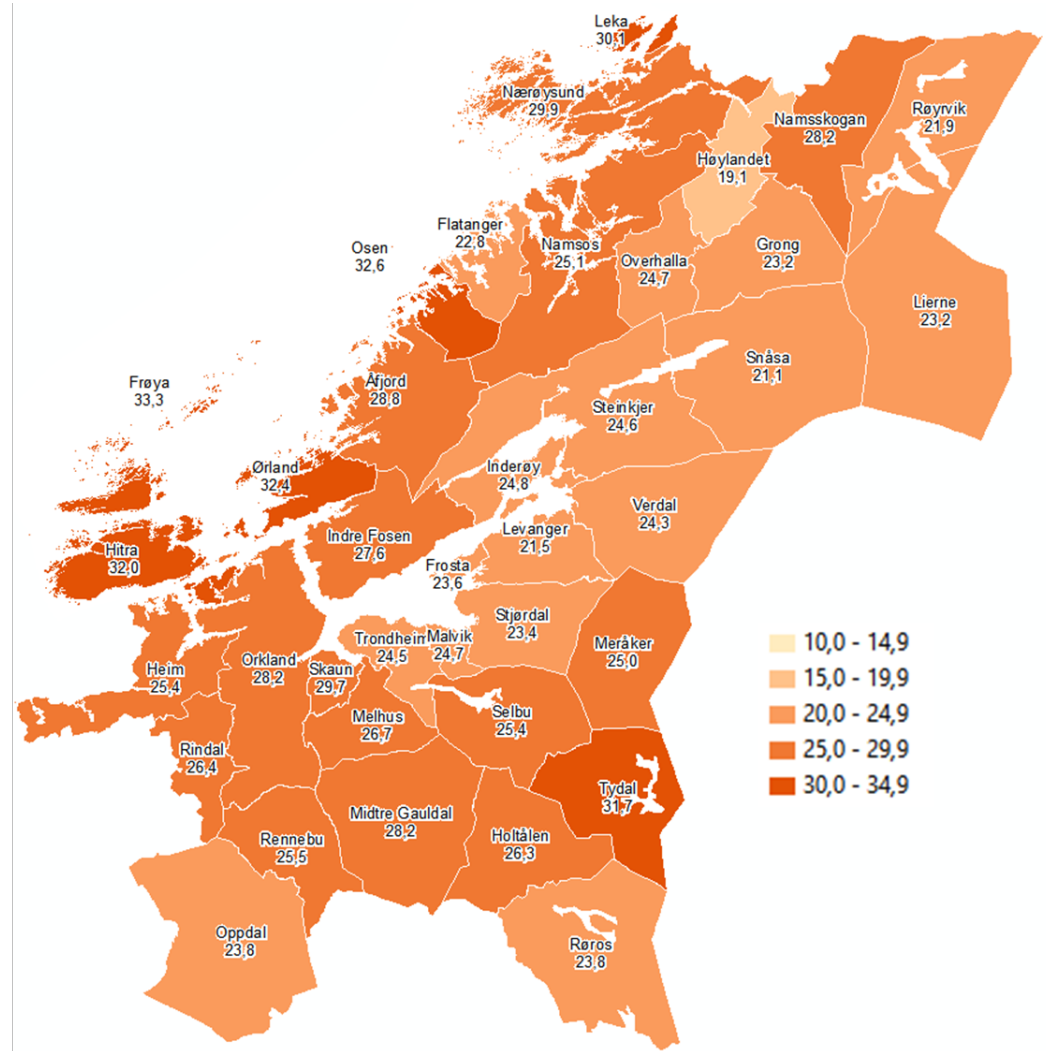
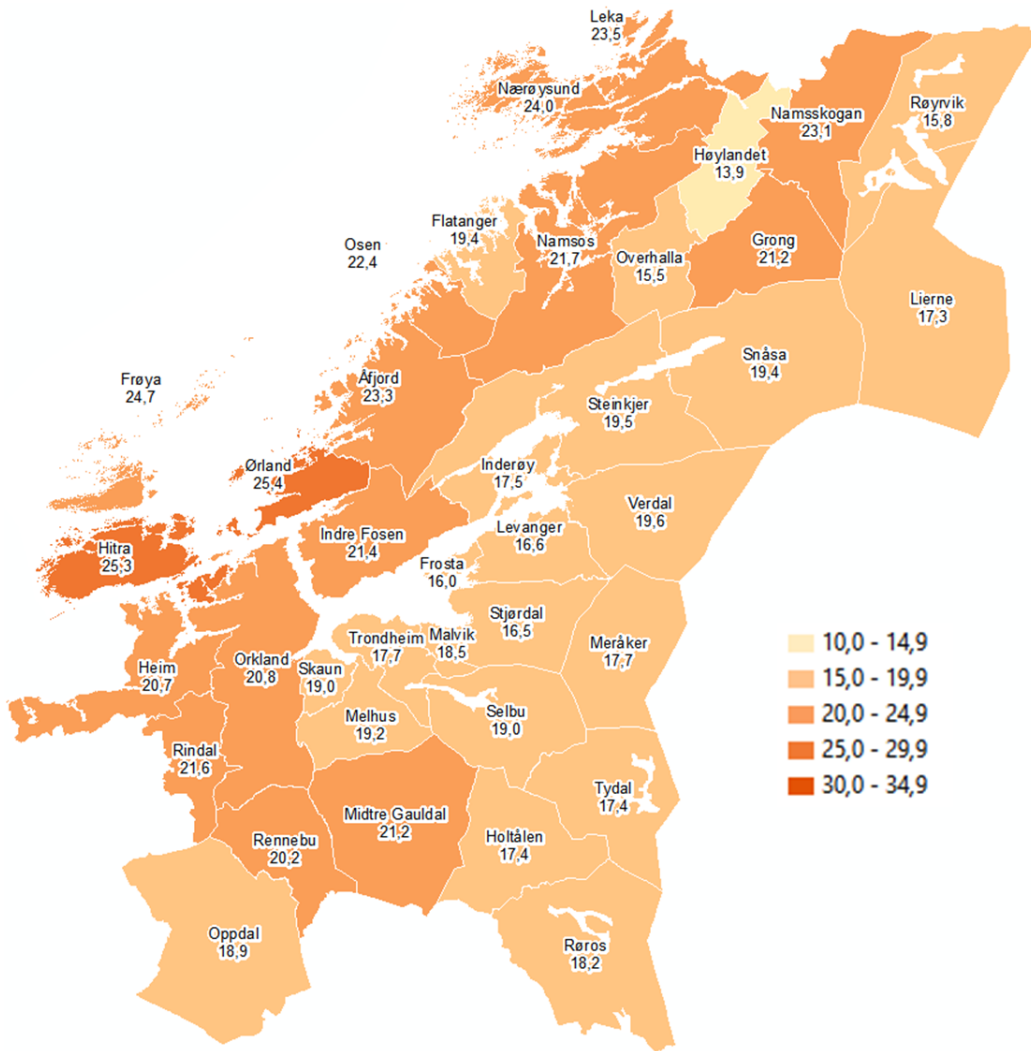
I det følgende presenteres to viktige indikatorer for hvordan innbyggerne faktisk opplevde egen helse og hvorvidt de har noen langvarig sykdom, skade eller lidelse som er begrensende.

3.1 Selvpoplevd helse

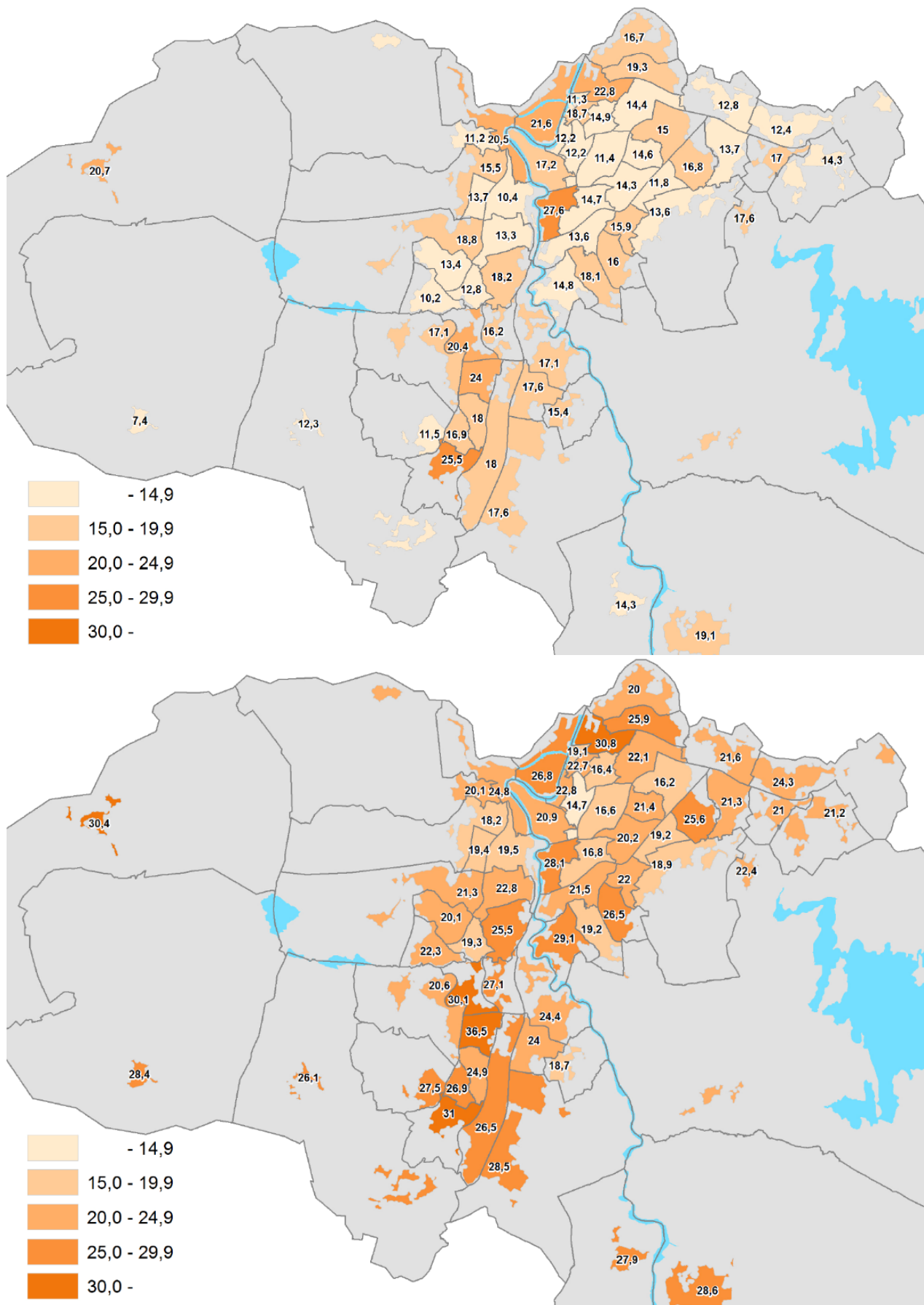
Selvpoplevd helse er et mye brukt mål på helse og sykkelighet i befolkningsundersøkelser. Det er et betydningsfullt mål på helse som også forutsier senere utvikling av sykkelighet og dødelighet (Schou mfl. 2006). Figur 1 viser andelen kvinner og menn som rapporterte dårlig selvpoplevd helse⁵ i kommunene i Trøndelag. Totalt oppga 26% av kvinnene og 20% av mennene dårlig selvpoplevd helse. At en større andel kvinner rapporterte dårlig selvpoplevd helse enn menn er et vanlig funn i helseundersøkelser og er også vist i tidligere HUNT-undersøkelser (Krokstad mfl. 2011). Som vist i figur 1, er det noe variasjon mellom kommunene for begge kjønn. Lavest andel med dårlig selvpoplevd helse for både kvinner og menn finner vi i Høylandet kommune. Andelen med dårlig selvpoplevd helse i kommunene i Trøndelag varierer mellom 14% og 25% for menn og mellom 19% og 33% for kvinner.

Figur 2 viser andel som rapporterte dårlig selvpoplevd helse for aldersgruppa 18-69 år i Trondheim. Samlet for kommunen er andelen for menn 16% for kvinner 23%. Andelen som rapporterer dårlig selvpoplevd helse varierer i levekårssonene mellom 7% og 28% for menn og mellom 15% og 37% for kvinner. Lavest andel med dårlig selvpoplevd helse finner vi i Spongdal, Stavset og Havstein-Stavne for menn, og Singsaker, Bromstad-Leangen og Rosenborg for kvinner.

⁵ Dårlig selvpoplevd helse er basert på spørsmålet: Hvordan er helsa di nå: dårlig, ikke helt god, god eller svært god. Dårlig helse er de som svarer dårlig eller ikke helt god.

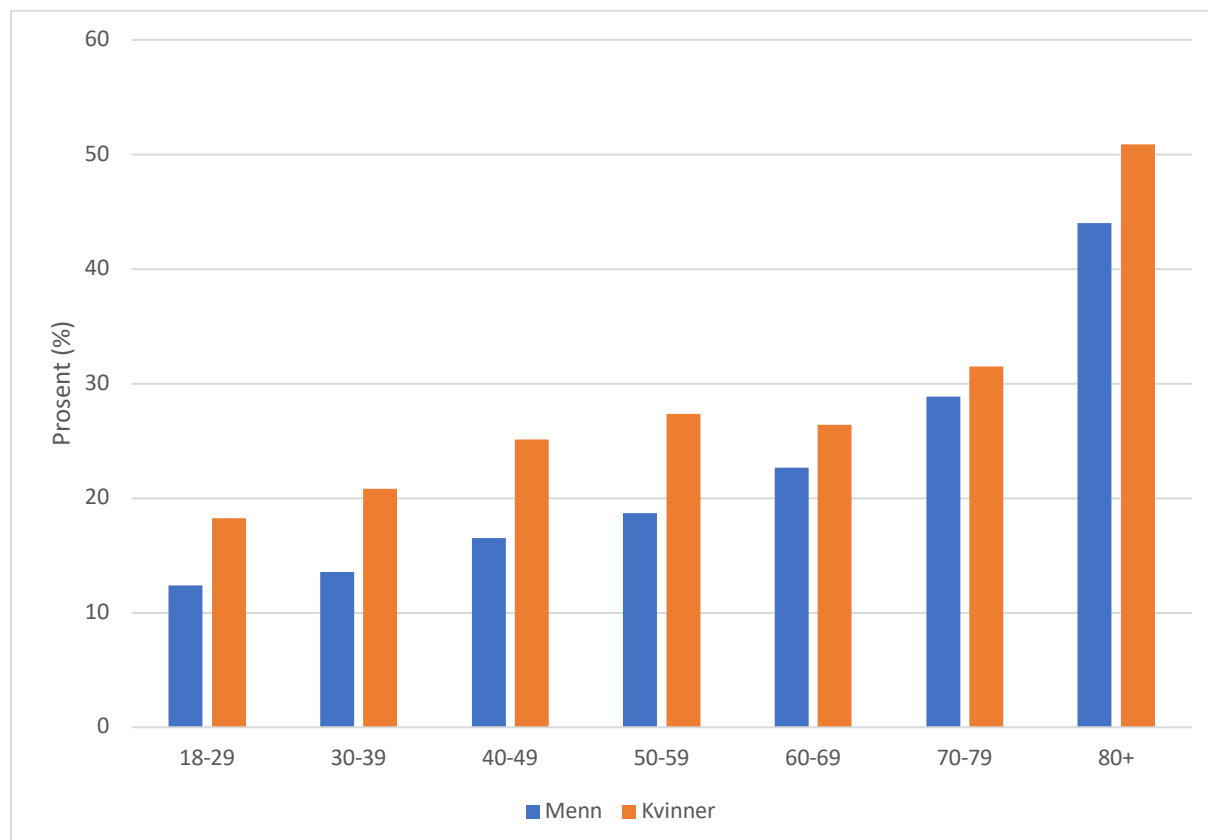


Figur 1 Andel som oppgir dårlig selvpopplevd helse (%) i kommuner i Trøndelag. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre) i alderen 18-104 år.



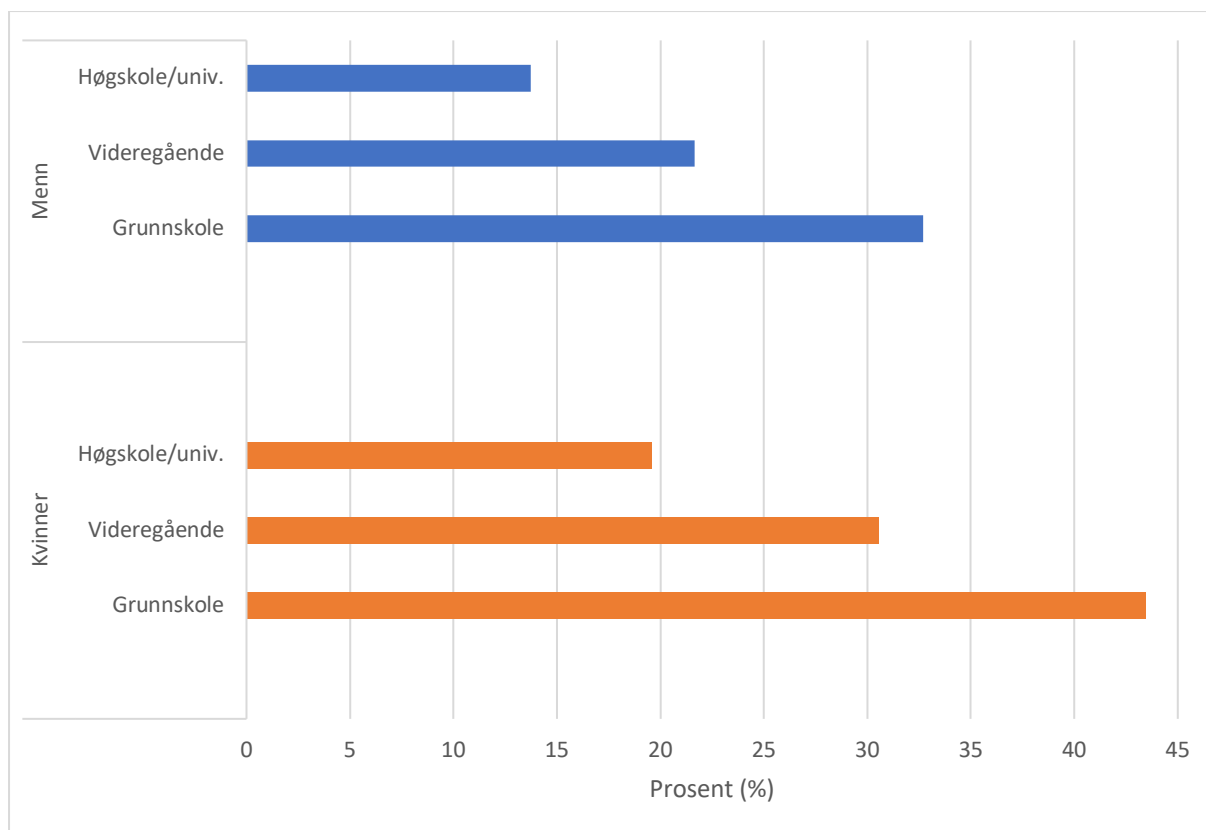
Figur 2 Andel 18-69 år som oppgir dårlig selvpålevd helse (%) i levekårszoner i Trondheim. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

Dårlig selvopplevd helse vil naturlig nok være sterkt påvirket av alder. Figur 3 viser andelen kvinner og menn som rapporterer dårlig selvopplevd helse etter alder i Trøndelag. Andelen øker gradvis med høyere alder for begge kjønn, og vi ser i alle aldersgrupper at en større andel kvinner enn menn rapporterer dårlig selvopplevd helse. Om lag 12% av menn rapporterer dårlig selvopplevd helse i aldersgruppen 20-29 år og det øker ganske jevnt til 29% av menn i aldersgruppen 70-79 år, for deretter å øke noe mer til 44% i den eldste aldersgruppen over 80 år. Tendensen etter alder er gjennomgående den samme for kvinner og cirka halvparten (51%) av kvinnene over 80 år rapporterer dårlig selvopplevd helse.



Figur 3 Andel som oppgir dårlig selvopplevd helse (%) etter alder og kjønn i Trøndelag i alderen i 18-104 år.

En annen fremstilling av dårlig selvopplevd helse er å se dette opp mot befolkningens utdanningsnivå slik det er gjort i figur 4. Både for kvinner og menn fremtrer et mønster der andelen som rapporterer dårlig selvopplevd helse synker med økende utdanningslengde. Blant menn med grunnskoleutdanning oppgir 33% at de har dårlig selvopplevd helse, blant de med videregående er det 22%, mens hos de med høyest utdanning er det kun 14%. Tilsvarende tall for kvinner er respektive 43%, 31% og 20%.



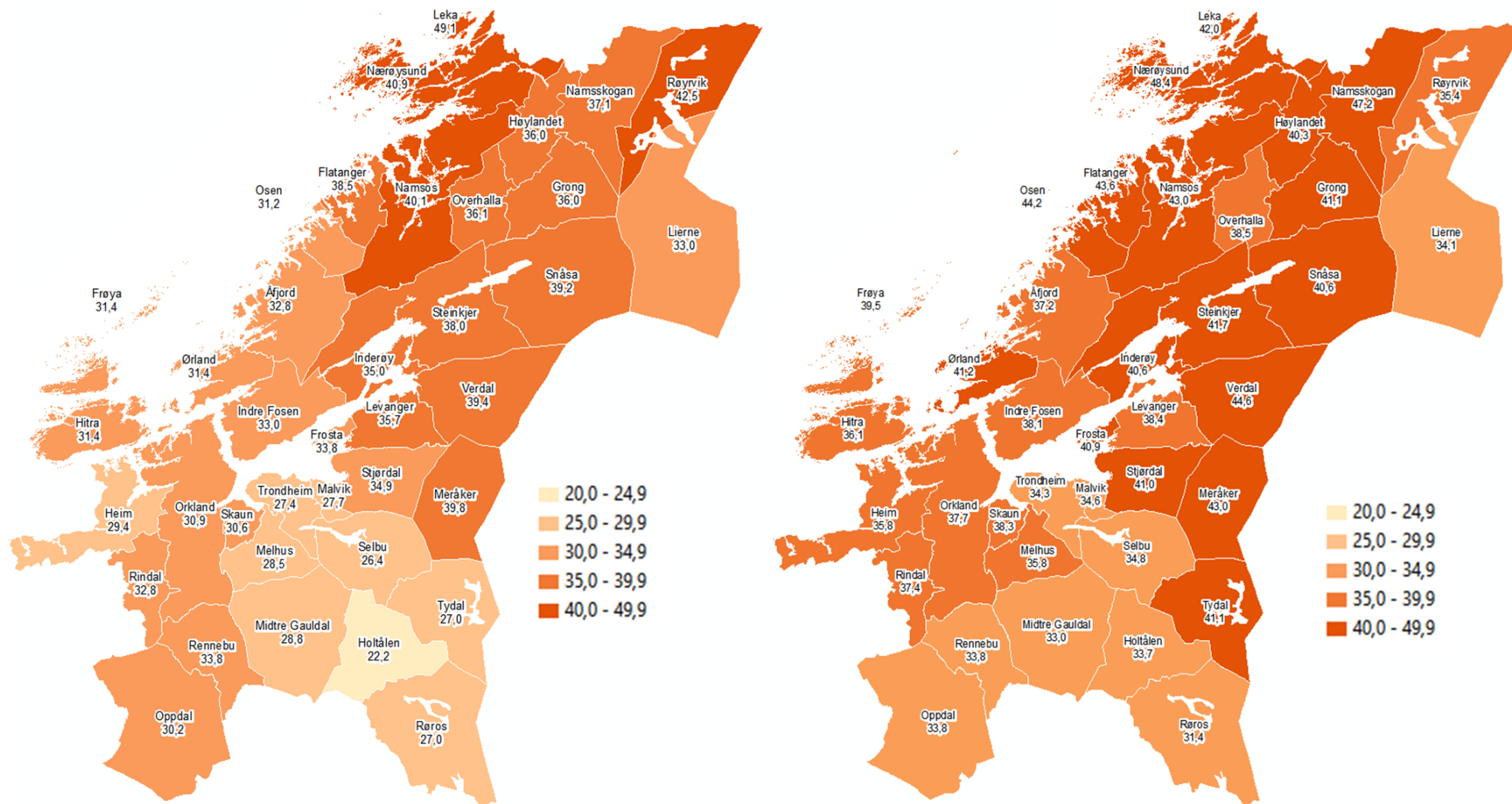
Figur 4 Andel menn og kvinner som oppgir dårlig selvopplevd helse (%) etter utdanningsnivå i Trøndelag i 18-104 år.

3.2 Langvarig begrensende sykdom

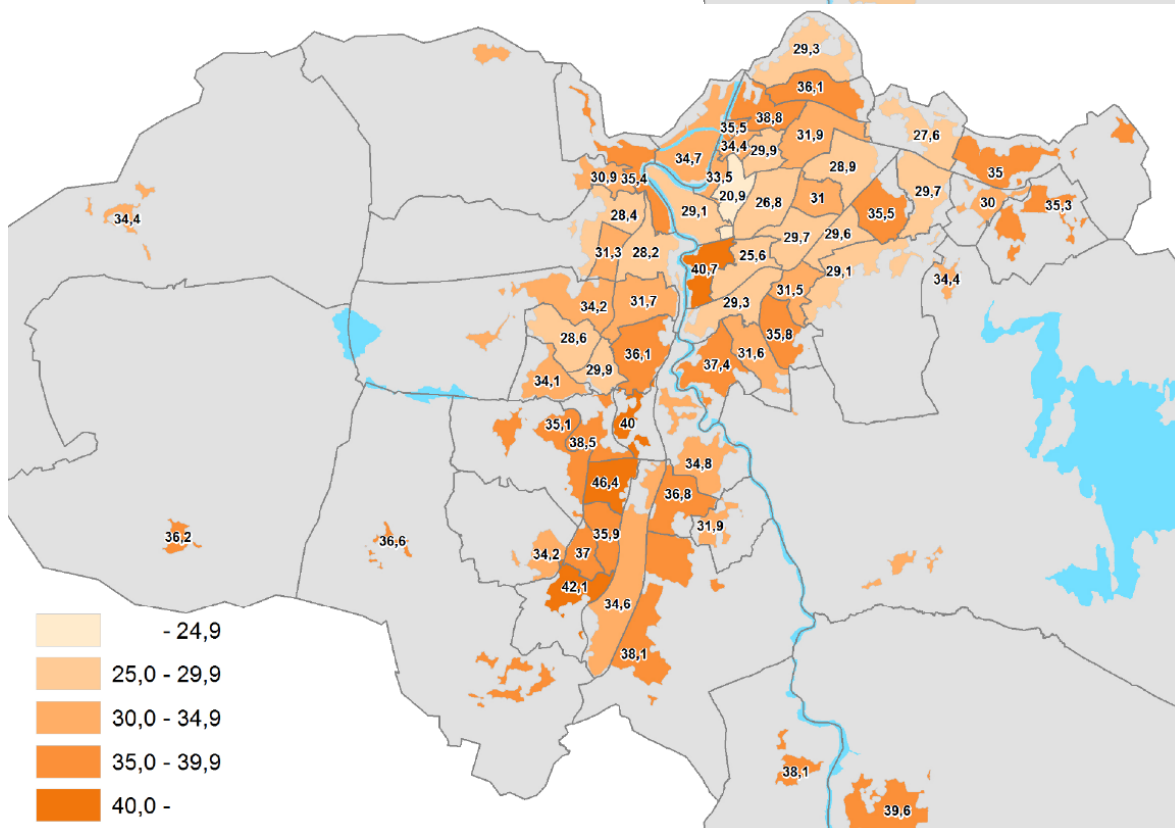
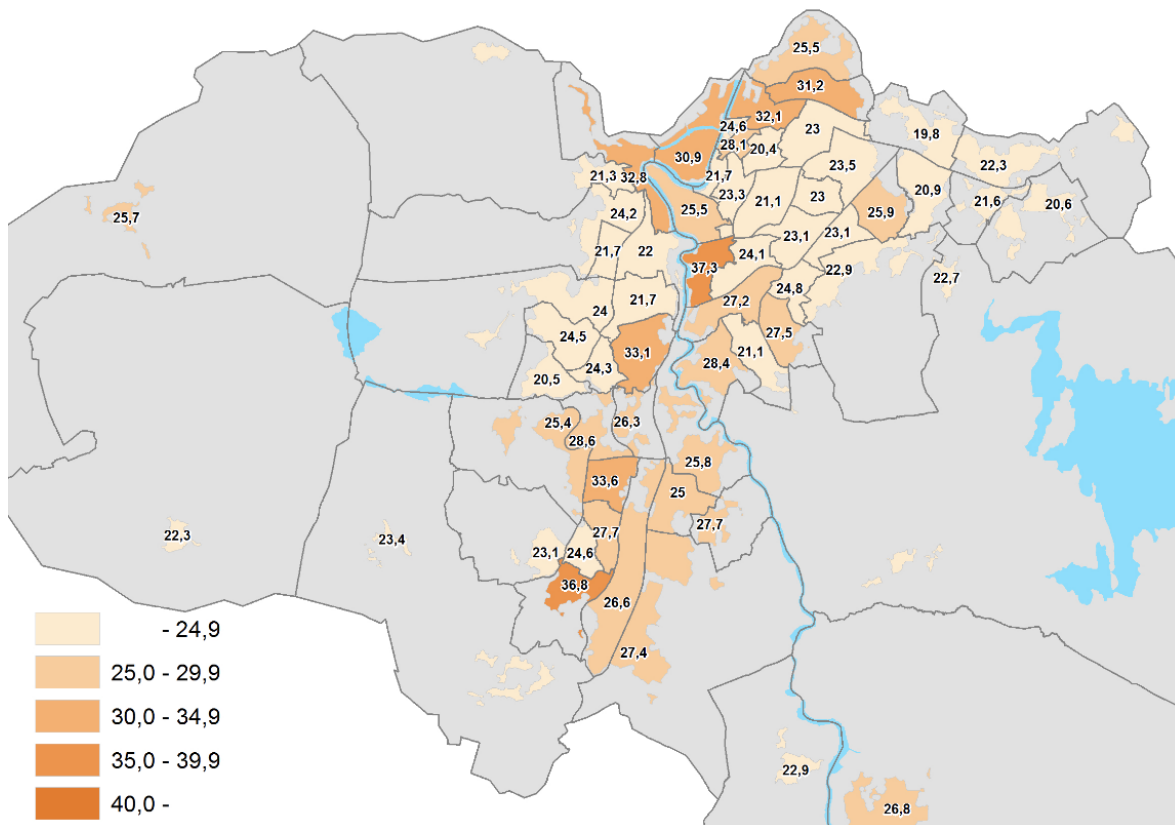
Et annet viktig helsemål i HUNT er spørsmålet om langvarig begrensende sykdom⁶. Dette spørsmålet er brukt i mange liknende studier internasjonalt (Bowling mfl. 2005). Blant alle kvinner i fylket er det 38% som oppgir langvarig begrensende sykdom, mens hos menn er andelen 32%. Lavest andel for begge kjønn finner vi gjennomgående i kommunene lengst sør i fylket (figur 5). Hos kvinner finner vi den laveste andelen i Røros og Midtre Gauldal, mens hos menn er det i Holtålen og Selbu vi finner de laveste andelen som oppgir langvarig begrensende sykdom. Andelen med langvarig begrensende sykdom i kommunene i Trøndelag varierer mellom 22% og 49% for menn og mellom 31% og 48% for kvinner.

Figur 6 viser andel av befolkningen 18-69 år som oppgir langvarig begrensende sykdom i levekårssonene i Trondheim. Samlet er andelen i kommunen 25% for menn og 33% for kvinner. Andelen varierer mellom 20% og 37% for menn og mellom 21% og 46% for kvinner. Lavest andel som oppgir langvarig begrensende sykdom finner vi i levekårssonene Nedre Charlottenlund, Rosenborg og Stavset for menn, og Singsaker, Nardo og Berg-Tyholt for kvinner.

⁶ Langvarig begrensende sykdom er basert på spørsmålet: Har du noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i det daglige liv? Langvarig begrensende sykdom er de som svarer Ja på dette spørsmålet.

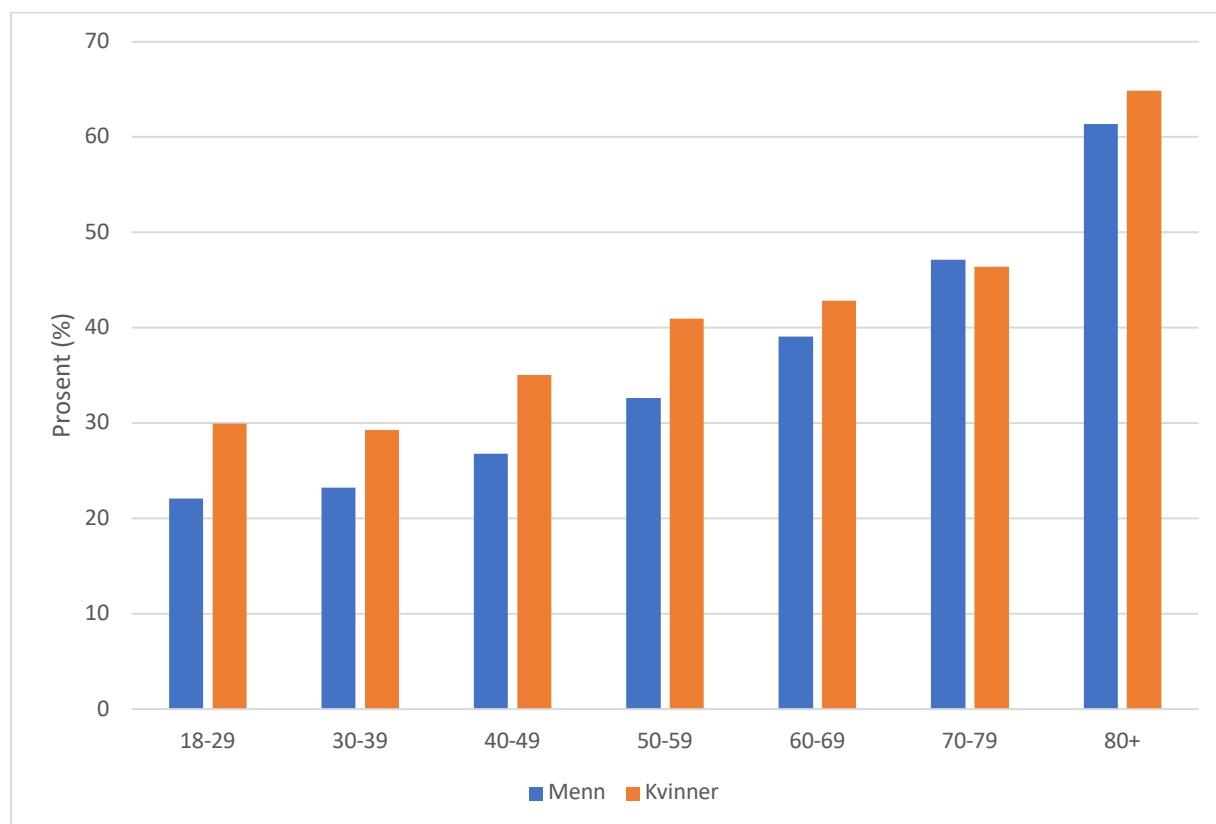


Figur 5 Andel som oppgir langvarig begrensende sykdom (%) etter alder og kjønn i Trøndelag. Menn (til venstre) og kvinner (til høyre) i alderen 18-104 år.



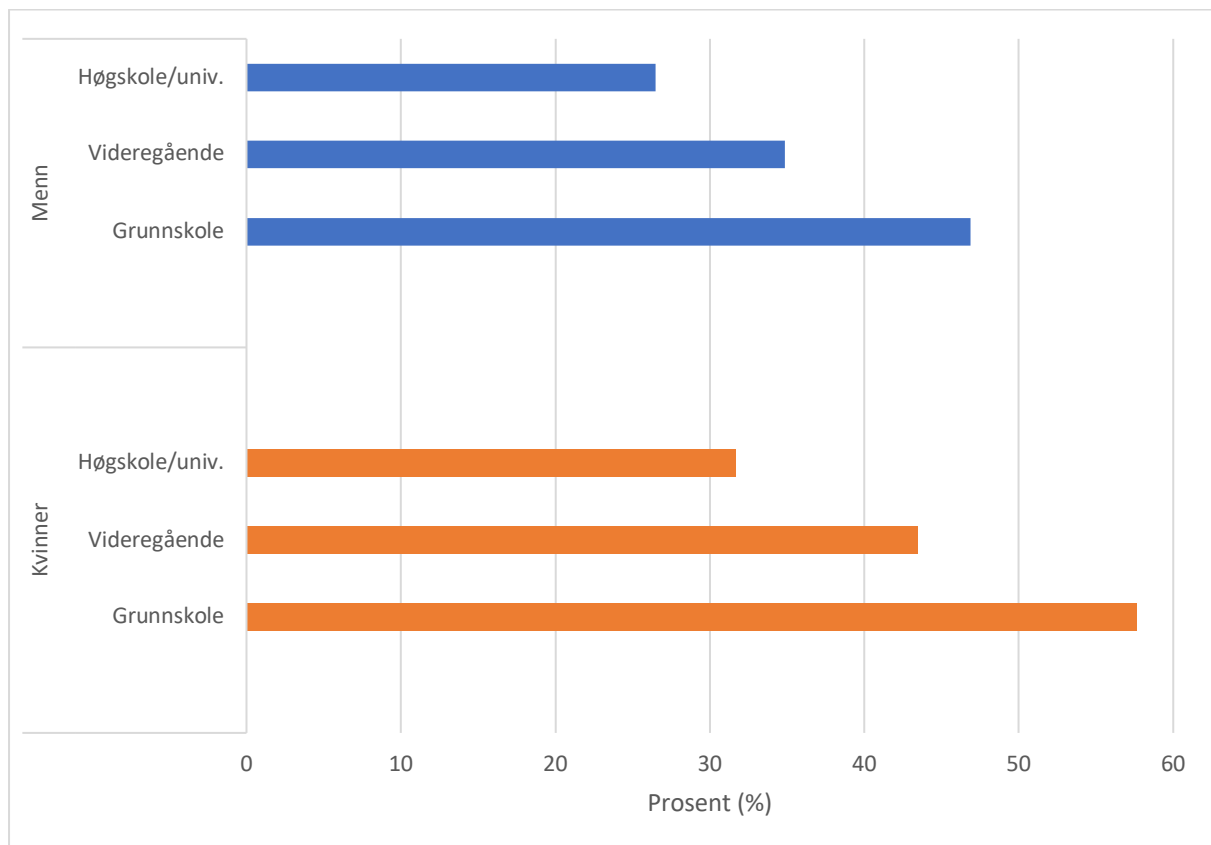
Figur 6 Andel 18-69 år som oppgir langvarig begrensende sykdom (%) i levekårssoner i Trondheim i HUNT. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

Ser vi på fordelingen etter alder og kjønn (figur 7), ser vi et mønster hvor andelen stiger med alder, hvor det er noen kjønnsforskjeller i de yngste aldersgruppene, men hvor andelen er ganske lik mellom kvinner og menn senere i livet. I den eldste aldersgruppen oppgir over 60% at de har en langvarig begrensende sykdom.



Figur 7 Andel som oppgir langvarig begrensende sykdom (%) etter alder og kjønn i Trøndelag i 18-104 år.

I figur 8 ser vi langvarig begrensende sykdom opp mot utdanningsnivå for menn og kvinner. I likhet med dårlig selvvurdert helse finner vi en klar helsegradient mellom utdanningsgruppene: andelen er lavest for de med høy utdanning og øker gradvis med synkende utdanningslengde. For menn oppgir 26% med høy utdanning langvarig begrensende sykdom, 35% av de med videregående og 47% hos de med grunnskoleutdanning. Tilsvarende tall for kvinner er respektive 32%, 43% og 58%. Denne helsegradienten, hvor helsen gradvis blir bedre med høyere sosioøkonomisk status, er grundig dokumentert for de fleste mål på helse både i Norge (Dahl, Bergsli og Wel 2014) og internasjonalt (WHO 2008)



Figur 8 Andel menn og kvinner som oppgir langvarig begrensende sykdom (%) etter utdanningsnivå i Trøndelag i 18-104 år.

Referanser

Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several?. J Epidemiol Community Health 2005 May;59(5):342-5.

Dahl, E. Bergsli, H. van der Wel, K. Sosial ulikhet i helse. En kunnskapsoversikt. Rapport fra Høgskolen i Oslo og Akershus. 2014.

Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in Norwegian County population. Int J Epidemiol. 2002 Dec;31 (6):1183-91.

Krokstad S, Langhammer A, Hveem K, Holmen TL, Midthjell K, Stene TR, Bratberg G, Heggland J, Holmen J. Cohort Profile: the HUNT Study, Norway. Int J Epidemiol. 2013 Aug;42(4):968-77.

Langhammer A, Krokstad S, Romundstad P, Heggland J, Holmen J. The HUNT study: participation is associated with survival and depends on socioeconomic status, diseases and symptoms. BMC Med Res Methodol. 2012 Sep 14;12:143.

WHO report. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. WHO 2008.

Schou MB, Krokstad S, Westin S. How is self-rated health associated with mortality? Tidsskr Nor Laegeforen. 2006 Oct 19;126(20):2644-7.

Vedlegg 1: Kommunetabeller⁷

		Dårlig selvvurdert helse					
		Kvinner			Menn		
Kommune		Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI
5001	Trondheim	24,5	24,0	25,0	17,7	17,2	18,2
5006	Steinkjer	24,6	23,4	25,7	19,5	18,4	20,7
5007	Namsos	25,1	23,6	26,6	21,7	20,1	23,4
5014	Frøya	33,3	30,4	36,3	24,7	21,7	28,0
5020	Osen	32,6	26,6	39,2	22,4	17,2	28,7
5021	Oppdal	23,8	21,8	26,0	18,9	16,9	21,2
5022	Rennebu	25,5	22,1	29,1	20,2	16,9	24,0
5025	Røros-Plassje	23,8	21,7	26,0	18,2	16,1	20,5
5026	Holtålen	26,3	22,7	30,3	17,4	14,3	20,9
5027	Midtre Gauldal	28,2	25,8	30,7	21,2	18,8	23,9
5028	Melhus	26,7	25,1	28,3	19,2	17,7	20,9
5029	Skaun	29,7	27,5	32,0	19,0	16,9	21,2
5031	Malvik	24,7	23,0	26,4	18,5	16,8	20,3
5032	Selbu	25,4	22,6	28,4	19,0	16,3	21,9
5033	Tydal	31,7	25,6	38,5	17,4	12,5	23,7
5034	Meråker	25,0	21,3	29,1	17,7	14,2	21,8
5035	Stjørdal	23,4	22,2	24,7	16,5	15,3	17,7
5036	Frosta	23,6	20,6	27,0	16,0	13,3	19,2
5037	Levanger	21,5	20,2	22,7	16,6	15,4	17,9
5038	Verdal	24,3	22,9	25,9	19,6	18,1	21,2
5041	Snåsa-Snåasne	21,1	18,3	24,2	19,4	16,5	22,5
5042	Lierne	23,2	19,3	27,7	17,3	13,8	21,4
5043	Røyrvik-Raarvihke	21,9	16,6	28,3	15,8	11,2	21,8
5044	Namsskogan	28,2	22,8	34,3	23,1	17,5	29,8
5045	Grong	23,2	20,1	26,7	21,2	17,8	25,0
5046	Høylandet	19,1	15,1	23,9	13,9	10,9	17,6
5047	Overhalla	24,7	22,0	27,7	15,5	13,1	18,2
5049	Flatanger	22,8	17,9	28,7	19,4	15,1	24,6
5052	Leka	30,1	22,9	38,4	23,5	17,1	31,4
5053	Inderøy	24,8	22,6	27,1	17,5	15,5	19,8
5054	Indre Fosen	27,6	25,6	29,6	21,4	19,4	23,5
5055	Heim	25,4	23,0	28,0	20,7	18,2	23,5
5056	Hitra	32,0	29,1	35,0	25,3	22,1	28,8
5057	Ørland	32,4	30,4	34,5	25,4	23,3	27,7
5058	Åfjord	28,8	26,0	31,9	23,3	20,3	26,7
5059	Orkland	28,2	26,7	29,7	20,8	19,2	22,4
5060	Nærøysund	29,9	28,0	31,8	24,0	22,1	26,1
5061	Rindal	26,4	22,7	30,5	21,6	17,7	26,1
50	Trøndelag	25,6	25,3	25,9	19,2	18,9	19,4

⁷ Andelenes er aldersstandardiserte. Direkte metode med Norges befolkning 1 januar år 2020 som standardbefolkning.

Langvarig begrensende sykdom

		Kvinner			Menn		
		Andel	Nedre KI	Øvre KI	Andel	Nedre KI	Øvre KI
		(%)			(%)		
5001	Trondheim	34,3	33,8	34,8	27,4	26,9	28,0
5006	Steinkjer	41,7	40,4	43,1	38,0	36,5	39,4
5007	Namsos	43,0	41,3	44,7	40,1	38,1	42,0
5014	Frøya	39,5	36,5	42,6	31,4	28,0	35,0
5020	Osen	44,2	37,6	51,1	31,2	24,4	38,9
5021	Oppdal	33,8	31,4	36,1	30,2	27,7	32,9
5022	Rennebu	33,8	30,0	37,8	33,8	29,4	38,4
5025	Røros-Plassje	31,4	29,1	33,9	27,0	24,4	29,7
5026	Holtålen	33,7	29,7	37,9	22,2	18,7	26,2
5027	Midtre Gauldal	33,0	30,4	35,6	28,8	26,0	31,8
5028	Melhus	35,8	34,1	37,5	28,5	26,7	30,5
5029	Skaun	38,3	35,9	40,7	30,6	28,2	33,2
5031	Malvik	34,6	32,8	36,6	27,7	25,7	29,8
5032	Selbu	34,8	31,7	38,1	26,4	23,4	29,7
5033	Tydal	41,1	34,4	48,3	27,0	20,9	34,2
5034	Meråker	43,0	38,5	47,5	39,8	35,2	44,6
5035	Stjørdal	41,0	39,6	42,4	34,9	33,4	36,4
5036	Frosta	40,9	37,1	44,8	33,8	30,0	37,8
5037	Levanger	38,4	37,0	39,9	35,7	34,1	37,3
5038	Verdal	44,6	42,9	46,4	39,4	37,4	41,3
5041	Snåsa-Snåasne	40,6	36,8	44,5	39,2	35,3	43,3
5042	Lierne	34,1	29,6	38,8	33,0	28,5	37,9
5043	Røyrvik-Raarvihke	35,4	26,6	45,4	42,5	33,3	52,3
5044	Namsskogan	47,2	40,5	54,1	37,1	30,8	43,8
5045	Grong	41,1	37,1	45,2	36,0	32,0	40,1
5046	Høylandet	40,3	34,9	46,0	36,0	30,6	41,9
5047	Overhalla	38,5	35,3	41,8	36,1	32,6	39,6
5049	Flatanger	43,6	37,1	50,4	38,5	32,8	44,6
5052	Leka	42,0	34,0	50,4	49,1	40,0	58,2
5053	Inderøy	40,6	38,0	43,3	35,0	32,3	37,8
5054	Indre Fosen	38,1	35,9	40,3	33,0	30,6	35,4
5055	Heim	35,8	33,0	38,6	29,4	26,5	32,4
5056	Hitra	36,1	33,1	39,3	31,4	27,9	35,1
5057	Ørland	41,2	39,1	43,4	31,4	29,1	33,8
5058	Åfjord	37,2	34,1	40,4	32,8	29,4	36,5
5059	Orkland	37,7	36,1	39,4	30,9	29,1	32,8
5060	Nærøysund	48,4	46,3	50,6	40,9	38,7	43,2
5061	Rindal	37,4	33,2	41,8	32,8	27,9	38,0
50	Trøndelag	37,9	37,6	38,2	31,9	31,5	32,2

Vedlegg 2: Tabeller for levekårssoner, Trondheim

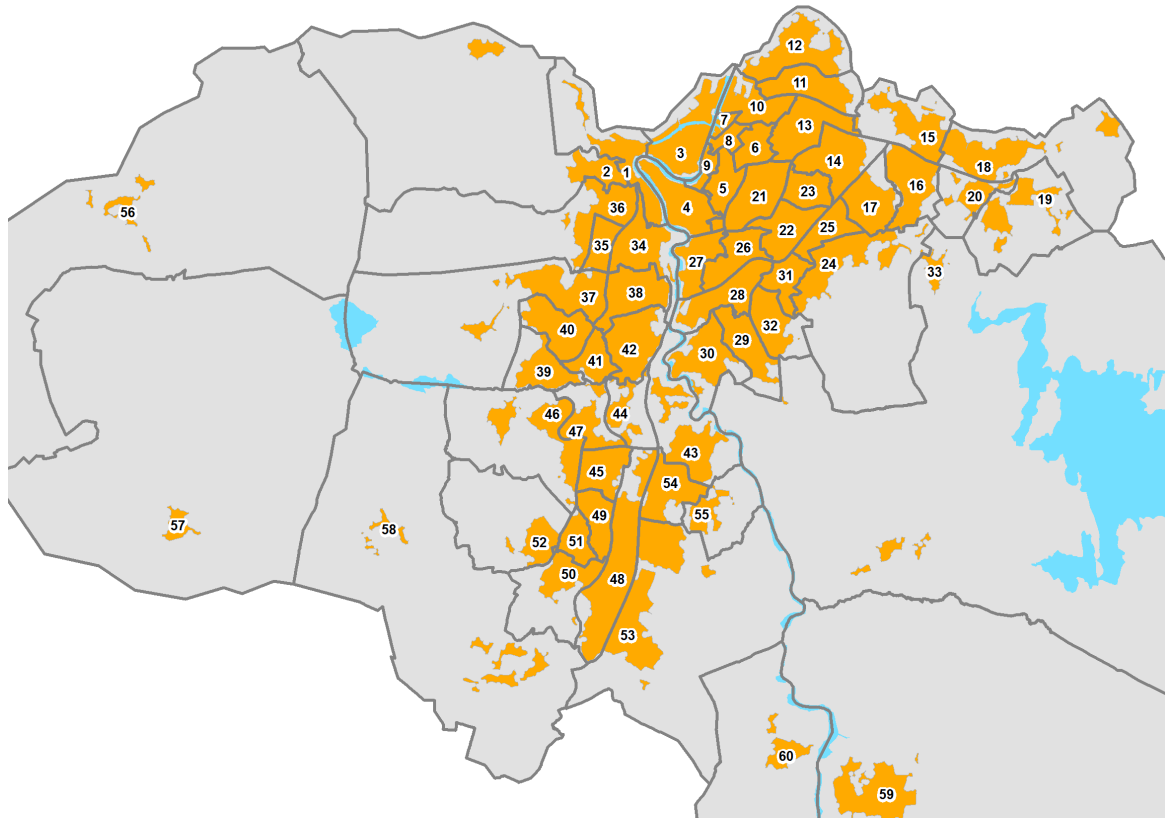
Levekårssone	Dårlig selvvurdert helse					
	Kvinner			Menn		
	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI
1 Ila	24,8	21,4	28,6	20,5	17,0	24,5
2 Hammersborg-Trolla	20,1	16,4	24,4	11,2	8,4	14,9
3 Midtbyen	26,8	22,8	31,2	21,6	17,8	26,1
4 Øya-Elgeseter	20,9	17,3	25,0	17,2	13,6	21,7
5 Singsaker	14,7	11,4	18,7	12,2	8,8	16,6
6 Rosenborg	16,4	13,5	19,8	14,9	11,6	18,8
7 Nedre elvehavn	19,1	13,8	26,0	11,3	6,9	17,8
8 Møllenberg	22,7	19,0	26,8	18,7	15,1	23,0
9 Bakklandet	22,8	18,8	27,5	12,2	8,8	16,7
10 Lademoen	30,8	26,8	35,2	22,8	18,6	27,6
11 Lilleby-Ladesletta	25,9	21,9	30,4	19,3	15,4	23,8
12 Lade	20,0	17,3	23,0	16,7	13,7	20,1
13 Strindheim	22,1	19,3	25,1	14,4	11,7	17,5
14 Bromstad-Leangen	16,2	13,4	19,6	15,0	11,6	19,2
15 Nedre Charlottenlund	21,6	18,4	25,2	12,8	10,1	16,1
16 Øvre Charlottenlund	21,3	18,4	24,5	13,7	11,0	17,0
17 Brundalen	25,6	21,7	29,8	16,8	13,0	21,5
18 Ranheim	24,3	21,2	27,7	12,4	9,6	15,9
19 Reppe-Vikåsen	21,2	18,1	24,8	14,3	11,4	17,9
20 Olderdalen	21,0	16,0	27,0	17,0	10,6	26,1
21 Berg-Tyholt	16,6	14,2	19,3	11,4	9,1	14,2
22 Moholt	20,2	16,9	24,0	14,3	11,3	18,0
23 Brøset-Valentinlyst	21,4	16,9	26,7	14,6	10,2	20,6
24 Stokkan	18,9	16,1	21,9	13,6	10,7	17,1
25 Åsvang-Angelltrøa	19,2	16,2	22,6	11,8	9,1	15,2
26 Nardo	16,8	13,8	20,2	14,7	11,6	18,4
27 Tempe-Sorgenfri	28,1	21,7	35,5	27,6	21,3	34,9
28 Nidarvoll	21,5	18,0	25,6	13,6	10,4	17,5
29 Stubban	19,2	16,0	22,9	18,1	14,5	22,3
30 Fossegrenda	29,1	25,1	33,6	14,8	11,3	19,2

Levekårssone	Dårlig selvvurdert helse					
	Kvinner			Menn		
	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI
31 Othilienborg-Vestlia	22,0	18,4	26,0	15,9	12,0	20,4
32 Risvollan	26,5	23,4	29,9	16,0	12,9	19,7
33 Bratsberg-Jonsvatnet-Leira	22,4	18,2	27,4	17,6	13,2	23,0
34 Havstein-Stavne	19,5	16,2	23,3	10,4	7,8	13,6
35 Nyborg	19,4	16,2	23,1	13,7	10,6	17,6
36 Sverresborg	18,2	15,4	21,4	15,5	12,2	19,4
37 Ugla	21,3	18,5	24,5	18,8	15,7	22,4
38 Munkvoll-Hoem	22,8	19,7	26,2	13,3	10,5	16,6
39 Stavset	22,3	18,1	26,4	10,2	7,4	14,0
40 Kystad	20,1	16,9	23,8	13,4	10,4	17,1
41 Rydningen	19,3	15,4	24,0	12,8	9,2	17,5
42 Hallset	25,5	22,3	29,0	18,2	14,8	22,3
43 Sjetnemarka-Okstad	24,4	21,3	27,7	17,1	13,9	20,8
44 Romulslia	27,1	22,3	32,6	16,2	11,7	22,1
45 Saupstad	36,5	32,4	40,8	24,0	19,6	28,9
46 Flatås-Huseby	20,6	17,3	24,2	17,1	13,1	22,0
47 Nedre Flatåsen	30,1	26,6	34,0	20,4	16,6	24,7
48 Breidablikk	26,5	22,7	30,6	18,0	14,4	22,3
49 Heimdal	24,9	20,7	29,6	18,0	13,3	23,8
50 Kattem	31,0	27,0	35,2	25,5	21,2	30,4
51 Åsheim	26,9	21,8	32,7	16,9	11,8	23,5
52 Lundåsen	27,5	23,4	32,0	11,5	8,1	16,0
53 Tiller sør	28,5	24,4	32,9	17,6	13,7	22,3
54 Tonstad	24,0	20,2	28,4	17,6	13,9	22,0
55 Tiller nord	18,7	14,9	23,2	15,4	11,3	20,8
56 Rye	30,4	24,0	37,7	20,7	15,0	27,8
57 Spongdal	28,4	22,7	34,9	7,4	4,7	11,5
58 Nypvang	26,1	21,3	31,7	12,3	7,9	18,7
59 Sørborgen	28,6	25,3	32,1	19,1	15,8	22,9
60 Tanem	27,9	23,0	33,5	14,3	10,2	19,7
Trondheim	22,9	22,4	23,3	15,6	15,1	16,1

Levekårssone	Langvarig begrensende sykdom					
	Kvinner			Menn		
	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI
1 Ila	35,4	31,5	39,4	32,8	28,6	37,2
2 Hammersborg-Trolla	30,9	26,5	35,7	21,3	17,0	26,3
3 Midtbyen	34,7	30,3	39,3	30,9	26,5	35,7
4 Øya-Elgeseter	29,1	25,0	33,5	25,5	21,1	30,5
5 Singsaker	20,9	16,9	25,5	23,3	18,8	28,6
6 Rosenborg	29,9	26,2	33,9	20,4	16,6	24,8
7 Nedre elvehavn	35,5	28,6	43,1	24,6	18,1	32,5
8 Møllenberg	34,4	30,2	38,9	28,1	23,8	32,8
9 Bakklandet	33,5	28,8	38,5	21,7	17,3	26,9
10 Lademoen	38,8	34,5	43,3	32,1	27,4	37,3
11 Lilleby-Ladesletta	36,1	31,7	40,8	31,2	26,6	36,3
12 Lade	29,3	26,2	32,6	25,5	21,9	29,4
13 Strindheim	31,9	28,7	35,2	23,0	19,7	26,7
14 Bromstad-Leangen	28,9	25,3	32,8	23,5	19,4	28,0
15 Nedre Charlottenlund	27,6	24,1	31,3	19,8	16,5	23,6
16 Øvre Charlottenlund	29,7	26,4	33,2	20,9	17,6	24,7
17 Brundalen	35,5	31,2	40,1	25,9	21,3	31,1
18 Ranheim	35,0	31,5	38,7	22,3	18,6	26,5
19 Reppe-Vikåsen	35,3	31,4	39,4	20,6	17,1	24,6
20 Olderdalen	30,0	24,2	36,5	21,6	14,7	30,5
21 Berg-Tyholt	26,8	23,9	29,9	21,1	18,1	24,5
22 Moholt	29,7	25,8	33,8	23,1	19,2	27,4
23 Brøset-Valentinlyst	31,0	25,7	36,9	23,0	17,7	29,4
24 Stokkan	29,1	25,8	32,6	22,9	19,2	27,1
25 Åsvang-Angelltrøa	29,6	26,1	33,5	23,1	19,3	27,4
26 Nardo	25,6	22,1	29,5	24,1	20,2	28,4
27 Tempe-Sorgenfri	40,7	33,6	48,3	37,3	30,4	44,8
28 Nidarvoll	29,3	25,3	33,6	27,2	22,8	32,0
29 Stubban	31,6	27,7	35,8	21,1	17,3	25,4
30 Fossegrenda	37,4	32,9	42,0	28,4	23,7	33,6

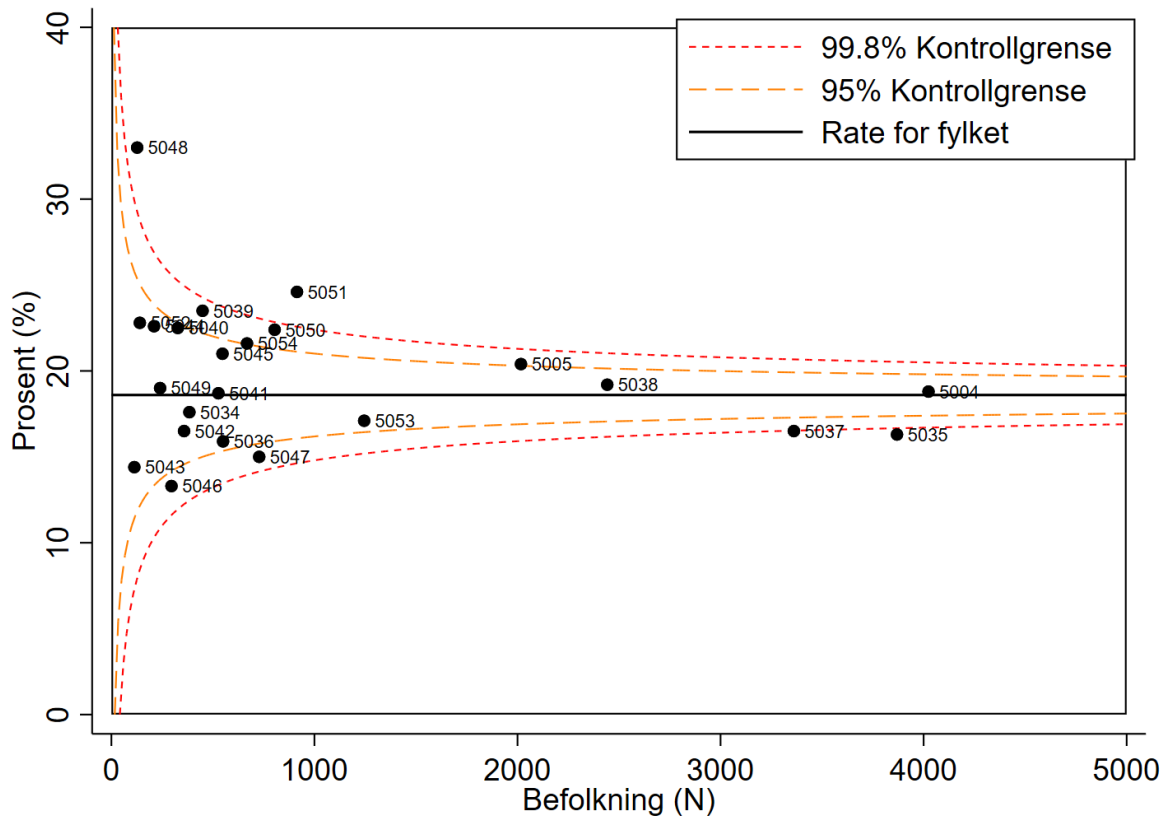
Levekårssone	Langvarig begrensende sykdom					
	Kvinner			Menn		
	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI	Andel (%)	Nedre KI	Øvre KI
31 Othilienborg-Vestlia	31,5	27,4	35,9	24,8	20,4	29,7
32 Risvollan	35,8	32,3	39,4	27,5	23,5	31,8
33 Bratsberg-Jonsvatnet-Leira	34,4	29,3	39,7	22,7	17,8	28,5
34 Havstein-Stavne	28,2	24,3	32,4	22,0	18,3	26,2
35 Nyborg	31,3	27,4	35,5	21,7	17,7	26,2
36 Sverresborg	28,4	25,0	32,1	24,2	20,2	28,7
37 Ugla	34,2	30,9	37,8	24,0	20,6	27,8
38 Munkvoll-Hoem	31,7	28,1	35,4	21,7	18,2	25,6
39 Stavset	34,1	29,8	38,7	20,5	16,5	25,2
40 Kystad	28,6	24,9	32,6	24,5	20,5	29,1
41 Rydningen	29,9	25,2	35,1	24,3	19,3	29,9
42 Hallset	36,1	32,5	39,9	33,1	28,7	37,8
43 Sjetnemarka-Okstad	34,8	31,2	38,5	25,8	22,1	29,9
44 Romulslia	40,0	34,5	45,7	26,3	20,4	33,2
45 Saupstad	46,4	42,1	50,8	33,6	28,5	39,1
46 Flatås-Huseby	35,1	30,8	39,6	25,4	20,7	30,8
47 Nedre Flatåsen	38,5	34,7	42,6	28,6	24,3	33,3
48 Breidablikk	34,6	30,0	39,0	26,6	22,3	31,4
49 Heimdal	35,9	31,1	41,0	27,7	22,1	34,0
50 Kattem	42,1	37,8	46,6	36,8	31,9	42,1
51 Åsheim	37,0	31,2	43,1	24,6	19,0	31,3
52 Lundåsen	34,2	29,7	38,9	23,1	18,4	28,5
53 Tiller sør	38,1	33,6	42,8	27,4	22,4	33,0
54 Tonstad	36,8	32,2	41,7	25,0	20,6	30,1
55 Tiller nord	31,9	27,2	37,1	27,7	22,2	34,0
56 Rye	34,4	28,2	41,3	25,7	19,4	33,2
57 Spongdal	36,2	30,0	42,9	22,3	15,7	30,8
58 Nypvang	36,6	31,4	48,0	23,4	17,2	31,0
59 Sørborgen	39,6	35,9	43,4	26,8	23,0	31,0
60 Tanem	38,1	32,4	44,2	22,9	17,8	29,0
Trondheim	33,0	32,4	33,5	25,0	24,4	25,5

Vedlegg 3: 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 får lys grå bakgrunn.

Vedlegg 4: Funnelploott av dårlig selvurdert helse (%) for menn i Trøndelag Nord



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 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.