

RAPPORT

Årsrapport for Tarmscreeningprogrammet 2024

Årsrapport 2024

Tarmscreeningprogrammet

Oliver Sven Kersten

Anna Lisa Schult

Kristin Ranheim Randel

Kristin Johansen

Stine Vedvik

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Kreftregisteret
Avdeling for Tarmscreening
Desember 2025

Tittel:

Årsrapport for Tarmscreeningprogrammet 2024

Forfatter(e):

Oliver Sven Kersten
Anna Lisa Schult
Kristin Ranheim Randel
Kristin Johansen
Stine Vedvik

Oppdragsgiver:

Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet

Publikasjonstype:

Rapport

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som PDF på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

ISBN elektronisk utgave:

978-82-8406-539-7

Forord

Tarmscreeningprogrammet ble landsdekkende fra 2024 og dette er den første årsrapporten for programmet. Rapporten gir innsikt i aktiviteten og kvaliteten i kalenderåret 2024.

Årsrapporten inneholder statistikk om deltakelse, prøveresultater og kvalitetsindikatorer knyttet til koloskopi og patologi i programmet. Resultatene gir muligheten til å evaluere programmet og identifisere områder som kan forbedres. Det er viktig at kvaliteten på tilbudet er like god uavhengig av hvor man er bosatt. Resultatene i rapporten presenteres derfor både for hele landet samlet, per region og per helseforetak.

Som del av oppdraget med tarmscreening er det etablert et opplæringscenter for endoskopi som driftes av Kreftregisteret, FHI i tett samarbeid med helseforetakene. Endoskopiskolen tilbyr kurs for endoskopipersonell med formål om å sikre høy kvalitet på opplæringen og på endoskopitilbudet i programmet. For helseforetak som scorer lavt på kvalitetsindikatorer kan Endoskopiskolen bidra med tilpasset kursing.

Tarmscreeningprogrammet ønsker å legge til rette for forskning på tarmkreft og screening som kan bidra til å redusere kreftbyrden og forbedre kvaliteten på tjenesten. Styringsgruppen for kreftscreeningprogrammene skal orienteres om studier som inkluderer deltakere i programmet. En oversikt over pågående forskningsprosjekter finnes på tarmscreening.no. I senere årsrapporter vil også forskningsproduksjon inngå i rapporteringen.

Vi vil gjerne uttrykke vår takknemlighet for innsatsen fra alle som er involvert i Tarmscreeningprogrammet, inkludert laboratoriepersonell, sykehussekretærer, sykepleiere, endoskopører, bioingeniører, patologer og sekretariatet ved Kreftregisteret. Deres bidrag er avgjørende for å sikre et best mulig screeningtilbud til befolkningen.

Oslo, desember 2025

Giske Ursin

Direktør
Kreftregisteret, FHI

Kristin Ranheim Randel

Leder Tarmscreeningavdelingen
Kreftregisteret, FHI

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Hovedbudskap	5
Key messages (English)	5
1 Bakgrunn	7
1.1 Mål for Tarmscreeningprogrammet	7
1.2 Etablering av Tarmscreeningprogrammet	8
1.3 Viktige hendelser i Tarmscreeningprogrammet	8
1.4 Organisering av Tarmscreeningprogrammet	9
1.5 Styringsgruppen og Rådgivningsgruppe for Tarmscreeningprogrammet	10
2 Datainnsamling og kjerneindikatorer	11
2.1 Rapportering, meldeplikt og lovgrunnlag	11
2.2 Tekniske løsninger og systemer	11
2.3 Kvalitetsindikatorer	12
3 Resultater	13
3.1 Deltakelse	14
3.2 Positivitetsrate	15
3.3 Andel koloskopert innen seks måneder etter positiv iFOBT	16
3.4 Koloskopikvalitet	17
3.4.1 Tømmingskvalitet	17
3.4.2 Cøkumintubasjonsrate	18
3.4.3 Tilbaketrekningstid	19
3.4.4 Adenomdeteksjonsrate (ADR)	20
3.4.5 Cancerdeteksjonsrate	21
3.4.6 Andel polypper sendt til histologisk undersøkelse	22
3.5 Patologitjenesten	23
3.5.1 Svartider for vevsprøver med klinisk mistanke om kreft	23
3.5.2 Svartider for vevsprøver uten klinisk mistanke om kreft	24
3.5.3 Fordeling av type benigne polypper	25
3.6 Pasientrapporterte tilbakemeldinger etter koloskopi	26
3.6.1 Andel besvarte tilbakemeldingsskjema	26
3.6.2 Sterke smerter ved koloskopi	27
Vedlegg	28
Datauttrekk og analyse	28
Definisjoner av indikatorer	28

Hovedbudskap

Tarmscreeningprogrammet ble landsdekkende i 2024 og tilbyr screening med test for blod i avføringen til menn og kvinner fra 55 års alder. Ved påvist blod henvises man til koloskopi på sykehus. Målet er å redusere dødelighet ved å oppdage kreft tidlig og fjerne forstadier før de utvikler seg.

Dette er den første årsrapporten for Tarmscreeningprogrammet og viser resultater for 2024. Rapporteringen er basert på forhåndsdefinerte kvalitetsindikatorer for Tarmscreeningprogrammet, som er beskrevet i programmets [kvalitetsmanual](#).

I 2024 deltok 53 % av de inviterte ved å sende inn en avføringsprøve. Det var høyere deltakelse blant kvinner (58 %) enn menn (48 %). Nasjonalt er det tilfredsstillende måloppnåelse på kvalitetsindikatorer for koloskopi. Samtidig ser vi variasjoner mellom regioner og helseforetak på enkeltindikatorer. Screeningsentrene får jevnlig tilgang på egne kvalitetsdata, og er ansvarlige for å følge opp manglende måloppnåelse med tiltak for forbedring. Kreftregisteret har tett dialog med sentrene for å sikre god innrapportering og datakvalitet, samt bidra til kvalitetsforbedring både gjennom monitorering, rapportering og oppfølging og via [Endoskopiskolens](#) kurstilbud.

Key messages (English)

The national colorectal cancer screening program (ColorectalScreen Norway) became nationwide in 2024 and offers screening with a fecal occult blood test to men and women starting at age 55. If blood is detected, participants are referred for a colonoscopy at the hospital. The aim is to reduce mortality by detecting cancer early and removing precancerous lesions before they develop.

This is the first annual report published for ColorectalScreen Norway and includes results for 2024. Reporting is based on predefined quality indicators for the program, as described in [the program's quality manual](#) (only in Norwegian).

In 2024, 53% of those invited participated by submitting a fecal sample. Participation was higher among women (58%) than men (48%). Nationally, performance is satisfactory for colonoscopy quality indicators. At the same time, we see regional variations in some indicators. Screening centers receive regular access to their own quality data and are responsible for implementing improvement measures where targets are not met. The Cancer Registry has a close dialogue with the centers to ensure accurate reporting and data quality, and contributes to maintaining high standards through monitoring, reporting, and follow-up, and through training courses offered by [The Norwegian Endoscopy School](#).

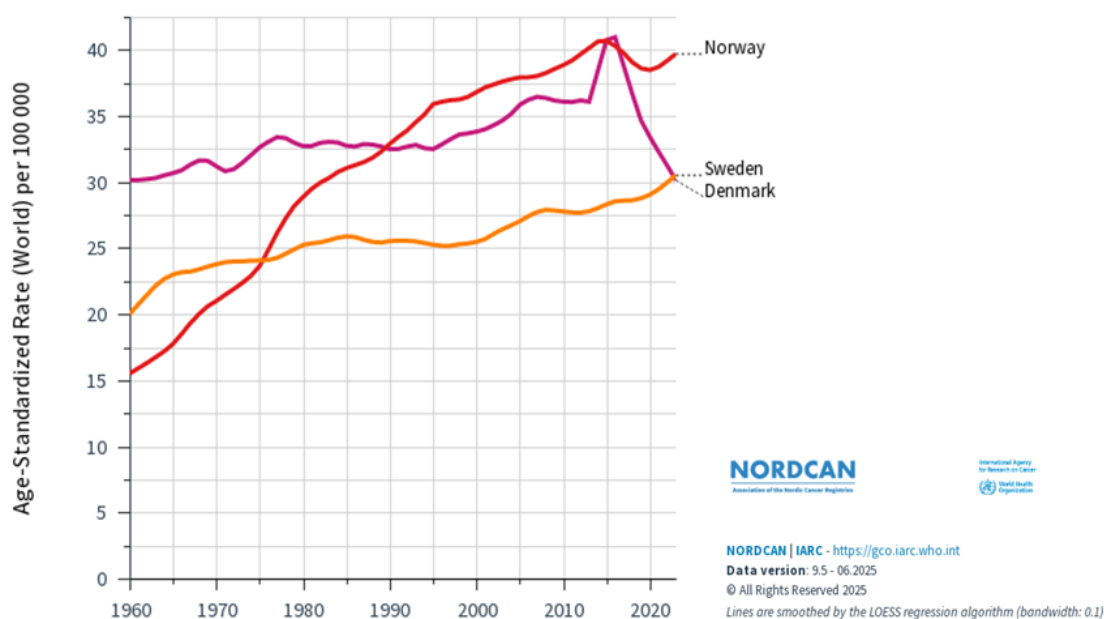
Tabell 1. Definisjoner og forklaringer

ADR	Adenomdeteksjonsrate. Andel deltakere med minst ett adenom påvist.
Avanserte adenomer	Adenomer med størrelse ≥ 10 mm eller høygradig dysplasi.
BBPS	Boston Bowel Preparation Scale, et verktøy som brukes til å vurdere hvor ren tarmen er ved koloskopi.
CRC	Colorectal cancer. Kreft i tykk- og endetarmen (tarmkreft).
Endoskopiskolen	Endoskopiskolen er et nasjonalt opplæringsssenter for endoskopi som er etablert som en del av Tarmscreeningprogrammet. Skolen driftes av Kreftregisteret, FHI og har som mål å sikre høy kvalitet på endoskopitilbudet i hele landet.
ESGE	European Society of Gastrointestinal Endoscopy
FHI	Folkehelseinstituttet.
Gastronet	Nasjonalt kvalitetsregister for endoskopi. Kartlegger blant annet koloskopikvaliteten i Norge og har som intensjon å forbedre denne.
gFOBT	Guaiac-basert test på okkult blod i feces.
Helseforetak (HF)	Eies av et regionalt helseforetak. Det finnes for tiden 19 helseforetak i Norge som yter spesialisthelsetjenester innen fordøyelsessykdommer.
iFOBT	Immunkjemisk test på okkult blod i feces. Standard screeningtest ved oppstart av nasjonalt screeningprogram i Norge. Internasjonalt betegnes den også som FIT (fecal immunochemical test). Kvantitativ analyse med grenseverdi for blodmengde som definerer positiv test.
Kreftregisteret	Kreftregisteret er organisatorisk et område i FHI.
Kvalitetsmanualen	Kvalitetsmanualen er en felles prosedyresamling for Tarmscreeningprogrammet. Har som mål å sikre at kvaliteten på programmet holdes på et høyt nivå.
NORCAN	Database med kreftstatistikk for alle de nordiske landene.
Regionalt helseforetak (RHF)	Eies av den norske stat og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i en region. Det finnes fire RHF: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst.
Rådgivningsgruppe	Faglig rådgivningsgruppe oppnevnt for å gi Kreftregisteret faglige innspill og vurderinger knyttet til Tarmscreeningprogrammet.
Pilotprosjektet	Pilot på et screeningprogram for tarmkreft i Helse Sør-Øst som pågikk fra 2012 – 2024.
PREM/PROM	Patient reported experience measures/Patient reported outcome measures. Brukes i Tarmscreeningprogrammet om innsamling av pasienttilbakemelding etter koloskopi.
Screeningsenter	Geografisk lokalisert senter ved et helseforetak som utfører screeningkoloskopier.
TAPAS	TArmscreeningProgrammets AdministrasjonsSystem. Sentral IT-løsning som forvaltes av Kreftregisteret og driftes av Norsk Helsenet. Løsningen håndterer blant annet invitasjoner, påminnelser, svarbrev og henvisninger til koloskopi ved helseforetakene.
Styringsgruppe	Felles styringsgruppe for de tre kreftscreeningprogrammene, ledes av Helsedirektoratet. Styringsgruppen drøfter, kommer med råd, og beslutter i saker knyttet til de nasjonale kreftscreeningprogrammene.

1 Bakgrunn

1.1 Mål for Tarmscreeningprogrammet

Tarmkreft er den nest vanligste kreftformen i Norge for både kvinner og menn. Omtrent 5000 personer får diagnosen tarmkreft hvert år, og rundt 1500 dør som følge av sykdommen. De siste 50 årene har forekomsten av tarmkreft mer enn doblet seg i Norge (figur 1). Norge har hatt en større økning enn våre naboland. I Danmark ble tarmscreening innført i 2014 og man ser der en initial økning og deretter fall i forekomst av tarmkreft.



Figur 1. Aldersstandardisert forekomst av tarmkreft i Norge, Danmark og Sverige.

Andelen som overlever sin tarmkreftdiagnose i 5 år, er rundt 70 %. Overlevelsen for tarmkreft er svært god når sykdommen oppdages tidlig. Ved lokalisert sykdom (ingen spredning eller innvekst i omkringliggende strukturer) er 5 års relativ overlevelse > 95 %¹.

Tarmkreft utvikles vanligvis fra polypper (små utvekster) i tarmen. Denne prosessen kan ta mange år. Tarmscreening har som mål å redusere dødeligheten av tarmkreft. Dette kan oppnås gjennom tidlig diagnose og behandling av sykdommen, samt gjennom forebygging ved å oppdage og fjerne polypper.

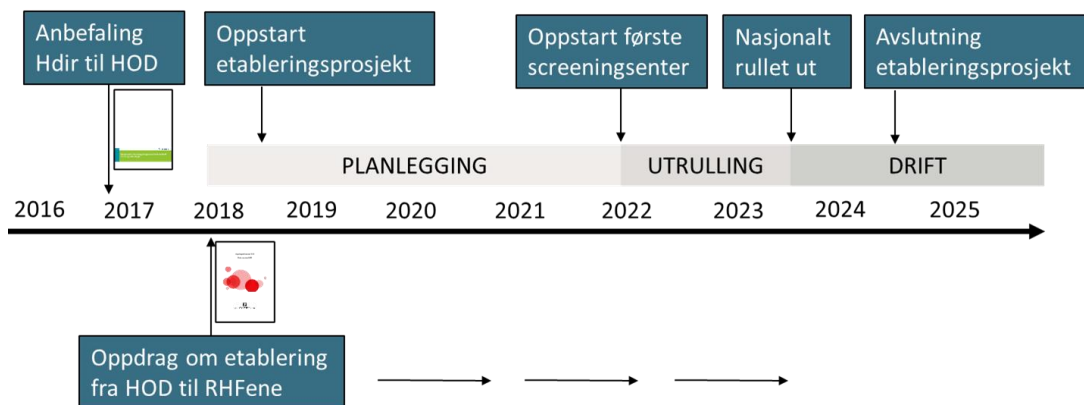
Personer bosatt i Norge som ikke har hatt tarmkreft de siste ti årene, inviteres til Tarmscreeningprogrammet ved fylte 55 år. Invitasjon sendes annethvert år frem til 65-årsalder. Tilbudet innebærer en test for blod i avføringen (immunkjemisk fekalt okkult blod test, iFOBT). Prøven tas hjemme og sendes inn til analyse. Ved påvist blod i prøven blir man henvist til koloskopi på sykehuset.

¹ Cancer in Norway 2024, Kreftregisteret 2025

1.2 Etablering av Tarmscreeningprogrammet

Helsedirektoratet anbefalte innføring av et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft i sin rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i 2017², etter en omfattende utredning. I 2018 ga Helse- og omsorgsdepartementet oppdrag om etablering av et nasjonalt tarmscreening-program til de fire regionale helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst. Tidslinje for etablering av programmet er vist i figur 2.

Tarmscreeningprogrammet startet i 2022 og ble landsdekkende i januar 2024. Det første årskullet som ble invitert, var personer født i 1967. Programmet bygges gradvis opp, og hvert år inviteres nye 55 åringer. Først i 2031 vil hele aldersgruppen 55-65 år være inkludert.



Figur 2. Tidslinje som viser etablering av tarmscreening i Norge fra 2016 til 2025. Figur illustrerer milepæler for Tarmscreeningprogrammet inkl. anbefalinger, oppdrag og ulike faser i planlegging og etablering, til utrulling og drift.

1.3 Viktige hendelser i Tarmscreeningprogrammet

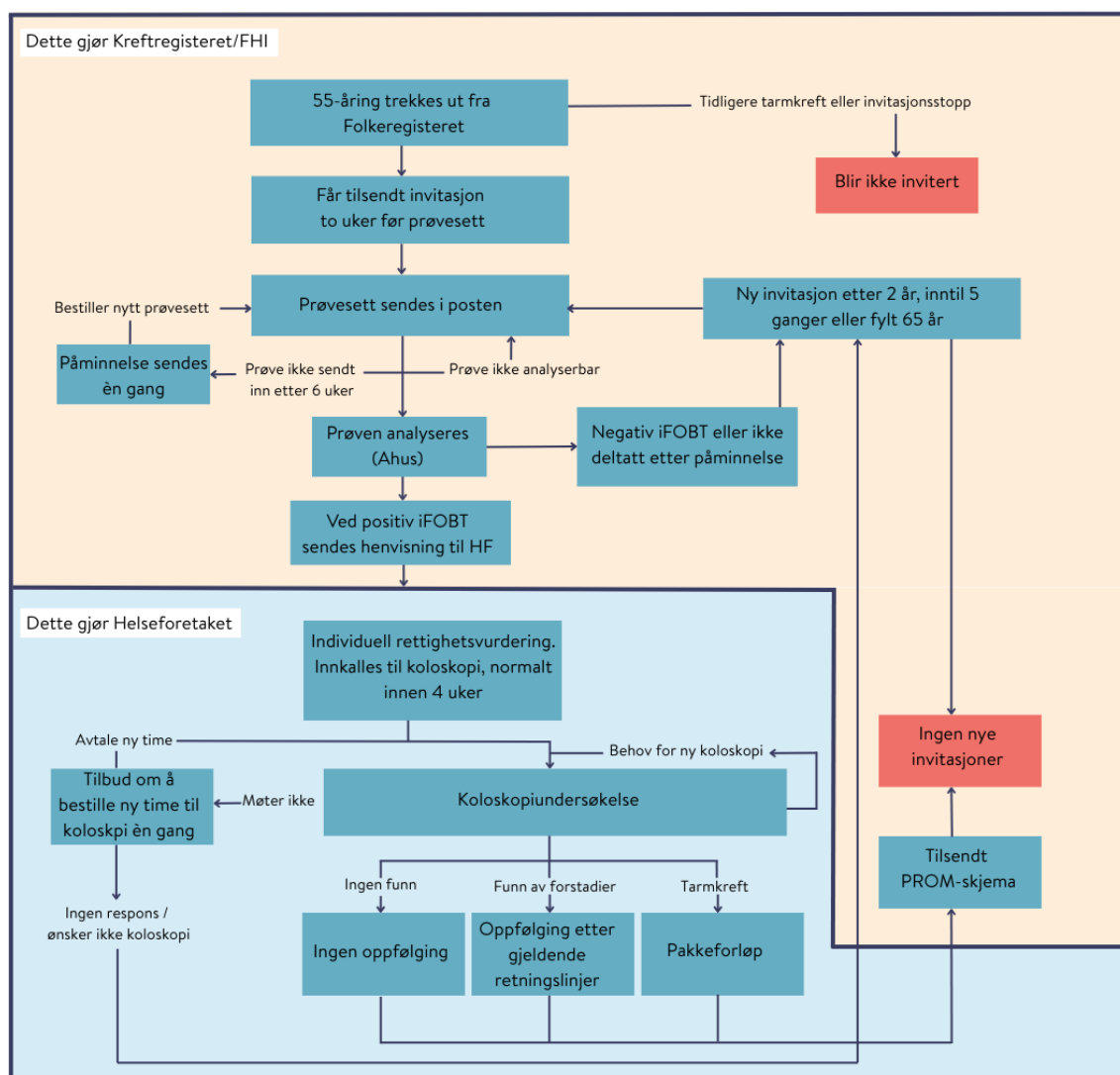
- 2017: Innføring av nasjonal screening mot tarmkreft besluttet.
- 2018: Helse- og omsorgsdepartementet ga de fire regionale helseforetakene i oppdrag å etablere et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft.
- 2022: Oppstart screening på de første sentrene. Gradvis utrulling nasjonalt.
- 2024: Tilbudet ble landsdekkende.
- 2024: Kreftregisteret ble del av FHI
- 2024: Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere fremtidig screeningmetode.
- 2024: Tarmscreeningprogrammet ble innlemmet i felles styringsstruktur for kreftscreeningprogrammene, ledet av Helsedirektoratet.

² Rapport [Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft - status og anbefalinger](#)

Oversendt fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet 30.juni 2017

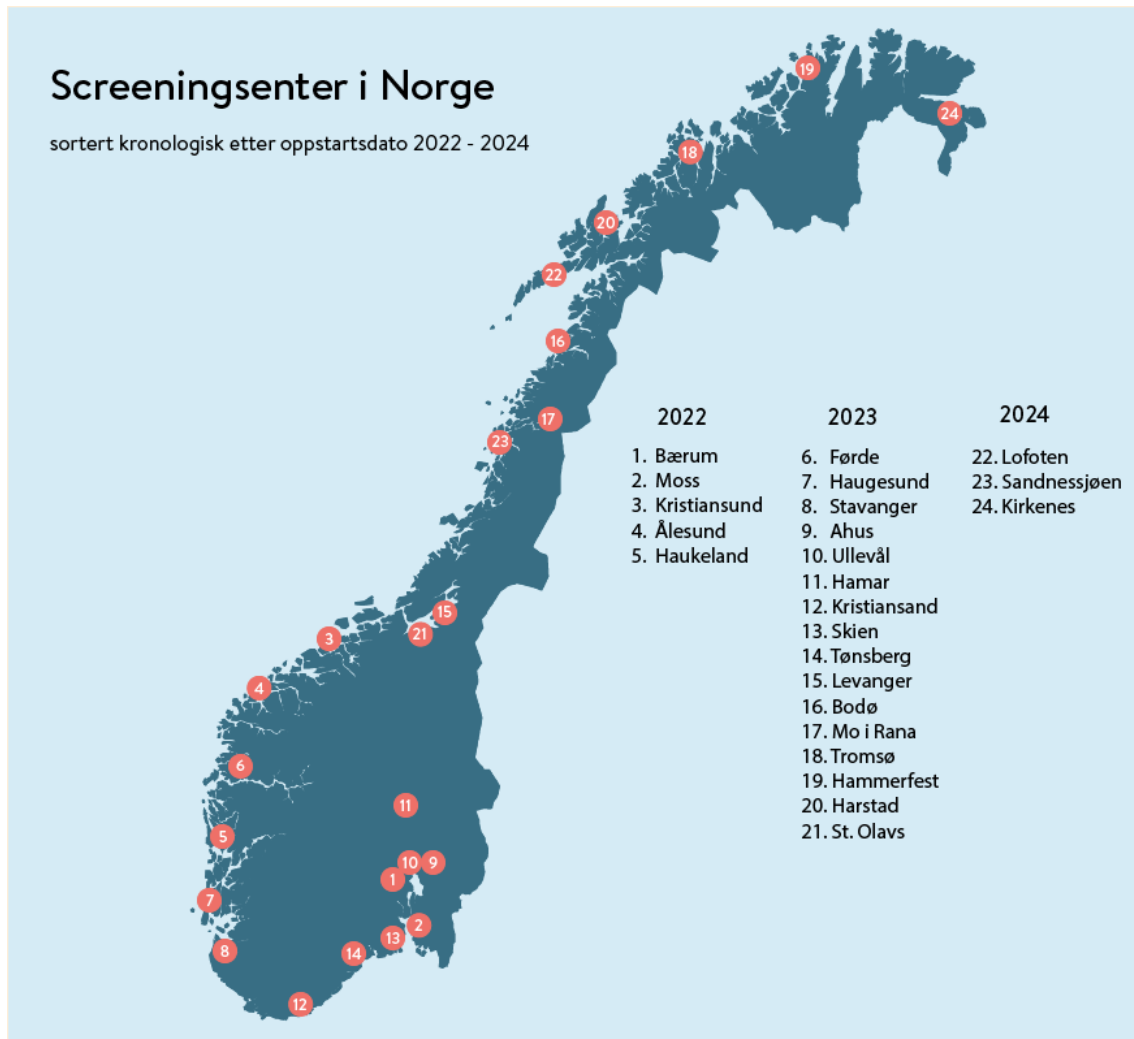
1.4 Organisering av Tarmscreeningprogrammet

Kreftregisteret har ansvar for å administrere og drifte programmet. Dette omfatter blant annet utsendelse av invitasjoner, påminnelser og prøvesvar, samt håndtering av reserverasjoner og henvendelser fra deltakere og helsepersonell. Alle avføringsprøvene blir analysert ved Akershus universitetssykehus HF. Dersom det påvises blod over grenseverdi (15 mikrogram hemoglobin / gram feces) i prøven, henvises deltaker til koloskopi på sykehuset.



Figur 3. Deltakerforløp i Tarmscreeningprogrammet.

Helseforetakene står for gjennomføring av koloskopiundersøkelsene og videre oppfølging og behandling ved behov. Figur 3 illustrerer deltakerforløpet og oppgavedelingen mellom Kreftregisteret og helseforetakene. Det er så langt etablert 24 screeningsentre. Figur 4 viser sentrene nummerert kronologisk etter tidspunkt for første screeningkoloskopi.



Figur 4. Screeningsentre nummerert etter oppstartstidspunkt.

1.5 Styringsgruppe og rådgivningsgruppe for Tarmscreeningprogrammet

Fra 2024 ble Tarmscreeningprogrammet innlemmet i [felles styringsstruktur for kreftscreeningprogrammene, ledet av Helsedirektoratet](#). Medlemmer i styringsgruppen er fagdirektørene i de regionale helseforetakene, representant fra Norsk forening for allmennmedisin og Kreftforeningen samt direktøren i Kreftregisteret. Styringsgruppen behandler og forankrer viktige endringer i de nasjonale kreftscreeningprogrammene.

Tarmscreeningprogrammet etablerte i 2018 en faglig [rådgivningsgruppe](#) med representanter fra alle helseregioner. Gruppen gir råd til sekretariatet i saker som omfatter kvalitetssikring, medisinsk faglige vurderinger og informasjonsarbeid, og bidrar til utarbeiding og oppdatering av programmets kvalitetsmanual.

2 Datainnsamling og kjerneindikatorer

2.1 Rapportering, meldeplikt og lovgrunnlag

Kreftregisteret samler inn opplysninger om screeningresultatet (iFOBT), koloskopi, patologi og deltakernes tilbakemeldinger, og rapporterer kvalitetsdata tilbake til helseforetakene for lokalt kvalitetsarbeid. [Kvalitetsmanualen for Tarmscreeningprogrammet](#) gir nærmere beskrivelse av prosedyrer for drift og monitorering av programmet.

Folkehelseinstituttet er dataansvarlig for opplysningene i Kreftregisteret. Tarmscreeningprogrammet reguleres av kreftregisterforskriften, som er hjemlet i helseregisterloven. Registreringen av helseopplysninger i Kreftregisteret skjer i henhold til helsepersonellets lovpålagte meldeplikt.

Opplysninger om deltakere i Tarmscreeningprogrammet brukes til å administrere og kvalitetssikre programmet, og de kan deles med helsepersonell for intern kvalitetssikring og læring. Opplysningene kan sammenstilles med andre helseregistre innenfor Kreftregisterets formål, dersom de aktuelle vilkårene i helseregisterloven er til stede. Opplysninger kan tilgjengeliggjøres for andre gitt at mottaker har lovlig grunnlag for behandlingen og etisk forhåndsgodkjenning dersom dette skal brukes i helseforskning. Helseforetakene har ansvar for helsehjelpen. Opplysninger fra pasienttilbakemeldinger etter koloskopi er hjemlet i forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser.

Detaljer rundt rettslig grunnlag og personvern i Tarmscreeningprogrammet er beskrevet i [kapittel 13 i kvalitetsmanual for Tarmscreeningprogrammet](#).

2.2 Tekniske løsninger og systemer

TAPAS (TArmscreeningProgrammets AdministrasjonsSystem) er den sentrale IT-løsningen for Tarmscreeningprogrammet. Systemet henter folkeregisteropplysninger via Persontjenesten for utsendelse av invitasjoner og prøvesett, mottar resultater fra iFOBT-laboratoriet og sender henvisninger til koloskopi ved sykehusene. I løsningen registreres reservasjoner, stans av invitasjoner og bestilling av nye prøvesett.

Helsenorge benyttes til kommunikasjon med de som inviteres i programmet. Innbyggere som ikke benytter Helsenorge, får brev videreformidlet til sikker digital post eller fysisk post. På Helsenorge finnes en statusside og selvbetjeningsløsning for å bestille nytt prøvesett, stanse invitasjoner eller be om reservasjon mot lagring av personopplysninger i Kreftregisteret ved negativ screening.

Akershus universitetssykehus HF analyserer screeningprøver fra hele landet. Prøvesvaret fra iFOBT-analysen sendes til Kreftregisteret som videreformidler prøvesvar til deltaker.

Sykehusene mottar og behandler henvisninger til koloskopi og administrerer timebestillinger og innkallinger i sine interne administrative systemer. Det er etablert strukturert skjema for koloskopi i pasientjournalssystemene som sender opplysninger om utført undersøkelse i Tarmscreeningprogrammet automatisk til Kreftregisteret.

Alle patologirekvisisjoner merket som screeningprøver meldes automatisk til Kreftregisteret fra helseforetakene som elektroniske meldinger, med delvis strukturert informasjon. Patologimeldingene kodes manuelt i Kreftregisteret på lik linje med krefttilfeller.

Ved mottatt koloskopimelding i Kreftregisteret, sendes en invitasjon til spørreskjema via Helsenorge fra Hemit HF sin ePROM-løsning til deltakeren. Skjema med spørsmål om opplevelse og smerter sendes dagen etter koloskopi, mens skjema med spørsmål om eventuelle komplikasjoner etter undersøkelsen sendes ut etter 30 dager.

2.3 Kvalitetsindikatorer

Screening innebærer en avveining mellom fordeler og ulemper – både for den enkelte deltaker og for samfunnet. Koloskopi er en invasiv prosedyre med en liten, men ikke ubetydelig komplikasjonsrisiko. Aksepten for komplikasjoner og ubehag er lavere i et screeningprogram enn for pasienter som undersøkes på bakgrunn av symptomer. Dette understreker betydningen av kontinuerlig kvalitetssikring av programmet.

Kreftregisteret har i oppdrag å monitorere og overvåke kvaliteten i programmet, inkludert koloskopi- og patologitjenesten, i tråd med beskrivelsen i [kvalitetsmanualen kapittel 12](#). Dette gjøres ved hjelp av kvalitetsindikatorer, som er målbare variabler som har betydning for programmets kvalitet. Resultatene bør sees i sammenheng for å kunne gi et helhetlig bilde av kvaliteten på screeningtilbudet. Noen indikatorer har få observasjoner i 2024 og resultatene i årsrapporten må da tolkes med forsiktighet da tilfeldigheter ha stor innvirkning på estimatene. I tillegg vet vi at helseforetakene har ulik befolkningssammensetning og slike variasjoner har vi ikke tatt hensyn til i våre analyser.

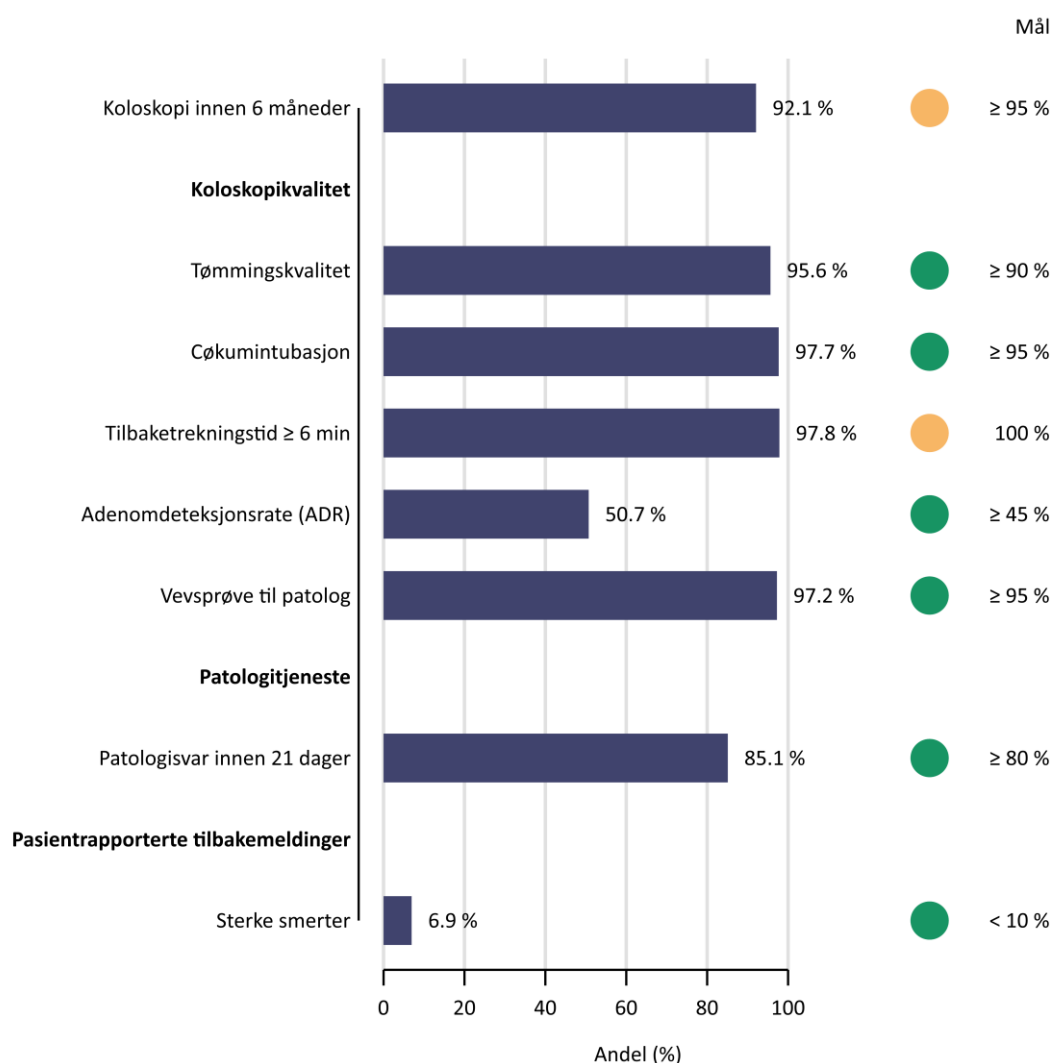
Kreftregisteret rapporterer kvalitetsdata for koloskopier og patologitjenesten til helseforetakene også utenom årsrapporten. Så langt har dette foregått via halvårlige rapporter og ellers på forespørsel. En teknisk løsning for enklere tilgang til statistikk på sykehusnivå er under etablering. Den vil på sikt også gi ledere og skopører tilgang til aggregerte kvalitetsdata på skopørnivå. Helseforetakene oppfordres til å bruke rapportene aktivt i sitt kvalitetsarbeid.

I denne årsrapporten viser vi resultater for kalenderåret 2024 på flere sentrale kvalitetsindikatorer (kjerneindikatorer) i Tarmscreeningprogrammet. For detaljer rundt utregning av enkeltvariabler vises til vedlegg til slutt i rapporten.

Dekningsgrad rapporteres ikke i årsrapporten for 2024. Dette skyldes at Tarmscreeningprogrammet ble rullet ut gradvis fra mai 2022 til januar 2024. Det første årskullet som ble invitert, var likt over hele landet uavhengig av oppstartsår, og invitasjonsetterslepet for personer født 1967–1969 ble tatt igjen over tid. Fra sommeren 2025 inviteres innbyggere til første screeningrunde når de fyller 55 år. På grunn av den trinnvise utrulling kan dekningsgrad først rapporteres i henhold til kvalitetsmanualen fra 2026.

3 Resultater

Samlet sett er kvaliteten i Tarmscreeningprogrammet god når man ser hele landet under ett. Som vist i figur 4, er måltall nådd for seks av åtte indikatorer, mens to indikatorer ligger rett under ønsket mål. Andel som har blitt koloskopert i Tarmscreeningprogrammet innen 6 måneder etter henvisning, har kanskje et noe høyt måltall om man ser på erfaringene i programmet så langt, og tilsvarende i andre europeiske land. Andel med tilbaketrekningstid ved koloskopi ≥ 6 minutter ble justert opp fra 95% til 100% i 2024 og man kan derfor ikke forvente at denne er nådd allerede første år. I de neste delkapitlene vil de enkelte indikatorene presenteres på regions- og helseforetaksnivå samt per kjønn der det er relevant.

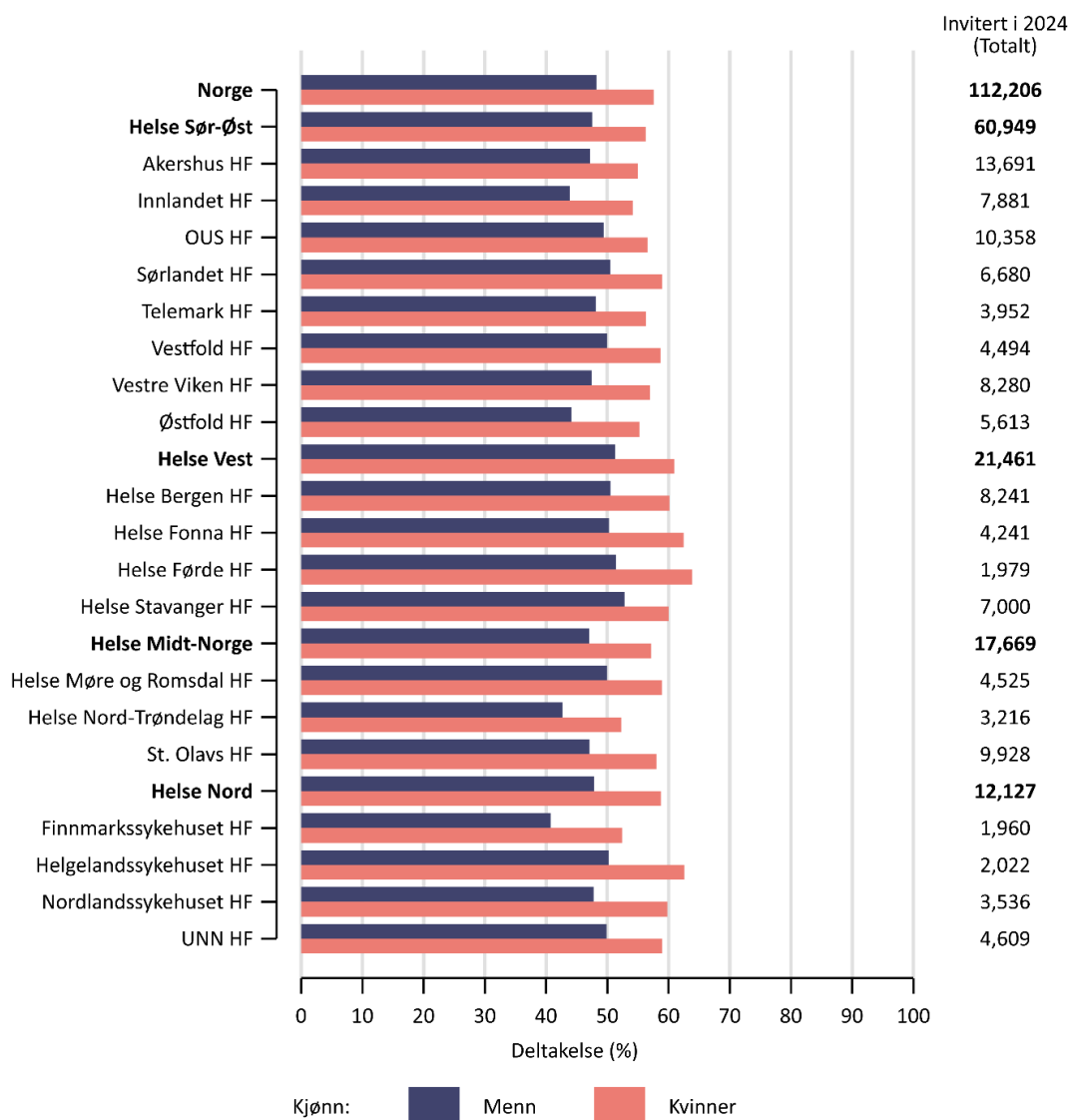


Figur 5. Oversikt over nasjonale resultater for kvalitetsindikatorer med måltall i Tarmscreeningprogrammet i 2024.

3.1 Deltakelse

Det er ikke satt noe måltall for deltakelse i Tarmscreeningprogrammet, men europeiske screeningretningslinjer anbefaler en deltakelsesrate på minst 45 %, men helst 65 % for program som inviterer menn og kvinner mellom 50 og 74 år.

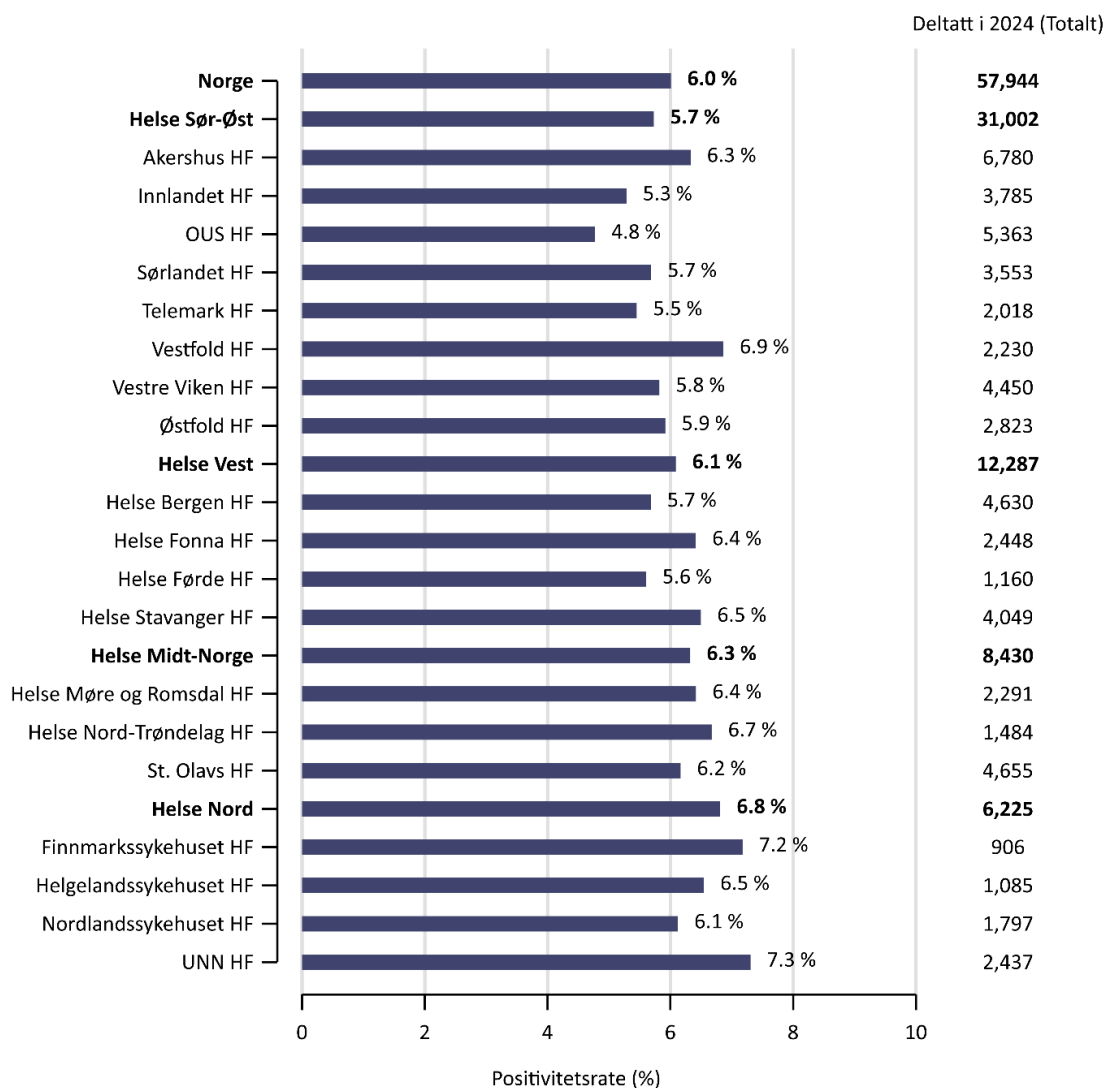
Deltakelse for de som ble invitert første gang i 2024 var per oktober 2025, 53 % for begge kjønn samlet, med høyere oppslutning blant kvinner (58 %) enn menn (48 %). Dette er i tråd med erfaringene fra Pilotprosjektet, men likevel lavere enn ønsket. God deltakelse er avgjørende for programmets effekt. Ved innføring har man tatt høyde for tiltak som øker oppslutning: informasjonsskriv før utsendelse av prøvesett, påminnelse etter seks uker, invitasjon rundt merkedag, og utsendelse av prøvesett per post. Flere screeningsentre er etablert i regioner med lang reisevei, og informasjonsmateriell er tilpasset samt oversatt til flere språk. Det pågår kontinuerlig arbeid for å gjøre programmet kjent og øke kunnskapen om tarmkreft gjennom medieoppslag, sosiale medier og brukervennlig informasjon på nettsiden.



Figur 6. Deltakelsesrater for menn og kvinner. Andel som har sendt inn avføringsprøve blant alle som har fått prøvesett første gang i 2024. Ingen måltall.

3.2 Positivitetsrate

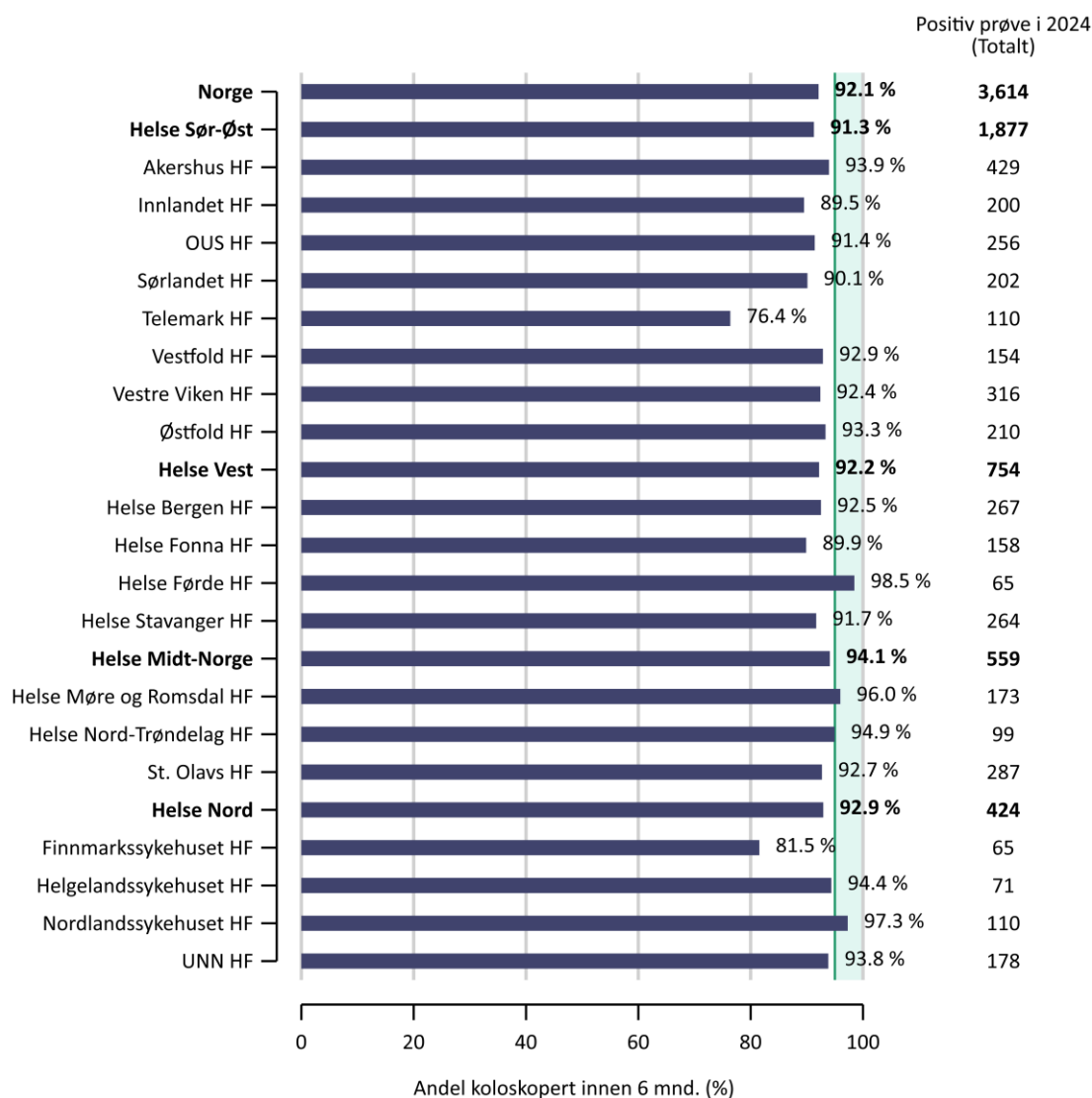
Andel positive prøver har betydning for koloskopibehovet. Her rapporteres positivitetsrater for første screeningrunde i 2024. I påfølgende screeningrunder forventes det lavere andel positive prøver. Positivitetsratene varierer mellom opptaksområdene. Årsaken til dette er ukjent, men kan blant annet avhenge av hvem som velger å delta. Det forventes høyere positivitetsrate blant menn enn kvinner, men det rapporteres ikke per kjønn her, da det i liten grad varierer mellom regionene.



Figur 7. Positivitetsrate. Andel med blodmengde over grenseverdi blant alle som har deltatt i første screeningrunde med prøve analysert i 2024. Ingen måltall.

3.3 Andel koloskopert innen seks måneder etter positiv iFOBT

Andel som møter til koloskopi monitoreres for å sikre at deltakere med positiv prøve får riktig oppfølging. Denne indikatoren baserer seg på andel deltakere henvist til koloskopi som Kreftregisteret har mottatt koloskopimelding for. Nasjonalt ligger andelen på 92 %, under måltallet på 95 %, med variasjon mellom helseforetakene. Mulige årsaker kan være mangelfull innrapportering til Kreftregisteret, ulike rutiner ved sykehuset, lange ventelister for koloskopi, lang reisevei eller at pasientene etter eget ønske får sin koloskopi utført ved annet sykehus, avtalespesialist eller fristbruddleverandør. Helseforetakene anbefales å følge opp deltakere som ikke møter, med tilbud om ny time. Private virksomheter ble i 2025 informert om meldeplikten til Kreftregisteret og dette blir nå fulgt opp for å sikre korrekt innrapportering. Kreftregisteret har dialog med sykehus som ligger noe under måltall. I Finnmark ble det grunnnet lang reisevei etablert et nytt screeningsenter i Kirkenes mot slutten av 2024.



Figur 8. Koloskopi innen 6 måneder. Andel av de som er henvist til koloskopi i 2024 som Kreftregisteret har mottatt koloskopimelding eller bekreftelse fra sykehuset på at koloskopi er utført for, innen 6 måneder fra henvisning. Måltall $\geq$ 95%.

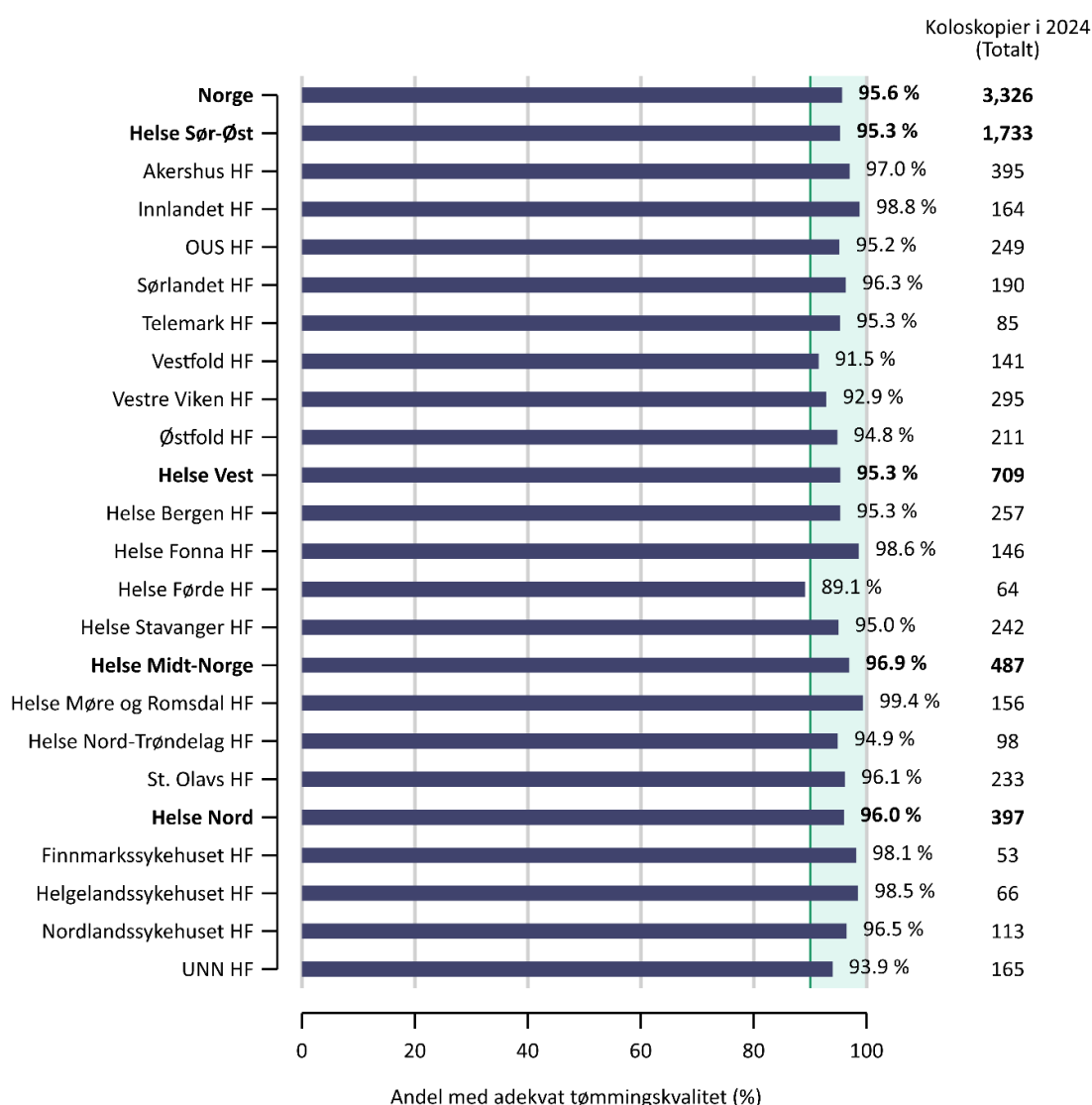
3.4 Koloskopikvalitet

Lav skår på sentrale kvalitetsindikatorer for koloskopi er assosiert med høyere risiko for både forekomst og død av tarmkreft i årene etter undersøkelsen. For at Tarmscreeningprogrammet skal være effektivt og trygt, monitoreres kvaliteten på koloskopier utført som følge av positiv iFOBT. Denne rapporten inneholder resultater fra alle koloskopier utført i 2024 som Kreftregisteret har mottatt koloskopimelding på, uavhengig av hvilken runde deltakerne har levert positiv avføringsprøve i. Kreftregisteret har mottatt totalt 3,375 koloskopimeldinger for 2024.

3.4.1 Tømmingskvalitet

God rengjøring av tarmen er en forutsetning for en vellykket koloskopiundersøkelse. Dårlig tømmingskvalitet kan føre til ufullstendig undersøkelse og at polypper ikke blir oppdaget.

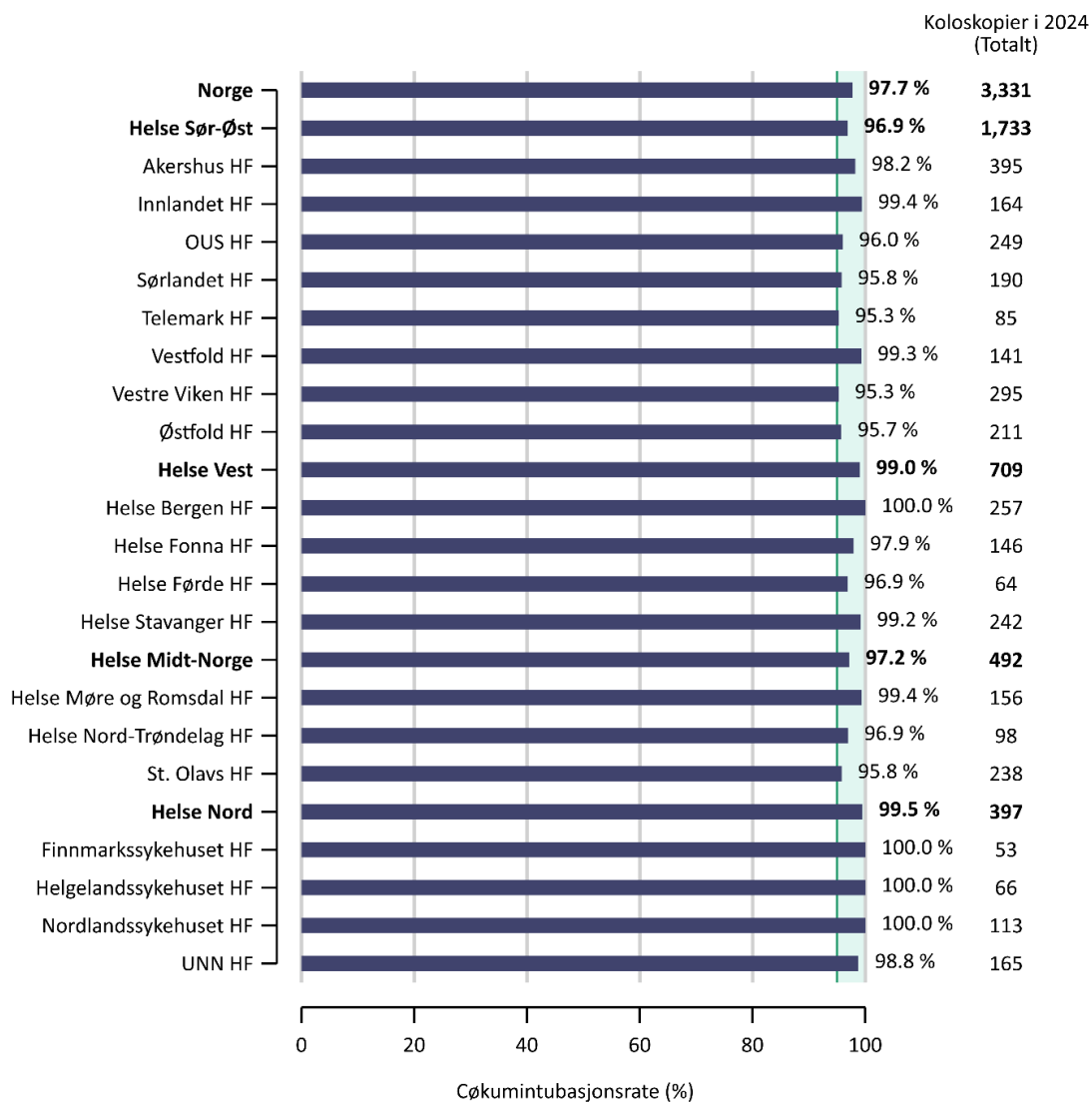
I tillegg er dårlig tømmingskvalitet assosiert med mer smerter under koloskopien. Nasjonalt er tømmingskvaliteten over måltallet, men varierer noe mellom helseforetakene.



Figur 9. Tømmingskvalitet. Andel koloskopier i 2024 med adekvat tømmingskvalitet (minst 2 poeng i hvert undersøkt kolonsegment, vurdert ved Boston Bowel Preparation Scale). Måltall ≥ 90 %.

3.4.2 Cøkumintubasjonsrate

En komplett koloskopi innebærer at skoptuppen er avansert helt til cøkum, forbi nivået til ileocøkkalklaffen. Dette muliggjør inspeksjon på baksiden av klaffen og identifikasjon av appendiksåpningen. Manglende intubasjon av cøkum er assosiert med økt risiko for post-koloskopiscancer. Cøkumintubasjonsraten var over måltallet for alle helseforetakene i 2024. Det er ikke forventet at cøkumintubasjonsraten vil være 100 % når volumet øker, ettersom det alltid vil være noen koloskopier der det teknisk sett ikke er mulig å nå cøkum.

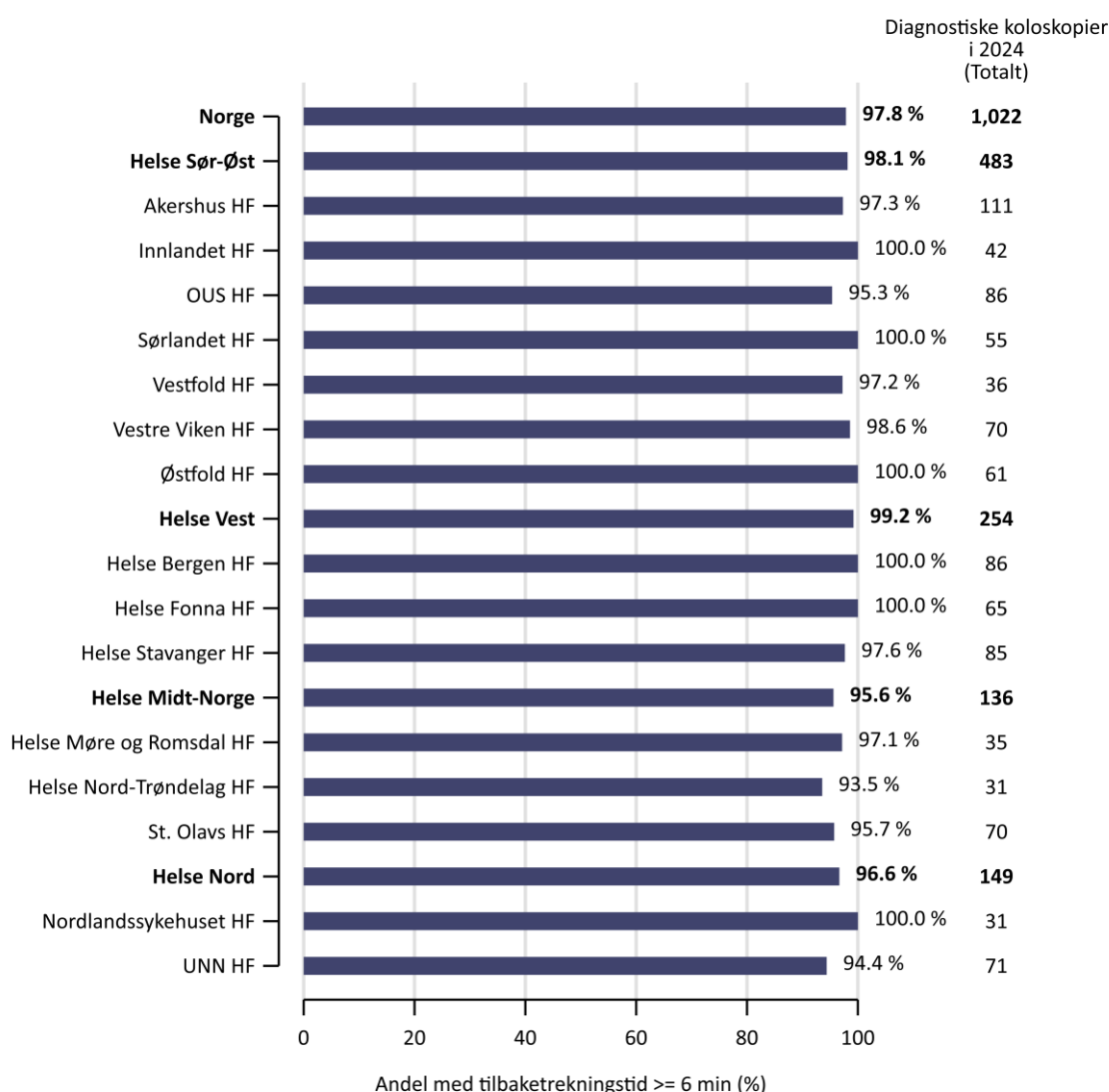


Figur 10. Cøkumintubasjonsrate. Andel koloskopier hvor cøkum ble intubert, blant alle koloskopier hvor det var indisert å intubere cøkum i 2024. Måltall ≥ 95 %.

3.4.3 Tilbaketrekningstid

Tid som skopøren bruker for å trekke skopet tilbake fra cøkum til anus bør være tilstrekkelig lang for god inspeksjon av tarmslimhinnen. Tilbaketrekningstid er positivt assosiert med deteksjon av både små og store polypper samt avansert neoplasi.

Indikatoren tilbaketrekningstid beregnes kun for koloskopier hvor det ikke er fjernet polypper eller tatt vevsprøver (diagnostiske koloskopier). I Tarmscreeningprogrammet utføres polyppfjerning i en høy andel av koloskopiene, og antall diagnostiske koloskopier som kan inngå i beregningen er lavt. Vi rapporterer derfor denne indikatoren for de helseforetakene som har minst 30 diagnostiske koloskopier. Det er viktig å merke seg at en del sentre hadde lagt antall diagnostiske koloskopier og noe av variasjonen i resultatet kan skyldes tilfeldig variasjon.

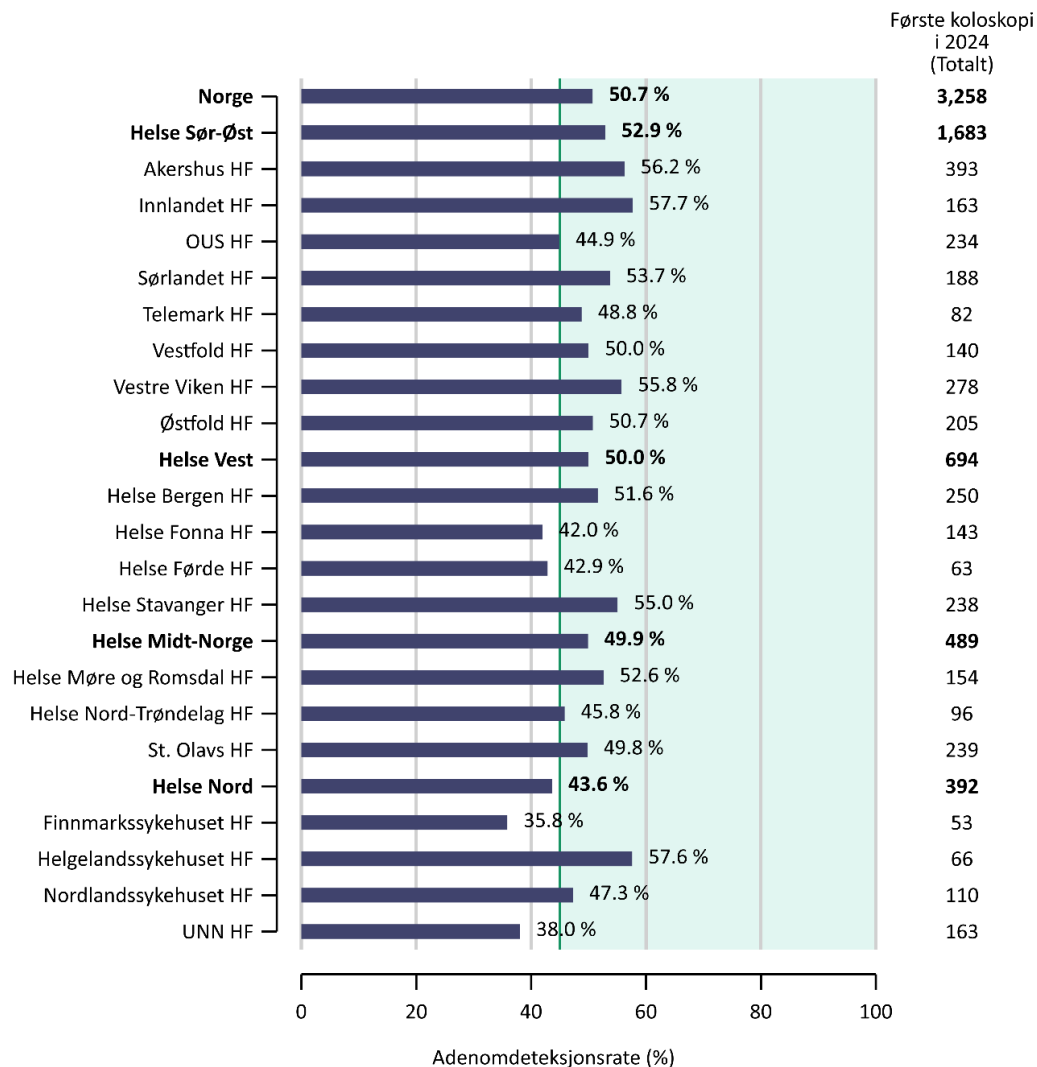


Figur 11. Tilbaketrekkingstid. Andel koloskopier hvor angitt tid for tilbaketrekking av skopet fra cøkum til det er ute av anus er minst 6 minutter blant alle fullstendige, diagnostiske koloskopier uten biopsier eller polyppfjerninger i 2024. Måltall 100 %.

3.4.4 Adenomdeteksjonsrate (ADR)

Å oppdage og fjerne adenomer er avgjørende for at programmet kan forebygge tarmkreft. Høy ADR er assosiert med lavere risiko for senere død og forekomst av tarmkreft, og ADR er derfor en av de mest robuste kvalitetsindikatorerne for koloskopi. Basert på studier med tilsvarende terskelverdi for iFOBT har man landet på 45 % som måltall for begge kjønn samlet.

I beregningen av ADR er deltakere som har gjennomført sin første koloskopi i 2024 tatt med. ADR nasjonalt ligger over anbefalt måltall for begge kjønn samlet. Det ses variasjoner mellom helseforetakene. Resultatene må tolkes med forsiktighet for helseforetakene med lavt volum. Kreftregisteret har dialog med helseforetakene som ikke oppnådde måltallet i 2024. I første omgang anbefales å følge opp resultatene i egen avdeling samt se til resultater på polypdeteksjon i Gastronet som har et større datagrunnlag enn Tarmscreeningprogrammet.



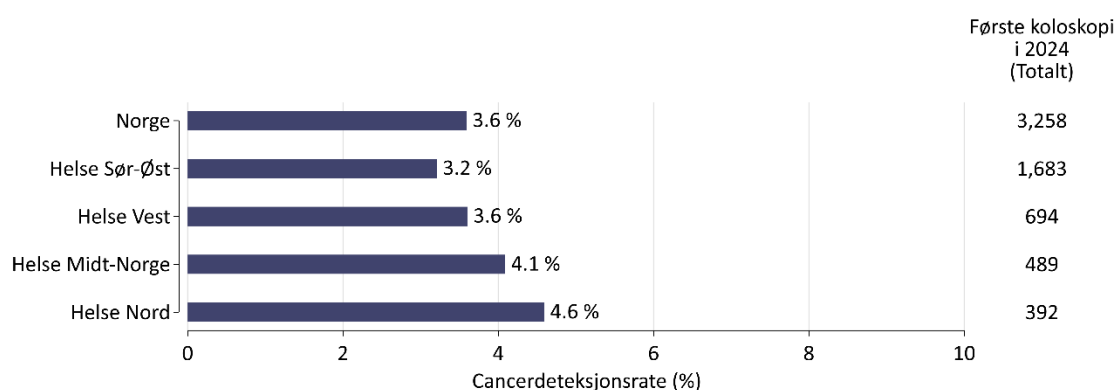
Figur 12. Adenomdeteksjonsrate. Andel deltakere med første koloskopi i 2024 som har fått påvist minst ett adenom. Måltall ≥ 45 %.

3.4.5 Cancerdeteksjonsrate

Tidlig oppdagelse av kreftsykdom er avgjørende for å redusere tarmkreftdødelighet.

Basert på tallene fra Pilotprosjektet forventes en cancerdeteksjonsrate på rundt 3 % hos 55-åringer med en positiv iFOBT. Vi rapporterer foreløpig bare nasjonale tall og tall på regionalt helseforetaksnivå. I beregningen inkluderes adenokarsinom diagnostisert enten ved koloskopi eller oppfølgende endoskopisk eller kirurgisk behandling. Datagrunnlaget er avgrenset til at deltakeren må ha hatt sin første koloskopi i 2024.

Cancerdeteksjonsraten er noe høyere enn man hadde forventet, med noe variasjon mellom regionene. Lavest deteksjon sees i Helse Sør-Øst og høyest i Helse Nord. Årsaken til denne forskjellen er ukjent. Ulik tarmkreftforekomst i ulike landsdeler og variasjon i deltakelse kan spille en rolle. I tillegg kan bedre tilgang på koloskopitjenester over tid i Sør-Norge ha betydning.

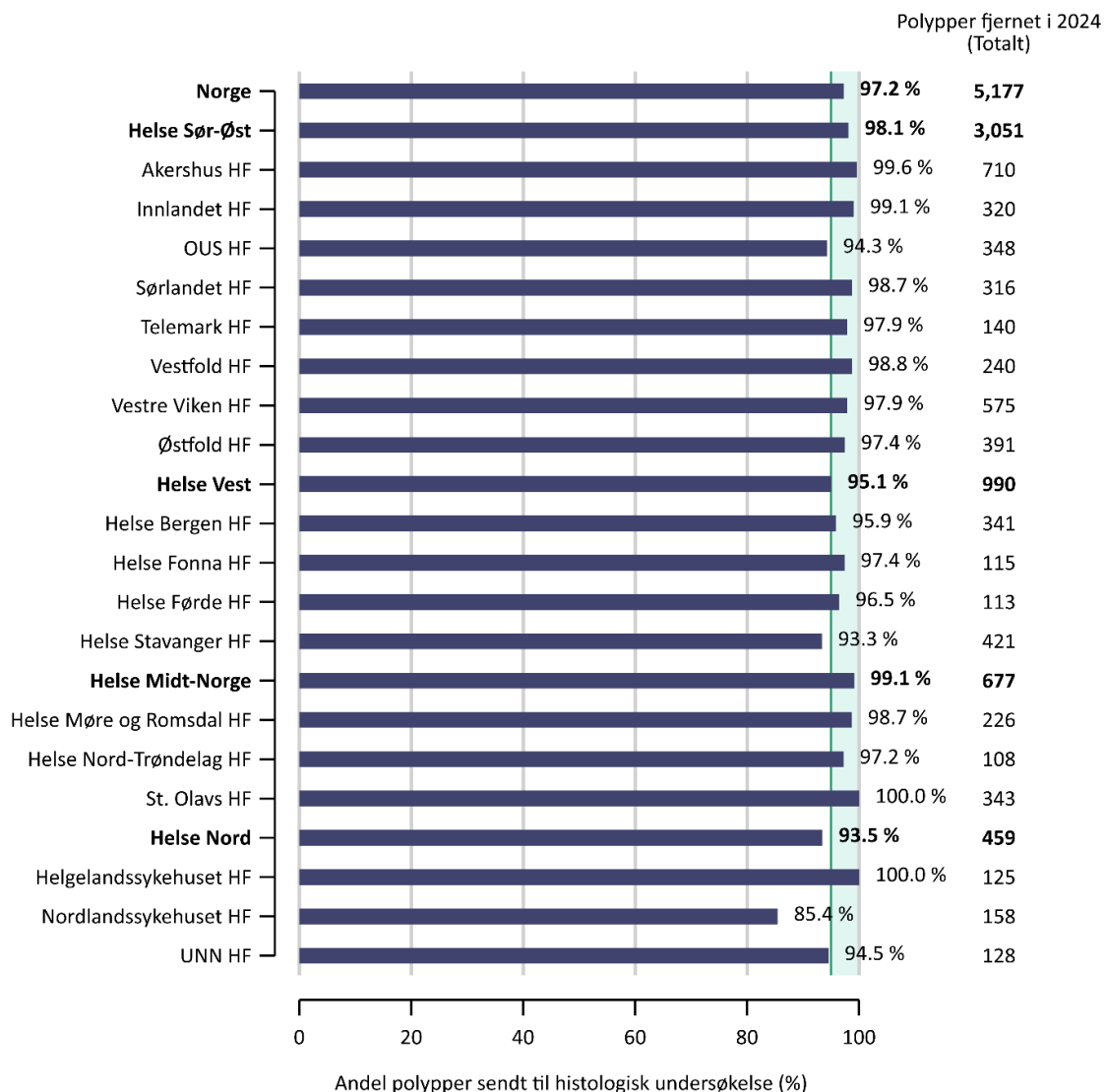


Figur 13. Cancerdeteksjonsrater. Deltakere med første koloskopi i 2024 som har fått påvist adenokarsinom. Ingen måltall.

3.4.6 Andel polypper sendt til histologisk undersøkelse

Korrekt histologisk diagnostisering av polyppene er nødvendig for å kunne bestemme riktig oppfølging av den enkelte screeningdeltaker. Det er derfor viktig at alle polypper som fjernes, hentes ut, legges på separate glass, og sendes til histopatologisk vurdering. Polypper kan gå tapt etter fjerning. ESGE anbefaler at $\geq 95\%$ av fjernede polypper gjenfinnes og sendes.

I beregningen har vi tatt med alle polypper som ble vurdert som fjernet eller usikkert fjernet ved koloskopi. Nasjonalt ligger resultatene over måltall, men med noe variasjon.



Figur 14. Polypper sendt til histologisk undersøkelse. Andel polypper sendt til histologisk undersøkelse blant alle polypper som ble fjernet i 2024. Måltall $\geq 95\%$.

3.5 Patologitjenesten

En enhetlig prosess for diagnostikk og prøvesvar sikrer en lik oppfølging av pasienter uavhengig av bosted. Ikke alle helseforetak har egen patologiavdeling. Det innebærer at noen laboratorier vurderer vevsprøver fra flere helseforetak. Vi har likevel valgt å presentere tallene for patologitjenesten per helseforetak og ikke per patologiavdeling. Dette fordi resultatene for svartider og fordeling av polypptyper ikke kan ses på for patologitjenesten alene, men også påvirkes av prøvehåndtering ved koloskopienheten.

3.5.1 Svartider for vevsprøver med klinisk mistanke om kreft

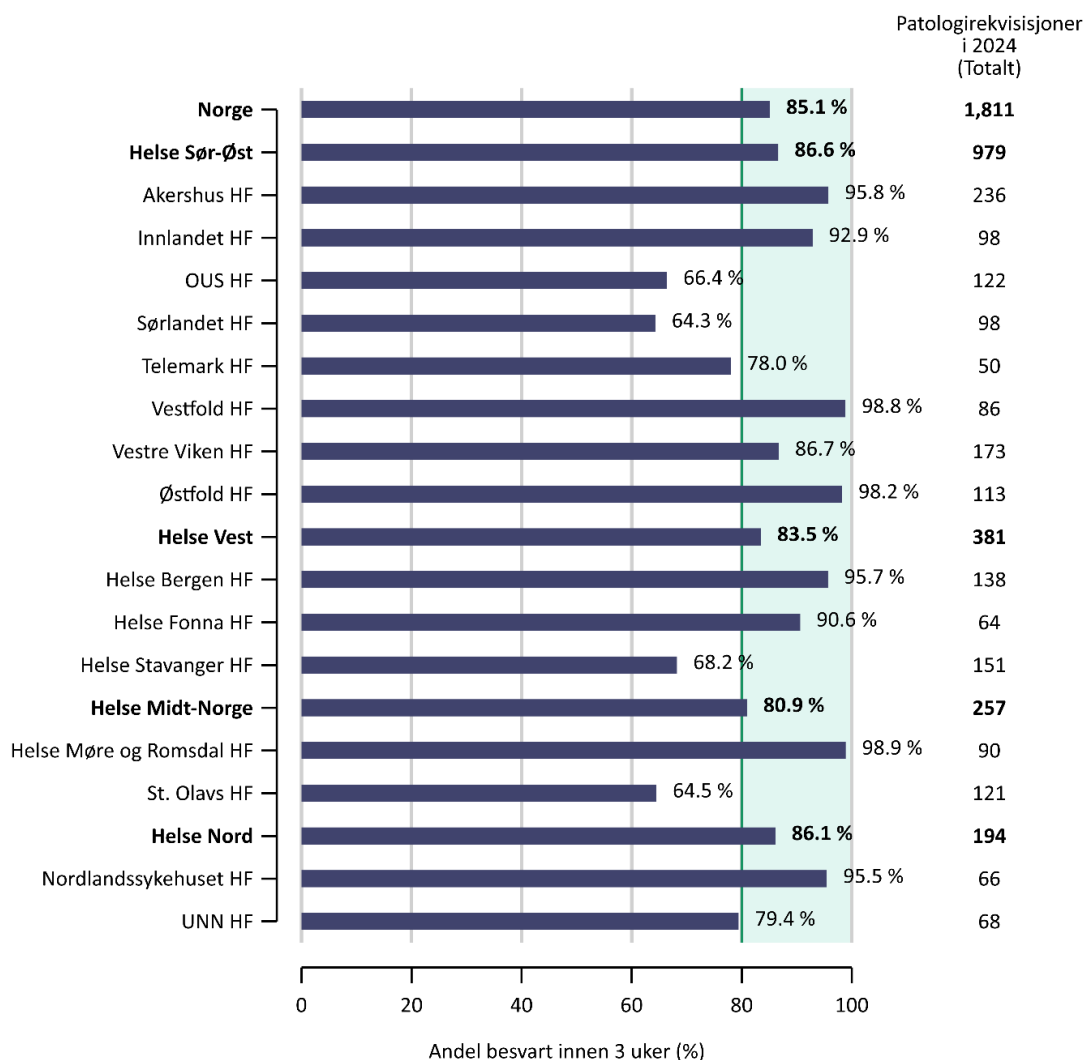
Det er tatt 100 hastep prøver i 2024, men ingen av de regionale helseforetakene har 50 eller flere hasterekvisisjoner. Resultatet på denne indikatoren gis derfor kun på nasjonalt nivå. Måltallet er satt til 80 % av prøver besvart innen en uke etter ankomst ved prøvemottak. I Tarmscreeningprogrammet har man ikke registrert dato inn på laboratoriet for prøvene. I beregning av svartider legges det derfor til én dag for å ta høyde for tiden det tar å sende prøven fra koloskopienhet til laboratoriet. Monitoreringen baserer seg på opplysninger i koloskopimeldingen til Kreftregisteret om klinisk mistanke om kreft, ikke faktisk merking i rekvisisjonen til patologiavdelingen.

Nasjonalt ble 70 % av rekvisisjonene merket med klinisk mistanke om kreft besvart innen én uke. Gjennomsnittlig svartid var 8.4 dager med variasjon fra to til 29 dager. Det er fremdeles noe lavt volum til å konkludere sikkert.

3.5.2 Svartider for vevsprøver uten klinisk mistanke om kreft

For prøver som ikke er merket som hastep prøver har man ikke veldefinerte måltall for svartider. Basert på tidligere rapporterte svartider for histologiske prøver til den norske patologiforeningen har man kommet frem til at minst 80 % av rutineprøver i Tarmscreeningprogrammet bør være besvart innen tre uker. I beregning av svartider legges til én dag for å ta høyde for tiden det tar å sende prøven til laboratoriet.

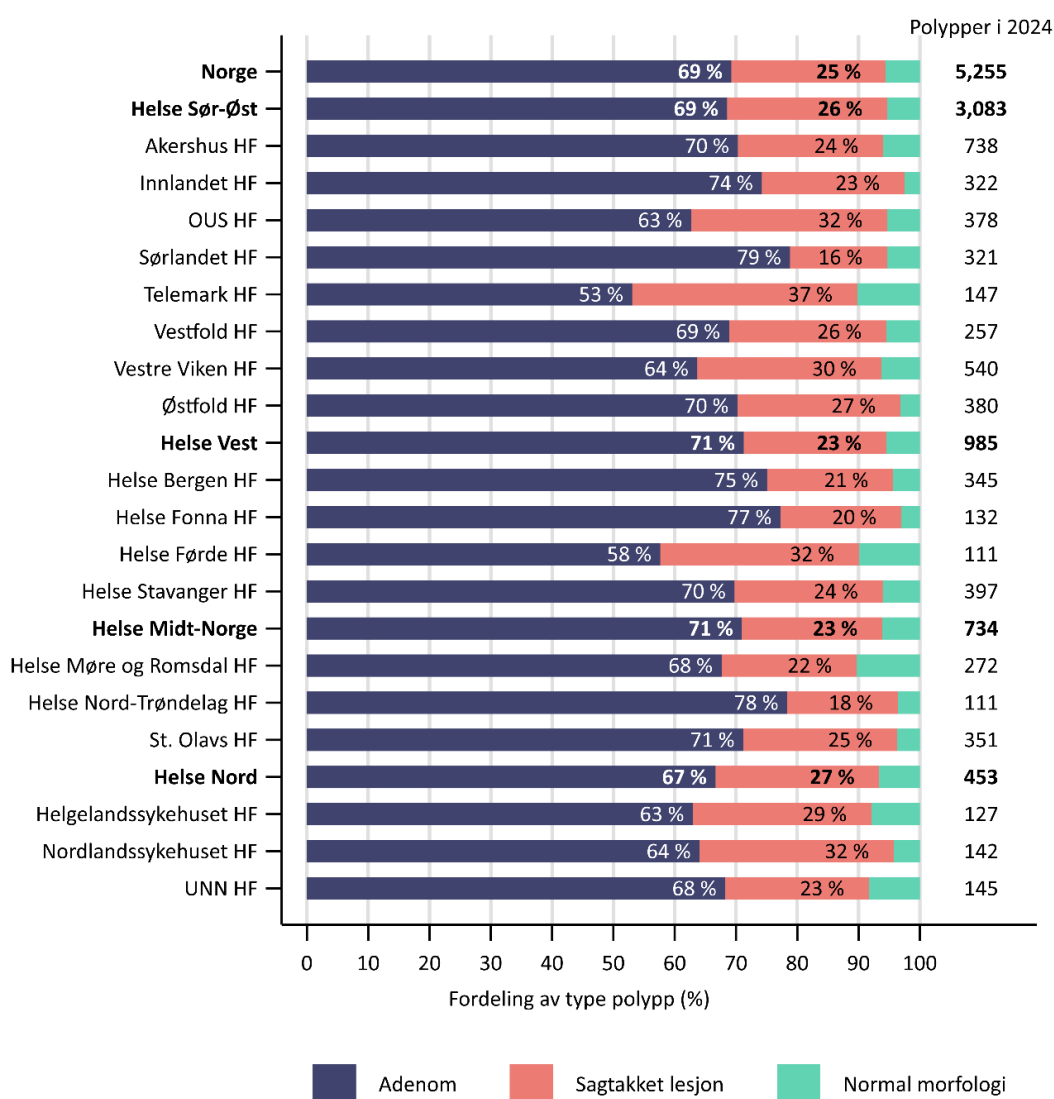
Nasjonalt besvares mer enn 80 % av rutinevevsprøver tatt ved screeningskoloskopier innen tre uker. Det er imidlertid betydelige forskjeller i svartider mellom helseforetakene. Det er viktig å være oppmerksom på at vurdering av polypper merket screening ikke skal prioriteres foran vurdering av polypper fra pasienter med symptomer.



Figur 15. Svartider for vevsprøver uten klinisk mistanke om kreft. Andel rekvisisjoner for vevsprøver uten klinisk mistanke om kreft besvart innen 3 uker blant alle rekvisisjoner i 2024. Måltall $\geq$ 80 %.

3.5.3 Fordeling av type benigne polypper

Det er to hovedkategorier av epiteliale polypper i tykktarmen: adenomer og sagtakkede polypper (engelsk: *serrated polyps*). Sistnevnte kategori inkluderer hyperplastiske polypper, bredbaserte sagtakkede lesjoner og tradisjonelle sagtakkede adenomer. Det finnes ingen klare retningslinjer for fordeling av de forskjellige typene benigne polypper. Vi anser det likevel som nyttig å kunne sammenligne fordelingen av type polypper mellom helseforetak og regioner. Variasjon kan også skyldes ulik histopatologisk vurdering, ulike deteksjons- og reseksjonsrater, samt ulikheter i befolkningsgrunnlaget. Helseforetak som skiller seg ut fra de øvrige og landsgjennomsnittet, bør gå gjennom diagnostiske kriterier lokalt og vurdere kalibrering opp imot andre avdelinger.



Figur 16. Fordeling av type benigne polypper. Fordeling av histologisk diagnose i kategoriene adenomer, sagtakkede polypper og vevsprøver med normal morfologi, for polypper fjernet i 2024. Ingen måltall.

3.6 Pasientrapporterte tilbakemeldinger etter koloskopi

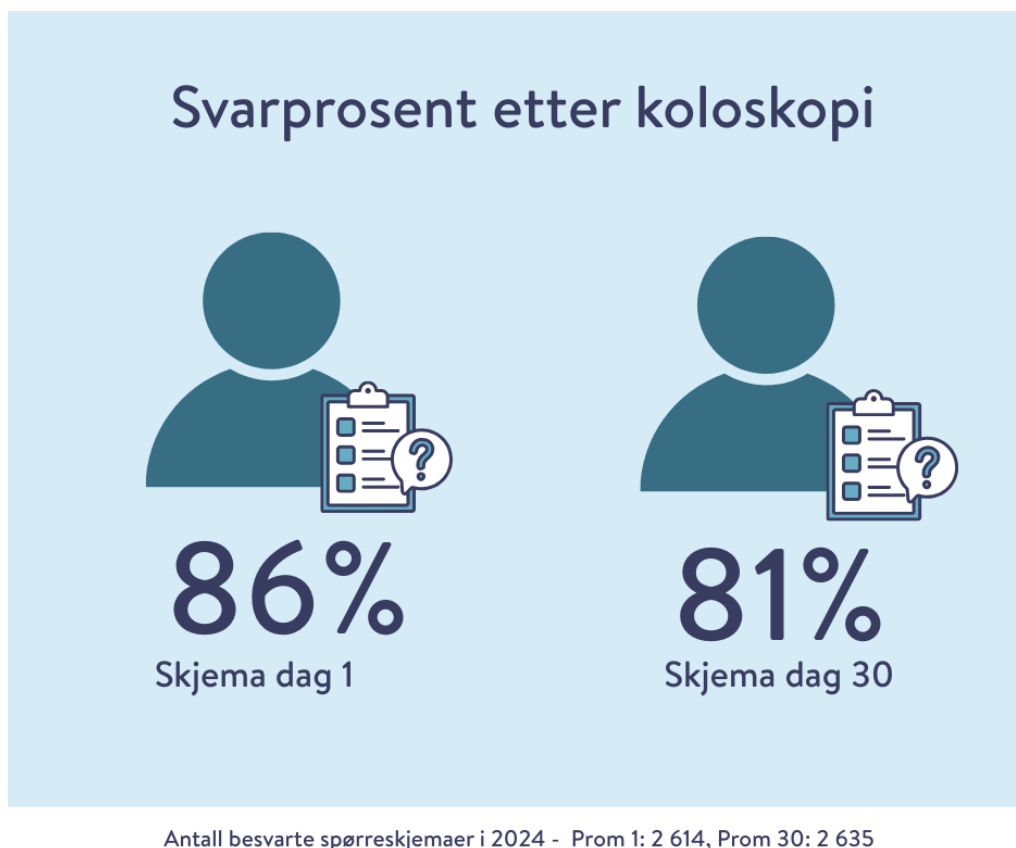
For at kreftscreeningprogrammer skal bli vellykkede, må tilbudet aksepteres av befolkningen, og deltakelsen må være tilstrekkelig høy blant individer i målgruppen. Andres opplevelser av screeningtilbudet vil kunne påvirke ens eget valg om å benytte seg av tilbudet.

Monitorering av deltakernes opplevelse av screeningtilbudet, gjennom tilbakemelding fra deltakerne selv, er derfor spesielt viktig som grunnlag for løpende kvalitetsforbedring og korrigeringer i tarmscreeningtilbudet. Deltakere som gjennomfører koloskopi i Tarmscreeningprogrammet, får tilsendt elektronisk spørreskjema fra Kreftregisteret dagen etter og 30 dager etter koloskopi.

3.6.1 Andel besvarte tilbakemeldingsskjemaer

I spørreskjemaet dagen etter undersøkelsen stilles det blant annet spørsmål om smerter ved koloskopi. Skjemaet etter 30 dager handler om komplikasjoner og konsekvenser. Det anbefales at screeningsenteret informerer deltakerne om at de vil motta et elektronisk spørreskjema én og 30 dager etter koloskopi. De fleste vil motta skjemaet på Helsenorge.no og varsles gjennom foretrukket kanal.

Ved alle helseforetak overstiger svarprosenten for begge skjemaene måltallet på 70 %. De nasjonale resultatene vises i figur 17.

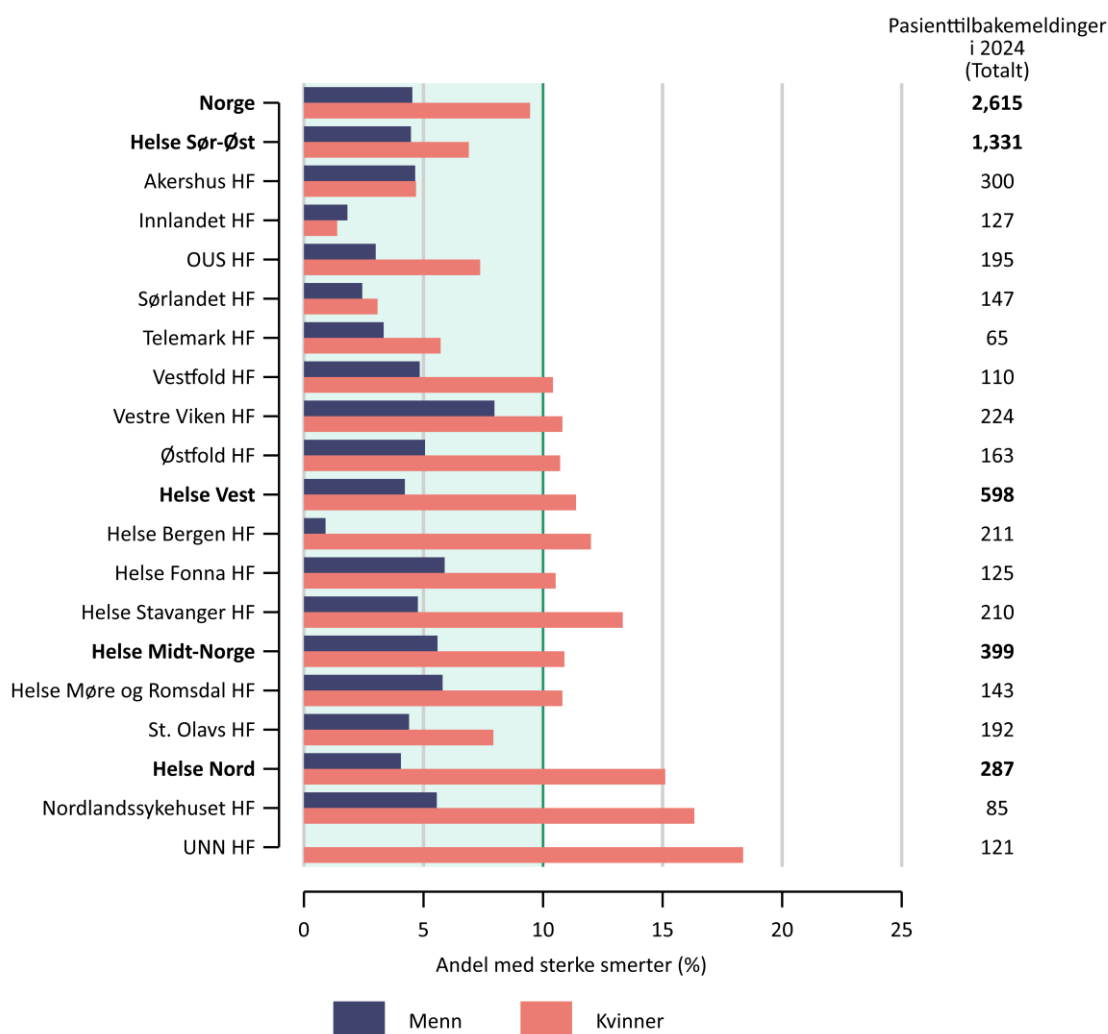


Figur 17. Svrrater for pasienttilbakemeldingsskjema dag 1 og dag 30 etter koloskopi.

3.6.2 Sterke smerter ved koloskopi

Smerter ved koloskopi kan ha betydning for programmets omdømme og aksept i befolkningen. Smerteopplevelsen er blant annet avhengig av skopørens teknikk. Strukturert opplæring med fokus på god teknikk er derfor viktig. Adekvat bruk av smertestillende kan også påvirke opplevde smerter ved undersøkelsen. Hvorvidt koloskopien var smertefull angis av deltaker på en firepunktsskala med alternativene "Nei", "Ja, litt", "Middels" og "Ja, svært."

Resultatene viser at man nasjonalt er innenfor måltall ($\leq 10\%$ sterke smerter) både for kvinner og menn, men at det er variasjon. Helseforetak som ligger over måltallet anbefales å følge opp resultatene i egen avdeling, samt se til resultater i Gastronet både på foretaks- og skopørnivå. Ved UNN har 0 % av menn rapportert om sterke smerter i 2024. Noen helseforetak er ikke med i figuren grunnet for lavt antall pasienttilbakemeldinger i 2024 (< 30 per kjønn).



Figur 18. Sterke smerter. Andel pasienttilbakemeldinger for koloskopier utført i 2024 hvor deltaker har angitt sterke smerter.

Vedlegg

Dette vedlegget beskriver beregningsgrunnlag, definisjoner og metodiske avklaringer knyttet til indikatorene som rapporteres for Tarmscreeningprogrammet. Formålet er å sikre transparens, reproduserbarhet og enhetlig forståelse av hvordan indikatorene er konstruert, og hvordan resultatene skal tolkes i lys av datakildene og kvalitetskravene som er beskrevet i programmets [kvalitetsmanual](#).

Datauttrekk og analyse

Datauttrekket til denne årsrapporten ble gjort 21.10.2025. Alle statistiske analyser ble utført med Stata versjon 19. Deskriptiv statistikk er benyttet for alle indikatorer og presenteres som antall og andeler. Som hovedregel kreves minst 50 observasjoner i nevneren for publisering av resultater, i tråd med programmet sin praksis for å ivareta robusthet og konfidensialitet. Det er gjort et unntak for tilbaketrekkingstid hvor kravet er justert til 30 observasjoner fordi denne er basert på diagnostiske koloskopier uten biopsi og flere helseforetak ligger mellom 30 og 50. Det er også gjort et unntak for sterke smerter hvor man satt grensen på 30 per kjønn i resultatene.

Definisjoner av indikatorer

Deltakelse

Ved invitasjon til iFOBT-screening mottar deltakere først et informasjonsskriv via Helsenorge. Rundt to uker senere mottar de utstyr til avføringsprøve (prøvesett). Deltakelse skjer ved innsending av avføringsprøven til laboratoriet på Akershus Universitetssykehus HF. Enkelte prøver er ikke mulig å analysere blant annet grunnet feil på prøverør, for lite eller for mye prøvemateriell, eller manglende væske i røret. Deltaker får da tilsendt et nytt prøvesett. Ved manglende deltakelse innen 6 uker sendes en påminnelse.

Utrekning deltakelsesrate:

- **Nevner:** Antall personer som har fått tilsendt prøvesett for runde 1 i 2024, eller fått informasjonsskriv for runde 1 i 2024 og bedt om invitasjonsstopp før prøvesett ble sendt.
- **Teller:** Antall personer som har sendt inn prøve for runde 1 og fått den analysert før 21.10.2025. Prøver som ikke er analyserbare ekskluderes.

Indikatoren måler deltakelsesgrad i programmet. Resultatene presenteres per kjønn.

Positivitet

En positiv screeningprøve er en prøve hvor målt blodverdi er over forhåndsbestemt grenseverdi. I Tarmscreeningprogrammet er grenseverdi satt til 15 µg hemoglobin per g feces. Alle positive prøver i Tarmscreeningprogrammet utløser henvisning til koloskopi.

Utrekning positivitetsrate:

- **Nevner:** Antall personer som har fått minst én prøve i første screeningrunde analysert i 2024.

- **Teller:** Antall personer som har fått en henvisning til koloskopi på grunn av en positiv prøve i 2024.

Indikatoren måler andelen positive iFOBT-tester.

Koloskopi innen 6 måneder

Når screeningdeltakeren har en positiv iFOBT, sender Kreftregisteret en henvisning til koloskopi ved det aktuelle helseforetaket. Veiledende frist for koloskopi etter individuell vurdering er normalt 4 uker. Ikke alle deltakere møter til timen og noen utsetter koloskopien. De fleste som får utført koloskopi etter positiv iFOBT har gjennomført undersøkelsen innen 6 måneder fra henvisningen. Dette tidspunktet benyttes derfor til monitorering av koloskopideltakelse.

Utgregning av andel koloskopert innen 6 måneder:

- **Nevner:** Antall personer som har fått henvisning til koloskopi i 2024.
- **Teller:** Antall personer som har fått utført koloskopi innen 6 måneder (183 dager) etter at henvisning ble sendt, for henvisninger sendt i 2024. Baserer seg på mottatt koloskopimelding, eller en bekreftelse fra sykehuset om at koloskopi er utført.

Indikatoren måler andel som har fått utført koloskopi etter positiv iFOBT.

Tømmingskvalitet

Tømmingskvalitet bedømmes ved hjelp av Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) som kategoriserer tømmingskvalitet i tre segmenter: 1) cøkum og ascendens, 2) transversum med begge fleksurene og 3) kolon distalt for venstre fleksur, med skåring fra 0 til 3, der 3 er best. Segment som ikke er undersøkt grunnet dårlig tømming skåres 0. Segment som ikke er undersøkt av andre grunner skåres «ikke relevant» (N/A). Adekvat tømming er definert som en poengskår på minst 2 i alle undersøkte segmenter.

Utgregning av andel med adekvat tarmtømming:

- **Nevner:** Antall koloskopier utført i 2024 hvor score for tømmingskvalitet er oppgitt for minst ett tarmsegment og hvor det var indisert å nå cøkum, enten ved at dette faktisk ble oppnådd (dvs. at undersøkt segment var enten cøkum, terminale ileum eller anastomose) eller at det eksplisitt var angitt at cøkumintubasjon var indisert.
- **Teller:** Antall koloskopier utført i 2024 med adekvat tømmingskvalitet, det vil si at følgende kriterier er nådd:
 - Cøkum, ileum eller anastomose er nådd eller det er registrert at cøkum er indisert intubert.
 - Maks to av tre tarmsegmenter er markert som "Ikke relevant" ved undersøkelsen (eksempelvis ved anastomose).
 - Øvrige tarmsegmenter har en BBPS-score på minst 2.

Indikatoren måler kvaliteten på tarmtømmingen.

Cøkumintubasjon

En komplett undersøkelse av kolon innebærer at skoptuppen skal avanseres forbi nivået til ileocøkkalklaffen, hvilket muliggjør inspeksjon på baksiden av klaffen. I noen tilfeller er det utført oppfølgende undersøkelse hvor det ikke er indisert å intubere cøkum, for eksempel ved polypkontroll. Slike undersøkelser regnes ikke med i denne kvalitetsindikatoren.

Utgning for cøkumintubasjonsrate:

- **Nevner:** Antall koloskopier utført i 2024 hvor det var indisert å nå cøkum, enten ved at dette faktisk ble oppnådd (dvs. at undersøkt segment er cøkum, ileum eller registrert som anastomose) eller at det eksplisitt var angitt at cøkumintubasjon var indisert.
- **Teller:** Antall koloskopier utført i 2024 hvor enten cøkum, terminale ileum eller anastomose ble nådd.

Indikatoren måler om undersøkelsen er fullstendig, dvs. om hele tarmen er undersøkt.

Tilbaketrekningstid

Tid som skopøren bruker for å trekke skopet tilbake fra cøkum til anus ved rent diagnostiske koloskopier, det vil si koloskopier uten polypektomi/biopsi/andre prosedyrer, bør være minst 6 minutter. Måltallet for denne indikatoren ble i 2024 justert opp fra 95 % til 100 % for å gjenspeile ESGE-retningslinjene.

Utgning for tilbaketrekningstid:

- **Nevner:** Antall diagnostiske koloskopier utført i 2024 hvor cøkum ble nådd.
- **Teller:** Antall diagnostiske koloskopier utført i 2024 hvor cøkum ble nådd og tilbaketrekningstiden var ≥ 6 minutter. «Diagnostisk» innebærer fravær av biopsi, lesjonsfjerning eller andre inngrep som påvirker undersøkelsestiden.

Indikatoren måler hvorvidt man har brukt tilstrekkelig tid på inspeksjon av slimhinnen.

Adenomdeteksjonsrate (ADR)

Adenomdeteksjon i Tarmscreeningprogrammet baserer seg på innmeldte patologimeldinger merket Tarmscreening. Patologi kodes manuelt i Kreftregisteret. For ADR kan det også inngå innmeldte opplysninger fra histologiske undersøkelser i tiden etter første screeningkoloskopi, så lenge det er overveiende sannsynlig at diagnose stilles som ledd i screeningforløpet. For å være med i beregningen må det ha blitt mottatt minst én koloskopimelding for deltakeren og det må foreligge enten en patologimelding koblet til en koloskopimelding eller patologimelding merket screening.

Utgning av adenomdeteksjonsrater:

- **Nevner:** Antall deltakere med første koloskopi i 2024.
- **Teller:** Antall deltakere med første koloskopi i 2024 hvor minst ett adenom ble påvist.

Indikatoren måler hvorvidt det påvises adenom i tarmen. Dette er en nøkkelindikator for kvalitet i koloskopi.

Cancer deteksjonsrate

Med cancer i denne sammenhengen menes adenokarsinom i kolon og rektum påvist i Tarmscreeningprogrammet. For å være med i beregningen må det ha blitt mottatt minst én koloskopimelding for deltakeren og det må foreligge enten en patologimelding koblet til en koloskopimelding eller patologimelding merket screening, eller et sykdomstilfelle med diagnose innen 6 måneder etter at koloskopi er utført.

Utgledning av cancer deteksjonsrater:

- **Nevner:** Antall deltakere med første koloskopi i 2024.
- **Teller:** Antall deltakere med første koloskopi i 2024 hvor adenokarsinom ble påvist.

Indikatoren måler hvorvidt det påvises kreft i Tarmscreeningprogrammet.

Vevsprøve til histologisk vurdering

Alle polypper som fjernes under koloskopi skal hentes ut, legges på separate glass og sendes til patologiavdeling for histologisk vurdering. Dette er nødvendig for korrekt klassifisering av polyppene (f.eks. adenomer, sagtakkede lesjoner), som danner grunnlag for videre oppfølging av screeningdeltakeren. Polypper kan gå tapt under koloskopi. ESGE anbefaler at $\geq 95\%$ av fjernede polypper bør gjenfinnes og sendes til patolog for histologisk vurdering.

Utgledning av andel vevsprøver til histologisk vurdering:

- **Nevner:** Antall lesjoner som ble komplett (eller usikkert komplett) fjernet under koloskopier i 2024.
- **Teller:** Antall lesjoner som ble komplett (eller usikkert komplett) fjernet under koloskopier i 2024 og sendt til patolog for histologisk vurdering.

Indikatoren måler hvorvidt polyppene som fjernes blir sendt videre til patolog for vurdering.

Svartid rutineprøver

Prøver fra screeningdeltakere skal som hovedregel behandles som rutineprøver, med en forventet svartid på inntil 21 dager. Kun prøver der det foreligger klinisk mistanke om malignitet eller annen alvorlig sykdom skal merkes som CITO/hastep prøve.

Utgledning av andel med forventet svartid blant rutineprøver:

- **Nevner:** Antall patologimeldinger for koloskopier utført i 2024 (uten mistenkt kreft).
- **Teller:** Antall patologisvar mottatt innen 21 dager etter koloskopi utført i 2024 (uten mistenkt kreft).

Indikatoren måler hvorvidt patologene svarer ut prøver innen anbefalt tidsramme.

Benigne polypper – fordeling histologisk diagnose

Patologiavdelingene skal rapportere diagnose for hver innsendt prøve fra koloskopi, inkludert histologisk type for alle polyppene. Fordelingen av ulike lesjonstyper i screeningprogrammet monitoreres for å sikre kvalitet og sammenlignbarhet mellom laboratorier. I denne rapporten klassifiseres polypper i hovedgruppene adenomer, sagtakkede polypper og normal morfologi.

Utrekning av fordeling histologisk diagnose for benigne polypper:

- **Nevner:** Totalt antall benigne polypper klassifisert i disse tre kategoriene i 2024.
- **Teller:** Antall polypper fjernet i 2024, klassifisert som «adenom», «sagtakket polypp» eller «normal morfologi».

Indikatoren viser fordelingen mellom type benigne lesjoner i programmet.

Svarrate for tilbakemeldingsskjema dag 1 (PROM1)

Formålet med PROM1 er å innhente pasientrapporterte opplysninger om opplevelse og symptomer dagen etter koloskopi i Tarmscreeningprogrammet. Innsamlingen er hjemlet i forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser og basert på samtykke. Skjemaet distribueres via den nasjonale ePROM-løsningen, forvaltet av HEMIT, og gjøres tilgjengelig via Helsenorge så lenge koloskopimeldingen er mottatt innen åtte dager etter undersøkelsen. Dataansvarlig er Folkehelseinstituttet v/Kreftregisteret.

Utrekning av svarrate for PROM1:

- **Nevner:** Antall koloskopier i 2024 hvor PROM1 var tilgjengelig.
- **Teller:** Antall koloskopier i 2024 hvor PROM1 er besvart.

Indikatoren måler svarrate for PROM1.

Svarrate for tilbakemeldingsskjema dag 30 (PROM30)

PROM30 innhenter pasientrapporterte opplysninger om eventuelle komplikasjoner 30 dager etter koloskopi i Tarmscreeningprogrammet. Innsamlingen følger samme juridiske grunnlag og tekniske løsning som PROM1, og er basert på samtykke. Skjemaet tilgjengeliggjøres via ePROM-løsningen med invitasjon i Helsenorge 30 dager etter koloskopi, så lenge koloskopimeldingen er mottatt innen 40 dager etter undersøkelsen.

Utrekning av svarrate for PROM30:

- **Nevner:** Antall koloskopier i 2024 hvor PROM30 var tilgjengelig.
- **Teller:** Antall koloskopier i 2024 hvor PROM30 er besvart.

Indikatoren måler svarrate for PROM30.

Sterke smerter

I Tarmscreeningprogrammet innhentes opplysninger om opplevde smerter gjennom PROM1, der deltakerne angir om koloskopien var smertefull på en firepunktsskala med alternativer "Nei", "Ja, litt", "Middels" eller "Ja, svært."

Utrekning sterke smerter:

- **Nevner:** Antall koloskopier i 2024 hvor PROM1 er besvart.

- **Teller:** Antall koloskopier i 2024 hvor deltaker rapporterte at koloskopien var svært smertefull på PROM1.

Indikatoren måler smerteopplevelse ved koloskopi. Resultatene er presentert per kjønn.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Desember 2025
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no