

---

## B. Hofmann svarer

---

### KOMMENTAR

BJØRN HOFMANN

b.m.hofmann@medisin.uio.no

Bjørn Hofmann er professor ved Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har tidligere utredet etiske aspekter ved tarmkreftscreening og har bidratt til Helsedirektoratets rapport om tarmkreftscreening. Innholdet i dette innlegget helt og holdent mitt eget og må ikke tillegges noen av de institusjonene jeg arbeider for.

---

Jeg reiste konkrete spørsmål til forslaget om å innføre tarmkreftscreening som «en kontinuerlig systematisk og randomisert utprøving» i Norge. Michael Bretthauer og Hans-Olof Adami mener at «Bjørn Hofmann gjør det enkelt for seg, han stiller spørsmål.»

Michael Bretthauer er en av forslagsstillerne til at tarmkreftscreening skal innføres som et forskningsprosjekt i Norge. I tillegg er han en internasjonalt anerkjent toppforsker innen tarmkreftscreening med klare interesser i slik forskning. Spørsmålene er derfor betimelige, men istedenfor å gi oss klare og konkrete svar, får vi en metafysisk utlegning om tro og tvil. Tro og tvil er tradisjonelt en sak for religionen – vitenskapen har konsentrert seg om usikkerhet.

Det som fortsatt er uklart er: Når er tvilen liten nok til at vi kan avbryte loddtrekningen og velge metode? Eller skal forskningsprosjektet vare evig og inkludere nye metoder ettersom de dukker opp? Hvem skal bestemme? På hvilket grunnlag?

Skattebetalerne vil også undres over hvorfor de skal være med på å betale for et nasjonalt eksperiment når de ikke får tilgang til de metodene som har best dokumentert effekt – eller som de selv foretrekker. Dersom jeg som opplyst borger, ønsker den metoden som har best dokumentert effekt (sigmoidoskopi) (1), vil jeg ikke kunne få dette tilbudet. Hvis jeg derimot tenker at det er klokt å få undersøkt hele tarmen (med koloskop), så må jeg ha flaks i loddtrekning.

Hva med alle dem som velger private løsninger istedenfor å være med på statens «tarmkreftlotteri»? Vil ikke disse ødelegge for den kunnskapen som Bretthauer og kollegaer ønsker å fremskaffe?

Geir Hoff, Thomas de Lange, Giske Ursin gir mer konkrete svar. De mener at tidligere forskning på tarmkreftscreening har gitt gode resultater, at regionale etiske komiteer vil sikre reelle samtykker, at randomisert innføring er nødvendig for å finne den reelle effekten av screeningen og at tilliten til «kontinuerlig systematisk og randomisert utprøving» vil være stor fordi den har vært det for tidligere screeningstudier i Norge. De viser også til resultater fra Finland, der man fant for liten effekt til å innføre screening.

Gode argumenter for forskning gjelder ikke for innføring av helsetiltak. Det er fordi målsettingen er forskjellig. Det samme gjelder uklare blandinger av forskning og helsetiltak.

Jeg er helt enig med Hoff, de Lange og Ursin i at kompleksitet og kontekst er viktig for vurderingen av effekt av helsetiltak (2). Det jeg mener de ikke svarer på, er hvordan man vil skille mellom forskning og helsetiltak – og hvordan man tenker seg at andre helsetiltak skal innføres, randomiseres og optimaliseres over samme lest. Bør vi randomisere pasienter med kreft til ulike undersøkelses- eller behandlingsformer fordi vi ikke har kunnskap om effekten fra norske forhold, men bare fra internasjonale studier? Hvis kontekstuell kunnskap er så avgjørende som Hoff, de Lange og Ursin hevder, hvorfor innføres ikke tarmkreftscreening med sigmoidoskopi? Her har de jo selv bidratt med solid kunnskap om god effekt nettopp i Norge (3–5). Dersom ikke kunnskap fra slike studier, blir fulgt i praksis – eller dersom andre forhold enn kunnskap viser seg å være avgjørende for beslutningen – hva er da hensikten med «en kontinuerlig systematisk og randomisert utprøving»? Dårens oppgave er å spørre – de vises er å svare. Og svaret må være så godt at vi alle er villige til å delta – og å betale.

---

## LITTERATUR

1. Fretheim A, Reinart L, Bretthauer M. Health effects of colorectal cancer screening. Oslo: Norwegian Institute of Public Health 2016.
2. Wahlster P, Brereton L, Burns J et al. Guidance on the integrated assessment of complex health technologies - The INTEGRATE-HTA Model. Rapport. University of Bremen; 2016.
3. Lange T, Randel KR, Schult AL et al. Sigmoidoskopi og testing for blod i avføringen – en sammenlignende screeningstudie. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 727 - 30. [PubMed][CrossRef]
4. Holme Ø, Schoen RE, Senore C et al. Effectiveness of flexible sigmoidoscopy screening in men and women and different age groups: pooled analysis of randomised trials. BMJ 2017; 356: i6673. [PubMed][CrossRef]
5. Holme Ø, Løberg M, Kalager M et al. Effect of flexible sigmoidoscopy screening on colorectal cancer incidence and mortality: a randomized clinical

trial. JAMA 2014; 312: 606 - 15. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 30. oktober 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0878

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.