
Helsesdata – en enkel metode for utvidet innsikt

DEBATT

ODDVAR SOLLI

oddvar.solli@pfizer.com

Oddvar Solli er ph.d. og leder for helseøkonomiavdelingen i Pfizer i Norge. Health & Value arbeider med helseøkonomi og bruker data fra norske helseregistre både i innsendelser til nye metoder samt registerforskningsprosjekter. Han arbeider for tiden med registerforskningsprosjekter innen kardiologi og onkologi. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han arbeider i Pfizer, et internasjonalt legemiddelfirma med legemidler innen en rekke terapiområder.

MINDA HALKINRUD

Minda Halkinrud er Master of Science in Pharmacy og medisinsk rådgiver i onkologiavdelingen i Pfizer i Norge. Hun arbeider for tiden med et registerforskningsprosjekt relatert til brystkreft og komorbiditet i samarbeid med Krefregisteret og norske klinikere. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun arbeider i Pfizer, et internasjonalt legemiddelfirma med legemidler innen en rekke terapiområder.

Norske helseregistre kan gi unik og viktig innsikt i sykdom og behandling. Vi presenterer her en enkel og lite benyttet metode for utvidet innsikt.

Vårt inntrykk er at det i hovedsak søkes om data på to måter: enkle spørringer om tabell/statistikk fra ett register, eller søknad om datasett til forskningsformål. En fremgangsmåte som synes å være noe mindre kjent, er å søke data fra to ulike registre og få disse dataene koblet og utlevert som en aidentifisert tabell. Denne typen prosess er rask sammenlignet med mer komplekse og omfattende søknader om registerdata til forskningsformål. Med

denne fremgangsmåten er det ikke nødvendig å utarbeide protokoll og søke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Samtidig utvides mulighetene når man kan bruke data fra flere registre fremfor data fra kun ett register.

«En fremgangsmåte som synes å være noe mindre kjent, er å søke data fra to ulike registre og få disse dataene koblet og utlevert som en aidentifisert tabell»

Innsikt i komorbiditet

I vårt prosjekt ønsket vi innsikt i komorbiditet blant pasienter med brystkreft. Vi bestilte data fra Kreftregisteret og Reseptregisteret. Begge registrene bekrefter at fremgangsmåten i vårt eksempel er lite benyttet.

Kreftregisteret identifiserer den populasjonen vi ønsker å studere, i vårt eksempel kvinner med brystkreft. Innsikt i komorbiditet vil man i utgangspunktet kunne få via Kontroll og utbetaling av helserefusjoner og Norsk pasientregister. Sistnevnte er et sentralt helseregister som inneholder informasjon om alle pasienter som har fått behandling innen spesialisthelsetjenesten i Norge. Å søke om data fra Kontroll og utbetaling av helserefusjoner og Norsk pasientregister vil imidlertid innebære en kompleks og tidkrevende prosess. For vårt formål valgte vi derfor å benytte refusjonskoder fra Reseptregisteret som en indikator for komorbiditet. Refusjonskoder, enten i klassifikasjonssystemene ICD-10 eller ICPC-2 eller egendefinert av Statens legemiddelverk, skal påføres blåresepter. Disse vil dokumentere refusjonsberettiget bruk.

Prosess og kobling

Vi søkte utlevering av statistikk fra Kreftregisteret og Reseptregisteret via fellesportalen for datatilgang (helsedata.no). Videre kontaktet de enkelte registrene oss for nødvendige avklaringer.

Proessen for uthenting og sammenstilling av data var følgende:

1. Kreftregisteret trakk ut studiepopulasjonen (i vårt tilfelle kvinner registrert med brystkreft, C50, i 2017).
2. En preprosessert nøkkelfil med fødselsnummer (kryptert), løpenummer og én individspesifikk registreringsdato ble oversendt til Reseptregisteret.
3. Reseptregisteret trakk ut alle utleverte reseptlegemidler i perioden 1.2.2015–31.12.2019 til studiepopulasjonen fra Kreftregisteret og tilrettela statistikk over antall og andel kvinner med utleveringer av de valgte refusjonskodene (ICD/ICPC). I vårt tilfelle var dette refusjonskoder som indikerer behandling

for hhv. hjerte- og karsykdom, diabetes og psykiske lidelser. De utvalgte refusjonskodene ble kvalitetssikret av kliniker. Refusjonskoder ansett som mindre aktuelle, ble utelatt.

4. Statistikken ble fordelt etter hvorvidt aktuell komorbiditet inntraff i periodene 1–364 dager og 365–730 dager *før* registreringsdato fra Kreftregisteret samt i periodene 1–364 dager og 365–730 dager *etter* registreringsdato. Et individ ble talt én gang per komorbiditet.

5. Vi fikk utlevert en tabell og oppdaget at tabellen ikke ga innsikt i frekvensen for hver enkelt refusjonskode.

6. Det ble derfor søkt om en tilleggstabell der frekvensen for hver refusjonskode ble oppgitt.

Tabellene vi har fått utlevert (se appendiks), gir en utvidet innsikt sammenlignet med separat innhentede data fra hvert enkelt register. Tabellene gir et grovt bilde av forekomst av komorbiditet indikert via refusjonskoder. I vårt tilfelle mener vi dette gir oss innsikt i en problemstilling som vi kan jobbe videre med i et større prosjekt.

Vi håper dette eksempelet kan være til inspirasjon for andre. Fremgangsmåten er såpass enkel at dette kanskje kan motivere andre til å bruke norske registerdata på en litt lettbeint måte. I lys av at en ny helseanalyseplattform er under utvikling, kan prosjekter som vårt kanskje kunne gjennomføres både raskere og enklere i fremtiden.

Publisert: 11. oktober 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0633

Mottatt 3.9.2021, godkjent 20.9.2021.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. juli 2026.