

Sykdomsbyrde i Vestfold og Telemark

Hovedresultater fra Global Burden of Disease prosjektet 2019

Det globale sykdomsbyrdeprosjektet, Global Burden of Disease (GBD), er verdens største helseregnestykke. Prosjektets ambisjon er å bruke alle tilgjengelige helsedata verden over for å gi oversikt over dødelighet og helsetap fra sykdommer, skader og risikofaktorer etter alder, kjønn og geografi, og over tid. Det norske sykdomsbyrdearbeidet ledes av senter for sykdomsbyrde ved Folkehelseinstituttet.

GBD prosjektet gjør det mulig å sammenligne sykdomsbyrden mellom 195 land, og i noen tilfeller også innad i land. Norge er et av få land i prosjektet der analyser av sykdomsbyrde også gjøres regionalt, og estimater er nå tilgjengelig for alle norske fylker. For hvert fylke benyttes lokale, nasjonale og internasjonale datakilder til å beregne årsaker og risikofaktorer for de forskjellige GBD utfallsmålene. I denne rapporten oppsummerer vi hovedresultatene for sykdomsbyrde i 2019 i Vestfold og Telemark.

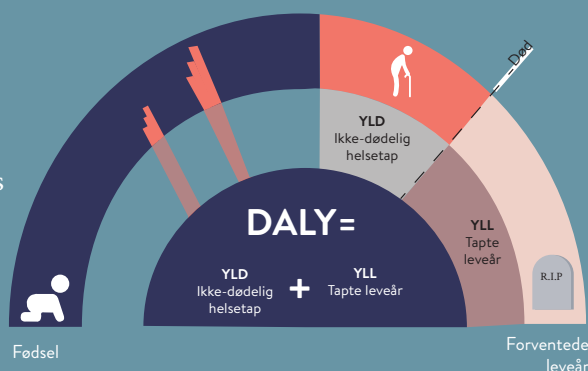
HVORDAN BEREKNES SYKDOMSBYRDE?

$$\text{Sykdomsbyrde} = \text{dødelighet} + \text{helsetap}$$

Tapte leveår er et mål på dødelighet basert på alder ved dødsfall. Jo tidligere et dødsfall skjer i livet, jo flere tapte leveår vil det forårsake. Antall forventede gjenstående leveår da dødsfallet inntraff beregnes etter en referanstabell for dødelighet. Tapte leveår forkortes til YLL etter det engelske «Years of Life Lost».

Ikke-dødelig helsetap er produktet av sykdommens forekomst i befolkningen og sykdommens alvorlighetsgrad uttrykt ved en såkalt helsetapsvekt. Helsetapsvekten er et tall mellom 0 (helt frisk) og 1 (død) som uttrykker størrelsen på helsetapet forbundet med sykdommen eller skaden. Ikke-dødelige helsetap forkortes til YLD etter den engelske «Years Lived with Disability».

Helsetapsjusterte leveår er summen av tapte leveår og ikke-dødelige helsetap, og reflekterer derfor den totale sykdomsbyrden. Dette er hovedutfallsmålet til GBD. Helsetapsjusterte leveår forkortes til DALY etter den engelske «Disability-Adjusted Life Years».



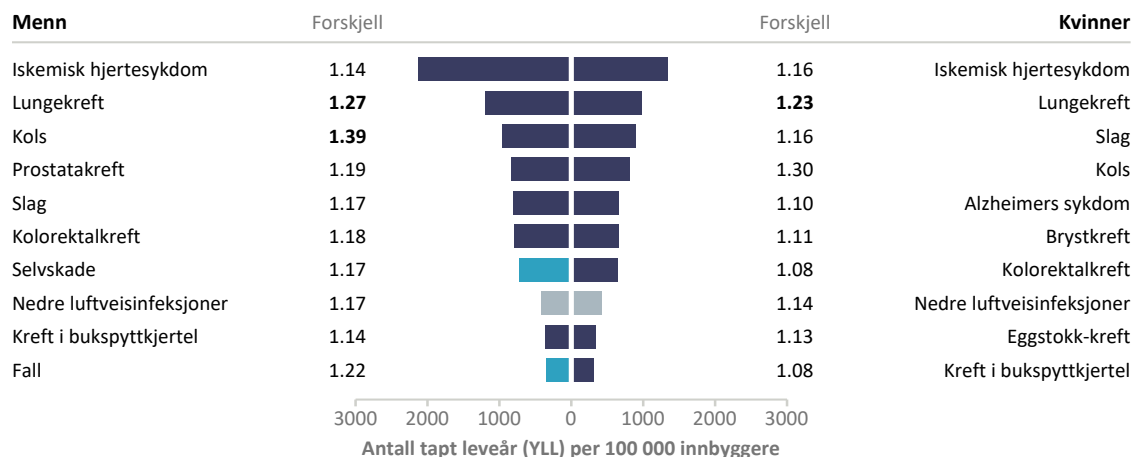
Tapte leveår

I 2019 døde 3 862 mennesker i Vestfold og Telemark, med tilsvarende 59 645 tapte leveår. Dette gir den 3. høyeste raten av tapte leveår blant de 11 norske fylkene. Raten av tapte leveår i Vestfold og Telemark var 17% over den nasjonale raten.

Årsakene til tapte leveår

Iskemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt og hjertekrampe) var den største årsaken til tapte leveår hos både menn og kvinner, etterfulgt av lungekreft og kols hos menn, og lungekreft og slag hos kvinner (Figur 1). Blant de topp 10 årsakene til tapte leveår var raten i Vestfold og Telemark signifikant høyere enn den nasjonale raten for lungekreft hos begge kjønn, og for kols hos menn (Figur 1).

Sykdomsbyrde i Vestfold og Telemark



Figur 1. Topp 10 årsaker til tapte leveår (YLL) hos menn og kvinner i Vestfold og Telemark, 2019. «Forskjell» viser ratio mellom YLL raten i Vestfold og Telemark og YLL raten i Norge, og utheves hvis forskjellen er statistisk signifikant.

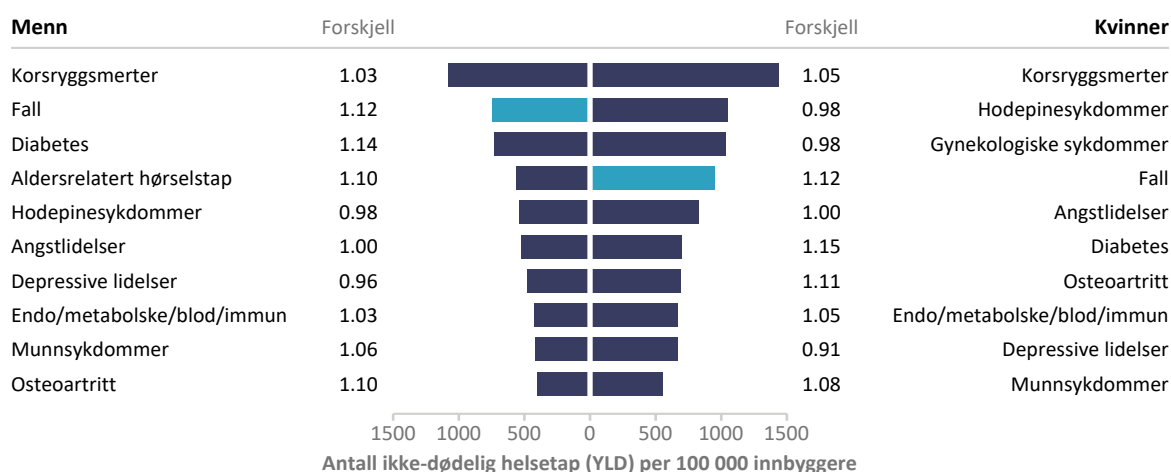
Grå = Smittsomme, mødre-, neonatale- og ernæringsykdommer; Mørkeblå = Ikke-smittsomme sykdommer; Mellomblå = Skader.

Ikke-dødelige helsetap

I 2019 var raten av ikke-dødelige helsetap (YLD) i Vestfold og Telemark fylke lik den nasjonale raten.

Årsakene til ikke-dødelige helsetap

Korsryggssmerter, fall og hodepinesykdommer var noen av de viktigste årsakene til YLD hos både menn og kvinner (Figur 2). Ratene i Vestfold og Telemark skilte seg ikke fra den nasjonale raten for noen av de topp 10 årsakene til ikke-dødelig helsetap hos menn eller kvinner.

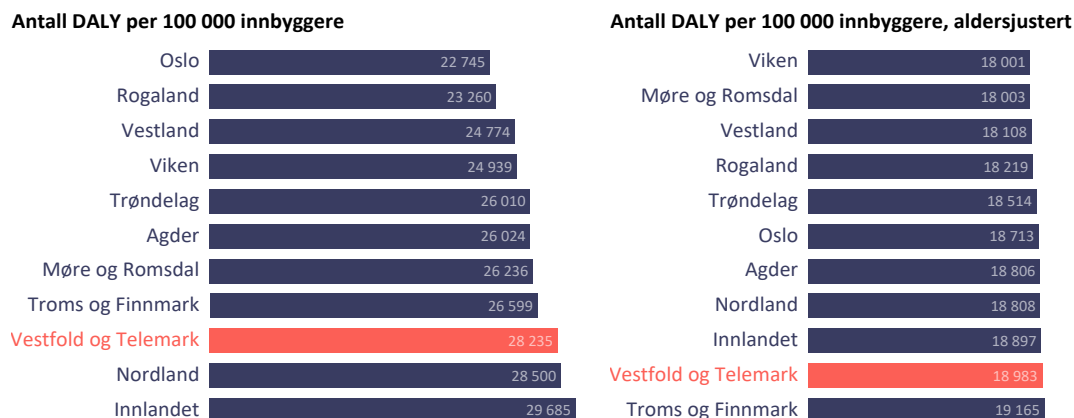


Figur 2. Topp 10 årsakene til ikke-dødelig helsetap (YLD) hos menn og kvinner i Vestfold og Telemark, 2019. «Forskjell» viser ratio mellom YLD raten i Vestfold og Telemark og YLD raten i Norge, og utheves hvis forskjellen er statistisk signifikant.

Grå = Smittsomme, mødre-, neonatale- og ernæringsykdommer; Mørkeblå = Ikke-smittsomme sykdommer; Mellomblå = Skader.

Helsetapsjusterte leveår

I 2019 var raten av helsetapsjusterte leveår (DALY) i Vestfold og Telemark den 3. høyeste blant de 11 norske fylkene (Figur 3). Ratene av helsetapsjusterte leveår i Vestfold og Telemark var 11% over den nasjonale raten.

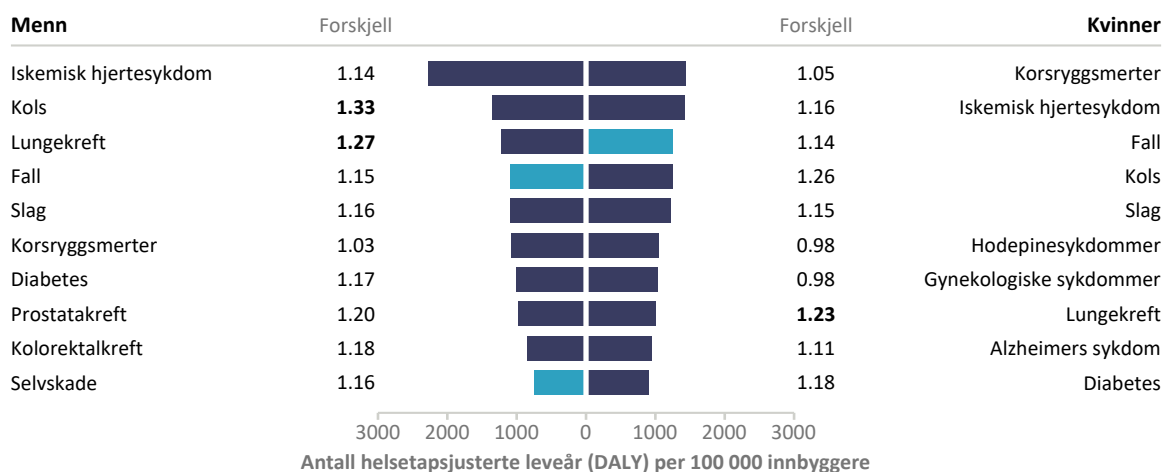


Figur 3. Antall DALY per 100 000 innbyggere i alle norske fylker, (a) ikke aldersstandardisert og (b) aldersstandardisert.

Som vist i figur 3 kan en stor del av variasjonen i raten av helsetapsjusterte leveår mellom fylkene forklares av alder. Når det er korrigert for aldersforskjeller mellom fylkene, forsvinner variasjonen i raten mellom fylkene nesten helt. I denne rapporten har vi fokusert på ikke-aldersjusterte resultater fordi dette bedre reflekterer de faktiske helseforholdene i Vestfold og Telemark.

Årsakene til helsetapsjusterte leveår

De viktigste årsakene til samlet sykdomsbyrde (helsetapsjusterte leveår) i Vestfold og Telemark var iskemisk hjertesykdom, kols og lungekreft hos menn, og korsryggsmerte, iskemisk hjertesykdom, fall og kols hos kvinner (Figur 4). Blant de topp 10 årsakene til helsetapsjusterte leveår var raten i Vestfold og Telemark signifikant høyere enn den nasjonale raten for loks hos menn, og for lungekreft hos begge kjønn (Figur 4).



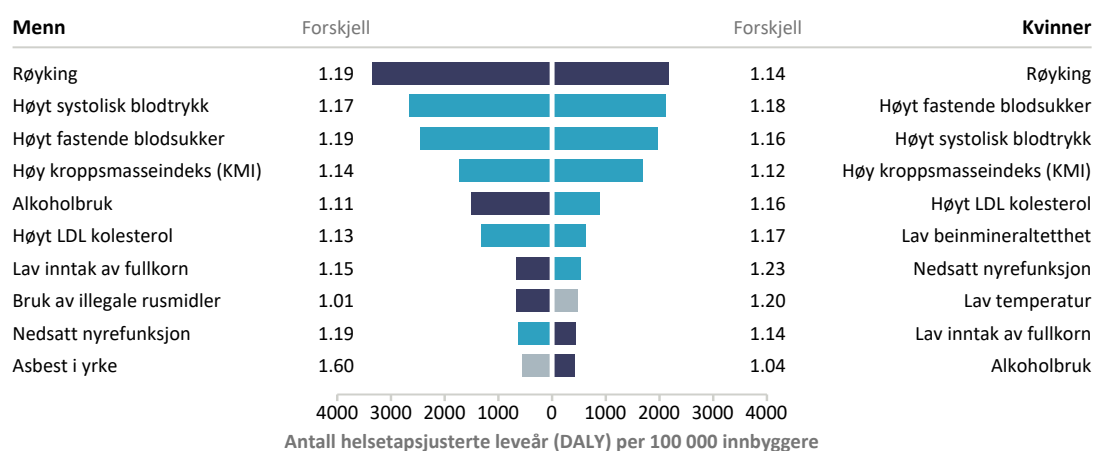
Figur 4. Topp 10 årsaker til DALY hos menn og kvinner i Vestfold og Telemark, 2019. «Forskjell» viser ratio mellom DALY raten i Vestfold og Telemark og DALY raten i Norge, og utheves hvis forskjellen er statistisk signifikant.

Grå = Smittsomme, mødre-, neonatale- og ernæringsykdommer; Mørkeblå = Ikke-smittsomme sykdommer; Mellomblå = Skader.

Risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår

De 10 største risikofaktorene for helsetapsjusterte leveår hos menn og kvinner i Vestfold og Telemark vises i figur 5. Det var ingen signifikante forskjeller mellom raten av helsetapsjusterte leveår som følger av noen av de top-10 risikofaktorer i Vestfold og Telemark og i Norge for øvrige.

På tvers av kjønn forklarte røyking 10%, høyt blodsukker 8% og høyt systolisk blodtrykk 8% av totalt antall DALY. Disse tre var blant de største risikofaktorene for både tapte leveår og ikke-dødelig helsetap for begge kjønn, med størst effekt på tapte leveår.



Figur 5. Topp 10 risikofaktorer for DALY hos menn og kvinner i Vestfold og Telemark, 2019. «Forskjell» viser ratio mellom DALY raten i Vestfold og Telemark og DALY raten i Norge, og utheves hvis forskjellen er statistisk signifikant.

Mellomblå = Metabolsk risikofaktorer; Mørkeblå = Atferdsfaktorer; Grå = Fysiske miljøfaktorer/yrkesfaktorer.

Endring i risikofaktorer over tid

Siden 1990 har det vært nedgang i eksponering til tobakk, høyt systolisk blodtrykk, kostholds faktorer, yrkesfaktorer og lav beinmineraltetthet i Vestfold og Telemark. Til tross for dette, var tobakk og høyt systolisk blodtrykk fortsatt de to største risikofaktorer for helsetapsjusterte leveår i 2019 (Figur 6).

Høyt fastende blodsukker, høy kroppsmasseindeks, alkoholbruk og bruk av illegale rusmidler har økt i Vestfold og Telemark siden 1990.

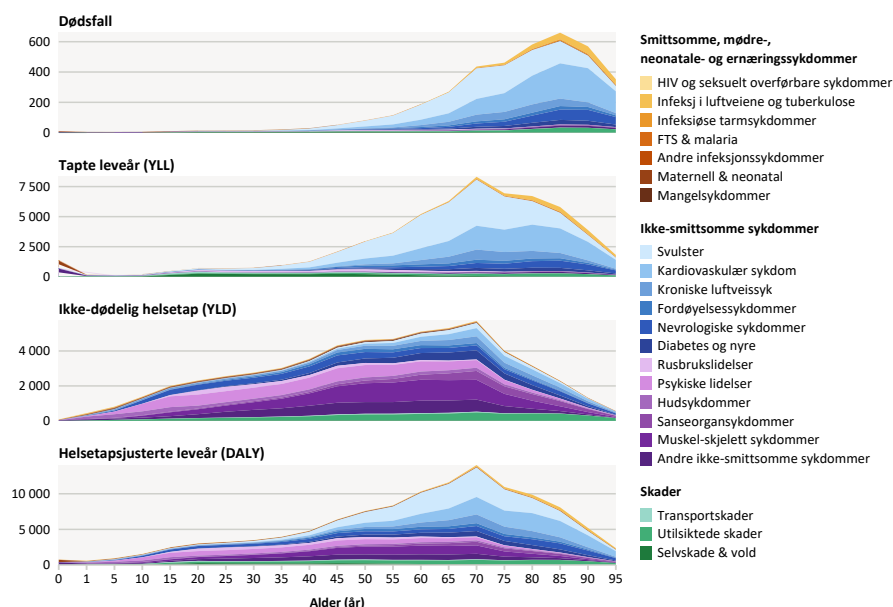
Risikofaktor	Rangering ¹		Eksponering ²	
	1990	2019	Trend	Forandring
Tobakk	2	1		-31%
Høyt systolisk blodtrykk	1	2		-13%
Høyt fastende blodsukker	5	3		51%
Kostholdsfaktorer	3	4		-8%
Høy kroppsmasseindeks (KMI)	6	5		36%
Høyt LDL kolesterol	4	6		-2%
Alkoholbruk	8	7		21%
Yrkesfaktorer	9	8		-26%
Lav beinmineraltetthet	12	9		-14%
Bruk av illegale rusmidler	14	10		32%

¹ Rangert etter antall DALY per 100 000 innbyggere
² Samlet eksponeringsverdi (SEV). Forandring = (SEV 2019 - SEV 1990) / SEV 1990

Figur 6. Endring i rangeringen og eksponeringen til de største risikofaktorer til DALY i Vestfold og Telemark mellom 1990 og 2019, aldersstandardisert.

Aldersfordeling i de ulike sykdomsbyrdemålene

Figur 7 viser antall dødsfall, tapte leveår, ikke-dødelig helsetap og helsetapsjusterte leveår i Vestfold og Telemark i 2019 etter aldersgruppe. Svulster (kreft) og kardiovaskulære sykdommer er hovedårsakene til både dødsfall og tapte leveår, og disse inntreffer først og fremst blant befolkningen over 50 år. Ikke-dødelig helsetap domineres derimot av muskel- og skjelettlidelser, som er relativt jevnt fordelt mellom alle aldersgruppene blant voksne, og psykiske lidelser, som er mest utbredt hos ungdom og yngre voksne.



Figur 7. Antall dødsfall, tapte leveår, ikke-dødelig helsetap og helsetapsjusterte leveår i Vestfold og Telemark i 2019 etter aldersgruppe.

Avsluttende betraktninger

Sykdomsbyrdeberegninger gir oversikt over bidraget fra ulike sykdommer, skader og risikofaktorer på dødeligheten og helsetilstanden til en befolkning på ett bestemt tidspunkt. Det er imidlertid knyttet flere begrensninger til slike beregninger.

Alle resultatene fra GBD-prosjektet er estimater beregnet ut fra modeller med mange tusen datakilder av ulik kvalitet og fullstendighet. Kvaliteten og treffsikkerheten på estimatene er derfor helt avhengig av eksistensen av og kvaliteten på de underliggende datakildene. Det jobbes kontinuerlig med å kvalitetssikre de eksisterende kildene, samt med å identifisere nye og bedre kilder – både i Norge og internasjonalt. GBD modellene oppdateres kontinuerlig, med nye estimater produsert hvert år (inkludert justering av estimatene tilbake i tid). Detaljerte beskrivelser av GBD metoden finnes på nettsiden til Senter for sykdomsbyrde (<https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/sykdomsbyrdeanalyser--bak-grunn-og-formal/>).

Sykdomsbyrdeberegninger kan være et nyttig utgangspunkt for planlegging, dimensjonering og prioritering av helsetjenester og folkehelsearbeid, ved at det viser omfang og utvikling av ulike folkehelseutfordringer. Sykdomsbyrdeberegninger må imidlertid også sees i sammenheng med andre faktorer når man gjør slike vurderinger, slik som tilgjengelighet, kostnad og effekt av tiltak. Sykdomsbyrdeberegninger viser heller ikke den potensielle byrden av sykdommer som holdes under kontroll, slik som mange av de smittsomme sykdommene. COVID-19 pandemien minner oss på at befolkningens sykdomsbilde raskt kan snu, og at dette også må tas i betraktning under prioriteringsvurderinger.