

Hva vil det si å overvåke befolkningens helse?

Et godt helseindikatorsystem er med på å avdekke både positive og negative helsetrender i en befolkning. Hvilken form og hvilket innhold slike systemer skal ha, må diskuteres. Et utstrakt internasjonalt samarbeid innen helseovervåking er med på å forme vårt nasjonale system. I denne kronikken belyser vi utviklingen av helseovervåking for ikke-smittsomme sykdommer i Norge og datatilfanget for slik overvåking.

Else-Karin Grøholt

else-karin.groholt@fhi.no

Øyvind Hesselberg

Kari Alvær

Liv Grøtvedt

Divisjon for epidemiologi
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Helseovervåking kan defineres som det å ha løpende oversikt over utbredelse og utvikling av helsetilstanden og forhold som påvirker helsen. For å kunne tallfeste og forenkle komplekse helse mål, benyttes helseindikatorer som hver for seg gir et bidrag til helhetsbildet av helsetilstanden. Helseindikatorer kan være dødelighet, sykkelighet eller risikofaktorer inndelt etter demografiske og sosio-økonomiske forhold. Hver enkelt indikator er en definert og målbar dimensjon. All helseovervåking har i seg et element av alarmfunksjon, men tidsaspektet for alarmfunksjonen vil avhenge av hva det er som overvåkes. Ikke-smittsomme sykdommer har som oftest sammensatte sykdomsårsaker, og utviklingen går langsommere enn for mange smittsomme sykdommer. Vi vil her kort beskrive overvåking av befolkningens helse i Norge – avgrenset til ikke-smittsomme sykdommer og faktorer som påvirker dem – hvordan dette kan gjøres og hvorfor det er viktig.

Hva er det viktig å ha oversikt over?

Internasjonalt, bl.a. i regi av EU, er det lagt ned et betydelig arbeid i å vurdere hvilke helseområder det er viktig å følge med på over tid – et arbeid Norge deltar aktivt i (1). Likevel vil ikke fokus for overvåkingen være statisk, og innholdet må alltid justeres i henhold til nye folkehelseutfordringer og satsingsområder.

Ramme 1 viser et eksempel på hva en samling av sentrale indikatorer kan inneholde. Listen finnes også i en mer detaljert versjon (2) utarbeidet for norske forhold og på bakgrunn av arbeidet i EU (1).

Formålet med helseovervåking er å gi helsemyndighetene viktig informasjon om utviklingen i befolkningens helseforhold over tid. Slik informasjon gir helsemyndighetene et godt faktagrunnlag for beslutninger om hvor det skal settes inn tiltak og hvilke grupper tiltaket skal rettes inn mot. Ikke minst er det viktig å kunne oppdage endringer i risikofaktorer, sykkelighet og dødelighet tidlig, spesielt endringer i uønsket retning. Oppdatert kunnskap om helsesituasjonen er også et viktig fundament i planlegging og oppfølging av forebyggende og kurative helsetjenester. Systematisk helseovervåking kan videre være hypotesegenererende for forskning på viktige folkehelseområder og bidra til å identifisere kunnskapshull og utfordringer både innen sykdomsforebygging og behandling.

Presentasjon av helseovervåkingsdata

I takt med utviklingen innen datateknologi og på Internett, har nettbaserte publiseringsverktøy blitt mer vanlig de senere årene. Disse utgjør et supplement til de tradisjonelle rapportene som helseovervåkingsdata ofte publiseres i (3). Det finnes nå flere nettbaserte databaser med landsdekkende helsestatistikk: Norgeshelsa (Nasjonalt folkehelseinstitutt) (ramme 2), Statistikkbanken (Statistisk sentralbyrå) og Kommunehelseprofiler (Sosial- og helsedirektoratet). I EU utvikles systemet EUPHIX (European Union Public Health System), som har tabeller og kart med sammenliknbare tall for land i Europa, inkludert Norge (4). For å utfylle og fortolke tabeller og tall er konseptet Faktaark innført. Faktaarkene (Fact sheet) er et internasjonalt begrep og en inngangsport både til bakgrunnskunnskap og oppdatert kunnskap om et enkelt temaområde (5).

Datakilder

I Norge har data fra regionale helseundersøkelser f.eks. i Finnmark, Tromsø og Nord-Trøndelag gitt gjentatte sammenliknbare

målinger over lengre tidsperioder (6). Disse er viktige datakilder til helseovervåking og bidrar med informasjon om trender mht. selvrapporterte sykdommer og symptomer, i tillegg til biologiske målinger av risikofaktorer. Likevel er det vanskelig å basere langsiktig nasjonal helseovervåking på slike undersøkelser fordi de ofte gjennomføres med ujevne mellomrom og ikke er landsrepresentative. På samme måte kan data fra forskningsprosjekter være nyttige kilder til helseovervåking, men forskning og overvåking stiller ofte svært ulike krav til dataene. For helseovervåking er representativitet i forhold til befolkningen viktig, og deltaerprosenten bør være høy og stabil. Slike

Ramme 1

Eksempel på helseområder og bakgrunnsfaktorer det er viktig å følge med på over tid

Dødelighet

- Forventet levealder
- Hjerter- og karsykdommer
- Kreft
- Selvmord
- Spedbarnsdødelighet
- Trafikkulykker

Sykkelighet

- Demenslidelser
- Diabetes
- Egenvurdert helse
- Hoftebrudd
- Psykiske problemer
- Tannhelse
- Uføyretelser

Risiko og beskyttende faktorer

- Alkoholbruk
- Fysisk aktivitet
- Kolesterol
- Kroppsmasseindeks
- Røyking
- Sosial støtte

Fødsler og aborter

- Abortrate blant unge voksne
- Lav fødselsvekt

Legemidler

- Legemidler

Befolkning

- Eldre ≥ 80 år
- Lav inntekt
- Utdanningsnivå

Ramme 2

Norgeshelsa (2)

- Norgeshelsa er Folkehelseinstituttets database over utvalgte indikatorer på viktige folkehelseområder
- Dataene er aggregert og viser utviklingen over tid
- Man kan lage egne tabeller, figurer eller kart
- De fleste dataene presenteres på lands-, regions- og fylkesnivå
- Utvalgte indikatorer er stratifisert etter sosioøkonomi og fødeland
- Det er lenker til faktaark som gir nyttig bakgrunnsinformasjon og hjelp til å tolke tallene
- «Fylkesbarometeret» gir overblikk over flere indikatorer i samme bilde (verdier på et utvalgt sett med indikatorer i hvert fylke vurderes opp mot landsgjennomsnittet)
- Norgeshelsa foreligger både i en norsk og en engelsk versjon

faktorer har mindre betydning for forskning og analyser av årsakssammenhenger. Dette gjør at vi i hovedsak har to kilder til data som kan brukes til nasjonal helseovervåking: helseregistre og landsrepresentative helseundersøkelser.

Helseregistre

I Norge har vi åtte helseregistre som sorterer under helseregisterloven og har direkte personidentifiserende kjennetegn, og hvor aggregerte tall brukes til helseovervåking. Dødsårsaksregisteret, Krefregisteret, Medisinsk fødselsregister, Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS), Det sentrale tuberkuloseregisteret, System for vaksinasjonskontroll (SYSVAK), Forsvarets helseregister og Norsk Pasientregister (NPR) (fra 1.7. 2007). Norsk Pasientregister vil etter hvert gi viktige tidsserier om sykdommer som krever behandling i sykehus eller hos spesialist (7). I tillegg ble det fra 1.1. 2004 etablert et nytt helseregister (Reseptbasert legemiddelregister) der opplysninger om den

enkelte behandles i pseudonymisert form. Flere andre registre brukes også aktivt som kilde til helseovervåkingsdata, bl.a. mange av registrene i Statistisk sentralbyrå. Systemet med unike fødselsnumre i Norge muliggjør koblinger mellom disse registrene. En modernisering av dagens helseregistre kan redusere tiden fra registrering til publisering og styrke overvåkingsalarmfunksjon for ikke-smittsomme sykdommer (8).

Landsrepresentative helseundersøkelser
Sentrale sykdoms- og helseregistre er ikke tilstrekkelige i forhold til behovet for overvåkingsdata. Systematisk og repeterende landsrepresentative undersøkelser trengs for å samle inn data om viktige sykdomsgrupper og risikofaktorer for sykdom og død. Et eksempel er Statistisk sentralbyrås intervjuundersøkelser om helse og levekår som blir brukt både til helseovervåking og forskning. Det finnes likevel ingen landsomfattende undersøkelser som kombinerer spørreskjema/intervjudata med fysiologiske målinger og biologiske prøver. Slike data er en viktig kilde til informasjon om sykdommer, som f.eks. diabetes og hjerte- og karsykdom og risikofaktorer for disse. Regelmessige befolkningsundersøkelser fra USA tyder på at nedgangen i total kolesterolnivå, som har vært observert siden 1960-årene, nå har stagnert i yngre aldersgrupper (9). Dette kan få stor betydning for fremtidig sykkelighet og dødelighet av hjerte- og karsykdommer og er et eksempel på utviklings- trekk som vi bør følge med på også i Norge.

I EU er man i ferd med å etablere et helhetlig system for helseundersøkelser, både intervjuundersøkelser (Health Interview Surveys, HIS) og undersøkelser som inkluderer kliniske målinger og biologiske prøver (Health Examination Surveys, HES). Folkehelseinstituttet har deltatt i planleggingen av HES i Europa, der målet er at de enkelte nasjonale undersøkelsene skal standardiseres slik at de blir sammenliknbare over landegrensene. Synkende svarprosjenter i helseundersøkelser er et økende problem i de fleste land. I anbefalingene for gjennomføring er rekruttering av deltakere til undersøkelsene viet spesiell oppmerksomhet (10).

Utfordringer

Systemer for helseovervåking er i kontinuerlig utvikling både i Norge og internasjonalt, med skiftende helseutfordringer og stadig bedre nettbaserte systemer for presentasjon av helsedata. For å kunne følge med på utviklingen av viktige helseproblemer er det stort behov for oppdaterte registre av høy kvalitet og stor grad av tilgjengelighet. Dette fritar oss likevel ikke fra å følge med på sykdommer og risikofaktorer som vi ikke får informasjon om i registrene. Det er en spesiell utfordring å komplettere eksisterende intervjuundersøkelser om helse med undersøkelser som inkluderer målinger og biologiske prøver.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. EU health portal. http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm (10.9.2008).
2. Norgeshelsa. www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/ (10.9.2008).
3. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
4. EUPHIX (European Union Public Health Information System): www.euphix.org/object_document/o4581n27010.html (6.10.2008).
5. Faktaark. Nasjonalt folkehelseinstitutt: www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0 (10.9.2008).
6. Grunnlagsdokument for utforming av Nasjonal strategi for datainnsamling til helseovervåking basert på helseundersøkelser. Rapport 2005: 3. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt og Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
7. Cappelen I, Lyshol H. Oversikt over helseregistre i Norge. Norsk Epidemiologi 2004; 14: 33-8. [www.medisin.ntnu.no/ism/nofe/norepid/2004\(1\)_09-Cappelen.pdf](http://www.medisin.ntnu.no/ism/nofe/norepid/2004(1)_09-Cappelen.pdf) (30.9.2008).
8. Stoltenberg C. Dagens helsetall. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 15.
9. Schober SE, Carroll MD, Lacher DA et al. High serum total cholesterol – an indicator for monitoring cholesterol lowering efforts: U.S. Adults, 2005–2006. NCHS data brief no 2, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2007.
10. Recommendations for Organizing a Standardized European Health Examination Survey. www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b22.pdf (10.9.2008).

Manuskriptet ble mottatt 16.4. 2007 og godkjent 2.10. 2008. Medisinsk redaktør Erlend Hem.