

Den globala sjukdomsördan har både minskat och ökat

UPPDATERINGEN AV DET GLOBALA SJUKDOMSÖRDEPROJEKTET ÄR NU KLAR

I början av oktober presenterades en uppdatering av hälsoläget i världen utifrån det globala sjukdomsördeprojektet (GBD, Global Burden of Disease). Med ett antal artiklar i ett specialnummer av Lancet ges en imponerande överblick av livslängd, dödsorsaker, funktionsnedsättningar, total sjukdomsörda och betydelsen av riskfaktorer i 195 länder i världen.

Förutom dessa artiklar, och många andra i olika specialtidsskrifter, finns nu lättillgängliga data på nätet med grafik som på ett pedagogiskt sätt visar hälso-utvecklingen globalt och i alla länder. Vi kan rekommendera en stunds surfande på <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

Det globala sjukdomsördeprojektet

Den senaste uppdateringen av det globala sjukdomsördeprojektet publicerades i Lancet för 2 år sedan, med resultat från 2013. I den nya versionen (GBD 2015) presenteras resultat från 2015, och man strävar nu efter att göra årliga uppdateringar.

Från att ha haft olika hemvist och olika finansieringskällor sedan den första lanseringen i WHO:s och Världsbankens »Investing in Health« 1993, har sjukdomsördeprojektet sedan några år en etablerad placering på Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) vid University of Washington i Seattle, USA, med stöd huvudsakligen från Bill & Melinda Gates Foundation.

En stor del av arbetet med datainsam-



Peter Allebeck, professor, överläkare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting
● peter.allebeck@ki.se



Emilie Agardh, med dr, forskarasistent; båda institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

ling, litteraturöversikter, validering av uppgifter och bidrag till skrivandet görs av ca 1 800 experter (däribland undertecknade) över hela världen. Vi ger här några smakprov från resultaten i GBD 2015.

Dödlighet och livslängd

Medellivslängden i världen är nu 71,8 år (69 för män och 74,8 för kvinnor), och den har ökat med 10 år sedan 1980 [1]. Flera länder i subsahariska Afrika har haft en positiv utveckling på grund av minskad dödlighet i hiv/aids.

Regioner präglade av krig och våldshandlingar, tex i Mellanöstern, har dock haft stagnerande eller minskad livslängd. Mellan 2005 och 2015 sjönk livslängden bland män i Syrien med 11,3 år och är nu 62,6 år.

För att skilja ut hur hälsoutvecklingen kan förklaras av generell standardförbättring i förhållande till mer specifika faktorer har man delat in världens länder utifrån ett standardiserat utvecklingsindex (SDI; standard development index) baserat på per capita-inkomst, födelsetal och utbildningsnivå.

Till stora delar följer utvecklingen av livslängd och dödsorsaksmonster nivån på indexet, men några avvikelser noteras. Exempelvis har vissa länder i Sydostasien och norra Afrika haft en snabbare ökning av livslängd än indexnivån, medan länderna i subsahariska Afrika och vissa länder i Östeuropa haft en utveckling av livslängd som inte motsvarar den förväntade utifrån ländernas indexnivå. Bättre levnadsstandard följs alltså inte automatiskt av bättre hälsa.

Sjukdomsörda mätt med DALY

Som vi tidigare beskrivit i Läkartidningen [2, 3] är DALY (disability adjusted life years; funktionsjusterade levnadsår) ett mått på den samlade sjukdomsördan i en befolkning. DALY beräknas som summan av förlorade år på grund av tidig död (YLL; years of life lost) och förlorade år på grund av funktionsnedsättning (YLD; years lost due to disability). Det senare bygger på viktning av sjukdomstillstånd som är gjord

i olika omgångar genom expertpaneler, enkäter och intervjuer med olika befolkningsgrupper i olika länder i världen. Betydelsen av funktionsnedsättning vid olika tillstånd har värderats påfallande likartat när olika metoder använts.

Som förväntat har icke-smittsamma sjukdomar (NCD; non-communicable diseases) ökat och smittsamma sjukdomar minskat globalt sett [4]. Detta är också en del av den epidemiologiska transitionen, som kan kvantifieras genom att förändringar i sjukdomsördan relateras till det standardiserade utvecklingsindexet enligt ovan.

Som framgår av Figur 1 har sjukdomsördan på grund av icke-smittsamma sjukdomar varit i princip konstant under de senaste decennierna, om man tar hänsyn till den ökande befolkningen. Om man dessutom tar hänsyn till den åldrande befolkningen har sjukdomsördan på grund

»Sjukdomsördeprojektet har utvecklats till ett kraftfullt instrument för att analysera och jämföra hälsoförhållanden i länder och regioner ...«

av icke-smittsamma sjukdomar minskat. Den globala »epidemin« av hjärt-kärlsjukdom och andra icke-smittsamma sjukdomar är alltså till stor del en effekt av en ökad och äldre befolkning, vilket i sin tur innebär ändrat sjukdomsmönster.

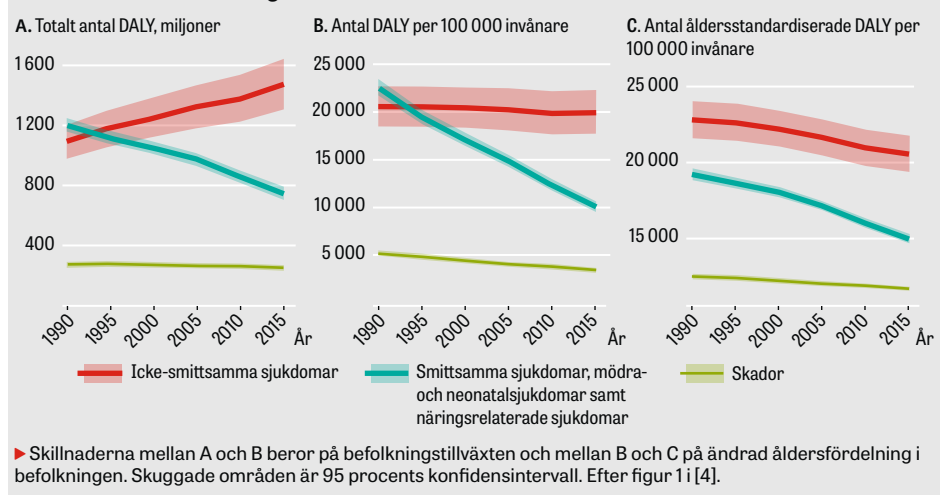
I höginkomstländer är hjärt-kärlsjukdom, cancer, psykiska sjukdomar/beroendestillstånd och muskuloskeletal sjukdom de tillstånd som orsakar störst sjukdomsörda. I låg- och medelinkomstländer är diarré/nedre luftvägsinfektioner, neonatala sjukdomstillstånd, hjärt-kärlsjukdom och andra icke-smittsamma sjukdomar de tillstånd som dominerar sjukdomsördan.

I Sverige är ischemisk hjärtsjukdom och sjukdomar i rygg/nacke de två tillstånd

HUVUDBUDSKAP

- Lancet har publicerat ett specialnummer där en uppdatering av den globala sjukdomsördan presenteras. Uppdateringen täcker perioden 1980–2015, med resultat från 195 länder i världen.
- Dödlighet, funktionsnedsättning, betydelsen av riskfaktorer och uppfyllande av FN:s hållbarhetsmål har analyserats. Resultaten finns nu tillgängliga på internet för analys och policyutveckling.

FIGUR 1. Global utveckling av DALY 1990–2015



som bidrar till störst sjukdomsburda, med var och en ca 8-9 procent av den totala sjukdomsburdan. Stroke, alzheimer, diabetes och depression är exempel på tillstånd som bidrar till ungefär lika stor sjukdomsburda, var och en runt 3,5-4 procent av all sjukdomsburda.

Risikfaktorers betydelse för sjukdomsburda

Inom sjukdomsburdeprojektet har man sedan tidigare delat in risikfaktorer i tre grupper: miljö- och arbetsrelaterade (t ex dåligt vatten, luftföroreningar, asbest), beteendorelaterade (t ex alkohol, rökning, osäkert sex) och metabola (t ex högt blodtryck, högt BMI, högt fasteblodsocker).

För att ta reda på betydelsen av olika risikfaktorer för sjukdomsburda behövs information om dels sambandet mellan en viss exponering och risk för sjuklighet eller dödlighet, dels förekomst av exponering i befolkningen [3]. Sambandsbedömningarna har gjorts genom att ett stort antal expertgrupper gått igenom all tillgänglig litteratur från epidemiologiska studier, kliniska studier, metaanalyser och andra sammanställningar.

Antalet risikfaktorer som ingår i analyserna har ökat för varje uppdatering av sjukdomsburdeprojektet, och man har nu tagit in 79 risikfaktorer i analyserna. I en lång tabell listas evidensgrunden för de 388 risk-utfallspar som analyserats. Från en rad källor har information hämtats om förekomsten av olika exponeringar i varje land, antingen direkt från undersökningar eller genom skattningar [5].

Man noterar att den globala exponeringen för dåligt vatten, dålig inomhusluft (framför allt eldning inomhus), undervikt hos barn och rökning har minskat med mer än 25 procent mellan 1990 och 2015. Exponering för vissa yrkesrisker, högt BMI

och narkotikabruk har däremot ökat med mer än 25 procent under samma period.

De risikfaktorer som globalt bidrar till den största sjukdomsburdan är högt blodtryck, rökning, högt BMI och högt fasteblodsocker. Dessa fyra risikfaktorer är, i samma rangordning, också de som bidrar till störst sjukdomsburda i Sverige. Brist på fysisk aktivitet och alkohol kommer på plats 8 respektive 9 i den svenska rankningslistan.

Man kan jämföra med Danmark, där rökning kommer på första plats i rangordningen och alkohol på plats 5. I sydliga subsahariska länder (Sydafrika, Botswana, Zimbabwe m fl) är osäkert sex den risikfaktor som bidrar till störst sjukdomsburda.

Sjukdomsburda och FN:s utvecklingsmål

En serie analyser har gjorts av sjukdomsburdan utifrån de 33 hälsorelaterade indikatorer som finns i FN:s hållbarhetsmål (SDG; sustainable development goals) [6]. Det finns andra system för att följa upp målen, men fördelen med att utgå från det globala sjukdomsburdeprojektet är att mätmetoderna standardiserats och gjorts jämförbara över tid och mellan länder. I en omfattande tabell anges med siffror och färgskala hur de 33 målen uppfyllts i 188 av världens länder. Ett sammanvägt mått har också konstruerats.

Utifrån detta konstateras att Island och Singapore är de länder i världen som bäst uppfyller utvecklingsmålen, medan Somalia och Centralafrikanska republiken är längst ifrån måluppfyllelse. Som noterats i svenska medier ligger Sverige på tredje plats i rankningen.

I diskussionen nämner man exempel på insatser som bidragit till förbättring av hälsoindikatorerna, t ex återuppbyggnad och hälsoreformerna i Östtimor efter en period av oroligheter, uppbyggnad av häl-

soystem och utrotning av malaria i Tadzjikistan, allmän sjukförsäkring och insatser för trafiksäkerhet i Taiwan och kraftfulla insatser mot rökning i Island.

Kraftfullt instrument – också för Sverige

Sjukdomsburdeprojektet har utvecklats till ett kraftfullt instrument för att analysera och jämföra hälsoförhållanden i länder och regioner samt utveckling över tid och sjukdomsburdans relation till riskfaktorer och övergripande samhällsutveckling. I många länder görs nu också subnationella studier.

I England gjordes en uppmärksam analys av sjukdomsburda, där effekten av sociala förhållanden och hälsoystem kunde avläsas i regionala skillnader i sjukdomsburda [7].

Stockholms läns landsting har investerat i en analys av sjukdomsburdan i Stockholms län, men någon motsvarande satsning på nationell nivå finns inte i Sverige.

Vi menar att svenska nationella organ, t ex Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting (SKL), borde ta ansvar för att det skapas en samlad kompetens och rutiner för att ta hand om det omfattande datamaterial som nu tack vare det globala sjukdomsburdeprojektet finns för Sverige.

Vi kan också bidra mer systematiskt till att uppdaterade svenska data från epidemiologiska studier och hälsoregister regelbundet förs in i systemet. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2017;114:ED34

REFERENSER

1. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional and national life expectancy, all-cause mortality and cause specific mortality for 249 causes of death 1980-2015. *Lancet*. 2016;388:1459-1544.
2. Moradi T, Allebeck P, Jacobsson A, et al. Sjukdoms­bördan i Sverige mätt med DALY. Neuropsykiatriska sjukdomar och hjärt-kärlsjukdom dominerar. *Läkartidningen*. 2006;103:137-141.
3. Agardh E, Boman U, Allebeck P. Alkohol, narkotika och tobak ger stor del av sjukdomsbördan. Utvecklingen i Sverige 1990-2010 kartlagd utifrån DALY-metoden. *Läkartidningen*. 2015;112:C4TH.
4. GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015. *Lancet*. 2016;388:1603-58.
5. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1659-1724.
6. GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1813-50.
7. Newton JN, Briggs AD, Murray CJ, et al. Changes in health in England, with analysis by English regions and areas of deprivation, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386:2257-74.

SUMMARY

In a special issue of the *Lancet*, an update of the Global Burden of Disease project has been presented, covering the period 1980-2015, with results from 195 countries in the world. 1800 experts from all over the world have helped in collecting and reviewing data. Mortality, disability, contribution of risk factors, and fulfilment of the Sustainable Goals have been analyzed. With data now available on the web the results give valuable information for analysis and policy development in countries and regions.