

Hva dør man av i EU – og i Norge?

Dødelighet er et mål på hvor stor andel av befolkningen som dør i en gitt periode, vanligvis ett år. Nivået for dødelighet varierer fra land til land i Europa, både når det gjelder alder, kjønn og type dødsårsak. Hjerte- og karsykdommer og kreft tar flest liv. Land rundt Middelhavet har den laveste dødeligheten av hjerte- og karsykdommer, Øst-Europa den høyeste. Det er også høy dødelighet av kreft i Øst-Europa og i store deler av Frankrike. Det er i tillegg store forskjeller i hvilke krefttyper som er vanligst i ulike land.

Anne Gro Pedersen

EU15 og EU12

Det er 27 suverene nasjonalstater som har tilsluttet seg EU siden dens opprinnelse med 6 medlemsland i 1951. EU har gjennomgått flere utvidelser, og den mest omfattende ble gjennomført 1. mai 2004 da ti nye land ble innlemmet. Bulgaria og Romania kom til 1. januar 2007 som de foreløpig nyeste medlemmene.

Ut fra tidspunktet for tilslutning til EU snakker vi om *EU15* (de 15 første medlemsstatene, det vil si Belgia, Danmark, Finland, Frankrike, Hellas, Irland, Italia, Luxemburg, Nederland, Portugal, Spania, Storbritannia, Sverige, Tyskland og Østerrike) og *EU12* (de 12 siste medlemsstatene, det vil si Bulgaria, Estland, Kypros, Latvia, Litauen, Malta, Polen, Romania, Slovakia, Slovenia, Tsjekkia og Ungarn).



Anne Gro Pedersen er cand.mag. i statsvitenskap og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (anne.gro.pedersen@ssb.no)

Hvis vi sammenligner dødelighet i Norge med andre land i Europa, her EU15 og EU12 (se tekstboks), ser vi store forskjeller mellom landene. Med dødelighet mener vi hvor stor andel av befolkningen som dør i en periode, vanligvis ett år, også kalt dødelighetsrate. Dødsårsaker som blir omtalt i artikkelen, er hjerte- og karsykdommer, kreft, infeksjonssykdommer og voldsomme dødsfall som transportulykker og fall. Infeksjonssykdommer forårsaker ikke stor dødelighet i Europa, men det er klare regionale forskjeller i utbredelsen av noen av dem. Dette gjelder særlig tuberkulose.

Forskjell i dødelighet mellom nye og gamle EU-land

Dødeligheten har sunket i alle europeiske land det siste århundret, og endringen i dødsårsaksmonstret er den samme i alle land; den store nedgangen i forekomsten av infeksjonssykdommer medfører at færre dør i ung alder. Hjerte- og karsykdommer og kreft er nå de største enkeltårsakene til død. I Norge dør seks av ti av hjerte- og karsykdommer og kreft, dette gjelder begge kjønn. 80 prosent av alle hjerte- og karsykdommer skjer i aldersgruppen over 75 år, mens tallet for kreft er nær 55 prosent.

Det er høyere dødelighet i de 12 nye EU-landene enn i de 15 gamle (se figur 1). Nedgangen i dødelighet, som inntraff i EU15 i 1970-årene, fant ikke sted i de sentral- og østeuropeiske landene. Dette, samt at det allerede var høy dødelighetsrate i de nye medlemslandene, medfører at det er en relativt stor forskjell i dødelighet mellom gamle og nye medlemsland.

Imidlertid er det også forskjeller innad i EU15. For eksempel er dødelighetsnivået for menn ved ulykker 2,5 ganger høyere i Irland enn i Portugal. Det er også forskjeller i regioner innenfor de samme landene. Disse ulikhetene kan tenkes forklart ved forskjeller i økonomisk utviklingsnivå som gir ulikheter i livsstil og ulik tilgang til helsetjenester. I tillegg har et tradisjonelt næringsliv med hovedvekt på industri og primærnæringer hatt en høyere dødelighet enn samfunn med større andel av tertiærnæringer. Næringslivet i EU15 er i større grad rettet inn mot tertiærnæringer. Norge følger samme mønster som EU15 når det gjelder dødelighet.

Høyest dødelighet for de under 65 år i de nye medlemslandene

Ser man på dødsfall under 65 år, dør omtrent én av fem før fylte 65 år i EU-landene totalt (20 prosent) og én av seks i Norge (16 prosent). Dominerende dødsårsaker i denne aldersgruppen er iskemisk hjertesykdom som hjerteinfarkt og angina pectoris, lungekreft, brystkreft, ulykker og selvmord.

Dødelighetsratene for menn og kvinner under 65 år er høyest i de nye medlemslandene, og særlig i de baltiske landene og Romania. For menn er raten også ganske høy i Frankrike, Portugal og Finland, mens den for kvinner er høy i Danmark og Skottland.

Fire av fem dødsfall i medlemslandene totalt skjer etter fylte 65 år; i Norge er det tilsvarende forholdet fem av seks. Det er markerte kjønnsforskjeller også i denne aldersgruppen. For eksempel er dødelighetsnivået i provinsen Autonoma Trento i Italia fire ganger så høyt for menn som for kvinner. Nesten halvparten av alle dødsfall etter fylte 65 år i EU er forårsaket av hjerte- og karsykdommer, med unntak av land rundt Middelhavet (blant annet Spania, Frankrike og Italia) som har lav dødelighet av denne sykdommen.

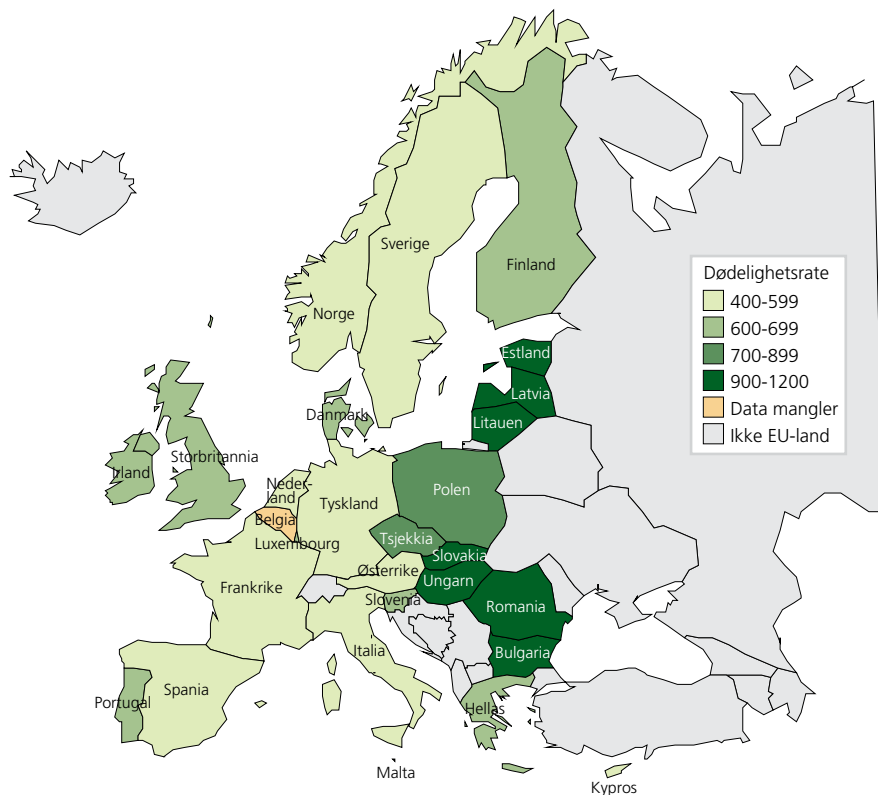
Store forskjeller i hjerte- og kardødelighet i Europa

Sykdommer i sirkulasjonssystemet som angina pectoris og hjerteinfarkt er årsak til over 40 prosent av alle dødsfall i EU, og det er aldersgruppen over 65 år som er mest utsatt. Dette gjelder begge kjønn. Det er vanlig å regne med at livsstil er hovedårsak til sykdommer i sirkulasjonssystemet; spesielt vil usunn mat og lite fysisk utfoldelse føre til arteriosklerose i årene, som igjen gir sykdommer som tette hjerte- og hjerneårer. En studie av endring i risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer blant menn i Oslo gjennom 28 år viser nettopp dette. Kroppsvekten har økt mye, og da spesielt i de yngre aldersklassene. I tillegg drives det mindre fysisk aktivitet på fritiden i alle aldersgrupper (Tidsskrift for Den norske lægeforening 2006).

Menn dør tidligere enn kvinner av hjerte- og karsykdommer, og hyppigheten av sykdom stiger brått med høyere alder. Regionalt i Europa er det store forskjeller i dødelighet av denne sykdommen. Til tross for at livsstil har gitt økt hyppighet av hjerte- og karsykdom, har iskemisk hjertesykdom sunket betraktelig i EU15 etter annen verdenskrig, men mye mindre i de nye medlemslandene.

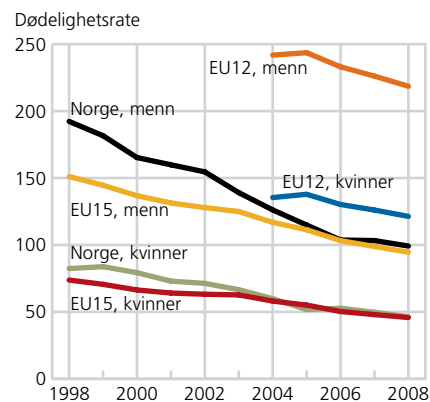
De østlige medlemsstatene (inklusive Finland) har meget høy dødelighet av iskemisk hjertesykdom, spesielt i forhold til land i sør (Hellas, Italia og Spania). De nye medlemslandene har for menn i 2008 en standardisert dødelighetsrate på over 219 pr 100 000 innbyggere for iskemisk hjertesykdom, mens de gamle medlemslandenes rate for samme år er 95 (se figur 2). Også landene i nord har en høyere dødelighet av hjertesykdommer enn landene i sør, noe Middelhavsdietten har fått æren for.

Figur 1. Aldersstandardisert dødelighet. Norge, EU12 og EU15. 2008



Kilde: Eurostat.

Figur 2. Aldersstandardisert dødelighet for iskemisk hjertesykdom, etter kjønn. EU12, EU15 og Norge. 1998-2008



Kilde: Eurostat.

Alderstandardiserte tall

Den alderstandardiserte dødelighetsraten beregnes ved at de aldersbestemte dødelighetsratene (antall dødsfall i en aldersgruppe i et år, dividert med middelfolkemengden i samme aldersgruppe i samme år) multipliseres med vektene definert av Eurostat, og produktene summeres over alle aldre. Summen deles så med 100.

Den alderstandardiserte dødelighetsraten i et år vil være lik dødelighetsraten i dette året (uavhengig av alder) hvis befolkningen dette året hadde en relativ aldersfordeling lik fordelingen i standardbefolkningen.

Nedgang i hjerte- og kardødeligheten i Norge

Dødeligheten av hjerneslag og andre karsykdommer er den tredje største dødsårsaken totalt i EU etter iskemisk hjertesykdom og kreft. Hjerneslag gir ofte også større konsekvenser i sykkelighet enn hjertesykdom, for eksempel med lammelser etter slag. Risikofaktorer er blant annet høyt blodtrykk, røyking, diabetes, fedme, dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet.

I de gamle EU-landene har dødeligheten av hjerneslag og andre karsykdommer sunket med 55 prosent fra 1965 til 1995, mens det for de nye medlemslandene fortsatt er en markert høy dødelighet av disse sykdommene. Også i Portugal er det registrert en høy dødelighet av hjerneslag og andre karsykdommer.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Norge har hatt en klar nedgang de siste 25 årene. Spesielt er nedgangen stor for menn. Aldersstandardiserte tall (se tekstboks) fra 1991 viser at det den gang døde 430 menn og 240 kvinner per 100 000 innbyggere, mens tilsvarende tall i 2009 er henholdsvis 194 og 129. Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer økte i takt med velstandsutviklingen i Norge etter den annen verdenskrig. Det er rimelig å anta at det er en sammenheng mellom denne økningen og bedret tilgang på mat kombinert med mindre og lettere fysisk arbeid. Endringer i livsstil de siste 25 årene samt nye behandlingsformer har igjen snudd denne utviklingen

Lungekreft mest utbredt av krefttypene

Omtrent 30 prosent av alle tilfeller av kreft er forårsaket av røyking (JNCI 2004). Likeledes kan fedme forårsake kreft; det hevdes at i USA er det estimert at 10 prosent av krefttilfellene er forårsaket av fedme (Renehan 2008). For menn øker hyppigheten av kreft i spiserør, tykktarm, endetarm og nyrer proporsjonalt med fedme. Den samme tendensen gjelder for kvinner, i tillegg til at hyppigheten også øker for underlivs- og brystkreft. Det er i alle land betydelig mer kreft blant menn enn blant kvinner (se figur 3). Imidlertid er tendensen at forskjellen mellom kjønnene blir mindre fordi hyppigheten av lungekreft øker hos kvinner.

En femtedel av alle kreftdødsfall i Norge og EU totalt er forårsaket av lungekreft (strupe, bronkie, luftrør og lunge). Det er sjelden at lungekreft forekommer hos personer som ikke har røykt. Det er store regionale forskjeller samt forskjeller mellom kjønnene. Kjønnforskjellene gjenspeiler de forskjellige røykemønstrene for menn og kvinner; menn startet lenge før den annen verdenskrig, mens kvinners røykestart først var i 1950-årene.

Resultatet er at antallet som dør av lungekreft, stiger blant kvinner, mens dødelighet av lungekreft for menn synker. Blant menn i EU-landene er det de nye medlemslandene i øst samt deler av Spania og Nord-Frankrike som har høyest dødelighet av lungekreft. For kvinnene er bildet et helt annet; Skandinavia, Nederland, England og Irland har høyest dødelighet av lungekreft, mens de sørlige landene i EU har meget lav dødelighetsrate. Dette er et resultat av kvinners røykemønster, og i noen land tar lungekreft flere liv enn brystkreft. I Norge døde det 35 personer per 100 000 innbyggere av lungekreft i 2009, mens tallet for brystkreft var 28.



Prostatakreft en hyppig dødsårsak i Norge

Totalt i EU er brystkreft gjennomgående den største kreftdødsårsaken hos kvinner. Regionalt er det store variasjoner. I et belte fra Irland og Storbritannia i vest til Romania og Bulgaria i øst er dødeligheten av brystkreft høyest, mens den er lavere i landene i nord og sør i Europa. I følge tidsskriftet The Lancet er det estimert at mer enn halvparten av alle tilfeller av brystkreft er forårsaket av at færre barn fødes, samt at færre mødre ammer, flere velger ikke å ha barn overhodet, eller at man velger å få barn senere i livet.

Én av ti dør av prostatakreft i EU totalt. Halvparten av alle som får prostatakreft, er 80 år og eldre. Den største risikofaktoren for å få denne type kreft er dermed alder. Eldre har ofte flere diagnoser i sykdomsbildet, noe som gjør det vanskelig både å oppdage og å behandle kreften i rett tid. Regionalt er det Norden og de baltiske land som har den høyeste dødelighetsraten i EU når det gjelder prostatakreft. Årsaken til sykdommen er ukjent. I Norge er prostatakreft den hyppigste dødsårsaken etter lungekreft når man ser på krefttyper blant menn.

Tarmkreft er årsak til ett av åtte kreftdødsfall. Dette er en krefttype som helst rammer i aldersgruppen over 60-70 år. Det er stadig flere som får denne sykdommen, fordi befolkningen blir eldre. De høyeste dødelighetsratene finner vi i Sentral- og Øst-Europa. Nasjonale matretter med mye kjøtt og lite grønnsaker og frukt kan være en medvirkende årsak til sykdommen. Imidlertid er det markerte forskjeller i de nordiske land – i Norge og Danmark er det relativt høy dødelighet av denne type kreft, mens det er betraktelig lavere rater i Sverige og Finland. Hva vi spiser, kan derfor ikke være hele årsaken til sykdommen.

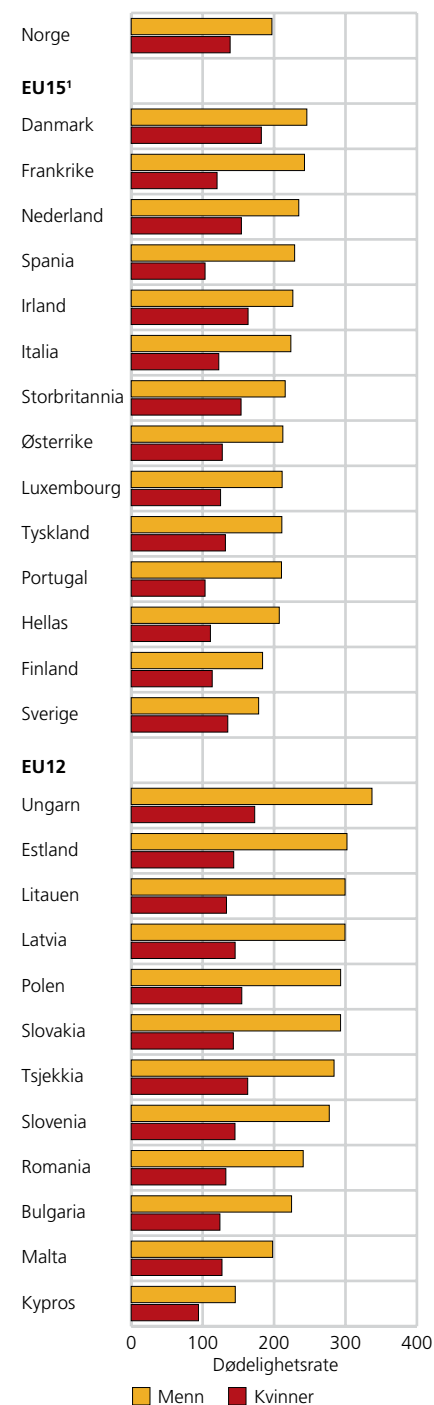
Få dør av AIDS i Norge ...

I juni 1981 rapporterer amerikanske helsemyndigheter om de første tilfellene av aids (acquired immune deficiency syndrome). Det første norske aidsofferet døde i 1983. Fra og med 1986 ble sykdommen registrert i dødsårsaksregisteret i Statistisk sentralbyrå. Totalt har ikke dødsfall forårsaket av hiv/aids vært mange i Norge. Flest døde i årene 1990-1996, med en topp i 1993 da 69 døde. I 2008 døde det tolv personer av hiv/aids her til lands, noe som utgjør 0,3 per 100 000 innbyggere. Det er flest menn som dør av denne sykdommen.

Hiv/aids smitter via seksuell kontakt og ved infiserte nåler, spesielt utsatt er sprøytenarkomane. Smitte kunne også tidligere bli infisert via blodoverføring. Etter holdningskampanjer og nye medikamenter (antiretrovirale medikamenter) har dødeligheten av hiv/aids sunket betraktelig i hele EU, selv om det er estimert mellom 500 000 og 600 000 med hiv/aids-sykdom i EU i dag.

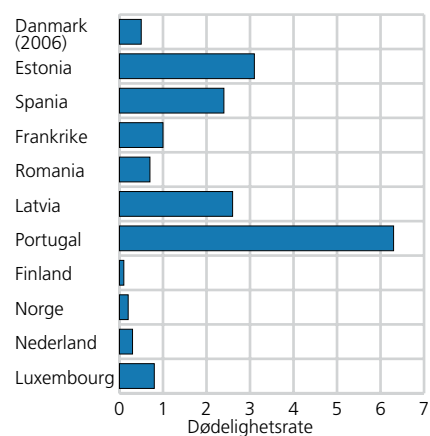


Figur 3. Aldersstandardisert dødelighet for kreft. EU12, EU15 og Norge. 2006



¹ Data for Belgia mangler. Kilde: Eurostat.

Figur 4. Aldersstandardisert dødelighet for aids. Land fra EU12, EU15 og Norge. 2006 (Danmark) og 2008



Kilde: Eurostat.

I Sør- og Vest-Europa er det hovedsakelig sprøytenarkomane som blir syke av hiv/aids. Samtidig kommer det immigranter fra sør, der det er en stor hyppighet av hiv/aids. Spania, Portugal, Frankrike, Sveits, Italia og Estland har den høyeste raten av hiv/aids i EU (se figur 4).

... og få dør av tuberkulose

Dødsfall av tuberkulose er lavest i industriland og altså i de gamle EU landene; der synker dødeligheten stadig for denne sykdommen. Tuberkulose er mest utbredt i sentrale og østeuropeiske medlemsland, hovedsakelig forårsaket av økningen i hiv/aids. Hiv-/aids-syke har ofte et dårlig immunforsvar og får dermed lettere infeksjoner. I tillegg er det slik at immigranter kan ha med seg infeksjoner fra hjemlandet sitt, så de er mindre motstandsdyktige og dermed lettere får tuberkulose.

Det er også en økning av dødelighet av tuberkulose i Portugal og deler av Frankrike som tilskrives immigranter fra sør med hiv/aids, rusmisbrukere og hjemløse (Health statistics 2009). I 2009 døde totalt 28 av tuberkulose i Norge. Tallet inneholder dødsfall både fra nye tilfeller og fra følgestilstander av sykdommen.

Norden har færrest dødsulykker blant 1-14 åringer

Ytre årsaker, som blant annet transportulykker, drukning og fall, utgjør nær 7 prosent av alle dødsfall for menn og over 3 prosent for kvinner. To av tre dødsfall av ytre årsaker er ulykker, mens ett av tre er selvmord. For menn finner vi den høyeste dødeligheten av ulykker i sentral- og østeuropeiske medlemsland, spesielt Finland, alle de tre baltiske landene, Polen, Tsjekkia, Romania og Bulgaria. Deler av Sverige, Norge og Frankrike har også relativt høy dødelighet av ulykker. Med unntak av Polen og sørøstlige deler av Norge har kvinner en lav dødelighet av ulykker.

En stor del av ulykkene er transportulykker, og da særlig trafikkulykker. Av dem som var involvert i trafikkulykker, var tre av fire menn. Spesielt i aldersgruppen 15-29 år er menn overrepresentert. Denne typen ulykker er den tredje største dødsårsaken for personer under 25 år. En bekymring er også alle de ulykkene som ikke medfører død, men invaliditet. Statistikk viser at omtrent 12 prosent av EUs befolkning blir behandlet for skader hvert år, for Norge er tallet rundt 10 prosent (Folkehelseinstituttet 2004). Når det gjelder aldersgruppen under 24 år, har Litauen, Latvia, Portugal og Hellas den høyeste dødelighetsraten for veitrafikkulykker (Health in the European Union, trends and analysis 2009).

Norden har lavest dødelighet av ulykker hos 1-14 åringer, med Sverige som lavest – 4 av 100 000 dør hvert år. Høyest dødelighet er det i de baltiske land: I Latvia er dødeligheten 24 per 100 000 innbyggere. Når det gjelder den eldre befolkningen (over 65 år) i hele EU, er det fallulykker som dominerer, 35 av 100 000 dør av fall (Health in the European Union, trends and analysis 2009). Eldre mennesker kan være mer utsatt blant annet på grunn av nedsatt syn, hørsel, og dårligere balanse.

Dødelighet av ulykker som skjer i eller rundt hjemmet, er dobbelt så stor som dødelighet av transportulykker. Hjemmeulykker står for 63 prosent av alle ulykker totalt i EU og det er stor variasjon i dødelighet mellom landene. Særlig i de baltiske land er dødeligheten betydelig. Irland har den laveste raten med 12 pr 100 000 innbyggere, mens Estland har 72.

Få selvmord i Hellas, England og Spania

Finland, Frankrike og Østerrike har sammen med de baltiske landene, deler av Polen og Tsjekkia høy selvmordsrate. Spania, England og Hellas har lav rate. Ifølge en studie utført i Hellas (Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1998) er årsaken de sterke familiebandene. Årsakene til selvmord er mange og komplekse, men de er ofte psykologiske eller sosiale.

I tillegg kan et alvorlig sykdomsbilde være utslagsgivende. Historisk sett stiger dødeligheten av selvmord under økonomiske kriser og arbeidsløshet, noe som kan være årsaken til at dødeligheten av selvmord stiger spesielt i østeuropeiske land. Kvinner følger det samme regionale mønsteret som menn, men har alltid hatt en betydelig lavere rate av selvmord (se figur 5).

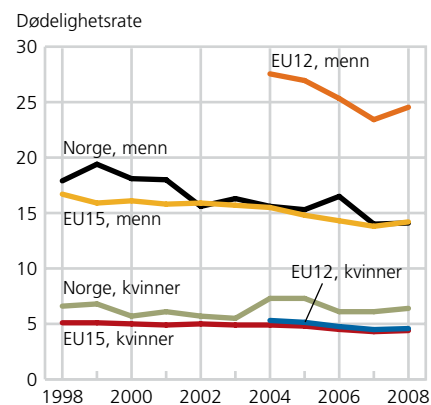
Forskjeller i dødelighet mellom EU15 og Norge

De nye medlemslandene i EU, blant annet Romania, Ungarn og Bulgaria, skiller seg fra de gamle EU-landene når det gjelder dødelighet, både totalt sett og innenfor ulike dødsårsaker som hjerte- og kardødelighet, ulykker og kreft. De nye medlemslandene er nok finansielt mer sårbare og kan dermed ikke dra nytte av den samme medisinske utviklingen som land med bedre økonomi. Infeksjonssykdommer forårsaker ikke stor dødelighet i Europa, men det er klare regionale forskjeller i utbredelsen av noen av dem. Dette gjelder særlig tuberkulose.

Norge har på samme måte som EU15 hatt en velstandsutvikling etter den annen verdenskrig. Det er naturlig å sammenligne dødeligheten i Norge med EU15 fordi vi har hatt den samme utviklingen. Men det er likevel forskjeller – for eksempel er det slik at dødeligheten av iskemisk hjertesykdom i Norge det siste tiåret har vært høyere enn i de gamle medlemslandene. Når det gjelder kreft, derimot, er bildet annerledes; i hele det siste tiåret har den totale kreftdødeligheten i Norge vært lavere enn i EU15 og i EU12.



Figur 5. Aldersstandardiserte rater for dødelighet av selvmord. EU12, EU15 og Norge, etter kjønn. 1998-2008



Kilde: Eurostat.

Datagrunnlag

Datagrunnlaget i artikkelen er data hentet fra Eurostat. Eurostat innhenter årlig data fra alle EU-landene samt data fra EØS-land (Norge, Island, Liechtenstein). Statistisk sentralbyrå leverer tall årlig fra dødsårsaksregisteret til Eurostat.

Referanser

- Collaborative Group of Hormonal Factors in Breast cancer and breastfeeding (2002): The Lancet 360, 187-195.
- Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.
- Folkehelseinstituttet (2004). Skader og ulykker – faktaark.
- Health statistics (2009): Atlas on mortality in the European Union, 2009 edition.
- Health in the European Union, trends and analysis (2009): http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf
- JNCI (Journal of the national cancer institute) Tobacco and Cancer (2004): Recent Epidemiological Evidence Volume96, Issue2 Pp. 99-106.
- Renahan A.G. (2008): The Lancet 371, 569-578.
- Statistisk sentralbyrå: Dødsårsaksstatistikk: <http://www.ssb.no/dodsarsak/>
- Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (1998): 33: 471-476. Suicide in Greece 1080-1995: Patterns and social factors.
- Tidsskrift for Den norske lægeforening (2006): Endring i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom blant menn i Oslo gjennom 28 år, 2006:126:2240-5.