

# Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19

Helsestatistikk-rapport nummer 1 fra Ung-HUNT4

## Self-perceived health, body mass and risk behavior among adolescents in Nord-Trøndelag County 2017-19

Health statistics report no. 1, the Young-HUNT4 Survey

Vegar Rangul og Kirsti Kvaløy

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 978-82-91725-18-5

## FORORD

Datainnsamlingen i HUNT4/Ung-HUNT4, den fjerde Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2017-19, ble avsluttet i februar 2019. Det er knyttet stor spenning til resultatene; hvor går folkehelseutviklingen? Uten å kjenne til fordelingen eller utviklingen av helsetilstanden i befolkningen er det umulig å drive et effektivt og målrettet folkehelsearbeid, både globalt, nasjonalt, regionalt og lokalt.

Vi har observert betydelige endringer i helserelaterte forhold bare i løpet av de siste tre tiår HUNT har pågått. Dette viser hvor sterkt de rådende levekårene og samfunnsforholdene påvirker oss.

Dette er første delrapport med helsestatistikk for ungdommer etter datainnsamlingen i Ung-HUNT i tidligere Nord-Trøndelag. Rapporten gir ikke et fullstendig bilde, men tar for seg følgende tre viktige temaer: selvpoplevd helse, kroppsmasse og risikoforferd. Den peker på enkelte endringer blant ungdom fra 1990-årene og fram til i dag.

Det er Vegar Rangul som har utarbeidet statistikken, Arnulf Langhammer som har vært ansvarlig for HUNT databanks implementering og kvalitetssikring av data. Vegar Rangul og Kirsti Kvaløy har stått for det faglige arbeidet med rapporten. Mer omfattende rapportering fra HUNT og HUNT4 blir publisert senere, i flere rapporter og på HUNT's nettsider.

Det at de to trøndelagsfylkene har slått seg sammen, har ført til et utvidet samarbeid mellom Trøndelag fylkeskommune, kommunene i hele det nye fylket og HUNT forskningscenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Det er gjennom dette samarbeidet gjennomført en datainnsamling sør i Trøndelag høsten 2019. I første omgang ble dette begrenset til en spørreskjemasbasert undersøkelse. Statistikken fra denne undersøkelsen og hele fylket blir tilgjengelig i løpet av 2020.

Levanger, 19.03.2020

HUNT forskningscenter

## Innholdsfortegnelse

FORORD .....	3
Sammendrag.....	5
1. Bakgrunn.....	6
2. Metode .....	6
2.1 HUNT .....	6
2.2 HUNT4 .....	6
2.2.1 Utvalg fra Ung-HUNT4.....	6
2.2.2 Analyser.....	7
2.2.3 Fortolkninger.....	7
3. Resultater.....	7
3.1 Vekt, høyde og kroppsmasse.....	8
1.1 Selvrapportert helse, psykisk og kroppslig helsetilstand.....	11
1.2 Symptomer på angst og depresjon, selvskading .....	15
1.3 Atferd; Røyk, snus og alkohol .....	18
Referanser.....	21

## Tabeller og figurer

TABELL 1 DELTAGERE I UNG-HUNT4, 2017-19.....	7
FIGUR 1 VEKTUTVIKLING I UNGDOMSÅRENE (13-19 ÅR) BLANT JENTER (GJENNOMSNITT KG I ALDERSGRUPPENE) I UNG-HUNT 1,3 OG 4. ....	8
FIGUR 2 VEKT UTVIKLING I UNGDOMSÅRENE (13-19 ÅR) BLANT GUTTER (GJENNOMSNITT VEKT I ALDERSGRUPPENE) I UNG-HUNT 1,3 OG 4. ....	8
FIGUR 3 HØYDE UTVIKLINGEN I UNGDOMSÅRENE BLANT JENTER OG GUTTER (GJENNOMSNITT CM I ALDERSGRUPPENE) I UNG-HUNT 1, 3 OG 4. ....	9
FIGUR 4 KROPPSMASSEINDEKS (BMI, ISO/IOTF) BLANT GUTTER FRA UNG-HUNT1 - UNG-HUNT3 - UNG-HUNT4. .....	9
FIGUR 5 KROPPSMASSEINDEKS (BMI, ISO/IOTF) BLANT JENTER FRA UNG-HUNT1 - UNG-HUNT3 - UNG-HUNT4. .....	10
FIGUR 6 MIDJEMÅL (CM) BLANT JENTER OG GUTTER FRA UNG-HUNT1 – UNG-HUNT3 – UNG-HUNT4.....	11
FIGUR 7 ANDEL SOM OPPGIR «DÅRLIG» ELLER «IKKE HELT GOD» SELVOPPLEVD HELSE (%) ETTER ALDER OG KJØNN I UNG-HUNT4. ....	12
FIGUR 8 ANDEL SOM OPPGIR «DÅRLIG» ELLER «IKKE HELT GOD» SELVOPPLEVD HELSE (%) FORDELT PÅ REGIONER I UNG-HUNT4. ....	12
FIGUR 9 ANDEL GUTTER OG JENTER SOM OPPGIR «DÅRLIG» ELLER «IKKE HELT GOD» SELVOPPLEVD HELSE (%) ETTER PLANER FOR UTDANNING I UNG-HUNT4. ....	13
FIGUR 10 ANDEL SOM OPPGIR SIN PSYKISKE OG FYSISKE HELSE SOM «BÅDE OG» ELLER «DÅRLIG» (%) ETTER ALDER OG KJØNN I UNG-HUNT4. ....	14

FIGUR 11 ANDELEN SOM OPPGIR SIN FYSISKE HELSE SOM BÅDE OG ELLER DÅRLIG (%) ETTER KJØNN FORDELT PÅ REGIONER I UNG-HUNT4. ....	14
FIGUR 12 ANDEL SOM OPPGIR SIN PSYKISKE HELSE SOM «BÅDE OG» ELLER «DÅRLIG» (%) ETTER KJØNN FORDELT PÅ REGIONER I UNG-HUNT4. ....	15
FIGUR 13 ANDEL SOM RAPPORTERER SYMPTOMER PÅ ANGST OG DEPRESJON (SCL-5, $\geq 2$ ) ETTER KJØNN I UNG-HUNT 1-3-4. ....	16
FIGUR 14 ANDEL (%) SOM SKÅRER 2 ELLER HØYERE PÅ ANGST- OG DEPRESJONSSYMPTOMER BASERT PÅ SCL-5, ETTER ALDER OG KJØNN I UNG-HUNT4. ....	16
FIGUR 15 ANDEL SOM OPPGIR SYMPTOMER PÅ ANGST OG DEPRESJON (%) ETTER KJØNN FORDELT PÅ REGIONER I UNG-HUNT4. ....	17
FIGUR 16 ANDEL SOM OPPGIR SYMPTOMER PÅ ANGST OG DEPRESJON (%) ETTER PLANER FOR UTDANNING I UNG- HUNT 1 OG 4. ....	17
FIGUR 17 ANDEL SOM OPPGIR AT DE MED VILJE HAR FORSØKT Å SKADE SEG SELV (%) ETTER KJØNN I UNG-HUNT 4. ....	18
FIGUR 18 ANDELEN SOM OPPGIR AT DE RØYKER ELLER BRUKER SNUS, OG HVOR OFTE DE RØYKER ELLER BRUKER SNUS I UNG-HUNT4. ....	19
FIGUR 19 ANDELEN SOM RØYKER ELLER BRUKER SNUS FRA UNG-HUNT1 - UNG-HUNT3 - UNG-HUNT4. ....	20
FIGUR 20 ANDELEN (%) UNGDOMMER SOM RAPPORTERER HVOR MANGE GANGER DE DRIKKER ALKOHOL OG HVOR OFTE DE HAR VÆRT BERUSET, BLANT DE SOM HAR RAPPORTERT AT DE DRIKKER ALKOHOL, I ALDERSGRUPPENE 13-15 OG 16-19 ÅR I UNG-HUNT3 OG UNG-HUNT4. ....	20
FIGUR 21 ANDELEN (%) SOM RAPPORTERER AT DE DRIKKER ALKOHOL HVER ANNEN UKE ELLER OFTERE, FORDELT PÅ KJØNN I DE ULIKE ALDERSGRUPPENE 13-15 OG 16-19 ÅR I UNG-HUNT4. ....	21

## Sammendrag

Rapporten presenterer resultater for noen temaområder fra ungdomsdelen av Helseundersøkelsen i Trøndelag (Ung-HUNT) blant 13-19 åringer, gjennomført i 2017-19 (Ung-HUNT4). Noen resultater presenteres også som trender/utvikling fra den første ungdomsundersøkelsen i HUNT (Ung-HUNT1, 1995-97) til Ung-HUNT4.

### Vekt, høyde og kroppsmasse

Andelen ungdommer i kategorien fedme, basert på kroppsmasseindeks (BMI) fortsetter å øke for begge kjønn. Midjemålet øker hos jenter, men en ser ikke det samme hos gutter.

### Selvrappertert helse, psykisk og kroppslig helsetilstand

Resultatene tyder på at ungdommene i all hovedsak opplever sin subjektive helse som god. Jenter rapporterer mer fysiske og psykiske helseplager, spesielt i videregående skole (16-19 år).

### Symptomer på angst og depresjon, selvskading

En stor andel av jentene rapporterer å ha symptomer på angst og depresjon. En ser spesielt at de eldste (16-19 år) har en høy symptomskår. Dette gjelder begge kjønn, men skåren er høyere hos jenter.

### Røyk, snus og alkohol

Bruk av tobakk/røyk ser ut til å være svært lavt blant ungdom. Det ser ikke ut til at nedgangen i røyking fører til økt bruk av snus. Det totale nikotinformbruket har aldri vært lavere blant ungdom. Alkoholbruk øker med økende alder, og er høyere blant gutter enn jenter.

## 1. Bakgrunn

Dette er den første Ung-HUNT delrapporten om folkehelsestanden i tidligere Nord-Trøndelag fylke. Det fremstilles data fra Ung-HUNT4 (i tidligere Nord-Trøndelag fylke), og for noen variabler viser vi også utviklingen over tid med data fra de tidligere Ung-HUNT Undersøkelsene.

## 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 innbyggerne i nye Trøndelag fylke som er 13 år eller eldre fra tidligere Nord-Trøndelag fylke, og de som er 18 år eller eldre fra tidligere Sør-Trøndelag fylke. I det følgende benevner vi de tidligere fylkene som respektive Trøndelag Nord og Trøndelag Sør.

HUNT er en omfattende samling av helseopplysninger fra HUNT1 (1984-86), HUNT2/Ung-HUNT1 (1995-97), HUNT3/Ung-HUNT3 (2006-2008) og HUNT4/Ung-HUNT4 (2017-19). I tillegg ble det utført en ungdomsundersøkelse i 2000-01, Ung-HUNT2, som var en oppfølging av de yngste deltagerne i Ung-HUNT1. Det er samlet inn data ved hjelp av spørreskjema, kliniske målinger og biologisk materiale (Holmen mfl 2013; Krokstad mfl 2013).

Alle deltakere i HUNT har avgitt skriftlig samtykke til at helseopplysningene kan brukes i helseforskning. I Ung-HUNT har de som var 16 år eller eldre samtykket selv, mens foreldre eller verger har samtykket for ungdommene under 16 år.

### 2.2 HUNT4

HUNT4/Ung-HUNT4 ble gjennomført i perioden august 2017 til utgangen av februar 2019 i Trøndelag Nord. I ungdomsdelen (13-19 år) deltok 8066 personer og i voksendelen (20+) deltok totalt 56078 personer som representerte respektive 76% og 54% av alle inviterte.

#### 2.2.1 Utvalg fra Ung-HUNT4

Resultatene er basert på alle ungdommer som deltok i Ung-HUNT4, dvs. skoleelever i grunnskole og videregående skoler i alderen 13-19 år, inkludert lærlinger. Ungdommer som var utenfor skolen ble også invitert, men denne gruppen hadde veldig lav deltagelse. Det vil nødvendigvis medføre at vi ikke kan si noe om den andelen som ikke deltok. Hvorvidt det er systematiske forskjeller mellom deltakere og de som ikke deltok vet vi ikke ennå, men det er grunn til å anta, slik det er vist i tidligere runder av HUNT, at det kan være en skjevhet i utvalget. Vi vet fra frafallsanalyser blant voksne, i tidligere HUNT-undersøkelser, at de som ikke deltar i større grad har lavere utdanning og dårligere helse (Langhammer mfl 2012). Konsekvensen vil sannsynligvis være at det blir tegnet et bilde av befolkningen som er noe mer helsemessig positivt enn det som ville vært tilfelle om alle hadde deltatt.

Tabell 1 Deltagere i Ung-HUNT4, 2017-19.

	13 åringer	14 åringer	15 åringer	16 åringer	17 åringer	18 åringer	19 åringer	Totalt
<b>Jenter</b>	633	658	603	697	743	646	126	4106
% total	15.4%	16.0%	14.7%	17.0%	18.1%	15.7%	3.0%	
<b>Gutter</b>	637	617	571	702	665	620	148	3960
% total	16.1%	15.6%	14.4%	17.7%	16.8%	15.7%	3.7%	
Totalt utvalg	1270	1275	1174	1399	1408	1266	273	8066

### 2.2.2 Analyser

Tallene som presenteres er basert på krystabeller og formidles ved hjelp av enkle figurer som viser andeler (prosent) etter alder, kjønn, planer for utdanning, regioner (kommuner) og tidspunkt (HUNT-undersøkelse). Det er ikke utført statistiske tester på forskjeller som presenteres.

### 2.2.3 Fortolkninger

Vi har valgt å presentere data som i utgangspunktet er enkle å forholde seg til, f.eks. at vi viser prosentandeler som har rapportert «dårlig helse». Det er imidlertid viktig å ta i betraktning usikkerheten som knytter seg til lavt antall deltagere fra de minste Trøndelagsregionene.

En annen viktig understrekning er følgende: vi presenterer prosentandeler som altså er et gjennomsnitt for en gruppe. Innenfor denne gruppen vil det være variasjon. Hvis for eksempel 30 prosent av guttene som ikke har planer for sin utdanning svarer at de har dårlig helse, mens 10 prosent av de som har planer om universitetsutdanning svarer det samme, så vil det i begge gruppene være en klar overvekt av deltakere som svarer at helsen er god. Dette kan virke selvsagt, men i formidlingen blir dette av og til fremstilt som «gutter uten planer for utdanning har dårligere helse enn de som velger høyere utdanning». Det er ikke direkte feil, men formidlingen blir misvisende. En mer korrekt beskrivelse vil være at «en større andel rapporterer dårlig helse blant de som ikke har planer for utdanning enn blant de med planer om universitetsutdanning». Det er med andre ord viktig å huske at det er stor variasjon innen gruppene og at en ikke må trekke for bastante slutninger basert på det tallmaterialet som presenteres.

I rapporten presenterer vi andelen med negative helse mål i form av dårlig helse i stedet for andelen som har god helse. Denne presentasjonsformen er valgt ettersom mange helseindikatorer ikke er enkle å invertere samt at det letter forståelsen når alle helse- og risikofaktorer presenteres i samme retning.

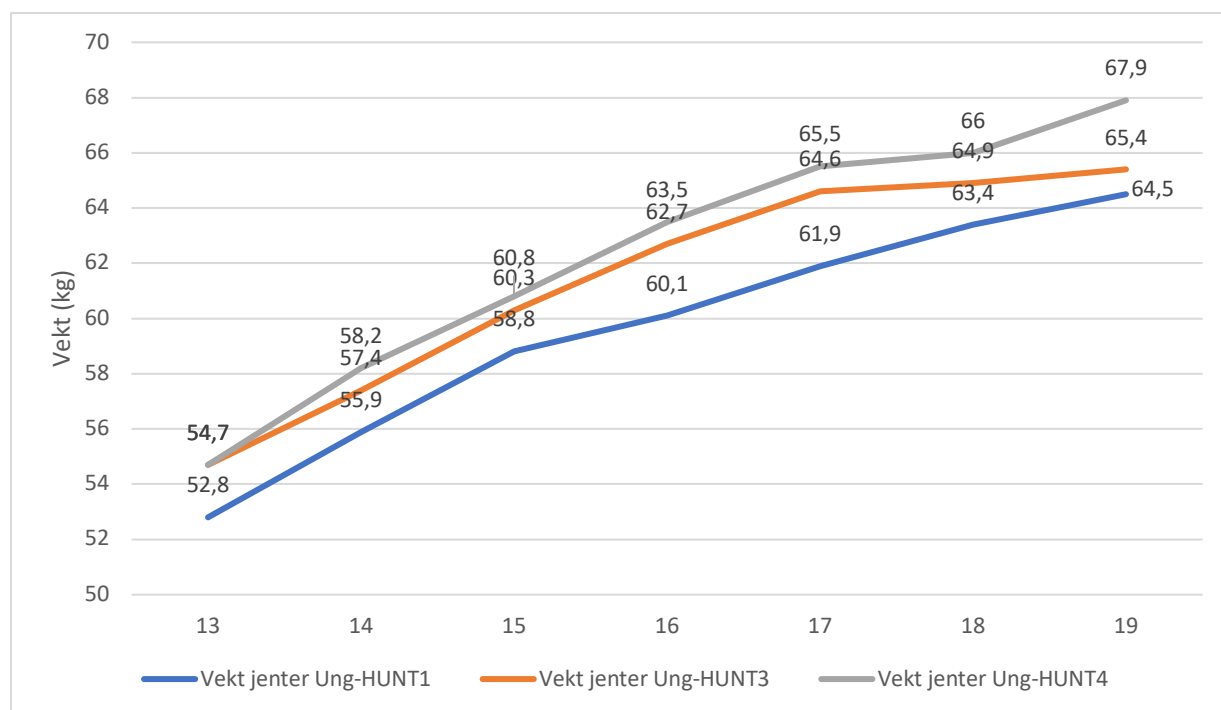
## 3. Resultater

I det følgende presenteres indikatorer for vekt og høyde, hvordan ungdommene selv rapporterer sin subjektive helse, psykisk og fysisk helse, og selvskadning, og til slutt risikofatferd som røyking, bruk av snus og alkohol.

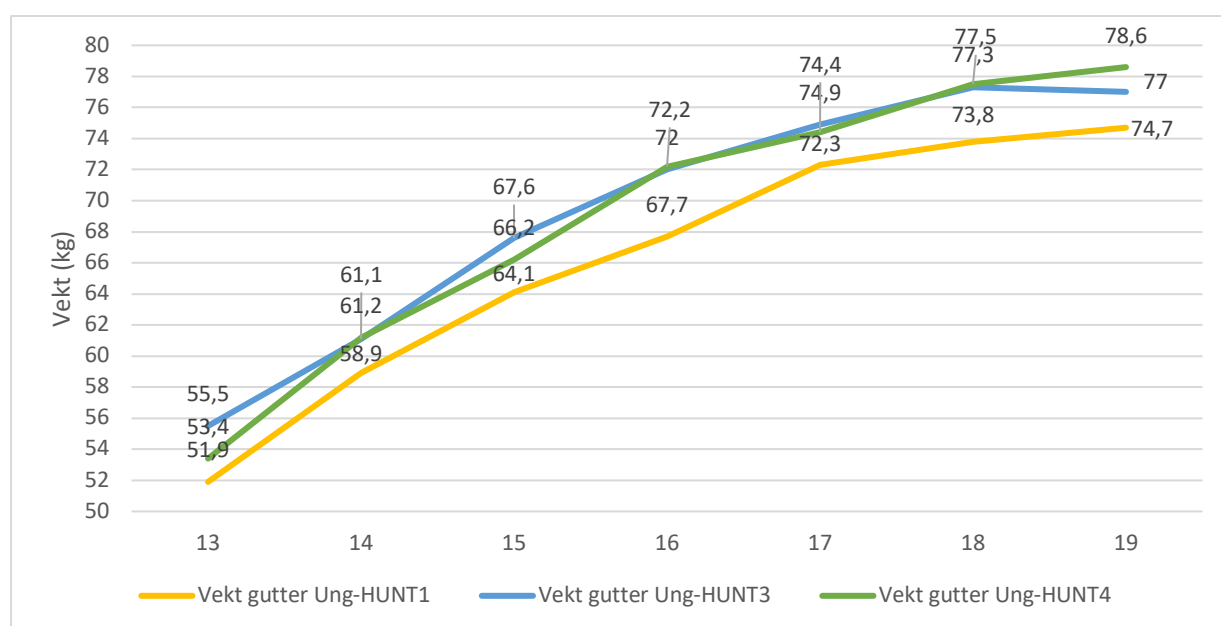
### 3.1 Vekt, høyde og kroppsmasse

Vekt og kroppsfasjon har betydning for helsen i befolkningen. Økende kroppsmasse uavhengig av den normale veksten som skjer i ungdomsårene har betydning for vekten senere i voksen alder, som igjen kan ha betydelige negative helsekonsekvenser. Verdens helseorganisasjon omtaler fedme som en global befolkningsepidemi og det er spesielt urovekkende at også barn i stor grad rammes. Å identifisere barn og unge med risiko for over- eller undervekt gir mulighet for å sette inn forebyggende eller behandlende tiltak tidlig.

Figur 1 Vektutvikling i ungdomsårene (13-19 år) blant jenter (gjennomsnitt kg i aldersgruppene) i Ung-HUNT 1,3 og 4.



Figur 2 Vekt utvikling i ungdomsårene (13-19 år) blant gutter (gjennomsnitt vekt i aldersgruppene) i Ung-HUNT 1,3 og 4.

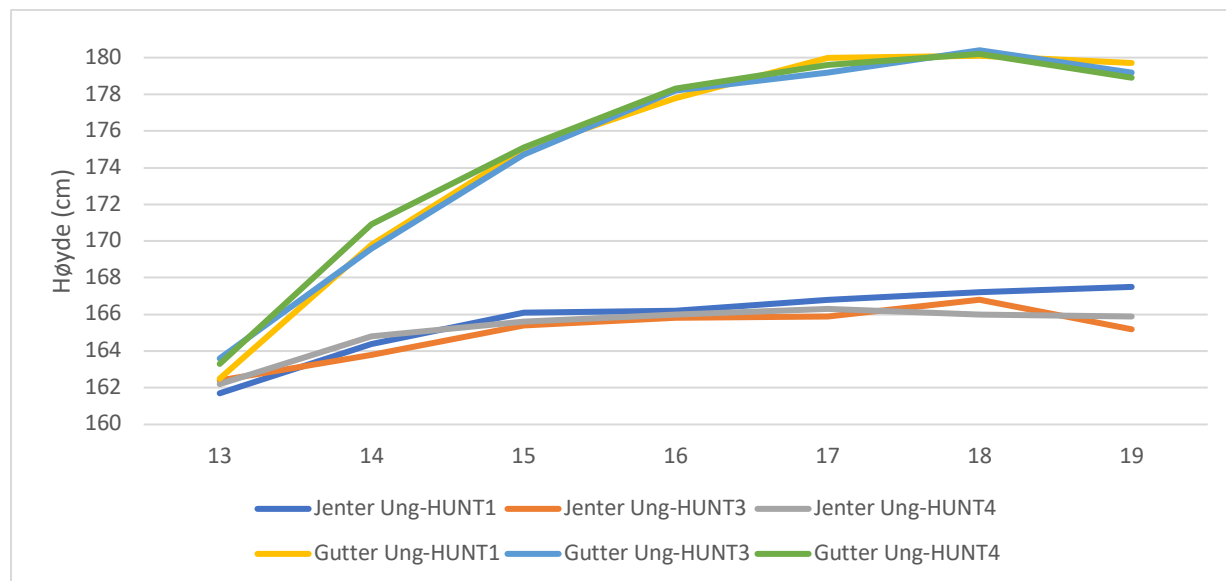




Figur 1 og 2 viser høyde- og vektutviklingen i løpet av ungdomsårene for jenter og gutter fra Ung-HUNT1 til Ung-HUNT4. Vekten øker jevnt fra 13 års-alderen for begge kjønn, men ser ut til å flate ut når gutter 18-19 år. En kan tydelig se at vekten blant jenter og gutter, 13-19 år har økt i alle aldersgrupper fra Ung-HUNT1 til Ung-HUNT4.

Høydevekst hos jenter stabiliserer seg tidlig i ungdomsårene, mens gutter opprettholder lengdeveksten helt inn i videregående skole (figur 3). Vekten i alle aldersgrupper og begge kjønn økte fra Ung-HUNT1 til Ung-HUNT3, men når en ser på høyden i samme aldersgruppe har den vært stabil de siste 20 årene.

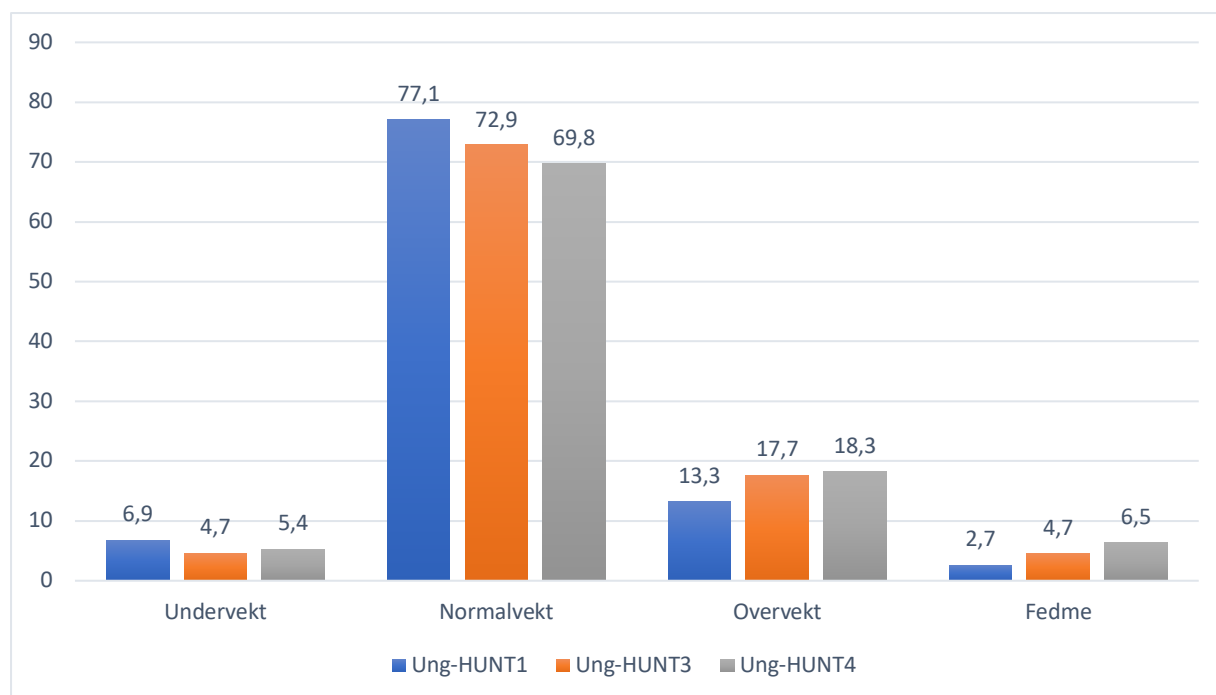
Figur 3 Høyde utviklingen i ungdomsårene blant jenter og gutter (gjennomsnitt cm i aldersgruppene) i Ung-HUNT 1, 3 og 4.



Figur 4 Kroppsmasseindeks (BMI, ISO/IOTF) blant gutter fra Ung-HUNT1 - Ung-HUNT3 - Ung-HUNT4.



Figur 5 Kroppsmasseindeks (BMI, ISO/IOTF) blant jenter fra Ung-HUNT1 - Ung-HUNT3 - Ung-HUNT4.

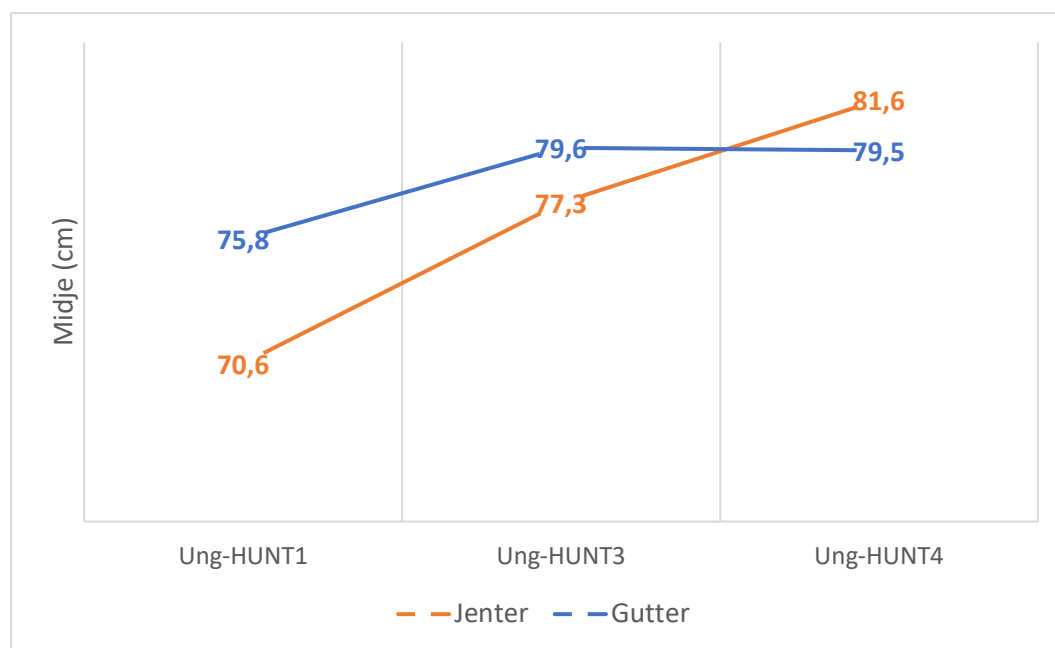


Både hos gutter og jenter ser en fortsatt at andelen som er kategorisert med fedme som målt med ISO BMI (Cole mfl., 2000), et mål for BMI hos barn og unge som er kjønns og alders-justert, fortsetter å øke (figur 4 og 5). Blant jenter er det litt flere i overvekt og fedme kategoriene enn blant gutter. I kategorien overvekt ser en motsatt trend blant guttene, der andelen går ned fra Ung-HUNT3 til Ung-HUNT4. Andelen undervektige gikk ned fra Ung-HUNT1 til Ung-HUNT3, men det er en svak økning fra Ung-HUNT3 til Ung-HUNT4, så her ser vi en trend som snur for begge kjønn.

Midjemål brukes sammen med KMI for å vurdere helserisiko, og kan noen ganger gi et bedre bilde av kroppsfettets fordeling enn KMI. Både KMI og midjemål bør imidlertid brukes sammen for å vurdere helserisiko.

Midjemålet blant ungdom har holdt seg stabilt det siste tiåret blant guttene, men for jenter ser vi en jevn økning fra midten av 90-tallet fram til i dag. I Ung-HUNT4 har gjennomsnittlig midjemål blant jenter blitt større enn hos gutter (figur 6).

Figur 6 Midjemål (cm) blant jenter og gutter fra Ung-HUNT1 – Ung-HUNT3 – Ung-HUNT4.



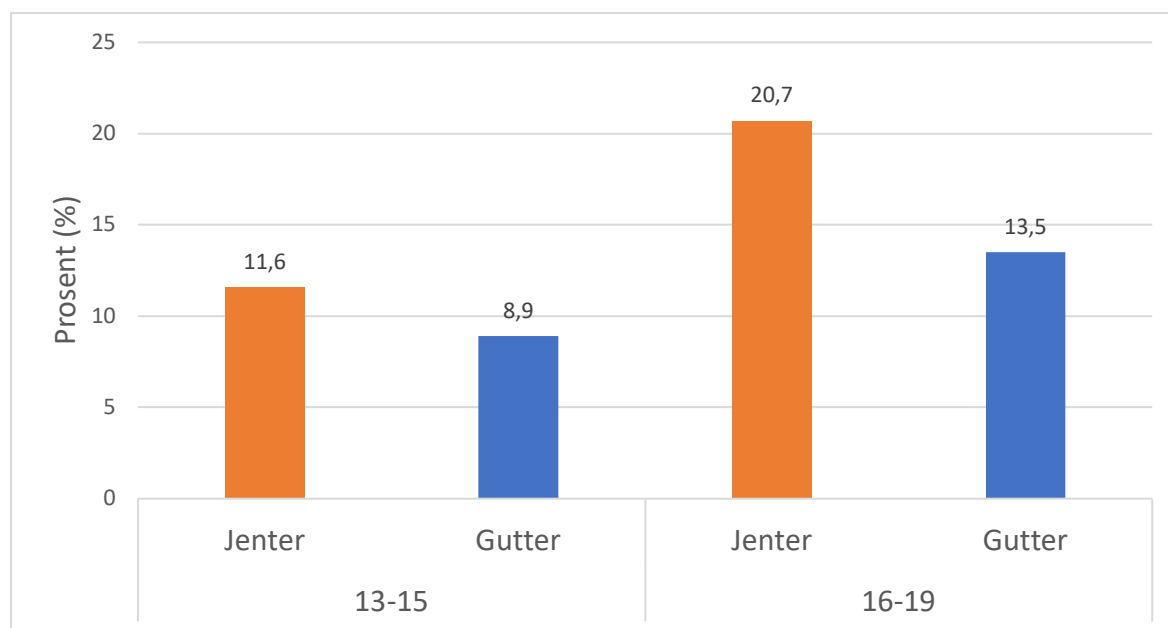
### 1.1 Selvrapportert helse, psykisk og kroppslig helsetilstand

Barn og unges opplevelse av egen helsetilstand gir en viktig indikasjon på livskvaliteten i et land. Selvopplevd helse<sup>1</sup> er et mye brukt mål på helse og sykkelighet i befolkningsundersøkelser. Det er et betydningsfullt mål på helse, som har vist seg også å forutsi senere utvikling av sykkelighet og dødelighet (Schou mfl 2006).

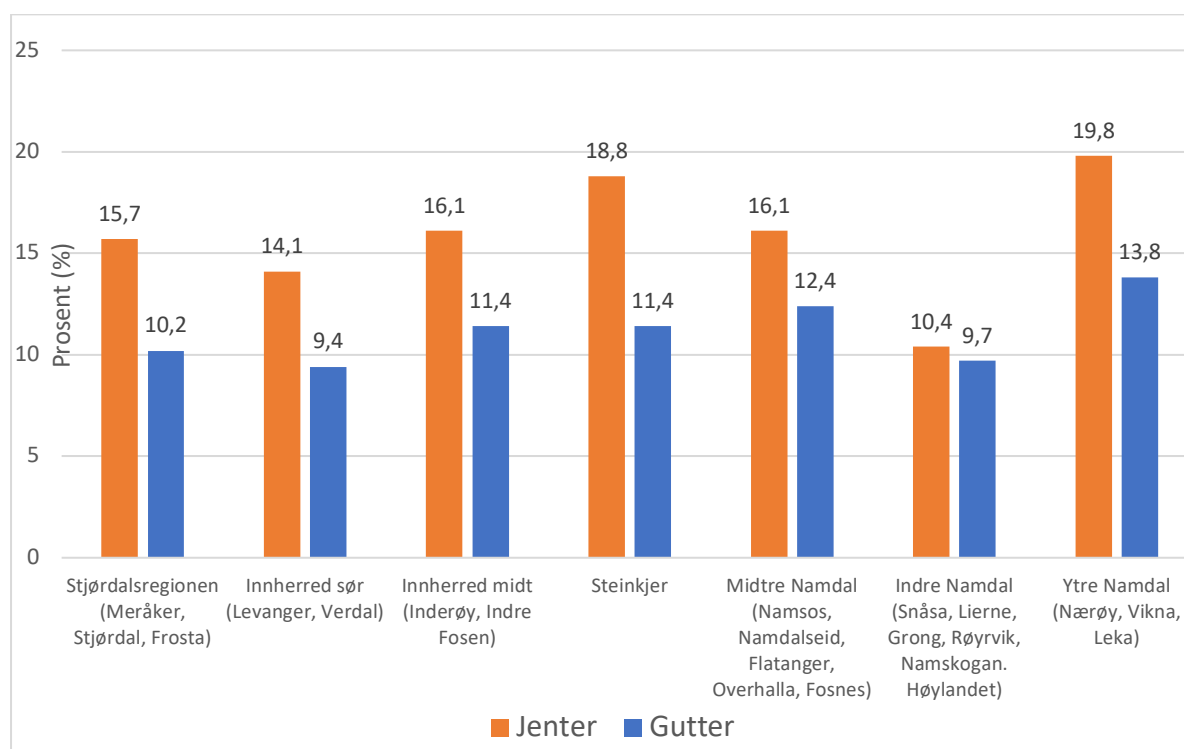
Dårlig selvopplevd helse vil naturlig nok være sterkt betinget av alder. Figur 7 viser andelen jenter og gutter som rapporterer dårlig selvopplevd helse etter aldersgrupper (13-15 og 16-19 år) i Ung-HUNT4. Andelen øker med økende alder for begge kjønn, og vi ser i begge aldersgruppene at en større andel jenter enn gutter rapporterer dårlig selvopplevd helse. Ca. 12% av jentene rapporterer dårlig selvopplevd helse i aldersgruppen 13-15 år (ungdomsskolen), mens andelen nesten dobles til ca. 21% i aldersgruppen 16-19 år (videregående skole). En ser den samme tendensen for gutter, men ikke så stor økning i andelen som rapporterer dårlig selvopplevd helse fra ungdomsskolen til videregående skole. At en større andel jenter rapporterte dårlig selvopplevd helse enn gutter er et vanlig funn i helseundersøkelser og er også vist i tidligere HUNT-undersøkelser (Krokstad mfl 2011). Figur 8 viser andelen som rapporterer dårlig selvopplevde helse fordelt på kjønn og geografiske regioner. Steinkjer kommune og kommunene i Ytre Namdal er de som har høyeste andel ungdommer som rapporterer dårlig selvopplevd helse både blant jenter og gutter.

<sup>1</sup> Dårlig selvopplevd helse er basert på spørsmålet: Hvordan er helsa di nå?: dårlig, ikke helt god, god eller svært god. Dårlig helse omfatter svarene dårlig og ikke helt god.

Figur 7 Andel som oppgir «dårlig» eller «ikke helt god» selvopplevd helse (%) etter alder og kjønn i Ung-HUNT4.

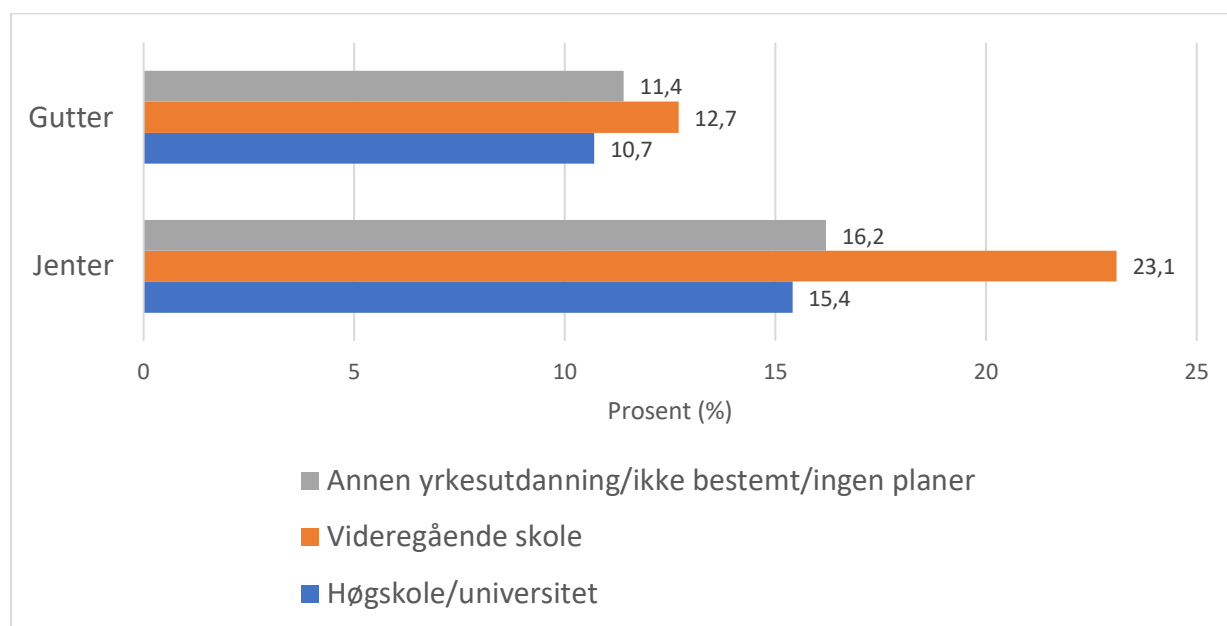


Figur 8 Andel som oppgir «dårlig» eller «ikke helt god» selvopplevd helse (%) fordelt på regioner i Ung-HUNT4.



Vi har også sett på dårlig selvopplevd helse i kombinasjon med planer for utdanning - se figur 9. Både for jenter og gutter fremtrer et mønster der andelen som rapporterer dårlig selvopplevd helse er høyest blant de som har planer om videregående skole som høyeste utdanning. De med planer om utdanning på universitet/høgskole har lavest andel med dårlig selvopplevd helse.

Figur 9 Andel gutter og jenter som oppgir «dårlig» eller «ikke helt god» selvopplevd helse (%) etter planer for utdanning i Ung-HUNT4.



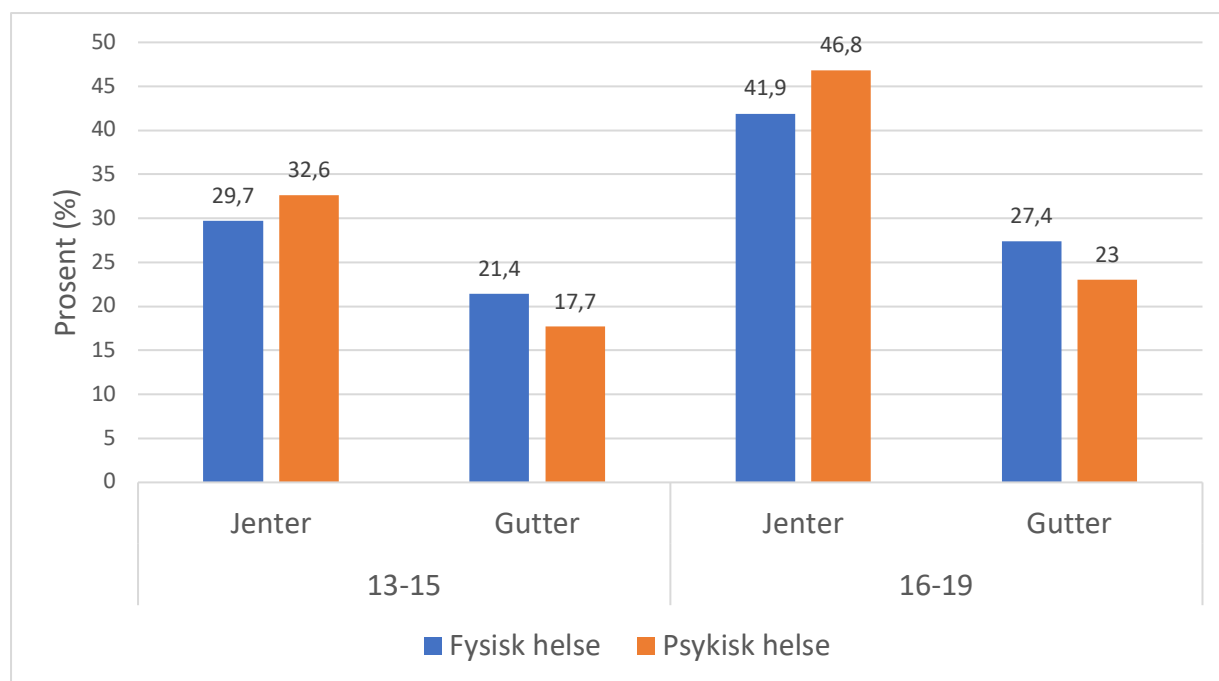
### Selvrapportert psykisk og kroppslig helsetilstand

Et annet viktig helsemål i HUNT er spørsmålene om hvordan en vurderer sin psykiske og fysiske helsetilstand<sup>2</sup>. Dette spørsmålet er brukt i mange liknende studier internasjonalt (Bowling mfl 2005).

I fordelingen etter alder og kjønn (figur 10) ser vi et mønster hvor andelen stiger med alder, og hvor det er kjønnsforskjeller i begge aldersgrupper. Jentene har høyere andel som rapporterer dårlig psykisk helse sammenlignet med gutter, og nesten halvparten av jentene i alderen 16-19 år rapporterer sin psykiske helse som «både og» eller «dårlig».

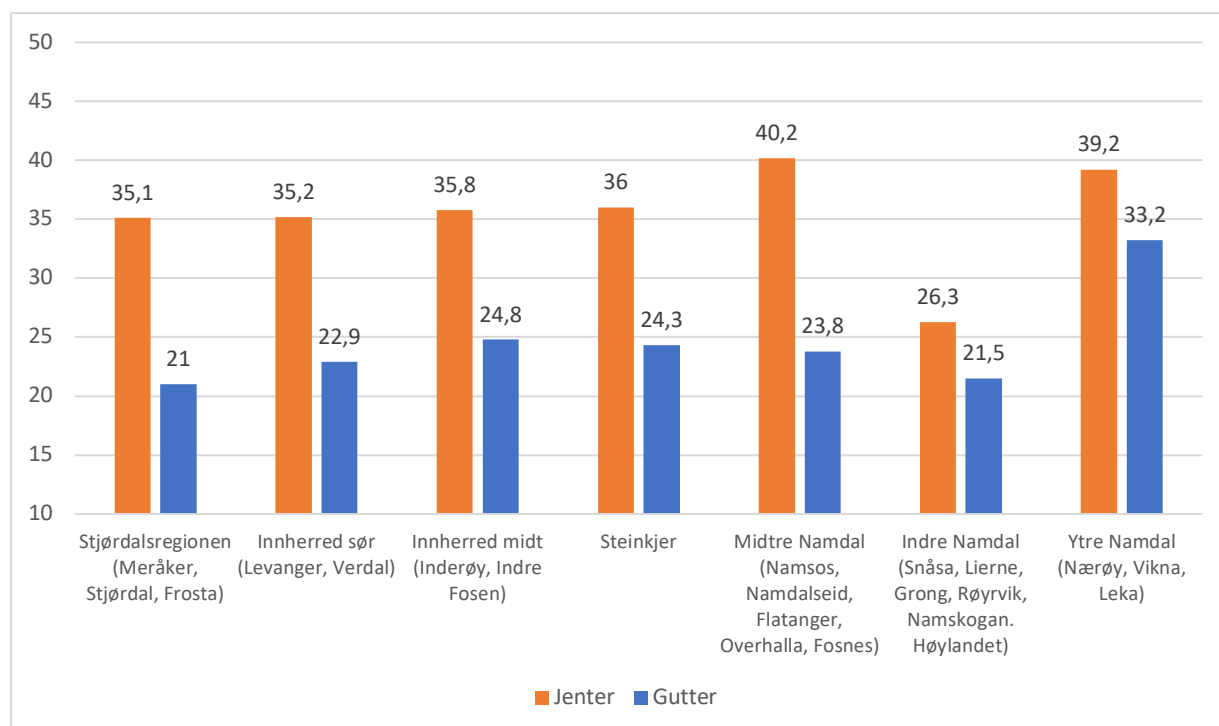
<sup>2</sup> Psykisk og fysisk helsetilstand er målt gjennom to spørsmål: «Hvordan vurderer du din kroppslige helsetilstand?» og «Hvordan vurderer du din psykiske helsetilstand?» (Tenk på hvordan det har vært den siste uken). Svaralternativene var: Veldig bra, ganske bra, både og, ganske dårlig og veldig dårlig. Dårlig helsetilstand omfatter svarene både og, ganske dårlig og veldig dårlig.

Figur 10 Andel som oppgir sin psykiske og fysiske helse som «både og» eller «dårlig» (%) etter alder og kjønn i Ung-HUNT4.

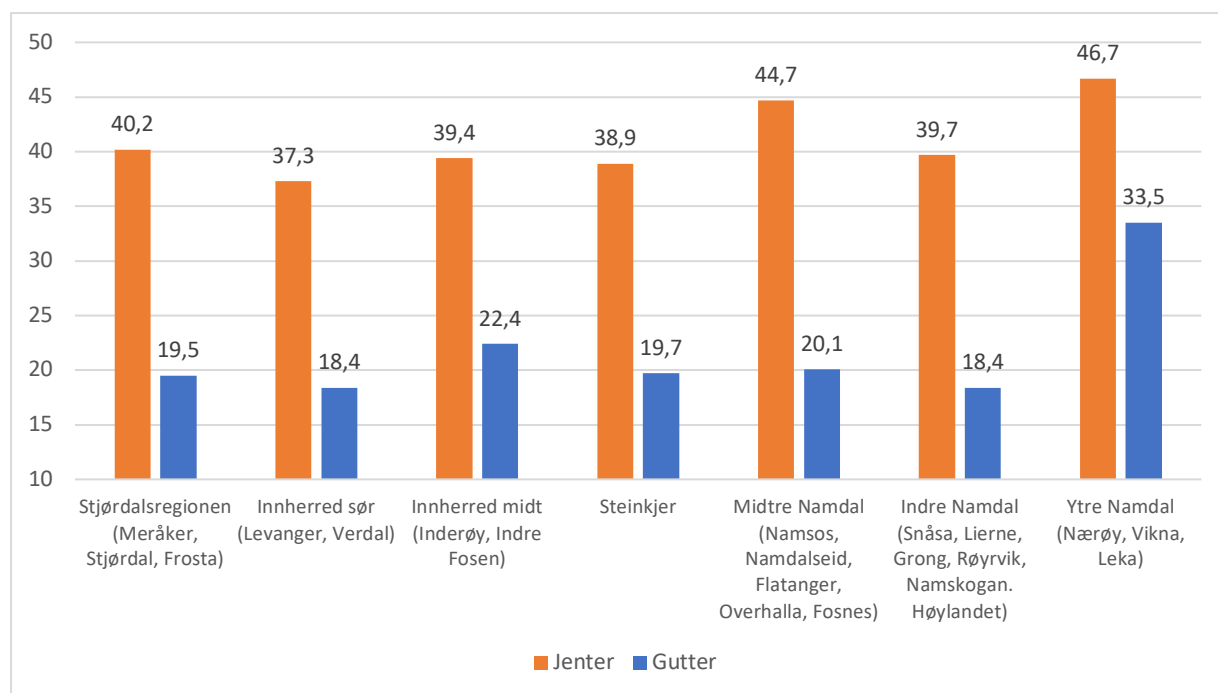


En ser ganske store geografiske forskjeller i andelen jenter og gutter som rapporterer «både og» eller «dårlig» fysisk helse, der indre Namdal har lavest andel blant jentene og Stjørdalsregionen blant guttene (figur 11).

Figur 11 Andelen som oppgir sin fysiske helse som både og eller dårlig (%) etter kjønn fordelt på regioner i Ung-HUNT4.



Figur 12 Andel som oppgir sin psykiske helse som «både og» eller «dårlig» (%) etter kjønn fordelt på regioner i Ung-HUNT4.



Ytre Namdal er regionen hvor andelen som rapporterer «både og» eller «dårlig» psykisk helse er høyest, både blant jenter og gutter (figur 12). Mellom de andre regionene/kommunene er ikke variasjonen stor blant guttene, men en ser en litt større geografisk variasjon blant jentene.

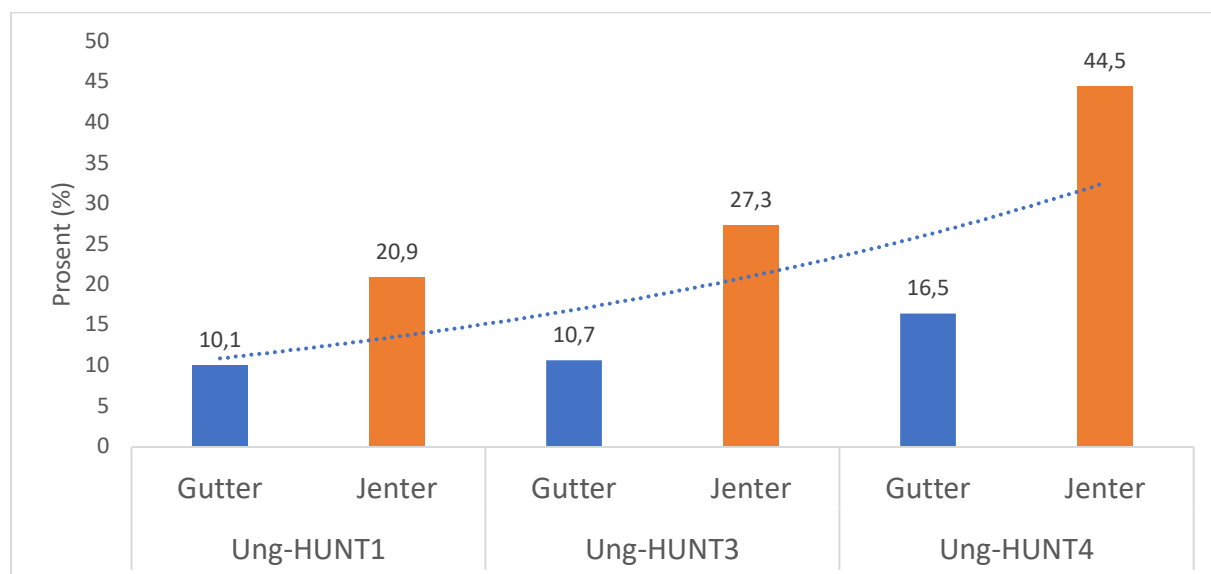
## 1.2 Symptomer på angst og depresjon, selvskading

Angst og depresjon er psykiske lidelse som kan være hemmende for den det gjelder og livskvaliteten kan forringes.

Hopkins Symptom Checklist 5 (SCL-5) er et mye brukt, selvrapportert instrument, designet for å måle psykisk helse og mer spesifikt ett generelt symptomsmål på angst og depresjon i befolkningsundersøkelser. Spørsmålene skåres på en skala fra 1 til 4, og det regnes ut gjennomsnittsskår, der 1 betyr fravær av symptomer og 4 er maksimal symptombelastning. I andre studier er det vanlig å anta at det eksisterer, er symptomer, på psykiske problemer med en skår på 2 eller høyere (Heine Strand mfl., 2003).

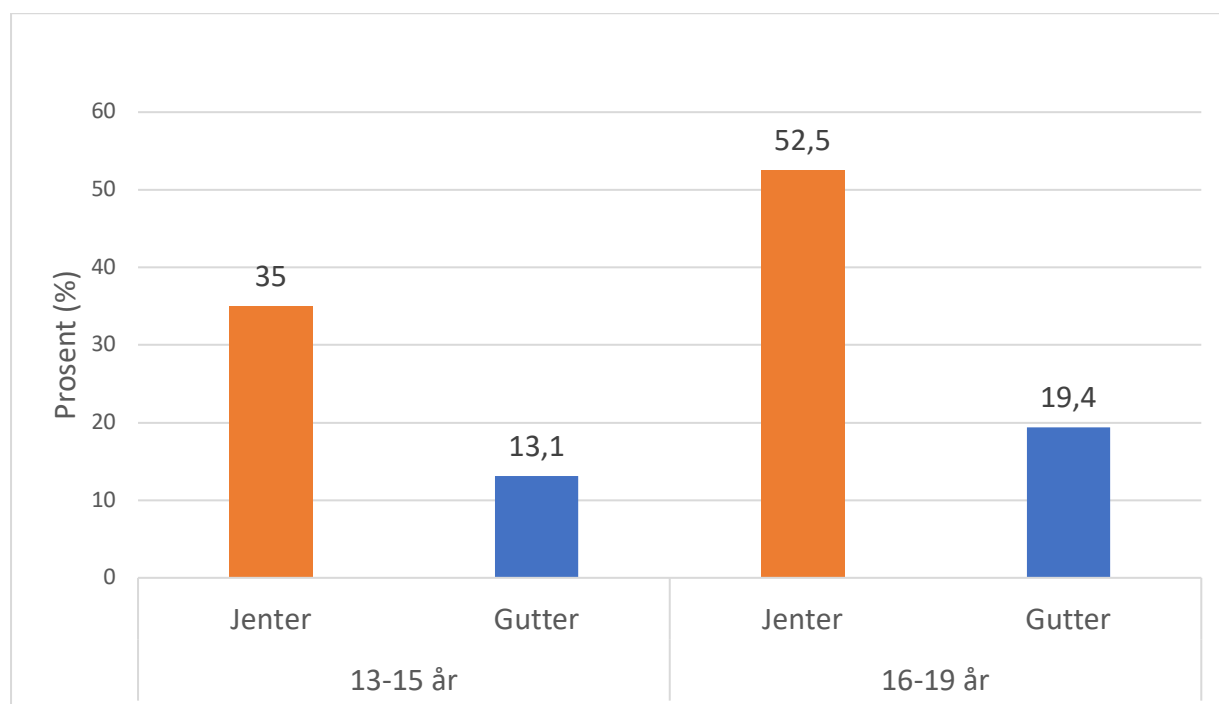
Figur 13 viser fordelingen av symptomer på angst og depresjon i Ung-HUNT1, 3 og 4 for jenter og gutter. Det er tydelig at mønsteret for andelen som rapporterer symptomer på angst og depresjon har endret seg fra Ung-HUNT1 til Ung-HUNT4. Spesielt blant jenter ser vi en stor økning i andelen som har et gjennomsnittsskår på 2 eller høyere, og dermed symptomer på angst og depresjon.

Figur 13 Andel som rapporterer symptomer på angst og depresjon (SCL-5,  $\geq 2$ ) etter kjønn i Ung- HUNT 1-3-4.



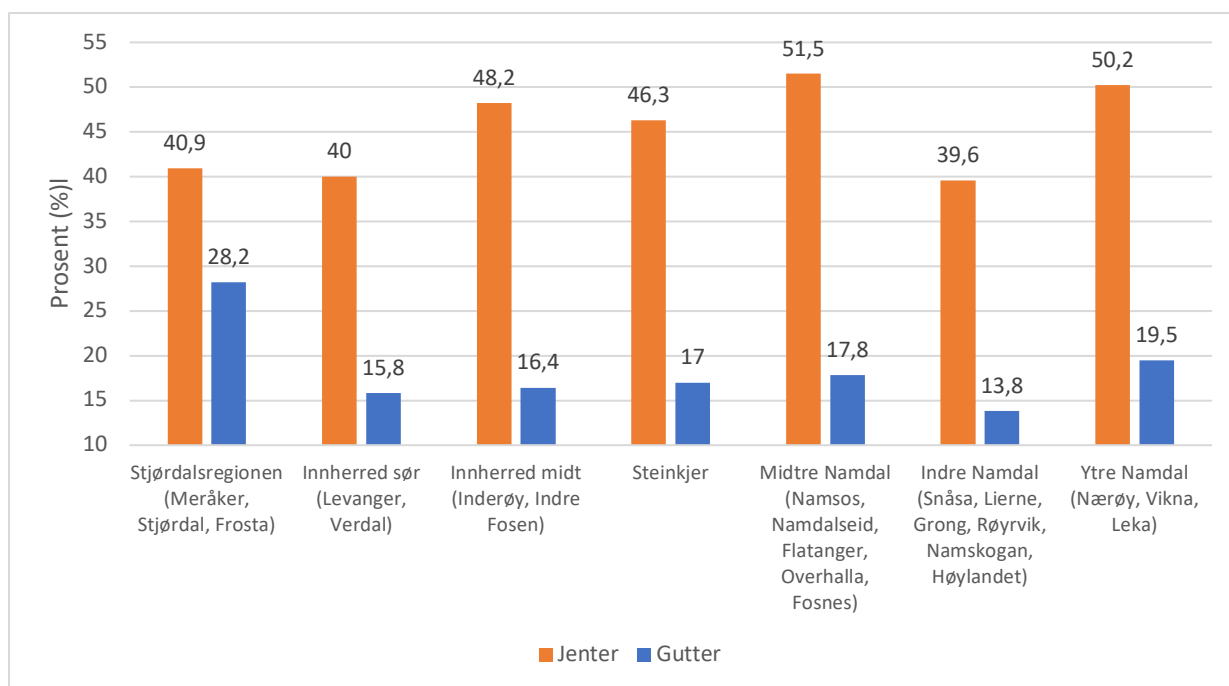
Både for gutter og jenter er andelen med symptomer på angst og depresjon høyest i den eldste gruppen av ungdommer (16-19 år), der over halvparten av jentene rapporterer symptomer på angst og depresjon (figur 14). Blant guttene er også andelen med symptomer høyere hos de eldste, men er ikke forskjellene så store mellom aldersgrupper som hos jentene.

Figur 14 Andel (%) som skårer 2 eller høyere på angst- og depresjonssymptomer basert på SCL-5, etter alder og kjønn i Ung-HUNT4.



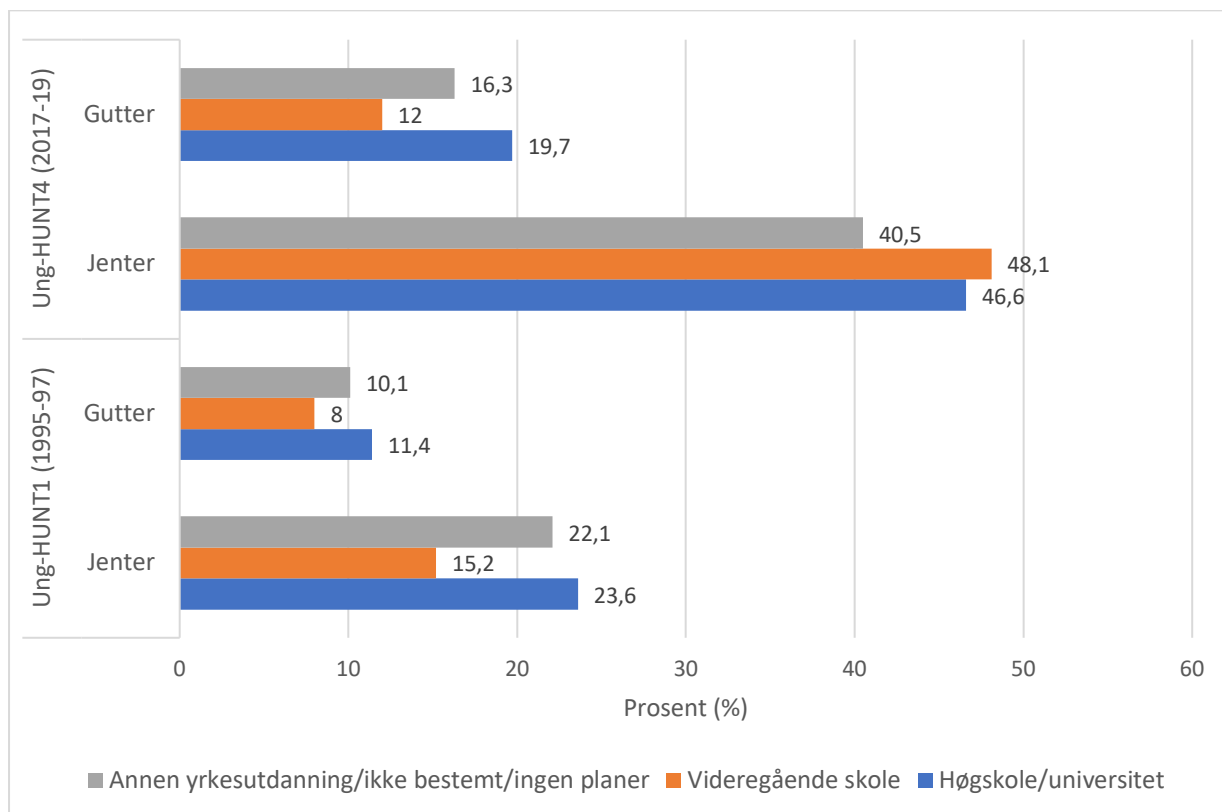


Figur 15 Andel som oppgir symptomer på angst og depresjon (%) etter kjønn fordelt på regioner i Ung-HUNT4.



Figur 15 presenterer de regionale forskjellene i andelen med symptomer på angst og depresjon. I Midtre og Indre Namdal rapporterer over halvparten av jentene symptomer. Blant guttene er andelen med symptomer i Stjørdalsregionen markant høyere enn i resten av fylket.

Figur 16 Andel som oppgir symptomer på angst og depresjon (%) etter planer for utdanning i Ung- HUNT 1 og 4.

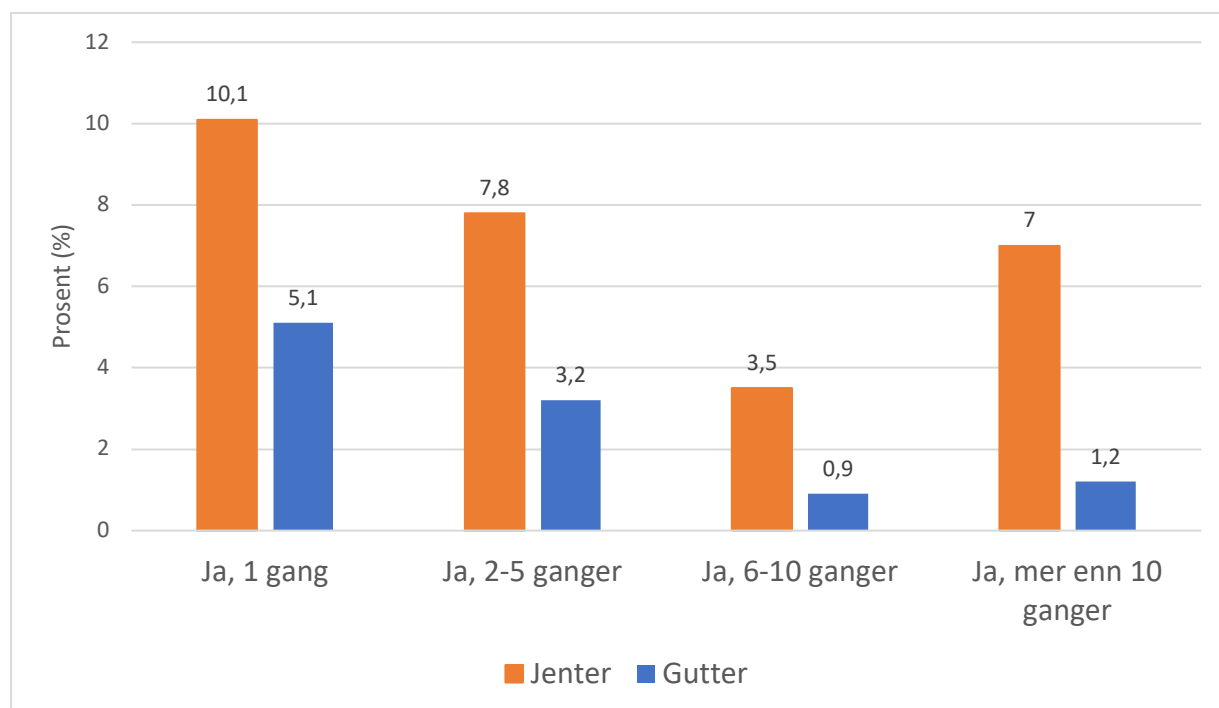


I figur 17 presenteres andelen med symptomer på angst og depresjon etter planer for utdanning i Ung-HUNT1 og Ung-HUNT4. Blant jenter ser vi en endring fra Ung-HUNT1, der andelen var lavest blant de som hadde videregående skole som høyeste planlagt utdanning, mens i Ung-HUNT4 er det denne gruppen som har høyest andel med symptomer. Hos gutter ser vi ingen endring i fordelingen mellom de ulike utdanningsgruppene mellom Ung-HUNT1 og 4, der gutter med planer om høyere utdanning er andelen størst med symptomer på angst og depresjon.

Selvskading defineres som «en skade en person påfører seg selv med vilje, men uten et ønske om å dø». Den mest utbredte formen for selvskading er kutting, forgiftning og å brenne seg.

Figur 17 viser andelen av ungdommer som har forsøkt å skade seg selv<sup>3</sup> én eller flere ganger. Totalt er det 1534 (av 7825, dvs. 19,6%) ungdommer som har oppgitt at de har forsøkt å skade seg selv minst én gang. Forekomsten er høyere hos jenter enn gutter, og mange rapporterer at de gjør det for å overdøve vanskelige følelser og for å straffe seg selv.

Figur 17 Andel som oppgir at de med vilje har forsøkt å skade seg selv (%) etter kjønn i Ung- HUNT 4.



### 1.3 Atferd; Røyk, snus og alkohol

Tobakksrøyking og alkoholbruk er blant de viktigste risikofaktorene for flere av de største folkehelseproblemerne, særlig kreft og hjerte-karsykdom. Andelen tobakksrøykere i befolkningen har gått drastisk ned i Norge i løpet av de siste 15 årene, noe som utgjør en svært positiv helseutvikling. En viktig målsetting med det tobakksforebyggende arbeidet har vært å hindre ungdom i å begynne å røyke tobakk, og tidligere studier viser at tobakksrøyking er blitt mindre og mindre vanlig blant ungdom.

Ifølge Den norske legeforening er alkohol det rusmiddelet som forårsaker flest helseskader. Dette er bekymringsfullt, ikke bare fordi overdreven alkoholbruk henger sammen med flere alvorlige lidelser,

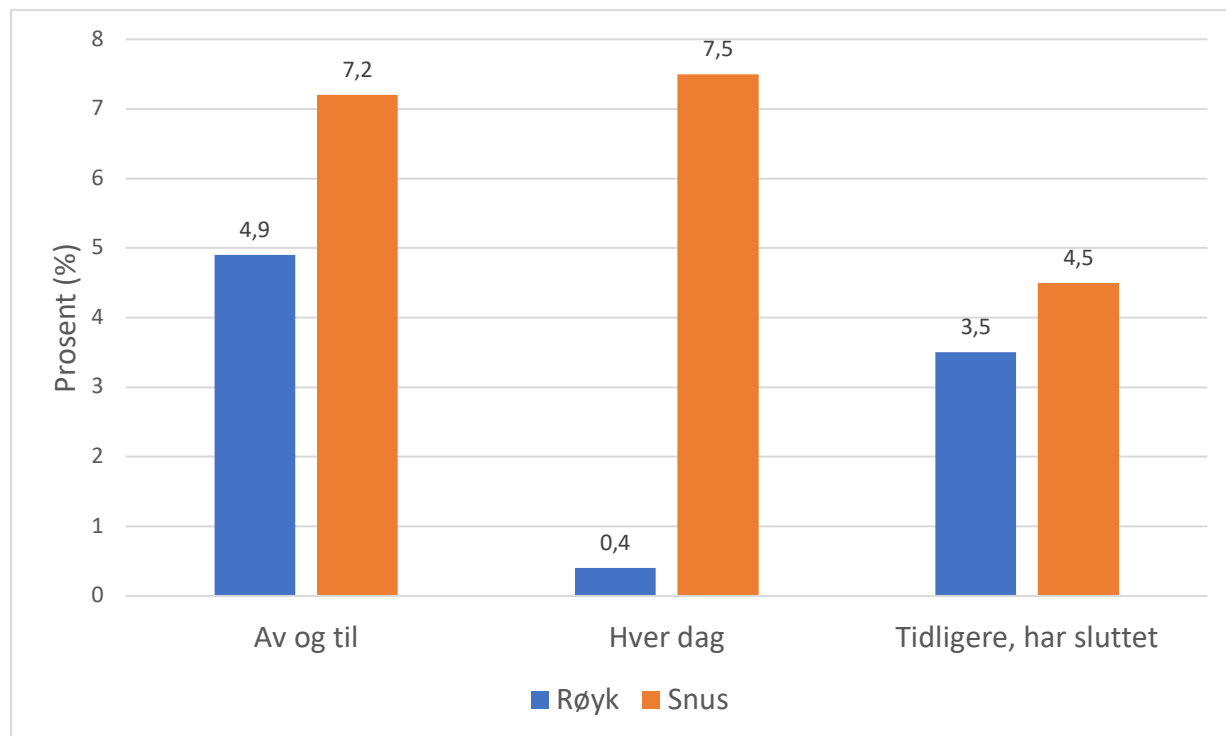
<sup>3</sup> Selvskading er målt gjennom spørsmål om: Har du noen gang med vilje skadet deg selv? (F.eks. kuttet deg, tatt piller eller lignende)

men også fordi en stor andel akutte helseskader, ulykker og vold blant ungdom direkte eller indirekte skyldes alkohol.

### Røyk og snus

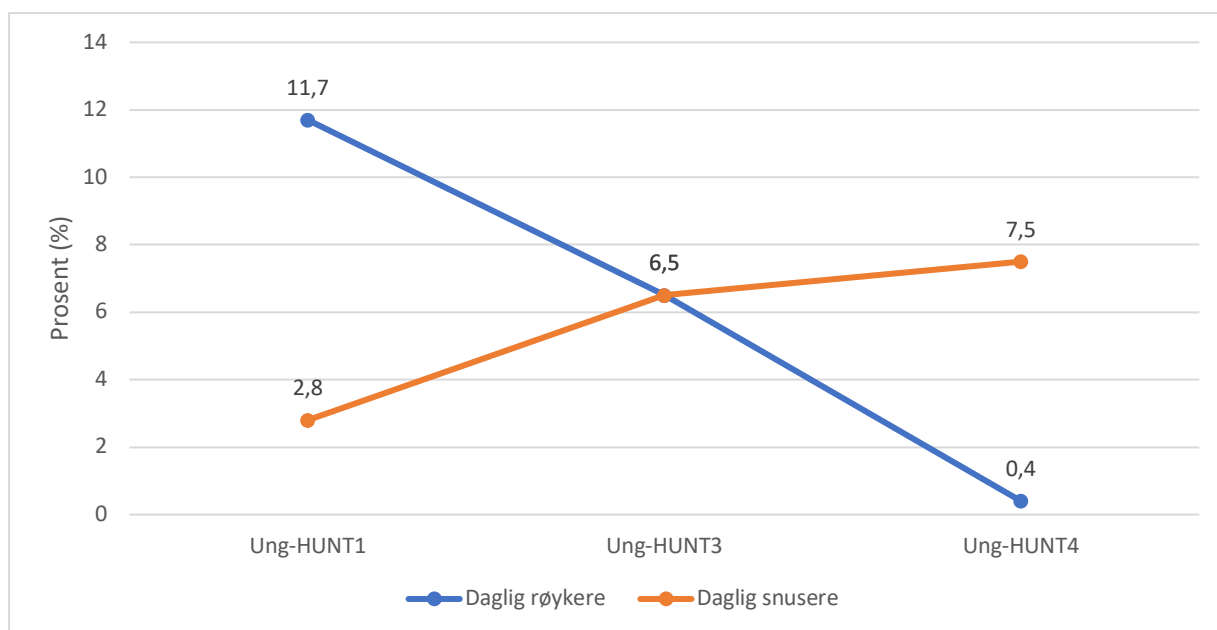
Figur 18 viser prosentandelen av de som oppga at de «har prøvd» eller «bruker» snus og/eller tobakk. Andelen som røyker daglig er svært lav. Andelen som rapporterer å røyke av og til er på 4,9% og 3,5% har røykt tidligere men sluttet.

Figur 18 Andelen som oppgir at de røyker eller bruker snus, og hvor ofte de røyker eller bruker snus i Ung-HUNT4.



Bruk av snus daglig blant ungdom har økt litt fra Ung-HUNT1 til Ung-HUNT4 (figur 19). Men det totale nikotinformbruket blant ungdom er redusert.

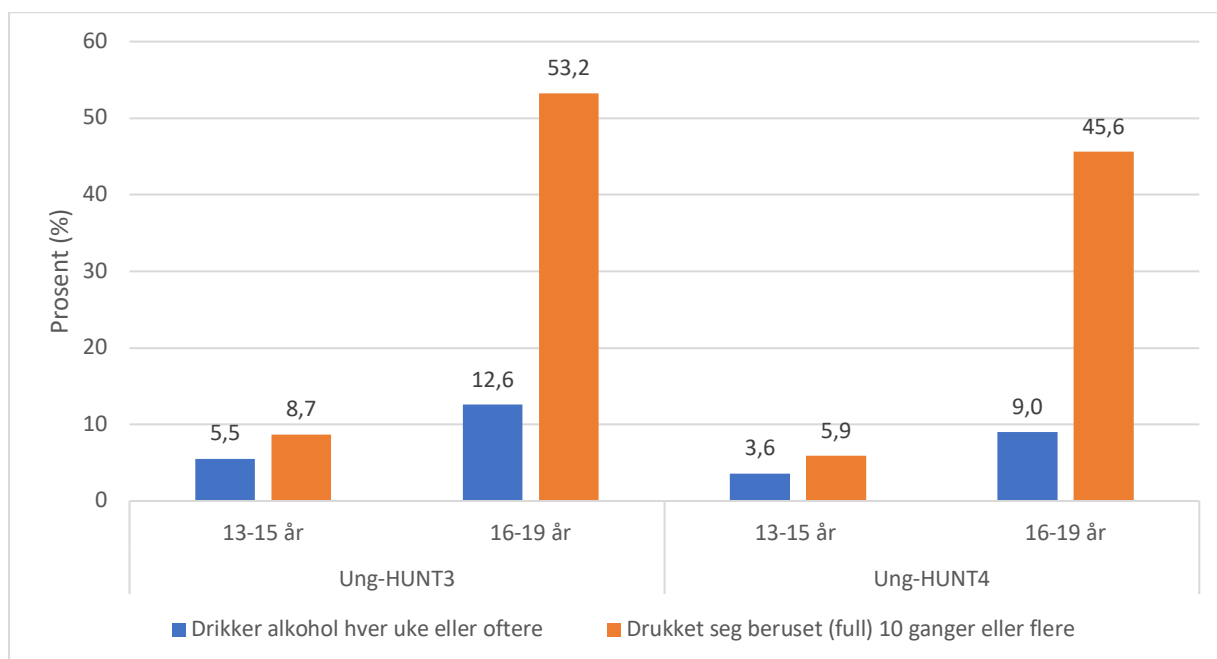
Figur 19 Andelen som røyker eller bruker snus fra Ung-HUNT1 - Ung-HUNT3 - Ung-HUNT4.



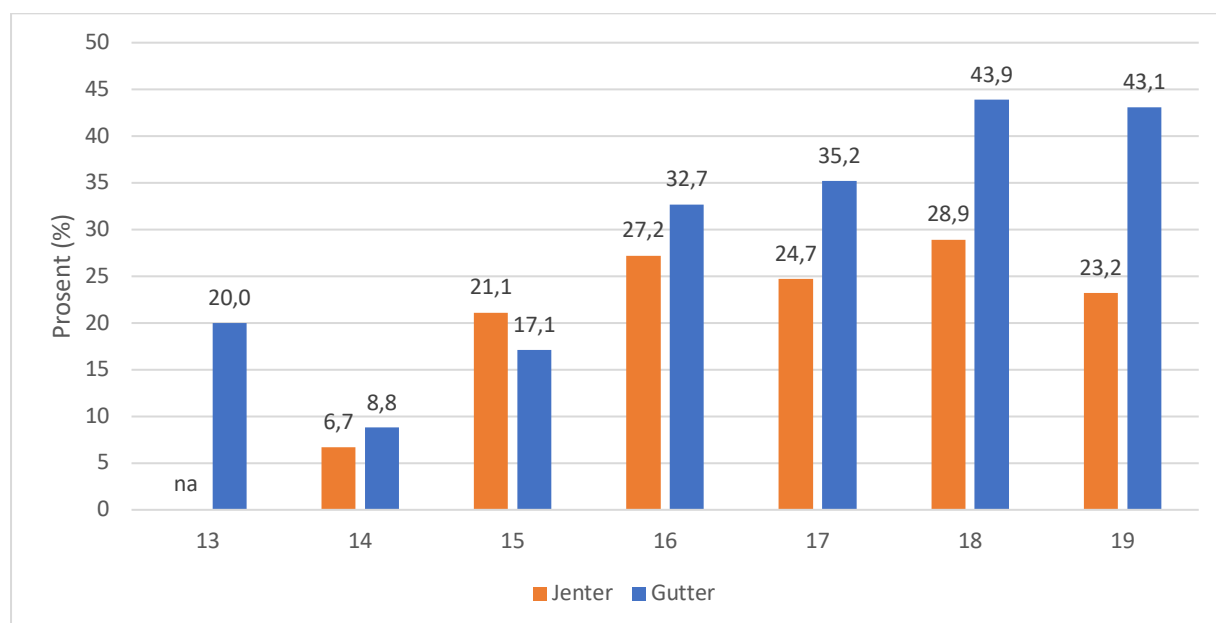
### Alkoholbruk

Bruk av alkohol i 13 til 15-års alderen er lav og utviklingen knyttet til frekvens og beruselse i denne aldersgruppen er på vei ned (figur 20). Men i 16-19 års alderen ser en at en stor andel blant de som rapporterer at de drikker alkohol har drukket seg beruset 10 ganger eller flere. I Ung-HUNT4 er det 45,6 % av 16-19 åringene som har drukket alkohol som har drukket seg beruset flere enn 10 ganger. Det positive er at andelen har gått ned fra 53,2 % i Ung-HUNT3. En ser også en positiv utvikling i andelen som drikker ofte, men fortsatt er det 9 % av 16 til 19-åringene blant de som drikker alkohol, som gjør det hver uke eller oftere.

Figur 20 Andelen (%) ungdommer som rapporterer hvor mange ganger de drikker alkohol og hvor ofte de har vært beruset, blant de som har rapportert at de drikker alkohol, i aldersgruppene 13-15 og 16-19 år i Ung-HUNT3 og UNG-HUNT4.



Figur 21 Andelen (%) som rapporterer at de drikker alkohol hver annen uke eller oftere, fordelt på kjønn i de ulike aldersgruppene 13-15 og 16-19 år i Ung-HUNT4.



Blant ungdommer som rapporterer at de drikker alkohol, øker andelen som drikker alkohol jevnt med økende alder fram til 18-års alderen. Jevnt over så er andelen høyere blant gutter i forhold til jenter (figur 21).

## Referanser

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

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1240 - 3.

Heine Strand B, Dalgaard S, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003. 57:2, 113-118.

Holmen, T. L. *et al.* Cohort profile of the Young-HUNT Study, Norway: A population-based study of adolescents. *Int J Epidemiol*, (2013) doi:10.1093/ije/dys232.

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.

Moum T, Næss S, Sørensen T, Tambs K, Holmen J. Coping processes and quality of life changes among previously unaware hypertensives. *International Journal of Health Sciences* 1990;1:157-70.

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