

# Folkehelse i endring. Utvalgte utviklingstrekk fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (1984 til 2019).

Helsestatistikk-rapport nummer 15 fra HUNT 1, 2, 3, og 4

## Public health in transition. Selected developments from the Trøndelag Health study (1984 to 2019).

Health statistics report no. 15, the HUNT 1, 2, 3, 4 Surveys

Forfattere: Hanne Smevik, Thomas Hugaas Molden, Sveinung Eiksund, Pål Fosslund Moa, Jon Olav Sliper, Kyrre Kvistad, Håvard R. Karlsen, Steinar Krokstad, Vegar Rangul og Erik R. Sund

2025

HUNT forskningscenter

**HUNT**  
HELSEUNDERSØKELSEN I TRØNDELAG



TRØNDELAGSREGERINGEN

 **NTNU**  
Kunnskap for en bedre verden

Utgitt av:  
HUNT forskningscenter  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie,  
Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU  
Forskningsvegen 2  
7600 Levanger  
<http://www.ntnu.no/hunt/>  
Levanger, desember 2025.  
ISBN 978-82-91725-54-3

## FORORD

I denne delrapporten presenteres tall for Nord-Trøndelag fylke fra alle de fire datainnsamlingene i Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT). Disse er HUNT1 (1984-1986), HUNT2 (1995-1997), HUNT3 (2006-2008) og HUNT4 (2017-2019). Det er tidligere utgitt rapporter for Nord-Trøndelag, samt 13 rapporter som omfatter hele Trøndelag fylke.

Det er knyttet stor spenning til resultatene; hvordan er utviklingen i folkehelsestilstanden? 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.

Denne rapporten beskriver utviklingen i en rekke helse- og helserelevante forhold fra HUNT-undersøkelsene i Nord-Trøndelag fra 1984 til 2019, og resultatene vises fordelt på aldersgrupper og kjønn. Dataene som fremstilles omfatter helse (langvarig sykdom, egenvurdert helse, psykiske helseplager), levevaner (røyking, fysisk aktivitet og alkoholbruk), fedme, mellommenneskelige forhold (ensomhet, tillit til naboer, følelse av fellesskap) og livskvalitet. Flere av indikatorene som fremstilles er vist mer inngående i [tidligere rapporter fra HUNT4](#)<sup>1</sup>.

Vi ser betydelige endringer i helse- og helserelevante forhold i løpet av perioden HUNT har pågått i Nord-Trøndelag og dette viser hvor sterkt de rådende levekårene og samfunnsforholdene påvirker oss. Det er liten grunn til å tro at de overordnede utviklingstrekkene vi beskriver for Nord-Trøndelag er særlig annerledes i Sør-Trøndelag eller i andre norske fylker.

Rapporten er utarbeidet av en analysegruppe som består av ansatte fra Trøndelag fylkeskommune (Pål Fosslund Moa, Jon Olav Sliper og Kyrre Kvistad), Trondheim kommune (Hanne Smevik, Thomas Hugaas Molden og Sveinung Eiksund), Institutt for psykologi, NTNU (Håvard R. Karlsen) og HUNT forskningssenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU (Steinar Krokstad, Vegar Rangul 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. Rapportering fra HUNT-undersøkelsene publiseres fortløpende, både gjennom rapporter og på nettsidene til fylkeskommunen, kommunene og HUNT.

Spørsmål om rapporten kan rettes til: [kontakt@hunt.ntnu.no](mailto:kontakt@hunt.ntnu.no)

Levanger, Steinkjer og Trondheim, 12. Desember 2025.

HUNT forskningssenter

**Sitering:** Smevik m.fl. (2025). Folkehelse i endring. Utvalgte utviklingstrekk fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (1984 til 2019). Helsestatistikk-rapport nummer 15 fra HUNT 1 2 3 4

---

<sup>1</sup> [www.ntnu.no/hunt/rapporter](http://www.ntnu.no/hunt/rapporter)

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

1. Folkehelseutfordringer i Trøndelag 2019. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19).
2. Helse, kronisk sykdom og livskvalitet i Nord-Trøndelag 2017-19 (helsestatistikkrapport nr. 1).
3. Helse og kronisk sykdom i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 2).
4. Levevaner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 3).
5. Samfunnsdeltakelse i Trøndelag (helsestatistikkrapport nr. 4).
6. Nærmiljø i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 5).
7. Psykisk helse i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 6).
8. Sosiale relasjoner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 7).
9. Flersykelighet og egenrapporterte sykdommer i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 8).
10. Deltakelse, helse og helsedeterminanter i HUNT4, blant trøndere med og uten innvandrerbakgrunn i 2019 (helsestatistikkrapport nr. 9).
11. Egenrapportert bruk av helsetjenester og medisiner i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 10).
12. Overvekt og fedme i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr.11).
13. Hverdagsliv og funksjon blant hjemmeboende eldre i Trøndelag i 2019 (helsestatistikkrapport nr.12).
14. Helse hos hjemmeboende eldre i Trøndelag 2019 (helsestatistikkrapport nr. 13).
15. Opplevelsen av koronapandemien i Trøndelag og endringer i helse og levevaner 2019-2023 (helsestatistikkrapport nr. 14)

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

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

# Innholdsfortegnelse

FORORD .....	iii
Figurliste .....	6
Tabelliste .....	6
Sammendrag.....	7
Summary.....	8
1. Innledning .....	9
1.1 Hersedeterminantene.....	9
1.2 Hovedmålet med rapporten og en kort leseveiledning .....	10
2. Metode .....	11
2.1 HUNT-undersøkelsene .....	11
2.2 Datainnsamlingen.....	11
2.3 Analyser .....	12
2.4 Tolkning .....	12
3. Resultater fordelt på alder og kjønn i Nord-Trøndelag.....	13
3.1 Datamaterialet .....	13
3.2 Indikatorer på helse .....	14
Egenvurdert helse .....	14
Langvarig begrensende sykdom.....	14
Psykiske helseplager .....	15
3.3 Levevaner .....	16
Daglig røyking.....	16
Høyt alkoholforbruk ( $\geq 8$ enheter per uke).....	16
Daglig fysisk aktivitet.....	17
Fedme .....	17
3.4 Mellommenneskelige forhold og livskvalitet .....	18
Ensomhet .....	18
Tillit.....	18
Felleskap .....	19
Dårlig livskvalitet.....	19
4. Oppsummering .....	20
5. Referanser.....	21

## Figurliste

Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen [5].	10
Figur 2 Antall deltakere etter aldersgrupper og undersøkelse	13
Figur 3 Andel som oppgir dårlig egenvurdert helse etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	14
Figur 4 Andel som oppgir å ha langvarig begrensende sykdom etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	14
Figur 5 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (Conor mental health index $\geq 2.15$ ) etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	15
Figur 6 Andel som oppgir at de dagligrøyker etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	16
Figur 7 Andel som oppgir at de drikker 8 alkoholenheter eller mer i løpet av uka, etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	16
Figur 8 Andel som oppgir at de er fysisk aktive omtrent hver dag etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 3 og 4 (ikke målt i HUNT2). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	17
Figur 9 Andel som har målt høyde og vekt som tilsvarer fedme ( $30 \geq \text{KMI}$ ) etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	17
Figur 10 Andel som rapporterer at de har følt seg ensom i løpet av de siste 2 uker etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	18
Figur 11 Andel som rapporterer å være uenige i påstanden: «Man kan ikke stole på hverandre her» etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	18
Figur 12 Andel som rapporterer å være enige i påstanden: «Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her» etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	19
Figur 13 Andel som rapporterer at de er misfornøyde på spørsmålet: «Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?» etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).	19

## Tabelliste

Tabell 1 Deltakere i HUNT1 til HUNT4 i Nord-Trøndelag. Antall og prosent etter aldersgrupper.	13
-----------------------------------------------------------------------------------------------	----

# Sammendrag

## Bakgrunn

Folkehelse handler om helsetilstanden og fordelingen av denne i befolkningen. Folkehelsen er i kontinuerlig endring, der noen helse- og påvirkningsfaktorer går i en bekymringsfull retning mens andre viser en utvikling som er positiv. Formålet med denne rapporten er å vise endringer i noen utvalgte helse- og påvirkningsfaktorer med data fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) fra midten av 1980-tallet til slutten av 2010-tallet.

## Materiale og metode

Det benyttes spørreskjemadata fra den voksne delen av befolkningen hentet fra alle HUNT-undersøkelsene som er gjennomført i det som tidligere var Nord-Trøndelag fylke. De fire datainnsamlingene er HUNT1 (N = 77 000), HUNT2 (N = 65 000), HUNT3 (N = 51 000) og HUNT4 (N = 56 000). Resultatene presenteres med enkle figurer i tiårs aldersgrupper for menn og kvinner hver for seg.

## Resultater

For egenvurdert helse observerte vi en liten økning i andelen som rapporterte dårlig helse hos kvinner under 50 år, mens for menn og kvinner over 50 år så vi en betydelig nedgang. Andelen som rapporterte langvarig begrensende sykdom viste en økning hos kvinner under 50 år, mens det var en nedgang blant menn mellom 60 og 79 år. Psykiske helseplager økte blant aldersgruppen 20 til 29 år for både menn og kvinner mens det var en liten nedgang blant kvinner 60 til 79 år. Andelen som rapporterte daglig røyking gikk betydelig ned blant kvinner og menn i alle aldersgrupper. Den høyeste forekomsten på slutten av perioden i HUNT4 var blant kvinner i alderen 50 til 69 år (14 %). Andelen med høyt alkoholforbruk var høyest blant unge menn, og det var en klar økning over tid i nesten alle aldersgrupper blant menn. Det var en økning blant kvinner også, men forekomstene var lave (under 4 %). For daglig fysisk aktivitet observerte vi en klar økning i nesten alle aldersgrupper både for kvinner og menn og særlig stor var økningen i den yngste aldersgruppen (fra 9 % i HUNT1 til 25 % i HUNT4). Andelene med fedme har gått opp i alle aldersgrupper blant menn, og den høyeste forekomsten i HUNT4 finner vi i aldersgruppen 50 til 59 år (30 %). For kvinner så vi også en økning i aldersgruppene under 60 år. For kvinner over 60 år var det en liten nedgang fra HUNT3 til HUNT4. Andelen som har følt seg ensom siste 2 uker har gått opp blant kvinner og menn under 50 år. For kvinner i alderen 70 til 79 år så vi en tydelig nedgang (fra 37 % i HUNT2 til 24 % i HUNT4). Et spørsmål om tillit viste generelt et høyt nivå (67 %) og blant kvinner og menn 50 til 79 år observerte vi en økning over tid. Et spørsmål om man føler et sterkt fellesskap med sine naboer viste også høye andeler, og det var små endringer over tid innen aldersgruppene. Forekomst av dårlig livskvalitet viste noen klare endringer blant kvinner og menn i aldersgruppen 20 til 49 år, der vi observerte en tydelig økning mellom HUNT3 og HUNT4. For aldersgruppene over 50 år gikk utviklingen motsatt fra HUNT1 til HUNT3, men vi så at det var en liten økning i dårlig livskvalitet fra HUNT3 til HUNT4.

## Konklusjon

Positive utviklingstrekk omhandler daglig røyking - som har gått kraftig ned - og andelene som er daglig fysisk aktive som har gått opp. De mer bekymringsfulle trekkene omhandler høyt alkoholforbruk blant menn - som viste en økning over tid - samt økningen i fedme blant kvinner og menn i perioden. En tendens ved indikatorene på helse, ensomhet og livskvalitet var at yngre aldersgrupper rapporterte en forverring over tid, mens det var motsatt blant de middelaldrende og de eldre.

# Summary

## Background

Public health concerns the health status and its distribution within the population. Public health is continuously changing, with some health and health determinants moving in a worrying direction while others show positive development. The purpose of this report is to illustrate changes in selected health and health determinants using data from the Trøndelag Health Study (HUNT) from the mid-1980s to the late 2010s.

## Material and method

Questionnaire data from the adult population were used, collected from all HUNT surveys conducted in what was formerly Nord-Trøndelag County. The four data collections are HUNT1 (N = 77,000), HUNT2 (N = 65,000), HUNT3 (N = 51,000), and HUNT4 (N = 56,000). Results are presented with simple figures in ten-year age groups for men and women separately.

## Results

For self-rated health, we observed a slight increase in the proportion reporting poor health among women under 50, while for men and women over 50, there was a significant decline. The proportion reporting long-term limiting illness increased among women under 50, while it declined among men aged 60–79. Mental health problems increased among those aged 20–29 for both men and women, while there was a slight decline among women aged 60–79. The proportion reporting daily smoking decreased significantly among men and women in all age groups. The highest prevalence at the end of the period in HUNT4 was among women aged 50–69 (14%). The proportion with high alcohol consumption was highest among young men, and there was a clear increase over time in almost all age groups among men. There was also an increase among women, but prevalence remained low (under 4%). For daily physical activity, we observed a clear increase in almost all age groups for both women and men, with the largest increase in the youngest age group (from 9% in HUNT1 to 25% in HUNT4). Obesity rates increased in all age groups among men, with the highest prevalence in HUNT4 among those aged 50–59 (30%). Among women, we also saw an increase in age groups under 60. For women over 60, there was a slight decline from HUNT3 to HUNT4. The proportion who felt lonely in the past two weeks increased among men and women under 50. Among women aged 70–79, we saw a clear decline (from 37% in HUNT2 to 24% in HUNT4). A question about trust generally showed a high level (67%), and among men and women aged 50–79, we observed an increase over time. A question about feeling a strong sense of community showed high proportions with small changes over time within age groups. The prevalence of poor quality of life showed some clear changes among men and women aged 20–49, where we observed a marked increase between HUNT3 and HUNT4. For age groups over 50, the trend was the opposite from HUNT1 to HUNT3, but we saw a slight increase in poor quality of life from HUNT3 to HUNT4.

## Conclusion

Positive trends include the sharp decline in daily smoking and the increase in daily physical activity. More concerning trends include the rise in high alcohol consumption among men over time and the increase in obesity among both women and men during the period. A tendency in indicators of health, loneliness, and quality of life was that younger age groups reported worsening over time, while the opposite was true among middle-aged and older groups.

## 1. Innledning

Denne delrapporten om folkehelsestilstanden i Trøndelag fylke viser data fra alle HUNT-undersøkelsene som er blitt gjennomført i Nord-Trøndelag i perioden mellom 1984-2019. Rapporten beskriver utviklingstrekk for viktige indikatorer på helse, og påvirkningsfaktorer på helse, over en 35 års periode. Indikatorene på helse omfatter viktige, såkalte “globale helsemål”, og er rapportert av deltakerne selv. Levevanene som beskrives er viktige påvirkningsfaktorer på helse, herunder røyking, alkoholbruk og fysisk aktivitet. Utviklingen i forekomst av fedme beskrives også. Overvekt, og særlig fedme, er en risikofaktor for en rekke sykdommer og utviklingen har over lang tid gått i feil retning.

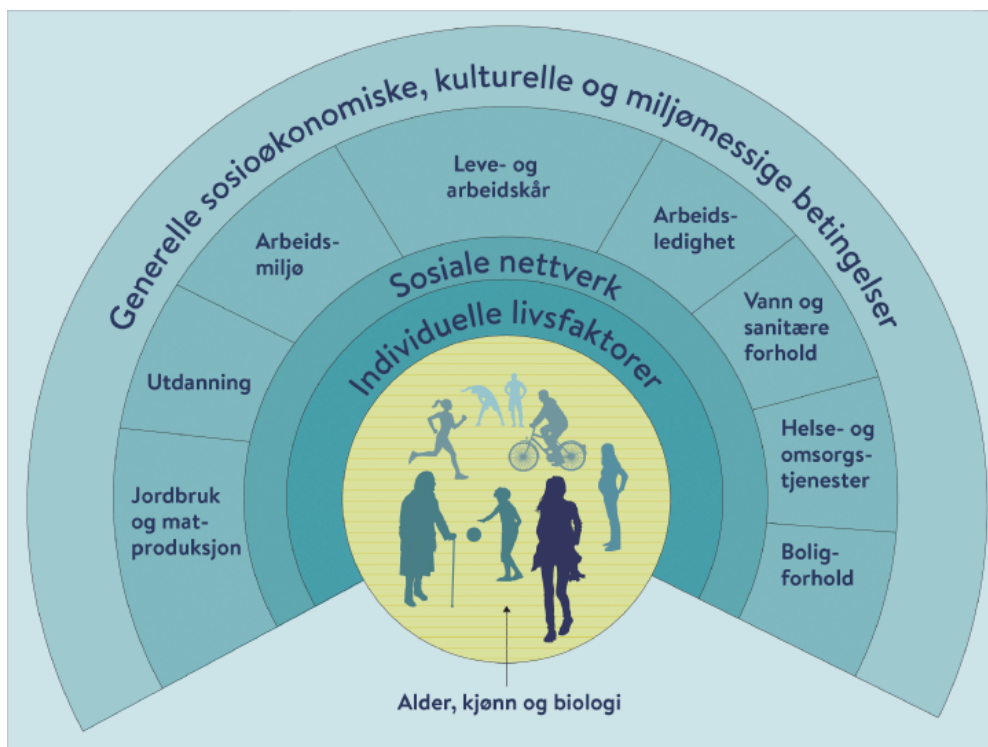
Videre beskrives utviklingen i noen mellommenneskelige forhold som er viktige for helsen, nemlig ensomhet, mellommenneskelig tillit og følelse av fellesskap. Tillit og fellesskap forbindes ofte med begrepet sosial kapital, som litt forenklet kan forstås som ressurser mennesker får gjennom sosiale relasjoner [1]. Betydningen av sosial kapital og hvorvidt tilliten i samfunnet er i endring er spesielt viktig i en tid hvor truslene mot de tradisjonelle demokratiene blir mer og mer tydelige. Fungerende demokratier og samfunnsinstitusjoner har stor betydning for folkehelsen [2].

Til slutt beskrives en indikator på livskvalitet, altså hvordan vi mennesker subjektivt oppfatter hvordan vi har det i livet. Dette er en viktig indikator fordi den sier noe om hvordan mennesker faktisk opplever hverdagen sin.

### 1.1 Helse-determinantene

Kunnskap med relevans for folkehelse omhandler tre forhold: kunnskap om tilstand, kunnskap om årsaker, og kunnskap om effekten av tiltak [3]. Kunnskap om tilstand er ofte utgangspunktet for forskning på årsaker som igjen er utgangspunktet for strategier, tiltak og politikktutforming. Årsaker omfatter både umiddelbare årsaker og underliggende årsaker. Underliggende årsaker benevnes gjerne som *helse-determinantene* og omfatter menneskers livsvilkår og generelle levekår.

En mye brukt figur for å vise helse-determinantene er den såkalte regnbuemodellen (Figur 1), opprinnelig utviklet av Dahlgren & Whitehead [4]. Midt i figuren finner vi enkeltmenneskene, der alder, kjønn og biologi i stor grad er uforanderlige. Men rundt enkeltmenneskene er det påvirkningsfaktorer som i prinsippet kan justeres gjennom politikktutforming. Det første laget beskriver ulike levevaner (som for eksempel røykevaner eller fysisk aktivitet). Det andre laget omfatter vekselvirkningen, eller samspillet, mellom enkeltmennesker og deres nærmiljø. Der nest finner vi i det tredje laget menneskers evne til å ivareta egen helse gitt de rådende leve- og arbeidsvilkår, matforsyning, og tilgang til varer og tjenester. Det ytterste laget består av økonomiske, kulturelle og miljømessige forhold i samfunnet. Kjernen i denne modellen er samspillet som pågår mellom enkeltmennesker og de ulike helse-determinantene: Menneskers personlige livsstil er innvevd i sosiale normer og nettverk og i leve- og arbeidsvilkår – disse er i sin tur relatert til det sosioøkonomiske og kulturelle miljøet i bred betydning. Helse-determinantene kan påvirkes gjennom politikk, og kan være både positive (helsefremmende) og negative (risikofaktorer).



Figur 1 Påvirkningsfaktorer på folkehelsen illustrert i regnbuemodellen [5].

## 1.2 Hovedmålet med rapporten og en kort leseveiledning

Hovedmålet med denne rapporten er å beskrive utviklingen i helse- og helserelaterte forhold basert på data fra alle HUNT-undersøkelsene som er gjort i Nord-Trøndelag. Tilnærmingen er primært å *beskrive nøkkeltall* hos den voksne delen av befolkningen i Nord-Trøndelag, i relasjon til ulike kjennetegn ved befolkningen. Den beskrivende tilnærmingen og utvalget rapporten bygger på, legger viktige føringer for tolkning av resultatene i form av kritisk refleksjon over hva kunnskapen handler om, hvordan den påvirker oss, samt hvordan den best mulig kan anvendes til å styrke folkehelsen.

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

Befolkningsdata som presenteres i rapporten kan brukes i det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet i Trøndelag. Et mangfold av kilder (basert på både kvantitative og kvalitative data, og på tvers av kunnskapsfelt) er nødvendig for å fremme folkehelse og utjevne sosiale forskjeller i helse og livskvalitet. Kunnskapsbasert praksis i folkehelsearbeidet forstås i denne rapporten som at samfunnets totale innsats for å fremme folkehelsen skal bygge på beste tilgjengelige kunnskap om både risikofaktorer for sykdom, og faktorer som fremmer helse og livskvalitet. Dette innebærer en bred kunnskap om helse- og samfunnsutvikling generelt. Beste tilgjengelig kunnskap hviler på flere elementer: forskning og teori, praksisbasert kunnskap, erfaringer og verdier fra borgere og brukere av tjenester, og kunnskap om konteksten rundt – fra lokalsamfunnets tilstand til globale forhold. Vi viser ellers til Helsedirektoratets veileder om systematisk folkehelsearbeid [6].

## 2. Metode

### 2.1 HUNT-undersøkelsene

Med bakgrunn i fylkessammenslåingen i Trøndelag endret HUNT i 2019 navn fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag til *Helseundersøkelsen i Trøndelag*. HUNT omfatter nå alle innbyggere i nye Trøndelag fylke som er 13 år eller eldre fra Nord-Trøndelag, og de som er 18 år eller eldre fra Sør-Trøndelag. Vi bruker i tråd med 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. Det er samlet inn data ved hjelp av spørreskjema, kliniske målinger og biologisk materiale [7]. HUNT er regulert av *Forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser* og er gjennom dette pålagt å utarbeide helsestatistikk som i denne rapporten. Alle deltakere i HUNT har gitt skriftlig samtykke til at helseopplysningene kan brukes i helseforskning.

### 2.2 Datainnsamlingen

I Nord-Trøndelag er det gjennomført fire datainnsamlinger i den voksne delen av befolkningen. Disse er HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-2008) og HUNT4 (2017-19). I spørreskjemaene er det en rekke spørsmål som er identiske i alle datainnsamlingene og for denne rapporten har vi plukket ut et utvalg av disse.

Spørsmålet *egenvurdert helse* er basert på spørsmålet «Hvordan er helsa di nå?» Svaralternativene var «dårlig», «ikke helt god», «god» og «svært god». Disse ble omkodet til «dårlig» («dårlig» og «ikke helt god»), og «god» («god» og «svært god»). *Langvarig sykdom* er basert på «Har du nå noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?» med svaralternativene «ja» og «nei». *Psykiske helseplager* er basert på syv spørsmål om man de siste 2 ukene har følt seg «trygg og rolig», «glad og optimistisk», «nervøs og urolig», «plaget av angst», «irritabel», «nedfor/deprimert» og «ensom». Svaralternativene var «nei», «litt», «en god del» og «svært mye». Det ble beregnet en gjennomsnittsskåre basert på alle spørsmålene og de som skåret 2.15 eller mer har vi klassifisert som å ha «psykiske helseplager».

*Daglig røyking* er basert på flere spørsmål om røykevaner og omfatter de som har krysset av for «jeg røyker daglig nå». *Høyt alkoholforbruk* er en variabel som er konstruert av HUNT databank og viser til et konsum av 8 eller flere alkoholenheter per uke. *Daglig fysisk aktivitet* er basert på spørsmålet «hvor ofte driver du mosjon?» og viser de som svarer «omtrent hver dag». *Fedme* er basert på målt høye og vekt og en beregnet KMI hvor de som har 30 eller mer er definert som å ha fedme.

*Ensomhet* er basert på innledningsspørsmålet: «Har du de siste to ukene følt deg?» Og underspørsmål: «ensom?» De som svarte «litt», «en god del» eller «svært mye» er klassifisert som ensomme. *Tillit* er basert på spørsmålet «man kan ikke stole på hverandre her». De som sier seg uenig i denne påstanden (svarer enten «delvis uenig» eller «helt uenig») har vi klassifisert som å ha tillit. *Fellesskap* er basert på spørsmålet «jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her» og er de som har svarte enten «delvis enig» eller «helt enig». Dårlig livskvalitet er basert på spørsmålet «Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?» De som har svart én av følgende har vi definert som å ha dårlig livskvalitet: «både/og», «nokså misfornøyd», «meget misfornøyd» eller «svært misfornøyd».

### 2.3 Analyser

Tallene som presenteres formidles ved hjelp av figurer<sup>2</sup> som viser hvor stor andel av befolkningen som oppgir et bestemt svar fra undersøkelsen. Figurene er basert på enkle krysstabuleringer av helse- og helserelevante forhold opp mot 10 års aldersgrupper. Forekomstene er beregnet separat for kvinner og menn.

### 2.4 Tolkning

Tallene som presenteres er i utgangspunktet enkle å forholde seg til fordi de viser prosentandeler som har svart på ulike spørsmål knyttet til helse og påvirkningsfaktorer på helse. Det er imidlertid viktig å være klar over at resultatene, slik de fremlegges i denne rapporten, viser øyeblikksbilder av helsetilstanden i de ulike HUNT-undersøkelsene.

Resultatene er basert på alle voksne som deltok i HUNT-undersøkelsene. Det er vanskelig å si noe generelt om hvor godt resultatene beskriver omfanget av helse og levevaner i den delen av befolkningen som ikke deltok. Analyser fra tidligere HUNT-undersøkelser (HUNT1 til HUNT3) har vist at det er en høyere andel menn og unge, samt en høyere andel med lavere utdanning og dårligere helse, blant de som ikke deltok sammenliknet med de som deltok [8]. En sammenlikning av deltakere og ikke-deltakere i HUNT4 viste generelt små forskjeller for ulike diagnosekoder gitt i primærhelsetjenesten [9]. En sammenlikning av deltakere i HUNT3 som ble invitert til HUNT4 viste imidlertid at de som hadde kroniske sykdommer eller andre helseplager i mindre grad deltok i HUNT4. Det er vanskelig å si sikkert hvordan dette påvirker fremstillingene i rapporten, men det gir grunn til å anta at folkehelsetilstanden kan fremstå noe bedre i rapporten enn det som ville vært tilfellet dersom alle hadde deltatt.

Det er også viktig å understreke at prosentandelene som presenteres, er et gjennomsnitt for ei gruppe. Innenfor alle grupper vil det kunne være stor variasjon. Hvis for eksempel 10 % av menn over 80 år oppgir en helseplage, mens tilsvarende for kvinner er 15 % så er det i begge gruppene et klart flertall som ikke har helseplager. Dette kan virke selvsagt, men i formidlingen blir dette av og til fremstilt som om «kvinner over 80 år har mer helseplager enn menn». Formidlingen blir misvisende, og en mer korrekt beskrivelse vil være at «en høyere andel rapporterer om helseplager blant kvinner over 80 år enn blant menn i samme aldersgruppe. Budskapet å ta med seg er altså at det ofte er stor variasjon innad i alle grupper.

---

<sup>2</sup> I søylediagrammene angir høyden på søylene forekomst og verdien på forekomsten vises på toppen av søylene. Verdiene som angis er avrundet til hele tall, mens høyden på søylene er basert på forekomst som inneholder desimaler. For noen av diagrammene vil derfor høyden på søylene variere selv om verdien som angis er den samme.

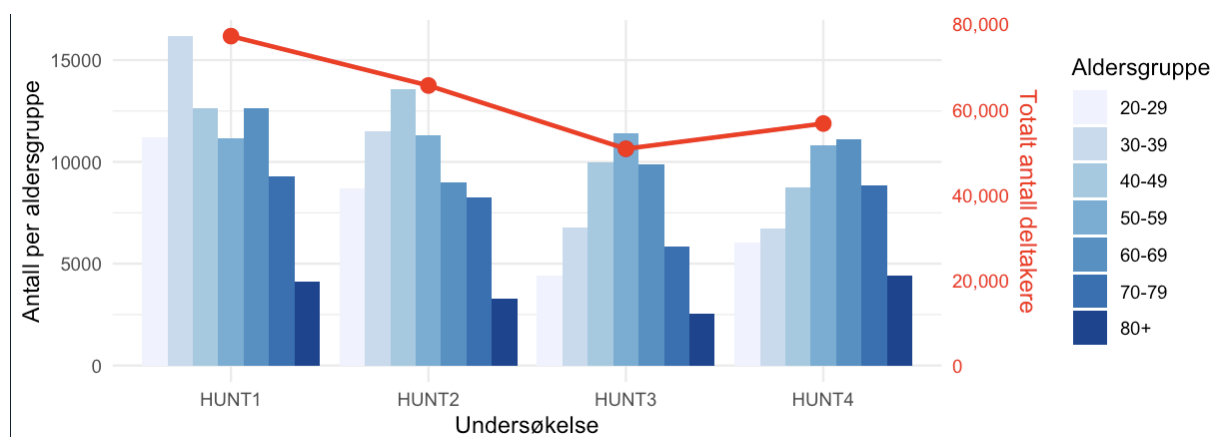
### 3. Resultater fordelt på alder og kjønn i Nord-Trøndelag

#### 3.1 Datamaterialet

Tabell 1 viser antall deltakere i de ulike HUNT-undersøkelsene i 10 års aldersgrupper. Vi ser også prosentvis fordeling av deltakere etter aldersgruppe innen hver undersøkelse. Figur 2 illustrerer antall deltakere i 10 års aldersgrupper samt den totale deltakelsen (rød linje). Deltakelse i prosent av alle inviterte har gått ned over tid, fra 89 % i HUNT1 til 70 % i HUNT og 54 % i HUNT3 og HUNT4. Det er vist tidligere at deltakelsen varierer etter aldersgruppe og kjønn [7, 9].

Tabell 1 Deltakere i HUNT1 til HUNT4 i Nord-Trøndelag. Antall og prosent etter aldersgrupper.

	HUNT1		HUNT2		HUNT3		HUNT4		Totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
20-29	11193	14.5	8674	13.2	4394	8.7	6034	10.6	30295	12.1
30-39	16179	21.0	11526	17.6	6763	13.3	6709	11.8	41177	16.4
40-49	12634	16.4	13569	20.7	9960	19.6	8763	15.5	44926	17.9
50-59	11164	14.5	11320	17.2	11420	22.5	10824	19.1	44728	17.9
60-69	12639	16.4	9014	13.7	9876	19.4	11120	19.6	42649	17.0
70-79	9306	12.1	8253	12.6	5846	11.5	8860	15.6	32265	12.9
80+	4109	5.3	3287	5.0	2548	5.0	4418	7.8	14362	5.7
<b>Total</b>	<b>77224</b>	<b>100</b>	<b>65643</b>	<b>100</b>	<b>50807</b>	<b>100</b>	<b>56728</b>	<b>100</b>	<b>250402</b>	<b>100</b>

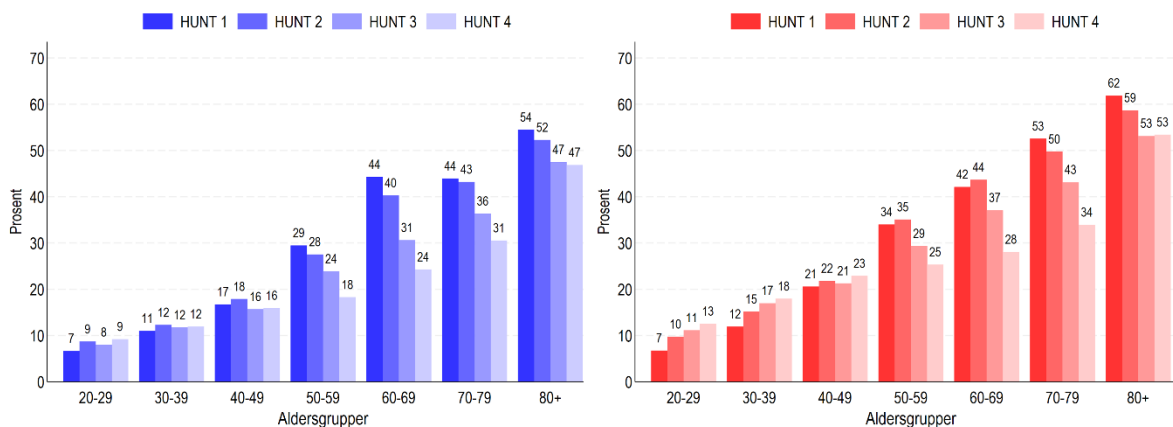


Figur 2 Antall deltakere etter aldersgrupper og undersøkelse

## 3.2 Indikatorer på helse

### Egenvurdert helse

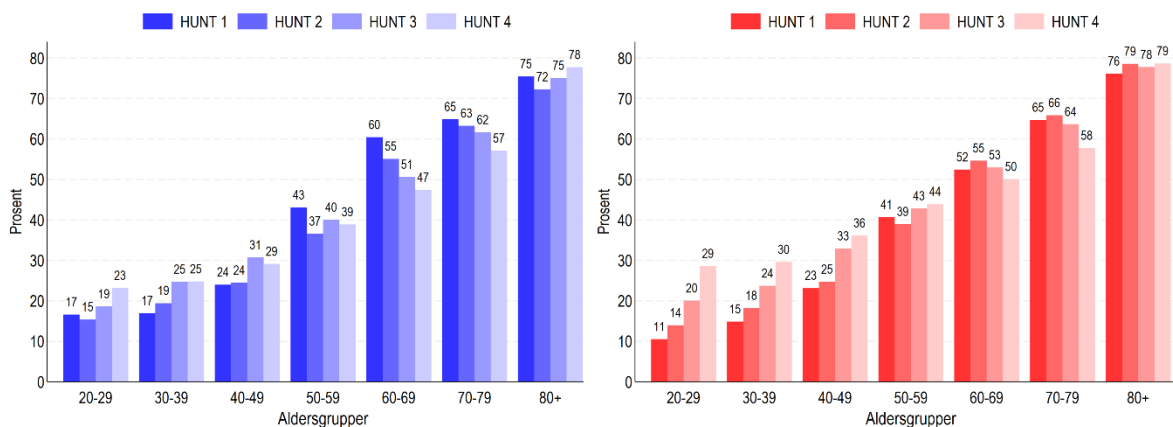
Andelen som vurderer sin egen helse som *dårlig* øker med økende alder, og er litt høyere blant kvinner enn blant menn (Figur 3). Dette er likt i alle undersøkelsene. Blant kvinner som er yngre enn 50 år har denne andelen imidlertid økt gradvis siden HUNT1. For aldersgruppene mellom 50 og 79 år har andelen som oppgir å ha dårlig helse blitt vesentlig lavere over tid, hos begge kjønn.



Figur 3 Andel som oppgir dårlig egenvurdert helse etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

### Langvarig begrensende sykdom

Andelen som oppgir at de har langvarig begrensende sykdom øker også med økende alder, og kjønnsforskjellene er små (Figur 4). Vi ser en liten økning over tid hos de yngre mannlige deltakerne (under 50), og en mer tydelig økning over tid for kvinner under 50. For personer 60-79 år har andelen blitt lavere over tid, mest tydelig for de mannlige deltakerne, men også for de kvinnelige deltakerne.

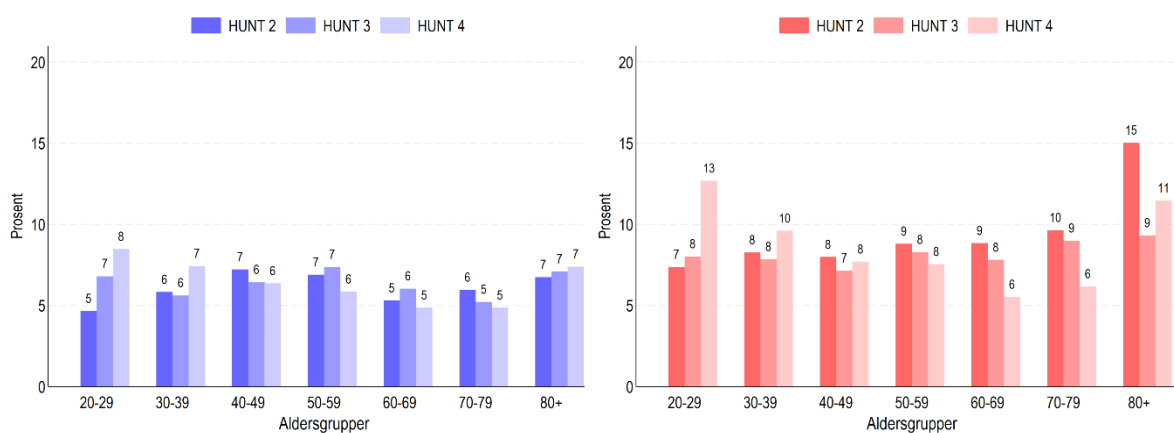


Figur 4 Andel som oppgir å ha langvarig begrensende sykdom etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

## Psykiske helseplager

Figur 5 nedenfor viser forekomst av de som har rapportert et *moderat* eller *høyt* nivå av psykiske helseplager. Disse dataene ble ikke samlet inn i HUNT1.

Forekomsten av psykiske helseplager varierer generelt lite etter alder, men andelen er gjennomgående noe høyere blant kvinner enn blant menn. Blant kvinner over 80 år er andelen markant høyere enn for øvrige grupper, spesielt i HUNT2 (15%). Den tydeligste endringen over tid er at andelen har økt i den yngste aldersgruppen (20-29 år), for begge kjønn. Vi ser også en tendens til at forekomsten går ned over tid blant kvinner 50-79 år.

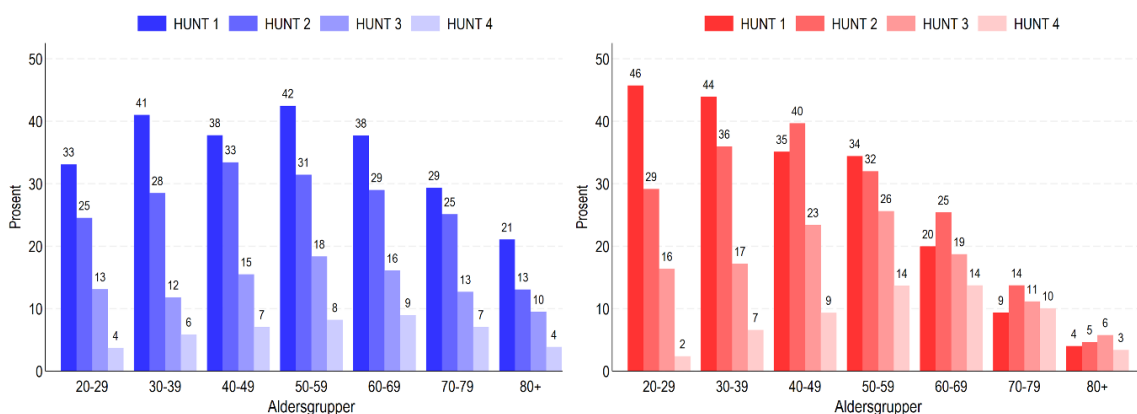


Figur 5 Andel innbyggere som rapporterer moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager siste to uker før undersøkelsen (Conor mental health index  $\geq 2.15$ ) etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

### 3.3 Levevaner

#### Daglig røyking

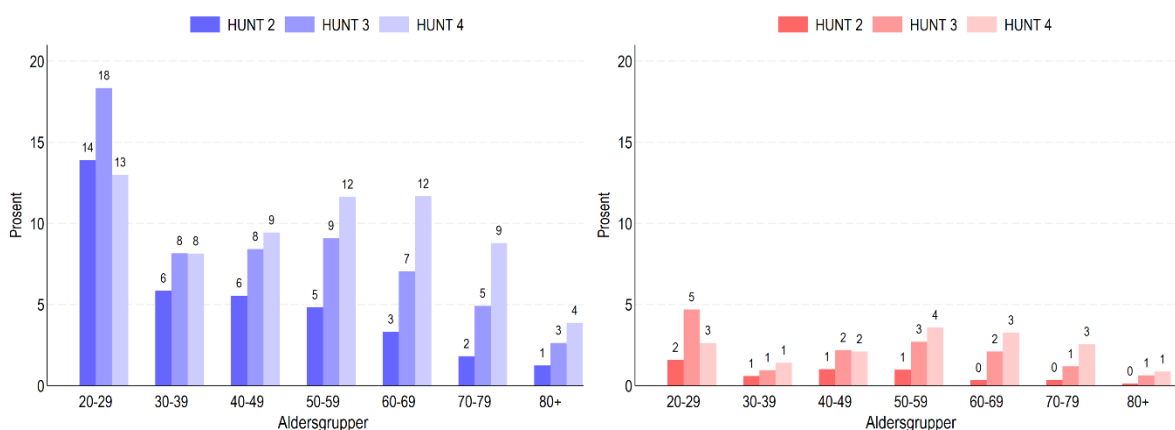
Daglig røyking øker risikoen betydelig for flere alvorlige sykdommer som hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og lungekreft. Vi ser en betydelig nedgang i andelen som oppgir at de røyker daglig siden HUNT1. Nedgangen har vært størst blant de yngste, men gjelder for alle aldersgrupper og for begge kjønn (Figur 6).



Figur 6 Andel som oppgir at de dagligrøyker etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

#### Høyt alkoholforbruk ( $\geq 8$ enheter per uke)

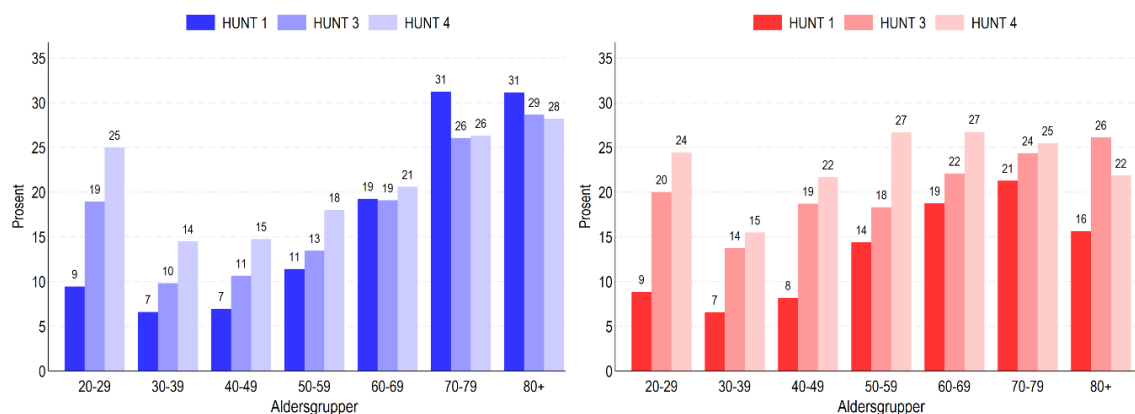
Figur 7 nedenfor viser forekomst av de som har rapportert om et høyt forbruk av alkohol, det vil si 8 enheter eller mer per uke. Dette tilsvarer et alkoholforbruk som innebærer økt helserisiko [10]. Høyt forbruk av alkohol over tid øker risikoen for en rekke sykdommer og beruselse er forbundet med ulykker og vold. Andelen som oppgir et høyt alkoholforbruk i HUNT2 – HUNT4 er vesentlig høyere blant menn enn blant kvinner. Andelen er, og har vært, aller høyest for menn i aldersgruppen 20-29 år. Tallene viser at andelen har økt betydelig over tid for begge kjønn, selv om forekomstene blant kvinner er mye lavere enn blant menn. Særlig i aldersgruppene 50 år og eldre ser vi en økning, med en dobling blant menn 50-59 år og en firedobling i gruppen 60-69 år.



Figur 7 Andel som oppgir at de drikker 8 alkoholenheter eller mer i løpet av uka, etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

## Daglig fysisk aktivitet

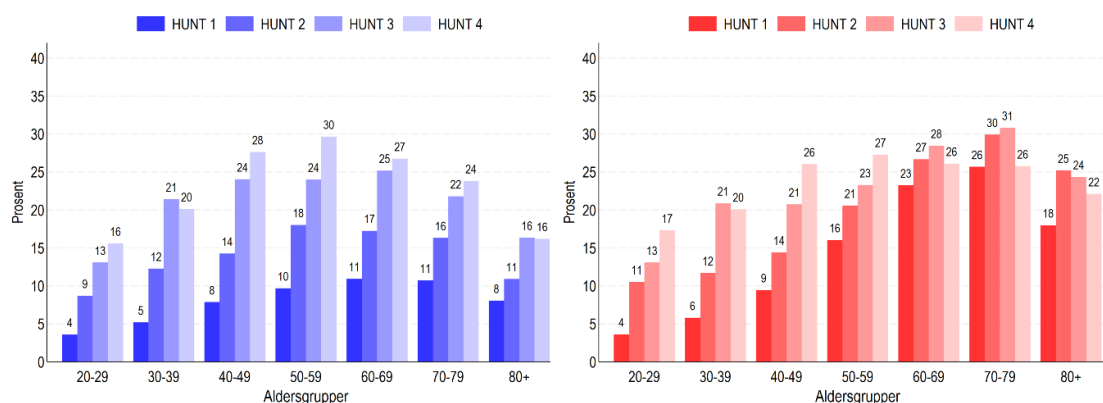
Figur 8 viser andelen som rapporterte daglig fysisk aktivitet i HUNT1, HUNT3 og HUNT4. I HUNT1 var det en tydelig aldersgradient i andelen som oppga at de var fysisk aktive hver dag. Andelen var høyst for de eldste, og lavest blant de yngste. Dette bildet har endret seg over tid ved at en større andel yngre oppgir å være fysisk aktive i HUNT3 og HUNT4. Økningen er tydelig for kvinner i alle aldergruppene opp til og med 70-79 år, og for menn først og fremst aldergruppene opp til 50-59 år. Det er særlig blant de yngste mellom 20-29 år at økningen i andel har vært sterk (figur 8).



Figur 8 Andel som oppgir at de er fysisk aktive omtrent hver dag etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 3 og 4 (ikke målt i HUNT2). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

## Fedme

Figur 9 viser andelen menn og kvinner med fedme (KMI  $30 \text{ kg/m}^2$  eller høyere), målt på de fire målepunktene i HUNT-undersøkelsene. Den generelle trenden her er at for alle så har andelen med fedme økt for hver HUNT-måling. Denne trenden har for noen aldersgrupper holdt seg stabil eller sunket litt fra HUNT3 til HUNT4, slik som kvinner over 60 og menn mellom 30-39 eller over 80.

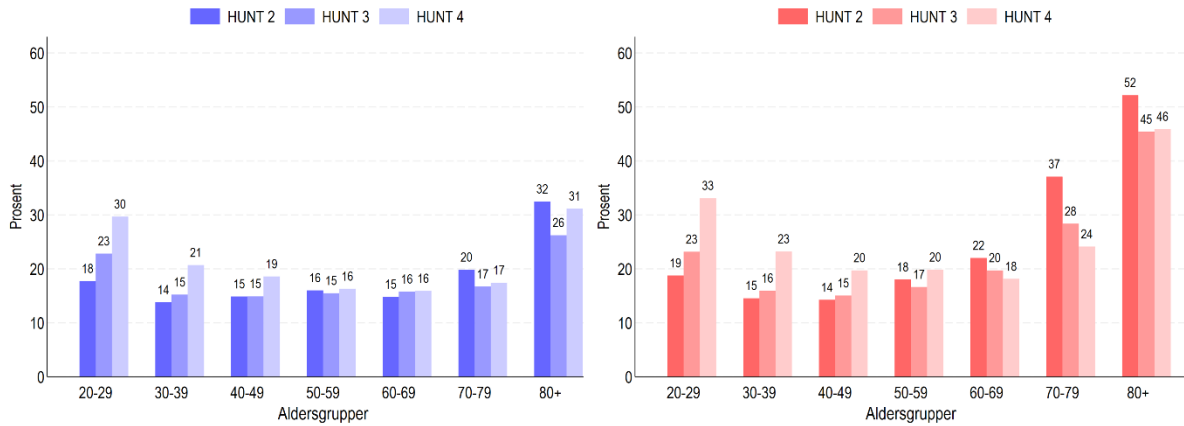


Figur 9 Andel som har målt høyde og vekt som tilsvarende fedme ( $30 \geq \text{KMI}$ ) etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

### 3.4 Mellommenneskelige forhold og livskvalitet

#### Ensomhet

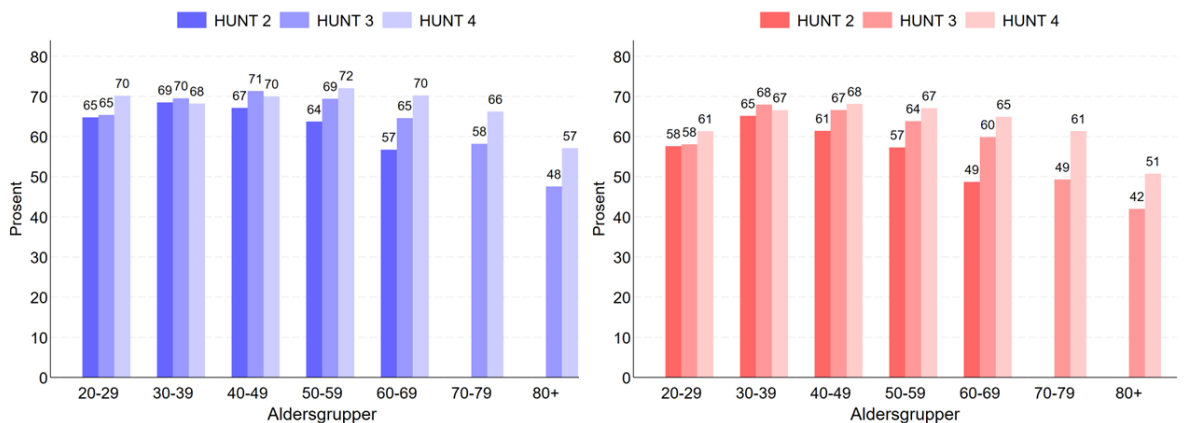
Andelen som oppgir at de har følt seg ensom i løpet av de siste to ukene er høyest for de eldste (80+) i alle undersøkelsene, og er noe høyere blant kvinner enn blant menn (Figur 10). For kvinner 70-79 har andelen gått vesentlig ned over tid, mens for menn og kvinner 20-29 år har andelen gått vesentlig opp. Generelt så har andelen over tid vært økende blant de yngste aldersgruppene, og økningen er størst i aldersgruppen 20-39 år (begge kjønn).



Figur 10 Andel som rapporterer at de har følt seg ensom i løpet av de siste 2 uker etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

#### Tillit

Figur 11 viser andel som er uenige i påstanden “Man kan ikke stole på hverandre her” for HUNT2 – HUNT4. Totalt sett er det om lag 2/3 som oppgir å være uenig i denne påstanden, mens andelen er noe lavere blant kvinner enn for menn, og særlig blant de eldste aldersgruppene. Andelen har samtidig økt noe over tid blant de eldste. Det generelle bildet tyder på at flere enn tidligere føler at man kan stole på hverandre.

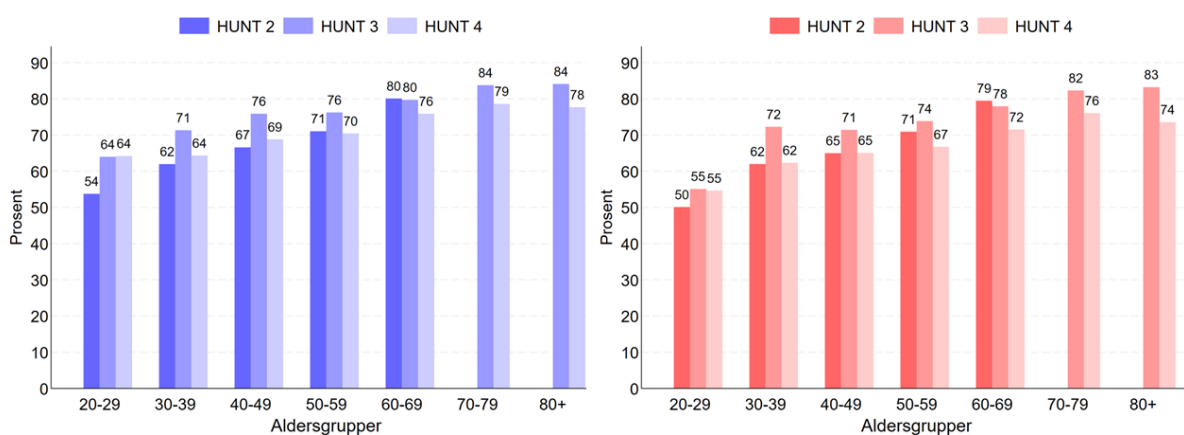


Figur 11 Andel som rapporterer å være uenige i påstanden: «Man kan ikke stole på hverandre her» etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

## Fellesskap

Figur 12 viser andelen som oppgir å være enig i påstanden “jeg føler sterkt fellesskap med de som bor her” i HUNT2 – HUNT4.

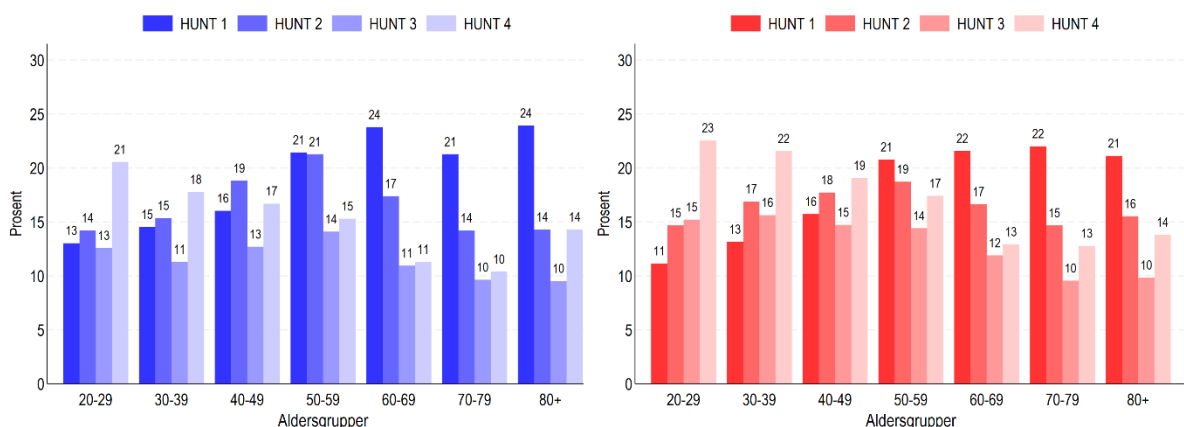
Andelen som føler på et sterkt fellesskap er høy, og øker med økende alder. Det er små forskjeller mellom menn og kvinner på tvers av aldersgrupper. Andelene er stabile over tid når vi sammenligner HUNT2, HUNT3 og HUNT4, men det er en gjennomgående tendens til at andelene har gått litt ned fra HUNT3 til HUNT4. Unntaket er den yngste aldersgruppen hvor andelene har vært stabile mellom HUNT3 og HUNT4.



Figur 12 Andel som rapporterer å være enige i påstanden: «Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her» etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 2, 3 og 4 (ikke målt i HUNT1). Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

## Dårlig livskvalitet

Figur 13 viser andelen som oppgir at de er misfornøyd med tilværelsen, målt på alle fire undersøkelsestidspunkt. Andelen som oppgir at de er misfornøyd med tilværelsen har variert mellom 10 og 25 prosent for de ulike aldersgruppene. Blant de yngste har andelen som er misfornøyd økt litt over tid, særlig blant kvinner. For personer over 60 år har andelene over tid gått ned. De laveste andelene så man i HUNT3. I HUNT4 har andelene økt igjen for alle aldersgrupper.



Figur 13 Andel som rapporterer at de er misfornøyd på spørsmålet: «Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?» etter aldersgruppe og kjønn i HUNT 1, 2, 3 og 4. Menn til venstre (blå farge), kvinner til høyre (rød farge).

## 4. Oppsummering

I denne rapporten har vi sett på utviklingen av sentrale indikatorer på folkehelse over 35 år i Nord-Trøndelags befolkning. Andelen av de yngre aldersgruppene som lever med langvarig begrensende sykdom har økt med tida. Også andelen som oppgir moderat eller høyt nivå av psykiske helseplager har økt noe blant de yngre aldersgrupper. Samtidig er det færre i de eldre aldersgruppene (50+) som vurderer sin egen helse som dårlig. Når det kommer til levevaner har daglig røyking gått jevnt og kraftig nedover siden HUNT1 for alle aldersgrupper. Høyt alkoholforbruk har derimot økt noe med tida, spesielt blant menn. På tross av en generell økning i egenrapportert fysisk aktivitet i de fleste aldersgrupper, har andelen som lever med fedme generelt økt. Økningen i fedme er tydeligst fram til HUNT3. Følelsen av fellesskap og tillit er relativt stabil over tid, men opplevelsen av ensomhet har økt blant de yngste. Andelen med dårlig livskvalitet har sunket for de eldre aldersgruppene over tid, mens den har økt noe for de yngste aldersgruppene de siste årene.

I rapporten har vi beskrevet både positive og negative utviklingstrekk. Positive utviklingstrekk omhandler daglig røyking - som har gått kraftig ned - og andelen som er daglig fysisk aktive som har gått opp. Bekymringsfulle utviklingstrekk omhandler høyt alkoholkonsum blant menn - som viste en økning over tid - samt økningen i fedme blant kvinner og menn i perioden. En tendens ved indikatorene på helse, ensomhet og livskvalitet var at yngre aldersgrupper rapporterte en forverring over tid, mens det var motsatt blant de middelaldrende og de eldre.

## 5. Referanser

1. Sund, E.R., *Sosial kapital. Teorier og perspektiver -- en kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse*. 2010, Helsedirektoratet: Oslo.
2. Schmit, C.D., G. Falia, and P. Sanusi, *Threats to democracy are threats to health*. Nat Hum Behav, 2025.
3. Brantsæter, A.L., *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid*, in C. Øverby, MK Torstveit & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid*. 2011, Høyskoleforlaget. p. 40–52.
4. Dahlgren, G. and M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies, 1991. **27**(1): p. 4–41.
5. Folkehelseinstituttet, *Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten – kortversjon*. 2018.
6. Helsedirektoratet. *Veileder til systematisk folkehelsearbeid* (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid>). 2020.
7. Krokstad, S., et al., *Cohort Profile: the HUNT Study, Norway*. Int J Epidemiol, 2013. **42**(4): p. 968–77.
8. Langhammer, A., et al., *The HUNT study: participation is associated with survival and depends on socioeconomic status, diseases and symptoms*. BMC Med Res Methodol, 2012. **12**: p. 143.
9. Asvold, B.O., et al., *Cohort Profile Update: The HUNT Study, Norway*. Int J Epidemiol, 2023. **52**(1): p. e80–e91.
10. Tevik, K., et al., *Prevalence and change in alcohol consumption in older adults over time, assessed with self-report and Phosphatidylethanol 16:0/18:1 -The HUNT Study*. PLoS One, 2024. **19**(5): p. e0304714.

