

Folkehelseutfordringer i Trøndelag

Folkehelsepolitisk rapport med
helsestatistikk fra HUNT inkludert tall
fra HUNT4 (2017-19)

Erik R. Sund
Vegar Rangul
Steinar Krokstad

2019

HUNT forskningssenter

Folkehelseutfordringer i Trøndelag

Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra
HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19)

Erik R. Sund
Vegar Rangul
Steinar Krokstad

Utgitt av:
HUNT forskningssenter,
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU
Forskningsvegen 2
7600 Levanger
<http://www.hunt.no>
Levanger, 2019
ISBN 978-82-91725-16-1

FORORD

Datainnsamlingen i 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 utviklingen av helsetilstanden i befolkningene er det umulig å drive et effektivt og målrettet folkehelsearbeid, både globalt, nasjonalt, regionalt og lokalt. Ved gjennomgang av resultatene fra HUNT4 i HUNT rådgivningsgruppe, ble HUNT forskningssenter oppfordret til å gi ut en midlertidig rapport før den endelige folkehelsestatistikken publiseres, og i god tid før kommune- og fylkestingsvalget nå i 2019. Folkehelse og samfunnsmedisinske politiske prioriteringer bør diskuteres i de politiske partiene, kommunene og i fylkeskommunen før valget.

Folkehelse og samfunnsmedisin er viktige politiske anliggender. Det er de politiske prioriteringer, og de påfølgende sosiale, økonomiske, historiske og kulturelle endringene av disse som former en befolknings helsetilstand. Folks helse og gjennomsnittlige leveutsikter påvirkes sterkt av hvilket land de vokser opp i, men også hvilken sosial gruppe de tilhører innad i sitt land. Disse sosiale forskjellene i helse er kanskje de viktigste folkehelseutfordringene vi står overfor i dag både globalt og i Norge, i tillegg til de helseutfordringene klimaendringene vil skape.

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. Denne rapporten gir ikke et fullstendig bilde av folkehelseutviklingen, men peker på noen spesielle trekk av stor betydning eller der det pågår tydelige endringer. Det er Vegar Rangul, Erik R. Sund og Steinar Krokstad som har stått for det faglige arbeidet med rapporten. Mer omfattende rapportering fra HUNT og HUNT4 blir publisert senere, med blant annet helsestatistikk på HUNTs nettsider.

Etter at de to trøndelagsfylkene har slått seg sammen, har kommunene i tidligere Nord-Trøndelag meget god oversikt over folkehelsestilstanden, mens det mangler viktige data fra innbyggerne i Trondheim og sør i Trøndelag. Derfor har Trøndelag fylkeskommune i samarbeid med HUNT forskningssenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie NTNU, besluttet å gjennomføre en datainnsamling sør i Trøndelag høsten 2019. Trondheim kommune er allerede med i dette samarbeidet, og de resterende kommunene har nylig også blitt invitert til å delta. Med en slik datainnsamling vil også kommunene sør i Trøndelag få bedre helsestatistikk enn de har i dag. I første omgang blir dette begrenset til en spørreskjemabasert undersøkelse. Statistikken fra denne undersøkelsen blir tilgjengelig i 2020.

Levanger, 30.6.2019

HUNT forskningssenter

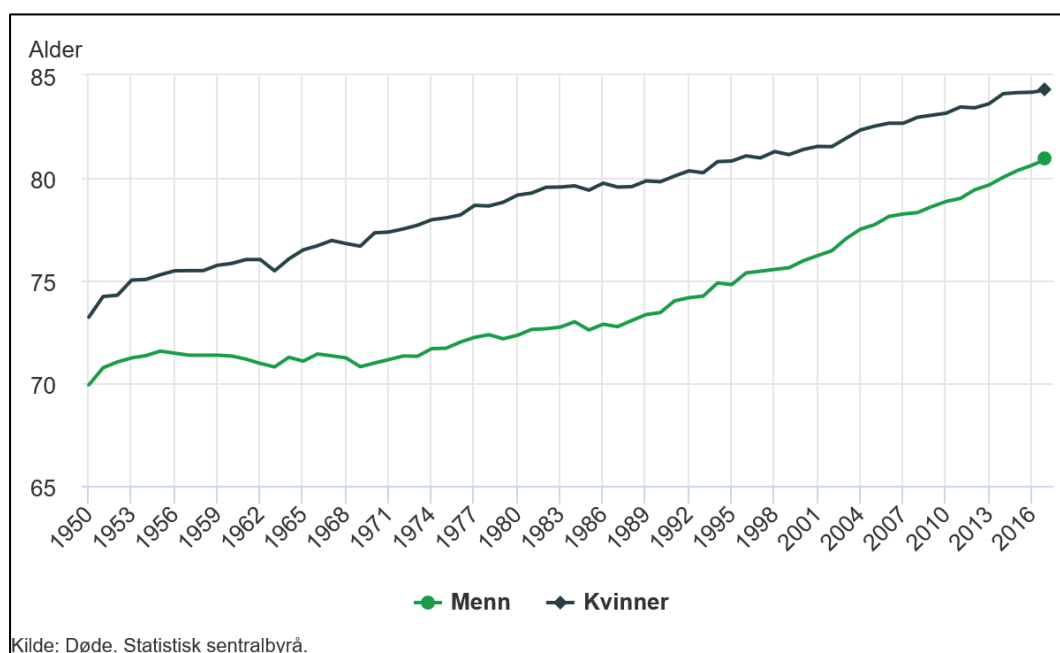
INNHold

Forord.....	5
1. Levealderen i Norge øker fortsatt	8
2. Psykiske lidelser preger folkehelse og uførhet i Norge	9
3. Hjerte- karsykdom, blodtrykksendringer og kolesterol	11
4. Røyking og snusbruk	14
5. Overvekt og fedme	16
6. Helse blant eldre	18
7. Sosiale ulikheter i helse	19
8. Folkehelsearbeid i Trøndelag basert på HUNT	24

1. LEVEALDEREN I NORGE ØKER FORTSATT

Før de viktigste folkehelseutfordringene illustreres, er det viktig å vise at levealderen i Norge fortsatt øker som tegn på god folkehelse (figur 1). Men det er ikke en positiv utvikling når det gjelder en del helseforhold folk plages med, men ikke dør av. Dette kommer fram senere i rapporten.

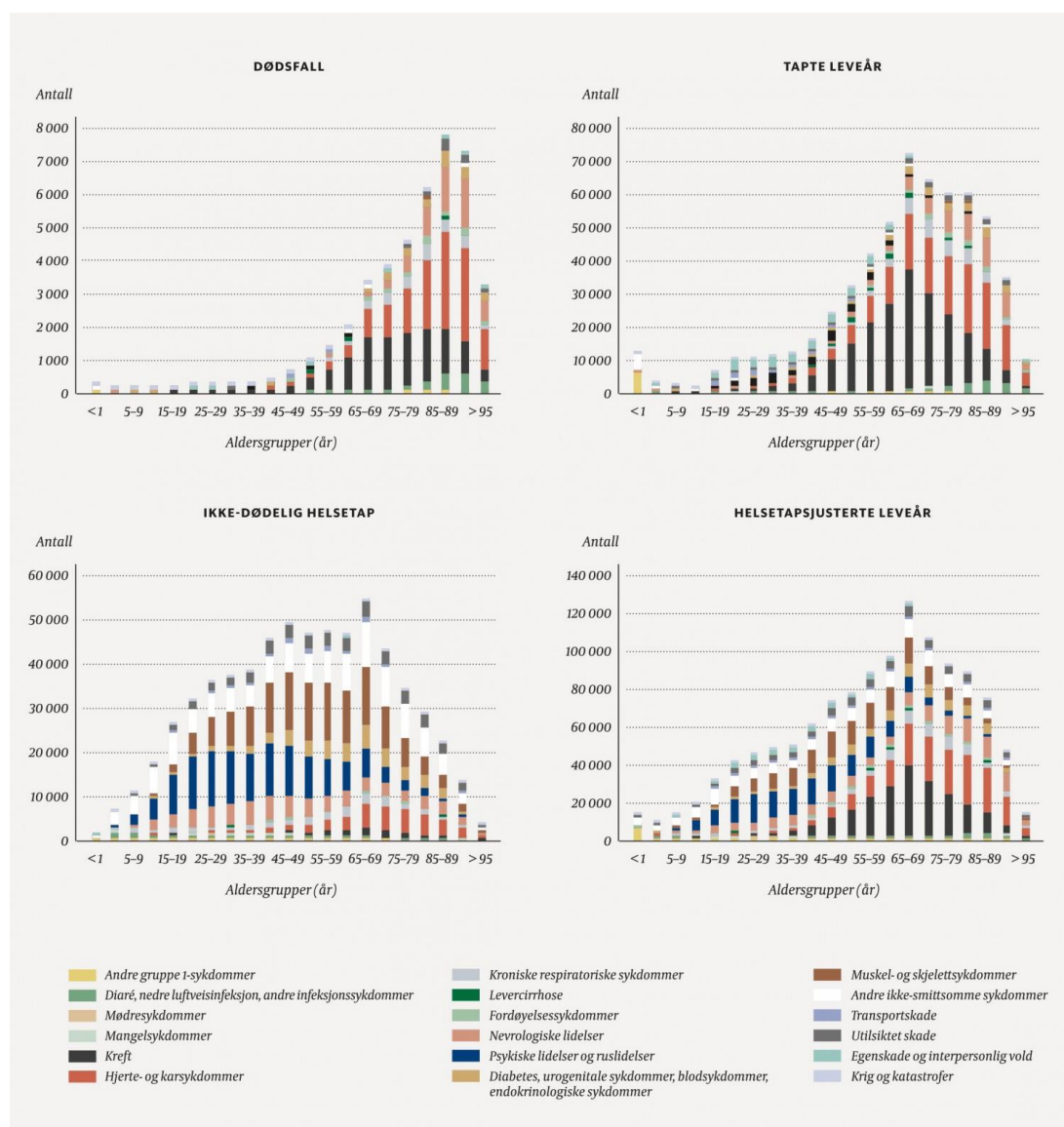
Forventet levealder var i Norge i 2017 84,3 år for kvinner og 80,9 år for menn. De siste 30 årene er forskjellen på menn og kvinners levealder halvert. Det er først og fremst nedgang i antallet som rammes av hjerte- og karsykdom som har bidratt til økningen.



Figur 1. Forventet levealder ved fødselen for menn og kvinner i Norge. Faksimile fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/menn-enda-naermere-kvinner-levealder>

2. PSYKISKE LIDELSER PREGER FOLKEHELSE OG UFØRHET I NORGE

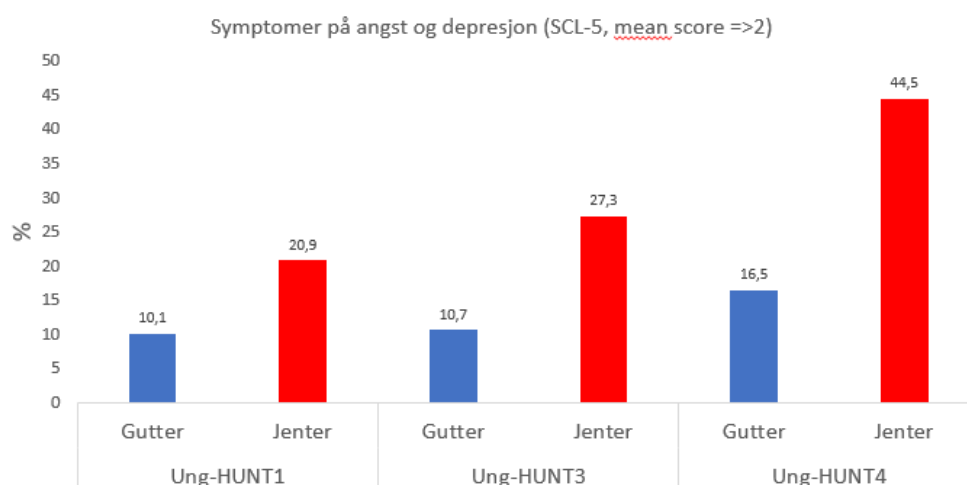
Psykiske lidelser er en av hovedårsakene til ikke-dødelig helsetap i Norge (figur 2). [Statistikk fra NAV](#) viser at det i perioden 2003–2015 har det vært en økning fra 17 til 20 prosent i andelen av sykepengemottakerne som har en psykisk lidelse som sykmeldingsårsak.



Figur 2. Fordelingen av sykdomsbyrde i form av dødsfall, tapte leveår, ikke-dødelig helsetap og helsetapsjusterte leveår etter alder i 2016 i Norge. Faksimile fra <https://tidsskriftet.no/2018/10/originalartikkel/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016>

Det er fra flere datakilder rapportert økende forekomst av psykiske plager blant ungdom i Norge. Data fra Ung-HUNT bekrefter denne utviklingen. For jenter var andelen som rapporterte betydelige angst- og depresjonssymptomer 20,9 % i Ung-HUNT (1995-97), mens denne andelen var 44,5 % i Ung-HUNT4 (2017-19) (figur 3).

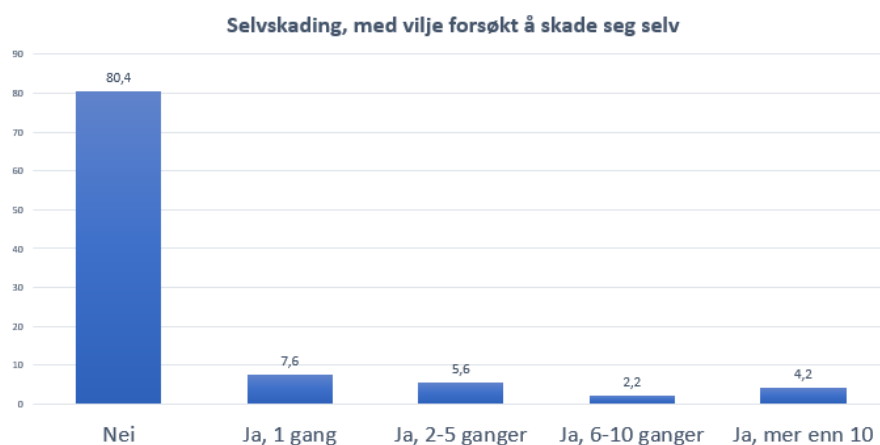
Symptomer på angst og depresjon, Ung-HUNT



Figur 3. Prosentandel gutter og jenter som rapporterte betydelige angst- og depresjonssymptomer 20,9 % i Ung-HUNT (1995-97), Ung-HUNT3 (2007-09) og Ung-HUNT4 (2017-19).

Tall fra Ung-HUNT4 viser at omtrent 20 % av ungdommer i alderen 13-19 år hadde skadet seg selv en eller flere ganger (figur 4).

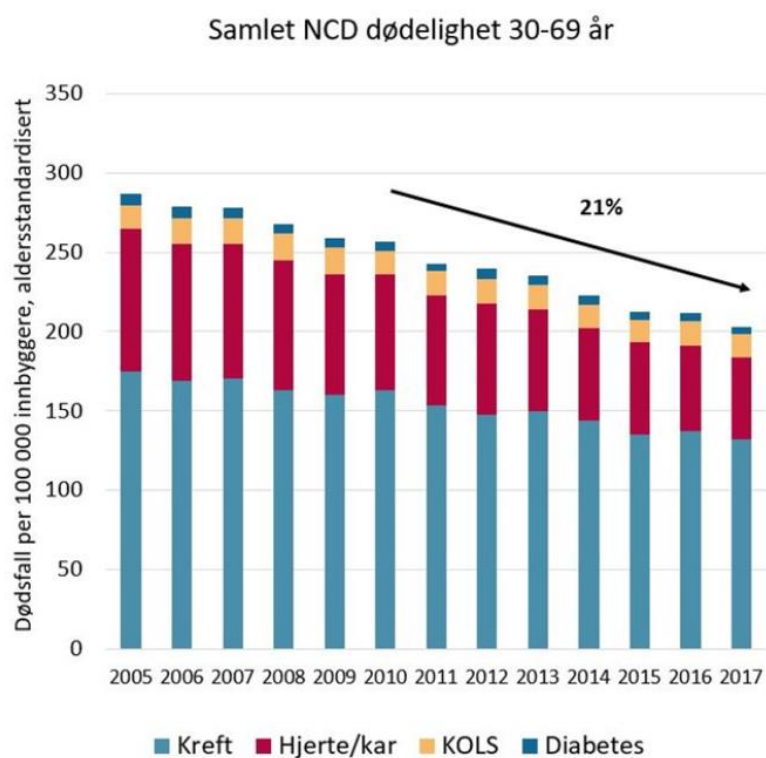
Selvskading (f.eks. Kutte seg, ta piller, brenne seg) Ung-HUNT4



Figur 4. Forekomst av selvskading blant ungdom, Ung-HUNT4 (2017-19).

3. HJERTE- KARSYKDOM, BLODTRYKKSENDINGER OG KOLESTEROL

Verdens helseorganisasjon (WHO) vedtok i mai 2012 et mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer med 25 prosent i perioden 2010 til 2025. I Norge har vi observert en nedgang på 21 prosent fra 2010 til 2017 (figur 5). Mye av dette kan tilskrives nedgangen i røyking og spørsmålet nå er om vi får en ytterligere nedgang i årene som kommer.

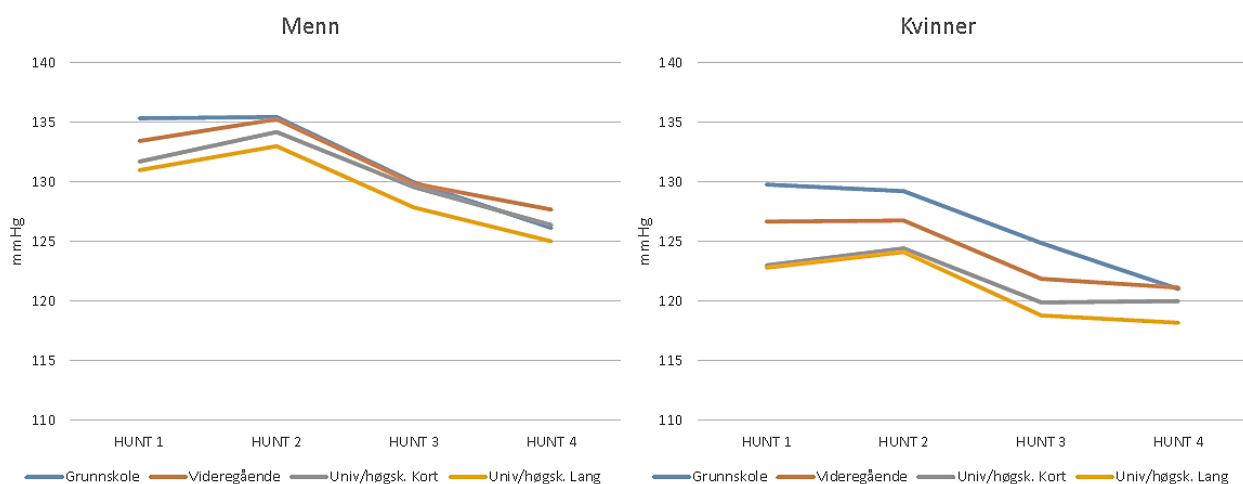


Kilde: Dødsårsaksregisteret

Figur 5. Samlet dødelighet for fire ikke-smittsomme sykdommer 2005 – 2017. Faksimile fra <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/dodelighet-sykelighet/for-tidlig-dod/>

Vi har i sammenheng med dette observert en oppsiktsvekkende positiv nedgang i blodtrykk i befolkningen i Nord-Trøndelag fra HUNT2 til HUNT4 (figur 6). Forskning tyder på at ca. 20 % denne endringen skyldes at flere får bedre behandling for høyt blodtrykk, mens ca. 80 % skyldes en nedgang i gjennomsnittlig blodtrykk i befolkningen av usikker årsak.

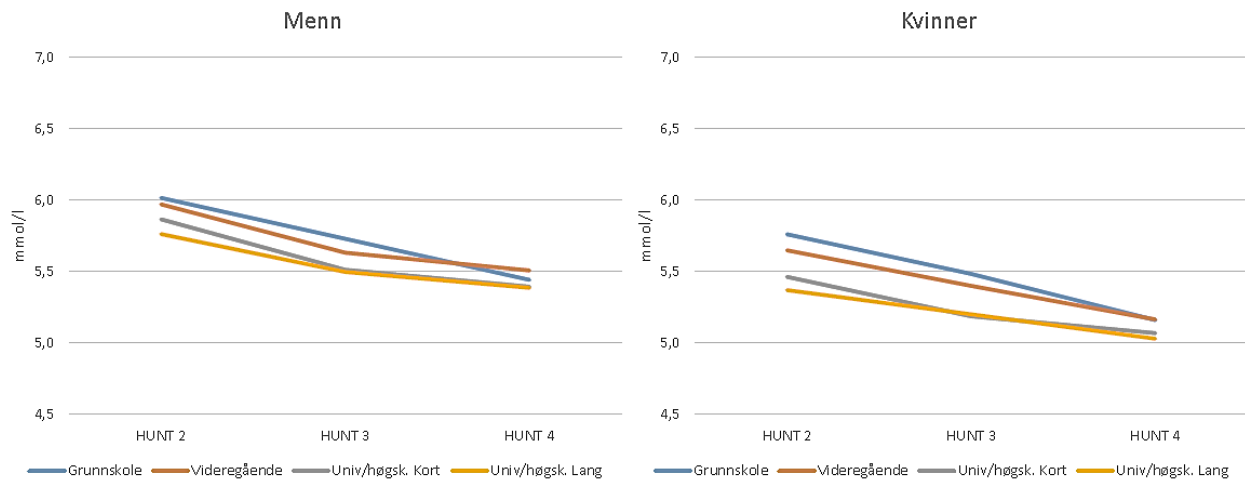
Systolisk blodtrykk, 1984-2019, kvinner og menn 40-49 år



Figur 6. Systolisk blodtrykk for menn og kvinner i alderen 40-49 år i forskjellige utdanningsgrupper fra HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-08) og HUNT4 (2017-19).

Vi har også observert en nedgang i gjennomsnittlig kolesterol i blodet (figur 7). Høyt kolesterol er en risikofaktor for hjerte- og karsykdom.

Totalkolesterol, 1984-2019, kvinner og menn 40-49 år

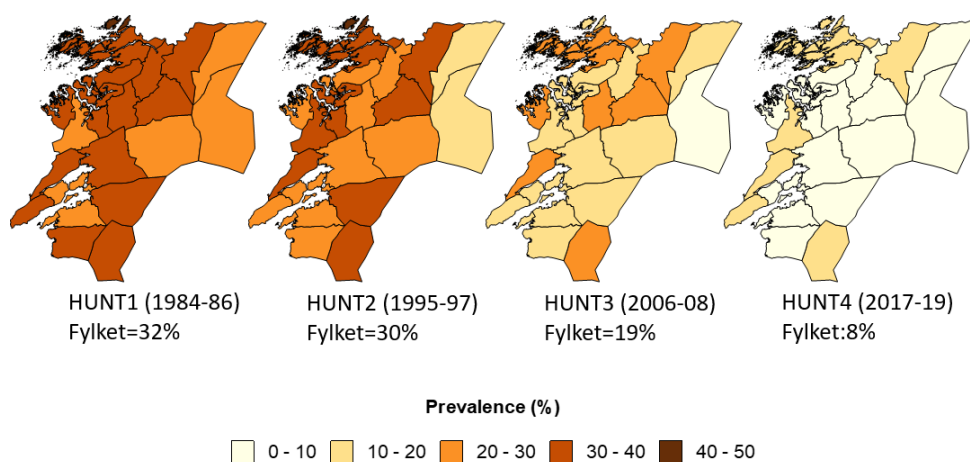


Figur 7. Totalkolesterol i blod for menn og kvinner i alderen 40-49 år i forskjellige utdanningsgrupper fra HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-08) og HUNT4 (2017-19).

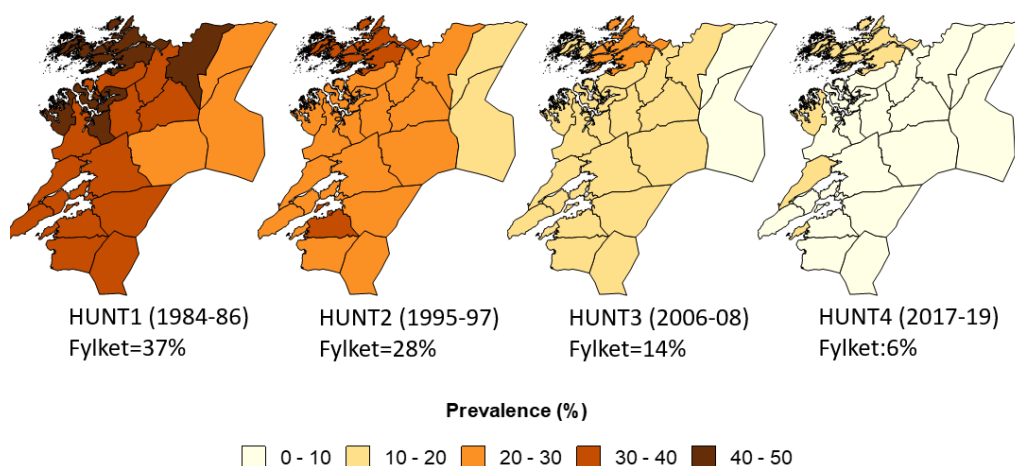
4. RØYKING OG SNUSBRUK

Det har vært en stor nedgang i daglig røyking siden 1980-årene fram til i dag (figur 8). Forekomsten av hjerte- og karsykdommer har blitt betydelig redusert. Norge har i samme periode hatt en svært aktiv tobakkspolitikk med skattelegging, forbud mot reklame for tobakk, aldersgrense for kjøp og annen tilgangsbegrensning.

Dagligrøyking kvinner i %

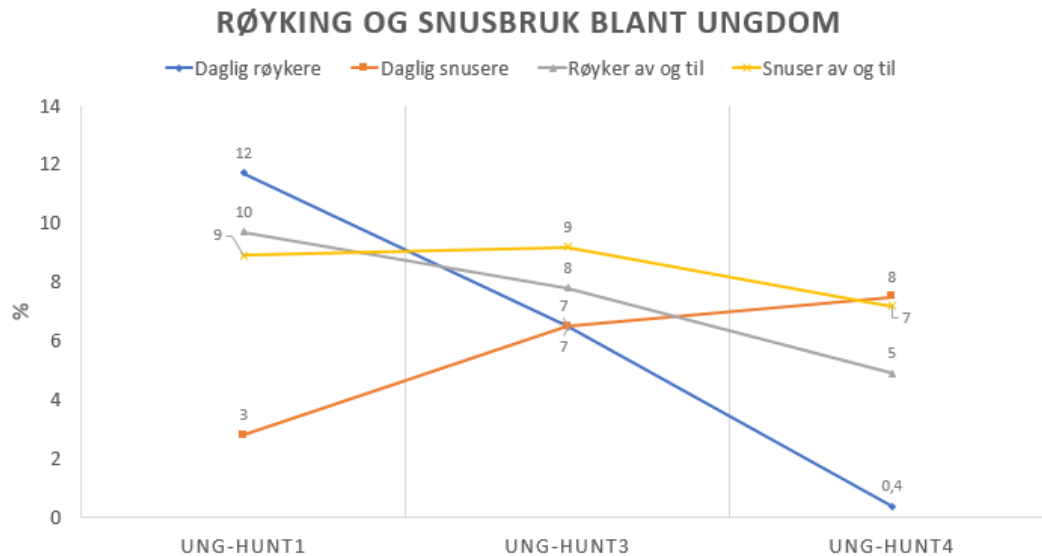


Dagligrøyking menn i %



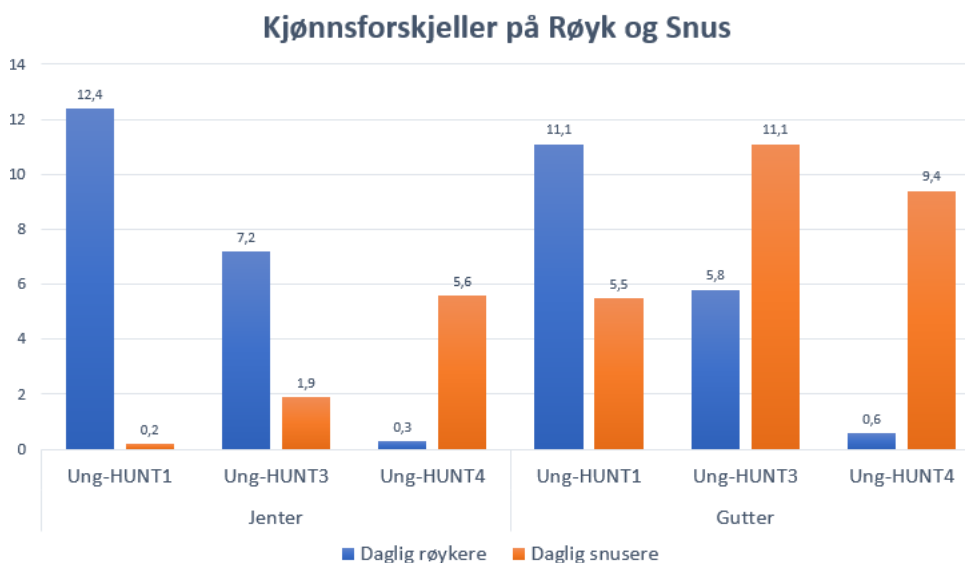
Figur 8. Prosentandel som røykte daglig i kommunene i Nord-Trøndelag i HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-08) og HUNT4 (2017-19).

Det har også vært en stor nedgang i daglig røyking blant ungdom fra 1990-årene (Ung-HUNT1) fram til i dag. Andelen dagligrøykere har falt fra 12 % til 0,4 %. Daglig bruk av snus har økt fra 3 % til 8 % i samme periode (figur 9).



Figur 9. Røyking og bruk av snus blant ungdom over tid, Ung-HUNT (1995-97), Ung-HUNT3 (2007-09) og Ung-HUNT4 (2017-19).

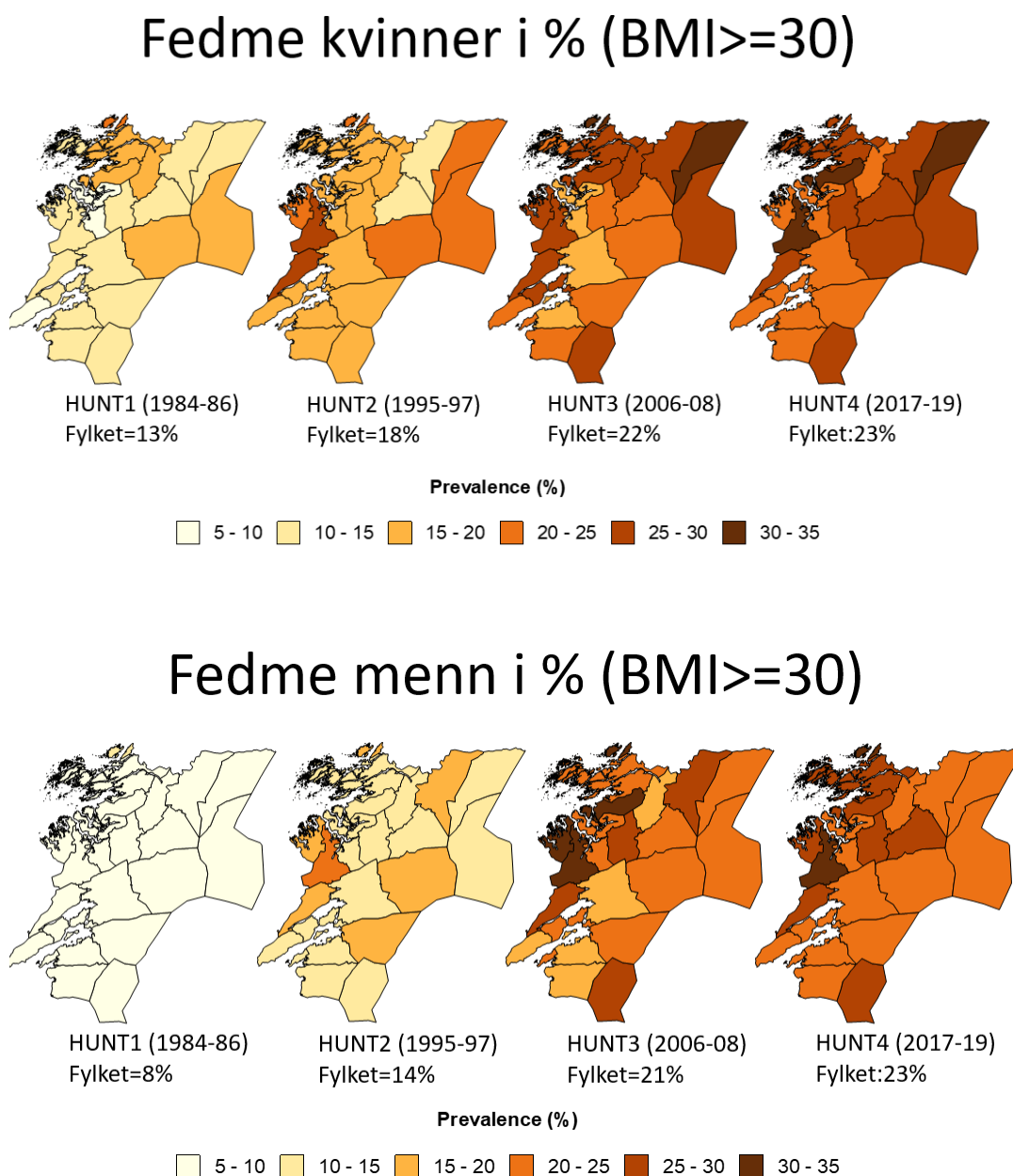
Det er betydelige kjønnsforskjeller i røyking og bruk av snus (figur 10).



Figur 10. Kjønnsforskjeller i røyking og bruk av snus blant ungdom over tid.

5. OVERVEKT OG FEDME

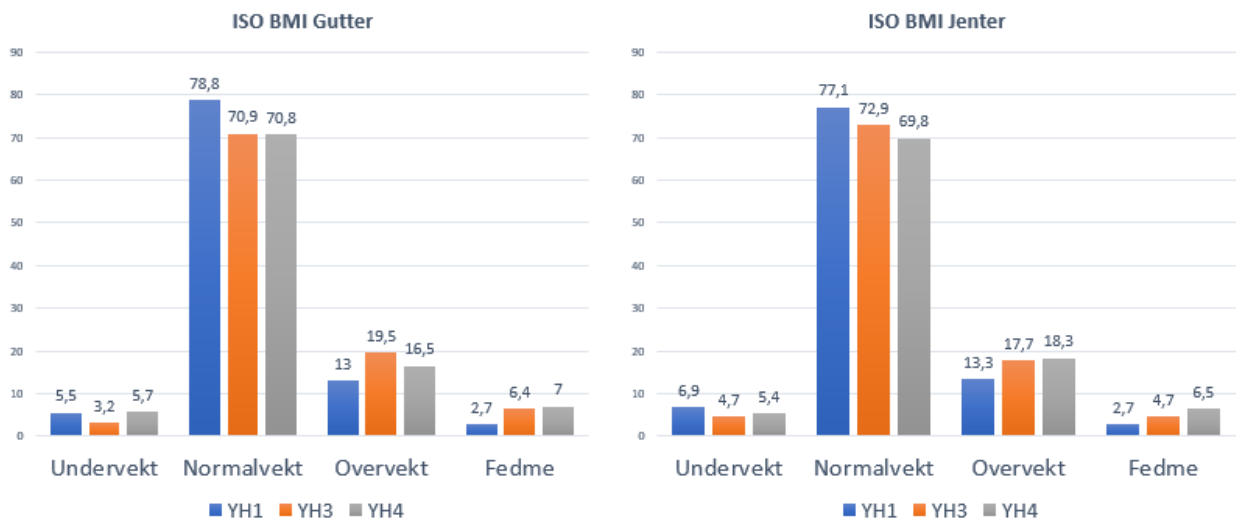
Forekomsten av fedme har økt dramatisk i fylket siden 1980-årene. Data fra HUNT4 viser at den sterke økningen har avtatt etter HUNT3 (figur 11).



Figur 11. Prosentandel som hadde fedme blant voksne i kommunene i Nord-Trøndelag i HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-08) og HUNT4 (2017-19).

Det har også vært en økning i andelen med overvekt og fedme blant ungdom over tid. Andelen gutter med overvekt og fedme har økt fra 16 % til 23 % fra Ung-HUNT1 (1995-97) til Ung-HUNT4 (2017-19), for jenter fra 16 % til 24 % (figur 12).

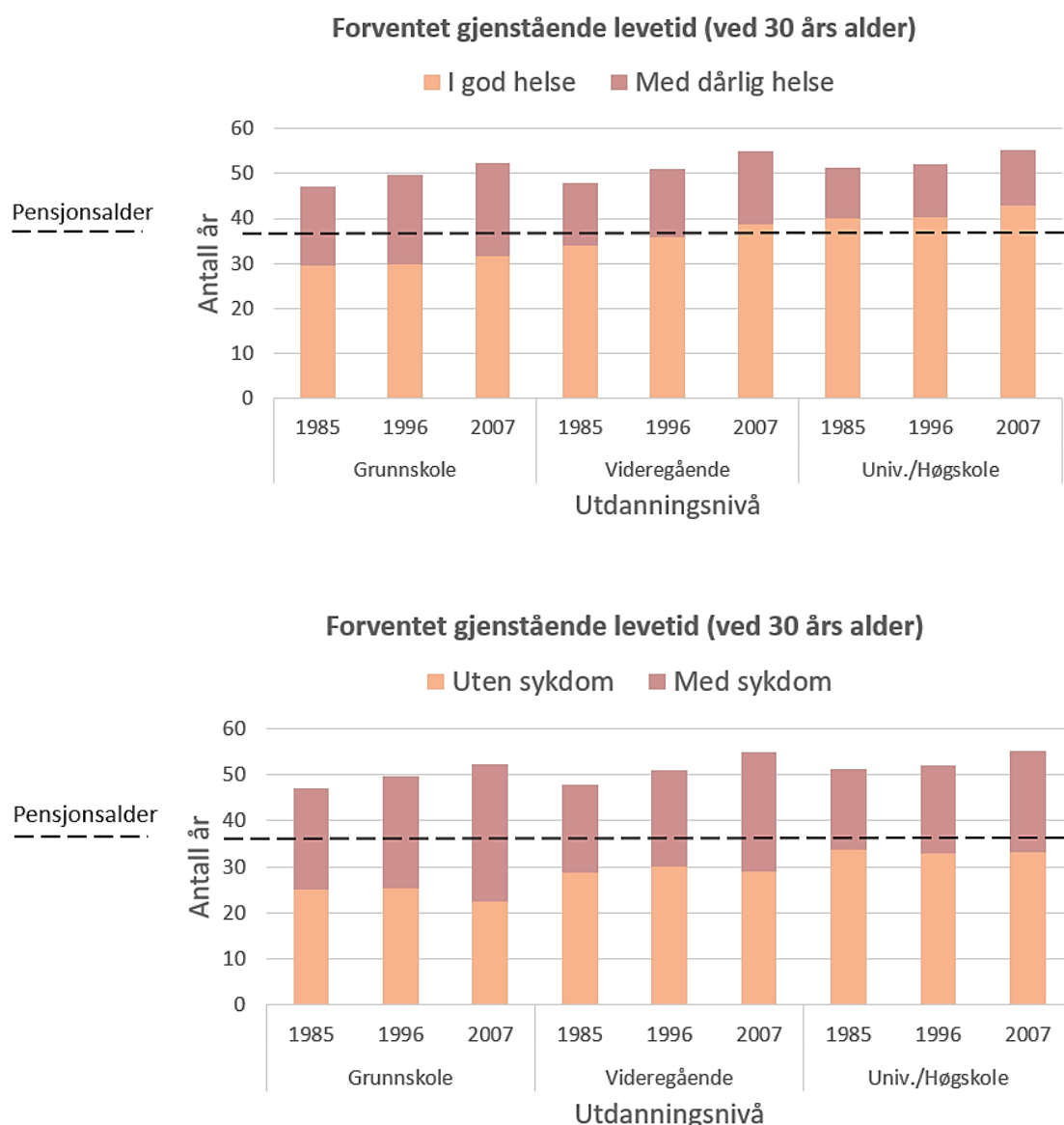
Fedme og overvekt, ISO BMI



Figur 12. Økning i andelen med overvekt og fedme blant ungdom over tid, Ung-HUNT1 (1995-97), Ung-HUNT3 (2007-09) og Ung-HUNT4 (2017-19).

6. HELSE BLANT ELDRE

I en artikkel gitt ut i [Scandinavian Journal of Public Health i 2018](#), ble det beregnet endringer i forventet levealder med og uten god helse, og uten og med kronisk sykdom i forskjellige utdanningsgrupper. Folk med høy sosioøkonomisk status (målt med høy utdanning) kan forvente å ha god helse og unngå kronisk sykdom fram til pensjonsalder, mens folk med lav sosioøkonomisk status får helseplager betydelig tidligere (figur 13).

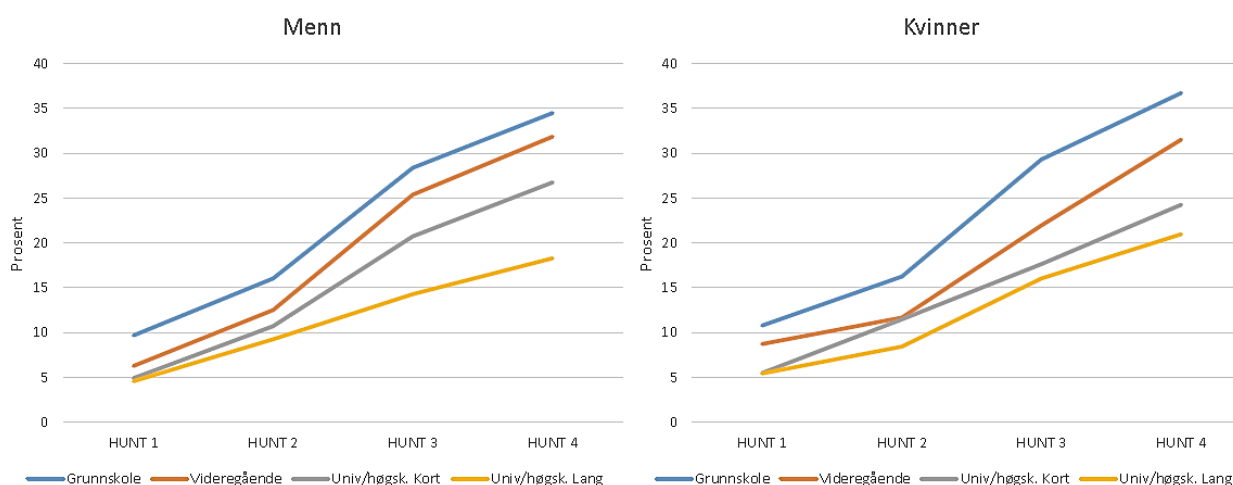


Figur 13. Forventet levealder med og uten god helse (øverst), og uten og med kronisk sykdom (nederst) i forskjellige utdanningsgrupper i HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97 og HUNT3 (2006-08).

7. SOSIALE ULIKHETER I HELSE

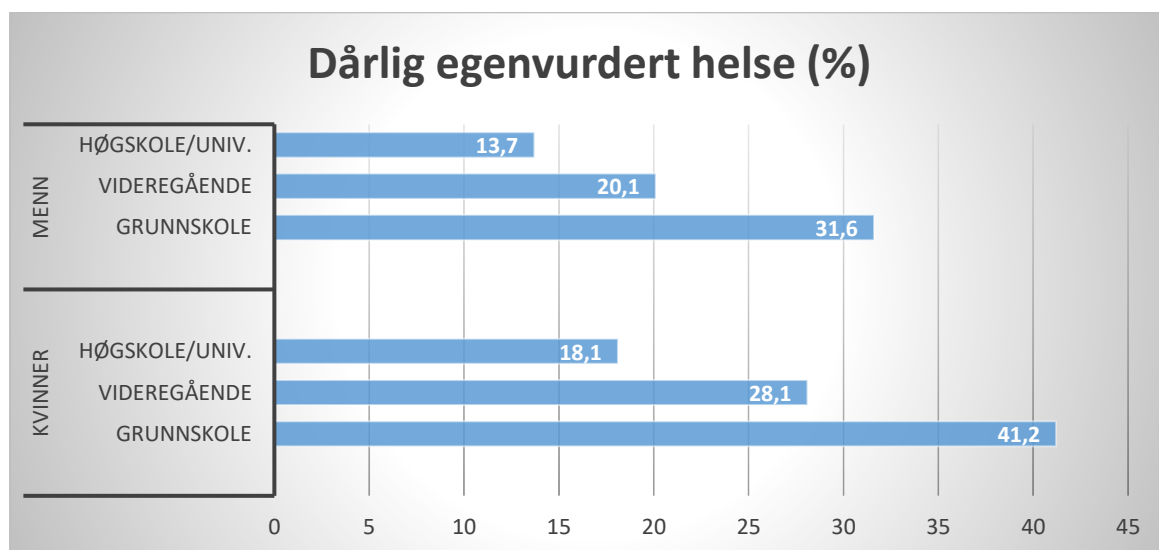
Sosiale ulikheter i levekår skaper sosiale ulikheter i helse. Ved å sammenligne grupper med forskjellig inntekt, yrkesstatus eller utdanning ser vi hvor mye helse varierer mellom disse sosiale gruppene. Slike forskjeller er ofte betraktet som både unødvendige og urettferdige. I figurene 6 og 7 over fremkommer det at det ikke er betydelige sosiale ulikheter i blodtrykk og kolesterol i befolkningen, men i figur 13 betydelige og økende sosiale ulikheter i forventet levetid med god helse og uten kronisk sykdom. Når det gjelder fedme, ser vi en økende sosial ulikhet i forekomst av fedme i befolkningen (figur 14).

Andel med fedme (KMI ≥ 30) 1984-2019,
kvinner og menn 40-49 år

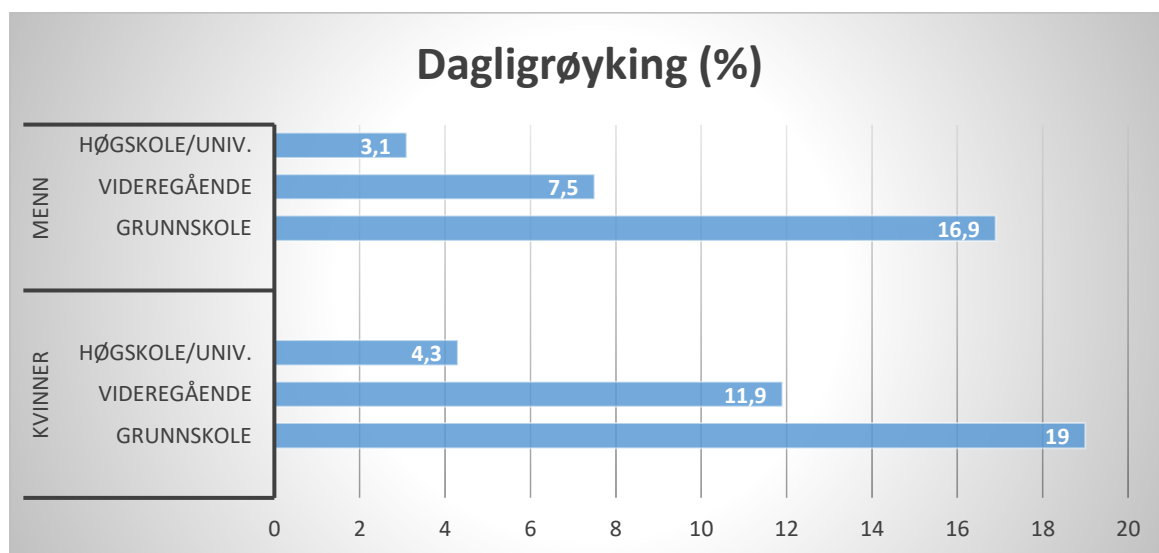


Figur 14. Sosial ulikhet i forekomst av fedme i forskjellige utdanningsgrupper i HUNT1 (1984-86), HUNT2 (1995-97), HUNT3 (2006-08) og HUNT4 (2017-19).

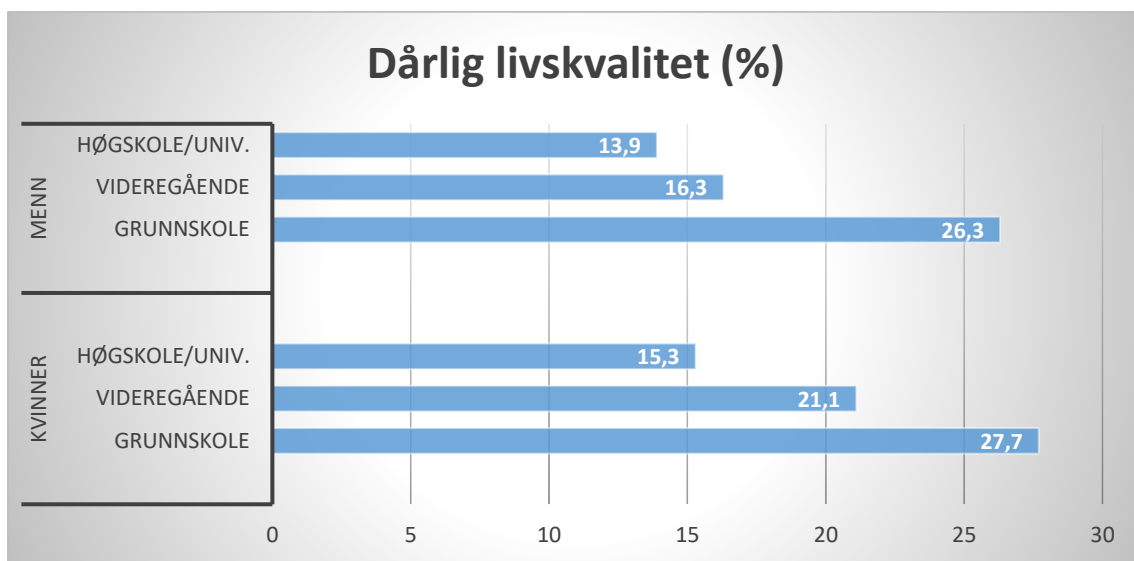
For omfanget av sosiale helseforskjeller for andre helseforhold, se figurene 15 til 21 under.



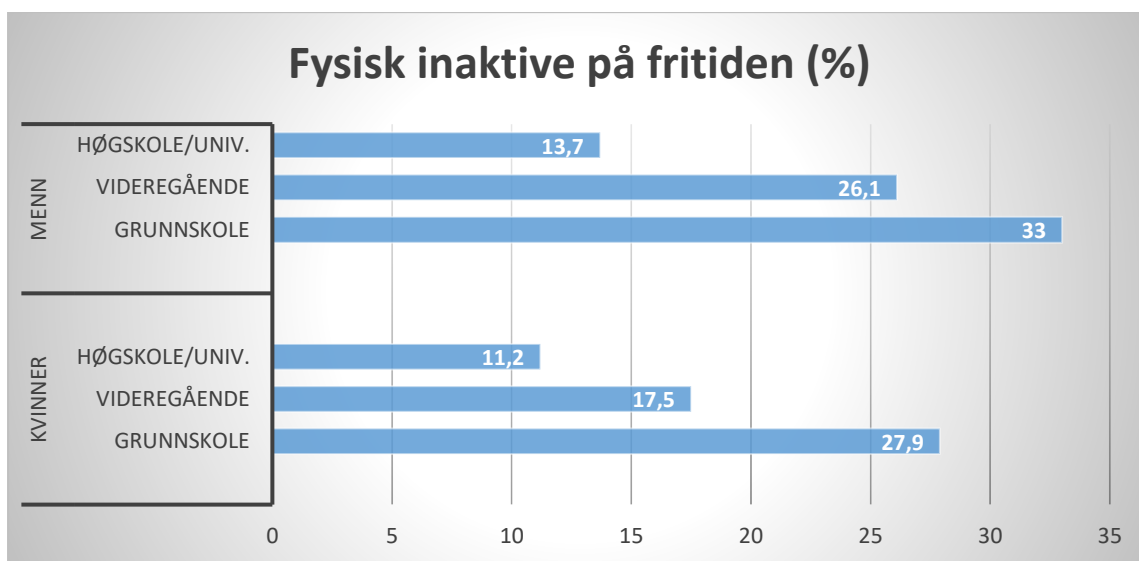
Figur 15. Sosial ulikhet i egenvurdert helse, data fra HUNT4 (2017-19).



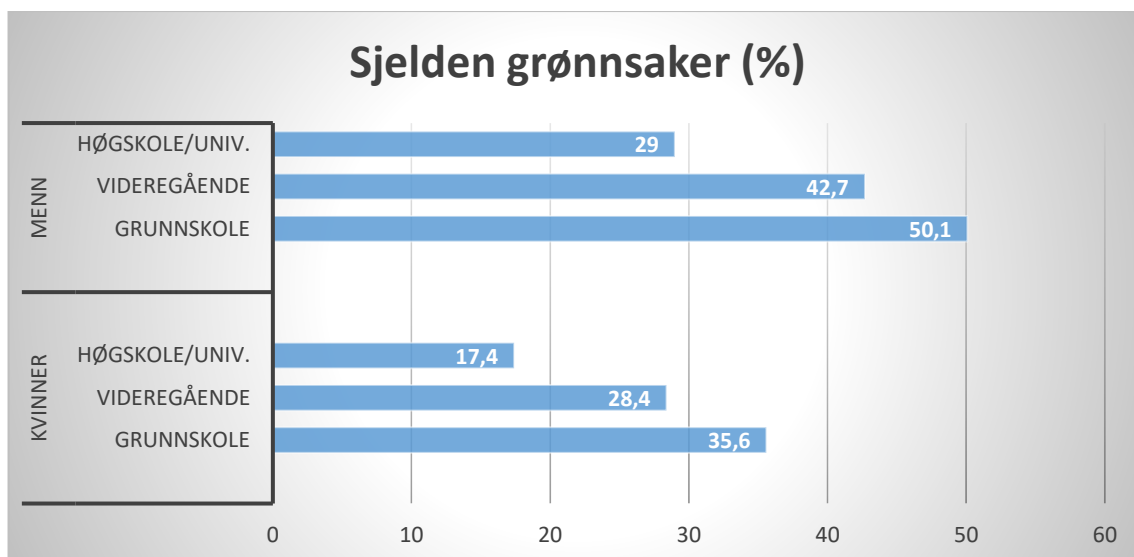
Figur 16. Sosial ulikhet i dagligrøyking, data fra HUNT4 (2017-19).



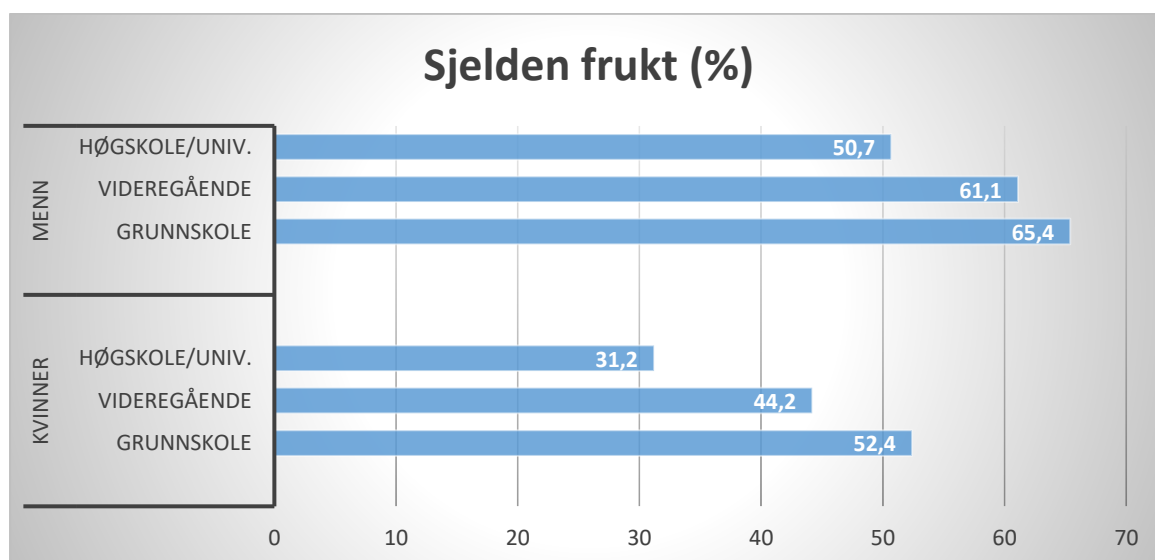
Figur 17. Sosial ulikhet i dårlig livskvalitet, data fra HUNT4 (2017-19).



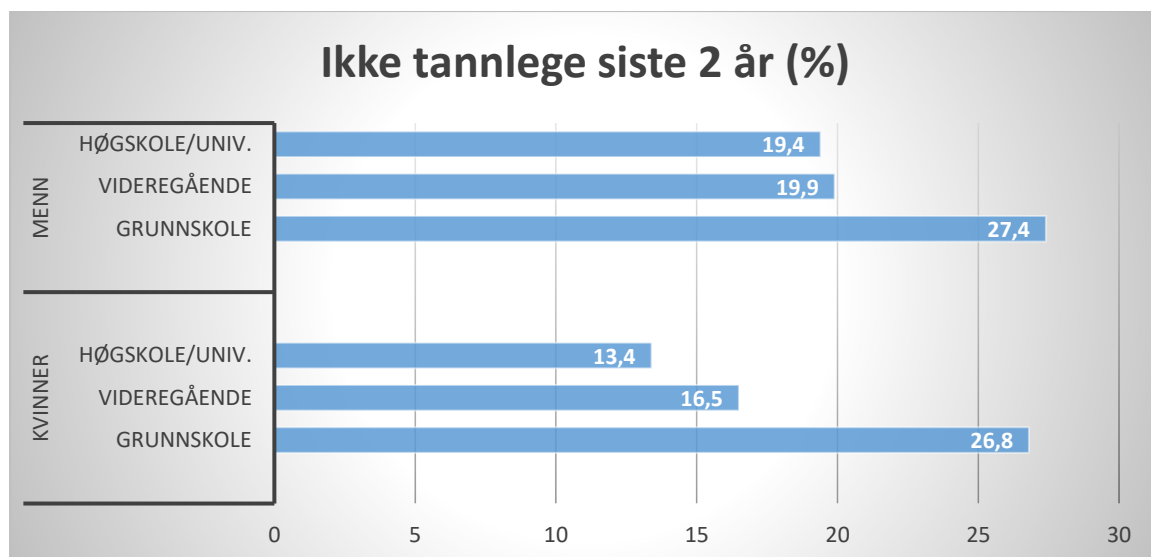
Figur 18. Sosial ulikhet i fysisk inaktivitet på fritiden, data fra HUNT4 (2017-19).



Figur 19. Sosial ulikhet i kosthold – sjeldent inntak av grønnsaker, data fra HUNT4 (2017-19).



Figur 20. Sosial ulikhet i kosthold – sjeldent inntak av frukt, data fra HUNT4 (2017-19).



Figur 21. Sosial ulikhet i bruk av tannlege, data fra HUNT4 (2017-19).

8.FOLKEHELSEARBEID I TRØNDELAG BASERT PÅ HUNT

Uten å kjenne til utviklingen av helsetilstanden i befolkningene over tid er det umulig å drive et effektivt og målrettet folkehelsearbeid regionalt og lokalt. Etter at de to trøndelagsfylkene har slått seg sammen, har kommunene i tidligere Nord-Trøndelag meget god oversikt over folkehelsetilstanden, mens det mangler viktige data fra innbyggerne i Trondheim og sør i Trøndelag. Derfor har Trøndelag fylkeskommune i samarbeid med HUNT forskningssenter ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie NTNU, besluttet å gjennomføre en datainnsamling sør i Trøndelag høsten 2019. I første omgang blir det en spørreskjemabasert undersøkelse i sørdelen av fylket. Statistikken fra denne undersøkelsen blir tilgjengelig i 2020.

[HUNT forskningssenter](#) har i mange år samarbeidet med fylkeskommunen og kommunene om tilrettelegging av helsestatistikk og folkehelsearbeid. *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017- 2027* er en 10-årig nasjonal satsing som kommunesektoren ved KS og staten ved Helse- og omsorgsdepartementet har gått sammen om å etablere. [Trøndelag fylkeskommune](#) samarbeider med kommuner, FoU- og kompetansemiljøer (blant andre HUNT forskningssenter), andre offentlige aktører, privat næringsliv og frivillige lag og organisasjoner i regionen om satsinga i Trøndelag. Tema for satsinga er barn og unges psykiske helse og rus i samsvar med nasjonalt tema. Kommunene utvikler kunnskapsbaserte tiltak og gjennom dette arbeidet blir psykisk helse og rusforebyggende arbeid integrert i det systematiske og kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Utjevning av sosiale ulikheter i helse, livskvalitet og deltakelse står sentralt.

[Folkehelsealliansen i Trøndelag](#) ble etablert i 2015. Folkehelsearbeid handler om å påvirke utviklingen i samfunnet slik at levekårene i økende grad skaper god helse for alle, og å påvirke helseatferd i befolkningsmassene. Dette krever et bredt engasjement og et samarbeid mellom mange samfunnsaktører. Folkehelsealliansen i Trøndelag (FiT) er derfor en viktig samarbeidsarena for å gjøre noe med folkehelseutfordringene vi står overfor. Her kan politikerne og kommunene engasjere seg i samarbeid med frivilligheten og mange andre alliansepartnere i folkehelsearbeidet. Vi har store utfordringer med psykiske helseplager i befolkningen og ser en økning i slike plager blant ungdom. Derfor har Folkehelsealliansen satset på rammeverket *ABC for bedre mental sunnhet*.

[ABC for mental sunnhet](#) er et nytenkende rammeverk for å arbeide for bedre psykisk helse for alle i hele befolkningen, uten spesielt fokus på særlig utsatte. ABC står for «Act, Belong, Commit» og ble utviklet i Australia hvor den nå drives av Mentally Healthy Western Australia. ABC er hentet til Danmark av Statens Institut for Folkesundhed hvor det fikk navnet ABC for Mental Sundhed og er nå tatt til Norge. På norsk står ABC for «*Gjør noe aktivt, Gjør noe sammen med andre, Gjør noe meningsfullt*». ABC for mental sunnhet er den første forskningsbaserte innsats som retter seg mot hele befolkningen, og den gir et nytt, positivt og handlingsorientert fokus på mental sunnhet. Det omfatter alt det som fremmer trivsel og styrker oss som mennesker. På samme måte som vi kan, og bør gjøre noe for å

holde oss fysisk sunne, er det også viktig å gjøre noe for å holde seg mentalt sunn. Ikke minst med tanke på omfanget av psykiske helseplager i befolkningen vist i denne rapporten.