
Overvåkning av ikke-smittsomme sykdommer

KRONIKK

ØYVIND NÆSS

oyvinderik.naess@fhi.no

Øyvind Næss er Master of Science, ph.d., spesialist i samfunnsmedisin, professor i epidemiologi ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Avdeling for kroniske sykdommer ved Folkehelseinstituttet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt støtte fra Norges Forskningsråd til forskningsprosjekt.

STEINAR KROKSTAD

Steinar Krokstad er ph.d., professor i sosialmedisin ved HUNT forskningscenter, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU og psykiater ved Sykehuset Levanger.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SAMELINE GRIMSGAARD

Sameline Grimsgaard er Master of Public Health, ph.d., professor i epidemiologi ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet og leder for Tromsøundersøkelsen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt støtte fra Novo Nordisk for å utvikle et e-verktøy for livsstilsendringer til test i en studie.

INGER KRISTIN LARSEN

Inger Kristin Larsen er Master of Science, ph.d., seniorforsker og leder for Seksjon for analyse og forskning ved Kreftregisteret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HAAKON E. MEYER

Haakon E. Meyer er ph.d., overlege ved Avdeling for fysisk helse og aldring ved Folkehelseinstituttet og professor i epidemiologi og forebyggende medisin ved Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

WENCHE NYSTAD

Wenche Nystad er ph.d., seniorforsker og tidligere leder for Avdeling for kroniske sykdommer ved Folkehelseinstituttet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

God helseovervåkning er en forutsetning for å vurdere om Norge beveger seg i riktig retning for å nå målene i den globale og nasjonale strategien for ikke-smittsomme sykdommer.



Illustrasjon: Tidsskriftet

Ikke-smittsomme sykdommer (*non-communicable diseases, NCD*) er en betegnelse Verdens helseorganisasjon (WHO) i 2011 ga til en gruppe sykdommer som har felles årsaker. Begrepet omfatter hjerte- og karsykdommer, diabetes, lungesykdommer og kreft. Norge har sluttet seg til WHO's mål om å redusere sykkelighet og for tidlig død (før fylte 70 års alder) av disse sykdommene med 25 % innen 2025 og 33 % i perioden 2015–2030 i tråd med FNs globale mål for bærekraft [\(1\)](#).

Hvorfor ikke-smittsomme sykdommer?

Ikke-smittsomme sykdommer er årsaken til 80 % av dødsfall før fylte 70 år i en rekke land og utgjør en vesentlig del av sykdomsbyrden på nasjonalt og globalt nivå [\(2\)](#). I mange lavinntektsland pågår en endring i sykdomsbyrden fra smittsomme til ikke-smittsomme sykdommer. Det krever årvåkenhet fra helsemyndighetene for å forebygge og tilpasse kapasiteten i helsesystemene. En viktig grunn til at WHO etablerte NCD-begrepet var at forebygging av noen få felles årsaksfaktorer kunne ha stor betydning for folkehelsen. Man ønsket en global vridning fra fokus på enkeltsykdommer til risikofaktorer for å styrke grunnlaget for det forebyggende helsearbeidet.

«Ikke-smittsomme sykdommer er årsaken til 80 % av dødsfall før fylte 70 år i en rekke land og utgjør en vesentlig del av sykdomsbyrden på nasjonalt og globalt nivå»

De felles risikofaktorene for ikke-smittsomme sykdommer er tobakksforbruk, overdrevent alkoholforbruk, fysisk inaktivitet og usunt kosthold [\(3\)](#). Vi vet at forekomsten av ikke-smittsomme sykdommer og deres årsaker varierer betydelig innad i land. Noen sosiale grupper og geografiske områder er særlig utsatt [\(4\)](#). Det er derfor spesielt viktig med møysommelig overvåkning av sykdommene og risikofaktorer for dem for å nå målene satt av nasjonale og internasjonale helsemyndigheter, slik at disse blir i stand til å utforme tiltak.

I Norge er det foreslått en omorganisering av helseforvaltningen [\(5\)](#). Denne omorganiseringen kan komme til å svekke kvaliteten på arbeidet med å følge utviklingen av helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker den.

Epidemien av ikke-smittsomme sykdommer

Ikke-smittsomme sykdommer er til forskjell fra smittsomme sykdommer «multifaktorielle». Det er nyanser i dette: For kols og lungekreft regner vi med at tobakksrøyking alene er tilstrekkelig som årsak for en betydelig andel i befolkningen.

Ser vi på epidemien av ikke-smittsomme sykdommer over litt lengre tid eller sammenligner ulike land, observerer vi dramatiske forskjeller som har betydning for hvordan vi håndterer epidemien i fredstid og når det ikke er pandemi. I Norge har for eksempel dødeligheten av hjerte- og karsykdommer hos personer under 70 år falt hele fem ganger fra Berlinmurens fall i 1989 til i dag [\(6\)](#).

Forskjellen i forekomst av ikke-smittsomme sykdommer mellom flyktninger fra Ukraina og personer født i Norge er trolig tilsvarende høy [\(7\)](#).

Endringer over tid for hjerte- og karsykdommer minner om epidemier av smittsomme sykdommer, bare at tidshorisonten er i år og ikke i uker. Dette forteller om et betydelig potensial for både primær og sekundær forebygging i hele og utvalgte deler av befolkningen.

Situasjonen i Norge

I Norge gikk tallet på for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer ned med 17 % fra 2015 til 2021 (8). Nedgangen tyder på at Norge er på god vei til å nå målet om en nedgang på 33 % innen 2030. For hjerte- og karsykdom ser vi allerede god effekt av den store reduksjonen i antall røykere i befolkningen, og vi forventer at en tilsvarende effekt vil komme om noen år for lungekreft. I tillegg til de fire viktigste felles risikofaktorene, har vi konkrete delmål i NCD-strategien for høyt blodtrykk, fedme og tilgang til behandling for alle som trenger det (8).

«Det er ikke observert nedgang i fysisk inaktivitet, og målet om å stanse økningen i fedme og diabetes er heller ikke nådd»

I Norge ser vi en positiv utvikling på seks av totalt ni delmål. Imidlertid er det ikke observert nedgang i fysisk inaktivitet, og målet om å stanse økningen i fedme og diabetes er heller ikke nådd (8). Det er viktig å følge med på om reduksjonen i dødelighet vil fortsette og om det skjer i alle grupper av befolkningen. Det norske samfunnet endrer seg kontinuerlig, og risikoen for ikke-smittsomme sykdommer er nært knyttet til nordmenns daglige liv slik det preges av kjønn, familie, lokalmiljø og storsamfunn. Overvåkingen av ikke-smittsomme sykdommer innebærer derfor å se samfunnsutvikling, utbredelse av risikofaktorer og sykdomsutvikling i sammenheng.

Deskriptiv og analytisk epidemiologi

Verdien av god overvåking av sykdomsforekomst fikk vi demonstrert under pandemien. Oppdaterte daglige smittetall for hele landet og i hver kommune ble brukt for å skreddersy tiltak som var effektive nok uten å bli for inngripende. Gode rutiner for rapportering og tolkning av det vi kaller epidemikurven – stigning eller fall i sykdomsforekomst – utgjorde kjernen av folkehelsearbeidet for både kommuner og stat. Slik overvåking av epidemier strekker seg tilbake til 1800-tallets arbeid med smittsomme sykdommer og etableringen av epidemiologi som fag. I dag vil vi kalle dette arbeidet for deskriptiv epidemiologi, altså beskrivelsen av forekomst og trender av sykdommer og årsaksfaktorer i befolkningen (9). For ikke-smittsomme sykdommer er dette utfordrende, fordi det å beskrive og fortolke forekomst av kronisk syke og forhold som påvirker helsetilstanden i befolkningen krever omfattende forskning.

Analytisk epidemiologi dreier seg om å studere årsaker til sykdommer. Både i teori og praksis er skillet mellom deskriptiv og analytisk epidemiologi problematisk, ettersom god overvåkning forutsetter god forståelse av hva som kan forklare mulige årsaker til variasjon i forekomst i befolkningen. Å etablere gode tall på forekomst av enkelt sykdommer, risikofaktorer og samlet sykdomsbyrde for mange sykdommer er helt sentralt for helseplanlegging av forebyggende og klinisk virksomhet. Når forskere søker å finne årsaker til sykdom, må det samtidig foreligge god oversikt over dette tallgrunnlaget.

For å tolke endringer i sykdomsforekomst (prevalens) og antall nye tilfeller (insidens) av ikke-smittsomme sykdommer, er det derfor nødvendig med god kunnskap om mulige forklaringer og årsaker på befolkningsnivå. Når insidensen av sykdom varierer, kan det ligge feilkilder bak. I 2001 steg for eksempel utskrivningsratene for hjerteinfarkt. Det skyldtes ikke en reell økning, men innføring av troponiner som diagnostisk kriterium [\(10\)](#). Overvåkning innebærer også arbeidet med å sammenstille data av høy kvalitet både fra befolkningsbaserte helseundersøkelser og nasjonale helseregistre.

Innhenting av befolkningsdata

Leger og annet helsepersonell spiller en viktig rolle i innhenting av gode helsedata. På 1800-tallet rapporterte distriktslegene inn antall tilfeller av sykdommer som var av allmenn interesse i sine årlige medisinalberetninger [\(11\)](#). På den måten kunne man danne seg et bilde av helsetilstanden i ulike deler av landet. Mer generelt kan vi si at epidemiologi og klinisk medisin står i et gjensidig avhengighetsforhold. For å telle sykdom trenger epidemiologer at noen der ute bruker gode diagnostiske verktøy. Selv i 2023 skjer diagnostikk hovedsakelig gjennom kliniske møter mellom pasient og leger. Men diagnostiske grenseverdier er også avhengig av epidemiologiske data. Det normale og det syke defineres ofte gjennom å studere variasjon av biologiske egenskaper i en befolkning.

«Mange får en aha-opplevelse når de hører at vi ikke har noen god forståelse av hvor mange i befolkningen som faktisk er syke»

Når vi underviser studenter i epidemiologi og folkehelsevitenskap, er det mange som får en aha-opplevelse når de hører at vi ikke har noen god forståelse av hvor mange i befolkningen som faktisk er syke. En vanlig oppfatning er at data om dette lager seg selv. Dessuten tror mange at sykehusinnleggelser er tilstrekkelig grunnlag for å danne seg et inntrykk av hvor mange sykdomstilfeller det er i en befolkning. Imidlertid er feil diagnosesetting ikke uvanlig, og det er ofte krevende å skille nye sykdomshendelser fra reinnleggelser. Bak tallene vi har fra sykehusinnleggelser kan det skjule seg store grupper som ennå ikke har søkt behandling eller har nådd kliniske grenseverdier. Videre kan det være store forskjeller mellom sosiale grupper når i sykdomsforløpet pasienter søker hjelp og blir behandlet i primærhelsetjenesten og videre i spesialisthelsetjenesten [\(12\)](#). Estimatene vil også kunne påvirkes av regionale forskjeller i tilgang til helsetjenester. Dette er

særlig viktig for de ikke-smittsomme sykdommene, fordi de er kroniske og med et forløp som gjør at pasientene bruker lang tid på å utvikle symptomer som krever behandling.

Organisering av overvåkningen i Norge

I Norge har vi samlet inn befolkningsbaserte data siden tuberkulosescreeningen på 1940-tallet (13). På 1970-tallet tok hjerte- og karundersøkelsene over, og etter hvert fikk vi regionale helseundersøkelser, som Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT-studien), Tromsøundersøkelsen, HUSK-studien i Bergen og Hordaland og Hubro-undersøkelsen i Oslo. Frem til 2002 tok staten et overordnet ansvar for dette arbeidet gjennom Statens helseundersøkelser.

Å samle inn slike data krever omfattende innsats fra epidemiologiske fagmiljøer i hele landet. Sammenstilling av epidemiologiske data for ikke-smittsomme sykdommer er av spesiell verdi på nasjonalt nivå og krever samarbeid mellom forskere, klinikere og erfarne fagfolk med arbeidsoppgaver knyttet til overvåkning. For ikke-smittsomme sykdommer er det vesentlig å trekke veksler på både helseregistre og befolkningsbaserte helseundersøkelser. Et eksempel på det er forskningsprosjektet NCDNOR, som bygger på et bredt nasjonalt samarbeid om ikke-smittsomme sykdommer (14).

Veien videre

Vi trenger kanskje en pandemi for å bli minnet på at folkehelse er et fellesgode. For ikke-smittsomme sykdommer vet vi at individrettet høyrisikoforebygging ofte blir prioritert foran befolkningsrettet forebygging (15). Likefullt er det de befolkningsrettede tiltakene som betyr mest for forekomst av sykdom i befolkningen. Dette er forebyggingens paradoks.

Kunnskapsproduksjonen i moderne samfunn er blitt mer utfordrende enn før. Å stille spørsmål ved vitenskapen generelt og faktagrunnlaget spesielt, er vanligere (16). Det faglige grunnlaget innenfor folkehelse står også i fare for å bli anklaget for å være «falske nyheter». På samme måten som i andre samfunnsområder bør staten sikre solide fagmiljøer og styrke faktagrunnlaget i folkehelsen – både for smittsomme og for ikke-smittsomme sykdommer.

I den foreslåtte omorganiseringen av helseforvaltningen i Norge skal oppgavene med å overvåke utviklingen av folkehelsen og skaffe oversikt over helsetilstanden i befolkningen og faktorer som påvirker den, flyttes fra Folkehelseinstituttet til Helsedirektoratet (17). Dersom man svekker forskningen på ikke-smittsomme sykdommer og påvirkende faktorer, vil en slik omorganisering være en uklok beslutning som kan få store følger. Etablering av et godt kunnskapsgrunnlag for fremtidens helseovervåkning bør tilligge en forskningsinstitusjon og bygge på et bredt nasjonalt forskningssamarbeid, slik

forankringen er i dag. Den foreslåtte endringen kan medføre kostnadsdrivende dobbeltarbeid mellom ulike etater, svekke kvaliteten og true uavhengigheten mellom kunnskapsproduksjon og myndighetsfunksjon.

REFERENCES

1. NCD Countdown 2030 collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet* 2018; 392: 1072–88. [PubMed][CrossRef]
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Lest 12.9.2023.
3. Ezzati M, Riboli E. Can noncommunicable diseases be prevented? Lessons from studies of populations and individuals. *Science* 2012; 337: 1482–7. [PubMed][CrossRef]
4. Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* 2013; 381: 585–97. [PubMed][CrossRef]
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Endringer i organiseringa av sentral helseforvaltning. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/endringer-i-organiseringa-av-sentral-helseforvaltning/id2975966/> Lest 12.9.2023.
6. Ariansen I, Olsen K, Selmer RM. Hjerte- og karsykdommer i Norge. Folkehelse rapporten 2021. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/?term=> Lest 25.9.2023.
7. Meyer HE, Selmer R, Rabanal KS et al. Mange flyktninger har høy risiko for hjerte- og karsykdom. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0365. [PubMed][CrossRef]
8. FHI. Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer knyttet til den nasjonale og globale NCD-strategien. <https://www.fhi.no/is/ncd/?term=> Lest 25.9.2023.
9. Porta M. *A Dictionary of epidemiolog.* 6. utg, Oxford: Oxford University Press, 2014.
10. Hagen TP, Reikvam A. Sterk økning i antall hjerteinfarkter etter innføring av nye diagnosekriterier. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3041–3. [PubMed]
11. Moseng OG. Formingen av et helsevesen. I: Schiøtz A, red. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
12. Last JM, Adelaide DP. The iceberg: 'completing the clinical picture' in general practice. 1963. *Int J Epidemiol* 2013; 42: 1608–13. [PubMed][CrossRef]

13. Straume B. From screening to population studies. *Nor Epidemiol* 2015; 25: 31–4. [CrossRef]
 14. Dalene KE, Lergenmuller S, Sund ER et al. Clustering and trajectories of key noncommunicable disease risk factors in Norway: the NCDNOR project. *Sci Rep* 2023; 13: 14479. [PubMed][CrossRef]
 15. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14: 32–8. [PubMed][CrossRef]
 16. Lazer DMJ, Baum MA, Benkler Y et al. The science of fake news. *Science* 2018; 359: 1094–6. [PubMed][CrossRef]
 17. Regjeringen.no. Høyringsnotat.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/94ded4d5efb94d36b8620eeaff1c0d74/horingsnotat-hoyring-forslag-til-endringar-i-heslolvginga.pdf> Lest 12.9.2023.
-

Publisert: 23. oktober 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0595

Mottatt 5.9.2023, godkjent 25.9.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juli 2026.