
70 år med Kreftregisteret

LEDER

TOM KRISTIAN GRIMSRUD

tom.k.grimsrud@krefregisteret.no

Tom Kristian Grimsrud er dr.med., spesialist i arbeidsmedisin, overlege og forsker ved Kreftregisterets forskningsavdeling.

Siden 1952 har Kreftregisteret etablert viten, spredd kunnskap og bidratt til å redusere byrden med kreftsykdom.

Med støtte i lovbestemt meldeplikt for kreftsykdom åpnet Kreftregisteret med tre ansatte sine dører for første gang i 1952. Det ble starten på en eventyrlig rekke av tiår og et kontinuerlig samarbeid med helsevesenet, frivillige organisasjoner og statlige myndigheter. I sentrum sto oppbygging og kvalitetssikring av en database for nye tilfeller av kreft samt produksjon av statistikk, oversikter og rapporter [\(1\)](#).

Folkets helsetilstand var i etterkrigsårene preget av tuberkulosens tilbakegang og fremvekst av kreft og hjerte- og karsykdommer [\(2\)](#). Etter initiativ fra nystiftede Verdens helseorganisasjon, godt fulgt av klarsynte norske samfunnsmedisinere, klinikere og frivillige, ble den gamle tanken om å fremskaffe bedre oversikt over og mer innsikt i kreftsykdommenes epidemiologi realisert.

Dagens avanserte epidemiologiske metoder og biostatistikk er et ungt fag. En av de første faglige seirene gjaldt sammenhengen mellom røyking og lungekreft. Alt i 1950 serverte gode utenlandske studier det vi i dag vil kalle ugjendrivelige holdepunkter for en årsakssammenheng. Likevel gikk det to tiår før Norge fikk reklameforbud og hevet aldersgrensen for kjøp av tobakk fra 15 år til 16 år [\(3\)](#). Først i 1996 ble aldersgrensen økt til 18 år.

Kreft i magesekken, den vanligste kreftformen rundt 1910 [\(4\)](#), var allerede på retur i 1950-årene ifølge statistikk fra Dødsårsaksregisteret. I dag kan vi se den etterfølgende historien i Kreftregisterets årlige statistikkrapporter [\(5, figur 5.3\)](#). Vi kan også hente data i en fritt tilgjengelig interaktiv statistikkgenerator på nettsidene [\(6\)](#).

Ønsket om tidligere diagnostikk av brystkreft sto sterkt i folks bevissthet på 1950-tallet. Kreftforeningen organiserte et prøveprosjekt med manuell legeundersøkelse av kvinnebryst i fire fylker. Resultatene ble oppsummert av Kreftregisterets leder i 1962,

selvsagt (kan vi si i dag) uten sikre konklusjoner (7). Interessant er den felles forståelsen hos leg og lærd at leveutsiktene bedres når kreftsykdommen behandles i tidlig stadium.

«Håndtering av kreftsykdom har vært preget av en svimlende utvikling av diagnostiske metoder og behandling»

Fra 1980 har den økende forskningsaktiviteten i Kreftregisteret rettet seg mot kliniske studier, årsakrettet epidemiologi og tidligdiagnostikk. På 1990-tallet ble organisering av masseundersøkelser lagt til Kreftregisteret. Da startet også arbeidet med det som skulle bli en rekke nasjonale kvalitetsregistre for utvalgte kreftformer. Forskningen gikk i bredden og i dypet om årsaksfaktorer og biologiske markører, og datakvaliteten er blitt meget tilfredsstillende (8). Både den mangfoldige historien og dagens aktivitet kan man lese mer om i et spesialnummer av Norsk Epidemiologi i anledning jubileumsåret (9).

Håndtering av kreftsykdom har vært preget av en svimlende utvikling av diagnostiske metoder og behandling. God diagnostikk og bred utredning fører også til at det stilles flere kreftdiagnoser. Det er en av grunnene til den økningen vi ser i den aldersstandardiserte insidensraten for de fleste kreftsykdommer (5, figur 5.3). I tillegg kan ratene være påvirket av endringer i klassifisering, deltakelse i masseundersøkelser og variasjon i det vi opplever gjennom livet av kreftfremkallende påvirkning. Det samlede resultatet vil variere avhengig av hvilken kreftform vi ser på. Viktige unntak fra den generelle økningen i kreftdiagnoser ser vi for livmorhalskreft og særlig for kreft i magesekken, der nedgangen har pågått kontinuerlig både i rater og absolutte tall.

Årsaker og risikofaktorer var langt på vei ukjente i 1952. Med dagens kunnskap kan vi med trygghet anslå at rundt 6 000 årlige tilfeller av hudkreft og lungekreft, dvs. 17–20 % av alle nye kreftdiagnoser i Norge, ville vært unngått gjennom fravær av røyking og uforsiktede solvaner. Det er ikke bare klimaet som har utfordringer knyttet til menneskelig adferd, tilrettelegging og økonomiske interesser.

De norske lungekreftflatene er fortsatt høye og gjør det vanskelig å akseptere at nikotinprodusentene presser på for at myndighetene skal gjøre deres nye produkter fritt tilgjengelige. Vil vi legge til rette for en fremtidig gjentakelse av den gamle historien om menn som gikk over fra snus, skrå og pipe til utbredt sigarettøyking? De siste ti årene er endelig raten for lungekreft blant menn snudd til en nedadgående trend (5, fig 5.3). For de yngste (16–24 år) er røykerandelen kommet ned mot null, og røykeslutt blant voksne har forhindret toppen av den truende lungekreftbølgen. Men økt folketall, høyere levealder og langvarig røyking hos en betydelig del av de eldre, forårsaker et større antall tilfeller av lungekreft i dag enn det vi noen gang har sett.

Heldigvis er dødeligheten for mange kreftformer på vei ned (5, figur 9.1), også for kreftformer som har økende insidensrater. Tolkning av dødelighet og overlevelse bør gjøres sammen med tall for insidens. Utviklingen kan likevel være vanskelig å forklare når både aldersfordeling, diagnosetidspunkt, forekomst av risikofaktorer og bakgrunnssykdom endres samtidig (10). Selvsagt ligger det også betydelige fremskritt i kreftbehandlingen bak den observerte bedringen av femårig relativ overlevelse for all kreft sett under ett, fra 30–40 % rundt 1965 til over 75 % i 2021 (5, s. 104).

Flere rammes av kreft i dag, men diagnosen er ikke nødvendigvis like skremmende som den var. Det er et resultat av felles innsats, fra helsevesen, forskning, befolkning, internasjonalt samarbeid og sist, men ikke minst, Kreftregisteret.

REFERENCES

1. Pedersen E, Magnus K. Cancer registration in Norway; The incidence of cancer in Norway 1953–1954. I: Monograph No. 1. Oslo: Landsforeningen mot Kreft, 1959: 1–183.
2. Bore R. På liv og død; Helsestatistikk i 150 år. Oslo: SSB, 2007.
3. Salg av tobakksvarer -- heving av aldersgrensen til 20 år. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
4. Gade FG. Undersøkelser over Kræftsygdommene i Norge. Kristiania: Videnskapsselskapet, 1916.
5. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2021 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2022.https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2021/cin_report.pdf Lest 19.11.2022.
6. Kreftregisteret. Statistikkbank. <https://www.kreftregisteret.no/Registre/data-og-statistikk/statistikkbank/> Lest 19.11.2022.
7. Pedersen E. Masseundersøkelser med henblikk på cancer mammae; et forsøk på evaluering. Tidsskr Nor Legeforen 1962; 82: 1042–51. [PubMed]
8. Larsen IK, Småstuen M, Johannesen TB et al. Data quality at the Cancer Registry of Norway: an overview of comparability, completeness, validity and timeliness. Eur J Cancer 2009; 45: 1218–31. [PubMed][CrossRef]
9. Grimsrud TK, Larønningen S, Seglem AH et al. Kreftregisteret 70 år. Nor Epidemiol 2022; 30: 1–160. <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/issue/view/442> Lest 19.11.2022.
10. Aagnes B, Andersson TML, Dickman PW et al. Cancer survival in Norway 1965–2021: Extending standard reporting to improve communication of survival statistics. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2022.https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2021/cin2021si_202206072217.pdf Lest 19.11.2022.

Publisert: 12. desember 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0711
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.