
Helse uten kunnskap?

DEBATT

METTE KALAGER

mkalager@hsph.harvard.edu

Mette Kalager er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Hun er lege og ph.d., førsteamanuensis og leder av Klinisk effektforskningsgruppe ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Premisset om at forskningens mål er kunnskap, mens helsehjelp skal fremme helse, står i veien for en bedre helsetjeneste.

Helsedirektoratet har nylig anbefalt at tarmkreftscreening skal innføres i Norge. Den endelige avgjørelsen om innføring og organisering av programmet ventes av departementet, med påfølgende oppdrag til de regionale helseforetakene (RHF-ene), Kreftregisteret og Helsedirektoratet [\(1\)](#).

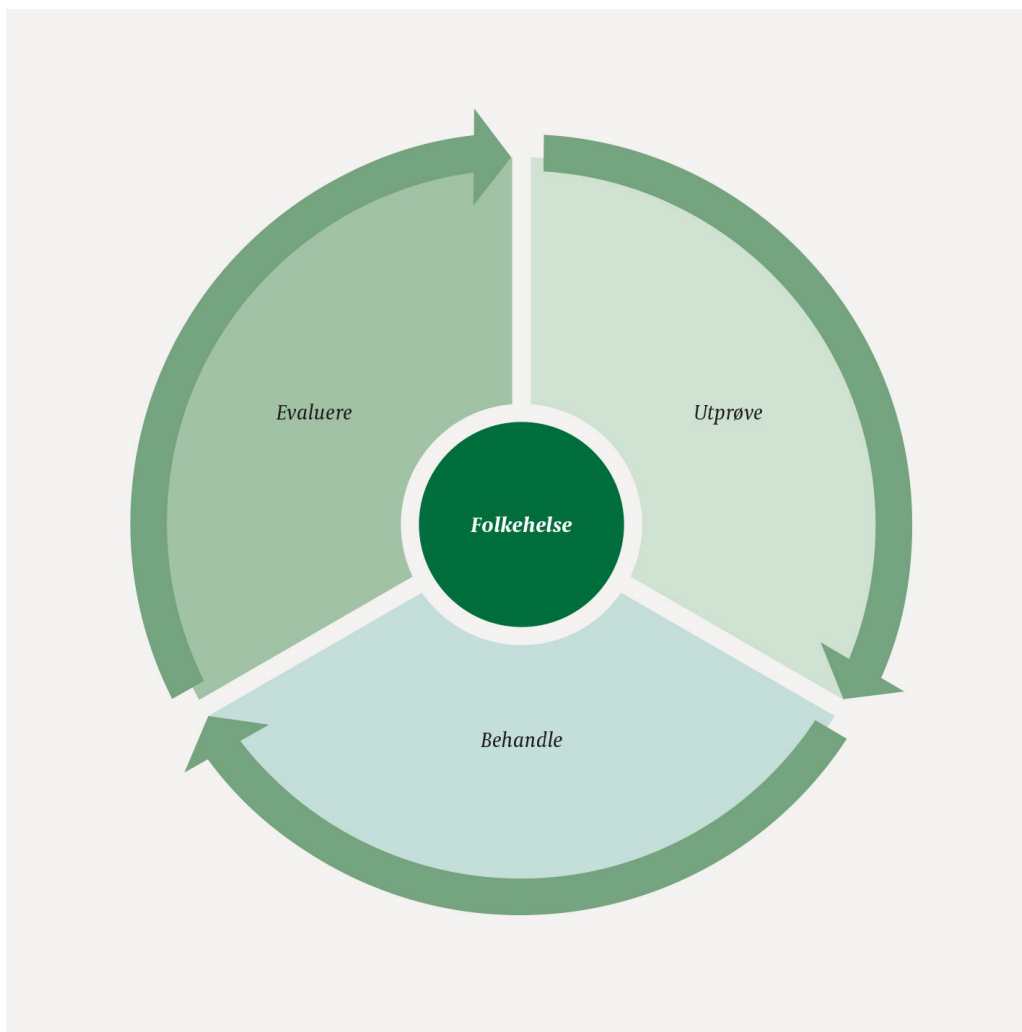
Camilla Stoltenberg og jeg har tatt til orde for at tarmkreftscreening bør organiseres som en kontinuerlig og systematisk randomisert utprøving [\(2\)](#), men i et nylig innlegg om tarmkreftscreening svarer Bjørn Hofmann at det bør være et tydelig skille mellom helsetjeneste og forskning [\(3\)](#). Han hevder at «forskningens mål er kunnskap, mens helsehjelp skal fremme helse». Men så enkelt er det ikke. Kan man koble helse fra kunnskap, fra forskning? Og når vet vi hva som er god helsehjelp? Kunnskap og helsehjelp er i sin natur en kontinuerlig prosess der forskning og behandling bør gå hånd i hånd. Uten det ene, ikke det andre.

Kunnskap kan tilegnes på mange måter. For hver behandling vi innfører i helsetjenesten, ønsker vi å ha kunnskap basert på de beste vitenskapelige metodene. Alle nye legemidler testes ut i randomiserte studier før de tas i bruk i klinisk praksis. På samme måte bør det gjøres når det gjelder folkehelseiltak, for eksempel med kreftscreening.

Screening angår oss alle. I og med at screening er et tilbud til friske mennesker, hvor det er en fin balanse mellom fordeler og ulemper, er det kanskje enda viktigere *ikke* å ha et klart skille mellom forskning og helsetjeneste.

Utprøving, behandling, evaluering

Kunnskapsutviklingen bør være en kontinuerlig prosess av utprøving, behandling og evaluering, som gjentas, som et roterende hjul (fig 1).



Figur 1 Folkehelsen fremmes gjennom kunnskapshjulet med utprøving, behandling og evaluering

Dette kan eksemplifiseres med historien om mammografiscreening i Norge. Effekter av mammografiscreening ble først studert i randomiserte studier i 1980-årene [\(4\)](#). Studiene viste at screeningen reduserte brystkreftdødeligheten med 15 % [\(4\)](#), og man trodde at med bedre undersøkelsesmetoder ville effekten være enda større når man innførte screeningen i den norske befolkningen i 1996 [\(5\)](#). Da mammografiscreeningprogrammet startet opp, kjente man ikke til at mammografiscreening kunne føre til overdiagnostikk.

Når hele befolkningen (kvinner mellom 50 og 69 år) inviteres til mammografiscreening, består befolkningen av to grupper: de som møter, og de som ikke møter. Disse to gruppene er ikke like [\(6\)](#). De har ikke samme risiko for å få kreft, og de har ikke samme dødelighet. Derfor er ikke disse gruppene sammenlignbare, og det er vanskelig å få kunnskap om hvor forskjellige de er.

Vi har, i en stor studie på tarmkreftscreening (Norwegian colorectal cancer prevention trial, NORCCAP), nylig undersøkt dette. De som ikke møtte til screening, hadde 2–3 ganger høyere dødelighet enn de som møtte (6). Dette er ikke en effekt av screeningen, men ene og alene ett uttrykk for seleksjonsskjevhet, at det er to svært ulike grupper mennesker med betydelig forskjell i dødelighet. Selv med kanskje verdens beste registre i Norge med data knyttet til risiko for å dø klarte vi ikke å justere bort disse forskjellene (6). Dette illustrerer hvor vanskelig det er å få valid kunnskap fra allerede pågående helsetiltak, om man ikke bruker vitenskapelige metoder ved innføringen.

Ifølge en evalueringsrapport i regi av Forskningsrådet overdiagnostiserer vi fem kvinner for hver kvinne som unngår å dø av brystkreft (5). Hva gjør vi nå? Vi kan ikke skaffe oss den kunnskapen vi trenger for å kunne gi den beste helsehjelpen innen de rammene vi har i dag. Skal vi da lukke øynene for at vi muligens redder kvinner fra å dø av brystkreft, men påfører andre lidelse og mulig tidlig død av andre årsaker enn brystkreft? Vi sitter igjen med et helsetilbud som ikke gir den beste folkehelsen.

En løsning kunne være at vi innfører en kontinuerlig og systematisk utprøving og randomiserer kvinner som ønsker det til ulike screeningtilbud (7). For å få svar på om screening har flere ulemper enn fordeler kunne vi randomisere kvinner til screening som i dag, mot ingen screening (8). Det nye tilbudet evalueres og sammenlignes med det eksisterende tilbudet. Kvinnene får da tilbud om den «behandlingen» (tilbudet) som er best. Etter noen år får vi bedre screeningtester, for eksempel sirkulerende tumorgener (9), som da må utprøves i kliniske studier. Vi kunne da fortsette randomiseringen. Altså, utprøve, behandle, evaluere, og slik holder vi kunnskapshjulet i gang – fordi det her er uhensiktsmessig med et strengt skille mellom helsehjelp og forskning.

Kontinuerlig systematisk utprøving

Utgangspunktet for forslaget om å implementere tarmkreftscreening som en kontinuerlig systematisk randomisert utprøving, er at det er besluttet at man skal bruke penger på tarmkreftscreening (2). Befolkningen skal *ikke* tvinges til å være med på å finne den beste metoden. Hele poenget er at de får tilbud om den beste metoden, men de kan også få tilbud om metoder vi tror er enda bedre, men som vi enda ikke vet er bedre. Vi kan ikke sette annen kunnskap til side, det må være frivillig å delta, vi må finne gode måter å informere på, vi må ha en åpenhet og transparens når det gjelder hva vi gjør, hva vi vet, og hva vi kan forvente.

Vi må stille spørsmål ved det vi tar for gitt, for å oppnå nye erkjennelser, ny viten og for å finne nye løsninger. For at helsehjelpen skal være den beste, vil det være uklokt å fastholde dikotomiseringen av forskning på den ene siden og helsehjelp på den annen side. Hvis man ikke ser at dette er en kontinuerlig prosess, kan det også være vanskelig å finne løsninger. Forslaget om utprøving med randomisering innebærer ikke en helt ny og ukjent måte å tenke på eller

organisere oss på, det åpner opp for å tilby folk den beste helsehjelpen (2). Forslaget innebærer også at vi kan få kunnskap om det som ikke virker, slik at vi kan slutte å tilby helsehjelp som har liten eller ingen effekt.

Det klare skillet mellom forskning og helsehjelp står i veien for å fremme folkehelsen. Det kan øke faren for å miste folkets tillit (3).

Forfatteren er redaktør i Tidsskriftet. Manuskriptet er derfor behandlet eksternt av setteredaktør Pål Gulbrandsen.

LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft – status og anbefalinger. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Rapport%20om%20et%20Nasjonal%20screeningprogram%20mot%20tarmkreft.pdf> (21.1.2018).
2. Kalager M, Stoltenberg C. Screening for den enkelte og kunnskap for alle. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 858. [PubMed]
3. Hofmann B. Det store tarmkreftlotteriet. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1276.
4. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013; 6: CD001877. [PubMed]
5. The Research Council of Norway. Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. Oslo: The Research Council of Norway, 2015.
https://www.kreftregisteret.no/globalassets/mammografiprogrammet/dokumenter/combinesiste-5_forskningsradets-evalueringsrapport.pdf (13.5.2016).
6. 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]
7. Ursin G, Hofvind S, Tropé A. Dynamiske screeningprogrammer. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 14 - 5. [PubMed]
8. Kalager M. Breast cancer screening. BMJ 2017; 359: j5625. [PubMed][CrossRef]
9. Cohen JD, Li L, Wang Y et al. Detection and localization of surgically resectable cancers with a multi-analyte blood test. Science 2018; pii: eaar3247. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 5. mars 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1058

Mottatt 2.12.2017, første revisjon innsendt 25.1.2018, godkjent 6.2.2018.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.