
Optimalisering gjennom randomisering

KOMMENTAR

GEIR HOFF

hofg@kreftregisteret.no

Geir Hoff er professor emeritus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

THOMAS DE LANGE

Thomas de Lange er leder for Tarmkreftscreeningsseksjonen ved Kreftregisteret.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

GISKE URSIN

Giske Ursin er direktør ved Kreftregisteret.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørn Hofmann uttrykker motforestillinger mot å kombinere den planlagte innføringen av et tarmkreftscreeningprogram med randomiserte studier (1).

Hofmann trekker fram fem punkter:

1. «Klarer vi å ri to hester samtidig, eller blir det dårlig forskning og dårlig folkehelse?» Vi har nå hatt to pilotprosjekter på tarmkreftscreening og begge har vært randomisering mellom to armer. Deltakelsen har vært like god eller bedre enn i de landene hvor screeningen har vært innført uten randomisering (2–4). Dette har også gitt god forskning. Forskning bør gå hånd i hånd med folkehelse, både for å sikre best mulig kvalitet, men også best mulig overvåking av resultater.
2. «Vil folk forstå hva de inviteres til – vil de gi et gyldig samtykke?» Dette gjelder alle studier – enten det er i screening eller klinisk tilbud til syke pasienter. I begge tilfeller har vi regionale etiske komiteer med mye erfaring som alle forskere må forholde seg til.

3. «Vil vi få et ytterligere økt press på tilgang til utprøvende behandling?» Ja, det håper vi virkelig. I klinisk virksomhet behandler vi mest eldre mennesker som er skrøpelige og bruker flere medisiner for flere sykdommer. I de utprøvende studiene som ligger til grunn for anbefalt behandling har det stort sett vært (litt spissformulert) friske 40-åringer som tåler alt og feiler intet bortsett fra den ene, aktuelle sykdommen hvor ny behandling skal prøves ut. Det er et stort behov for bedre utprøvende behandling på de mest aktuelle pasientgruppene som faktisk bruker helsetjenestene. Dette har en klar parallell til screening: De mest aktuelle målgruppene må møte opp til screening for at et screeningprogram skal ha effekt. Hvor mange og hvem som møter opp er mye kulturelt betinget og det er ikke lett å overføre resultater fra et land til et annet. Hvis det bare er lavrisiko-personer som møter til koloskopiscreening mens høyrisikopersoner velger screening for blod i avføringen, skal vi sannsynligvis ikke ha koloskopiscreening. Dette finner vi ikke ut av uten randomisering – loddtrekning mellom to gode screeningtilbud.
4. «Hvilke krav skal stilles til denne typen «kontinuerlig systematisk og randomisert utprøving» slik at friske mennesker beskyttes mot unødig risiko?» I eksempelet ovenfor kan konklusjonen bli at mange lavrisikopersoner slipper å bli utsatt for koloskopi. I Finland innførte de screening for usynlig blod i avføringen ved randomisering (5). Selv om studier i andre land viste at dette var nyttig, fant de ingen effekt i Finland og programmet ble midlertidig lagt på is. Dette hadde ikke skjedd uten randomisert innføring.
5. «Vil vi undergrave helsetjenestens viktigste ressurs: tillit?». Tvert imot. Vi må bare formidle at screening mot tarmkreft virker, men at randomiseringen skal ivareta en kontinuerlig utprøving for hele tiden å optimalisere tilbudet. Når vi ser på oppmøtet i de store screeningstudiene vi har hatt (4, 6), så er det intet som tyder på at tilliten er undergravet ved å «ri to hester».

LITTERATUR

1. Hofmann B. Det store tarmkreftlotteriet. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1276. [CrossRef]
2. Navarro M, Nicolas A, Ferrandez A et al. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. World J Gastroenterol 2017; 23: 3632 - 42. [PubMed][CrossRef]
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, 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]
5. Pitkäniemi J, Seppä K, Hakama M et al. Effectiveness of screening for colorectal cancer with a faecal occult-blood test, in Finland. BMJ Open Gastroenterol 2015; 2: e000034. [PubMed][CrossRef]

6. Hoff G. Gastrointestinal cancer screening: screening may release new research funding to improve health service also in routine clinics. Scand J Gastroenterol 2015; 50: 718 - 26. [PubMed]

Publisert: 30. oktober 2017. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0876

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. februar 2026.