

RAPPORT

Årsrapport Tarmscreeningprogrammet 2025

Årsrapport 2025

Tarmscreeningprogrammet

Oliver Sven Kersten

Anna Lisa Schult

Kristin Ranheim Randel

Kristin Johansen

Stine Vedvik

Utgitt av Folkehelseinstituttet

Kreftregisteret
Avdeling for Tarmscreening
September 2026

Tittel:

Årsrapport for Tarmscreeningprogrammet 2025

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:

978-82-8406-604-2

DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):

<https://doi.org/10.21349/vx3c-ee62>

Forord

Tarmscreeningprogrammet ble landsdekkende i 2024, og dette er programmets andre årsrapport. Rapporten beskriver aktivitet, resultater og kvalitet i 2025.

Årsrapporten inneholder statistikk om deltakelse, prøveresultater og kvalitetsindikatorer for koloskopi og patologi. Resultatene presenteres samlet for landet og, der det er mulig, per region og helseforetak.

Rapporten gir grunnlag for å følge kvalitetsutviklingen og identifisere forbedringsområder i programmet. Helseforetakene har ansvar for å følge opp egne resultater. I 2025 ferdigstilte programmet en ny digital løsning som gir screeningsentrene enkel tilgang til egne kvalitetsdata og styrker grunnlaget for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Tarmscreeningprogrammet bidrar også til kompetansebygging og kvalitetsforbedring gjennom Endoskopiskolen, som driftes av Kreftregisteret, FHI i tett samarbeid med helseforetakene. Polyppkonferansen i Helse Sør-Øst ble etablert på initiativ fra Endoskopiskolen og mottok i 2026 Legeforeningens kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten. Vi gratulerer med prisen og er glad for å se at tilsvarende møter er i gang i de øvrige regionene.

Vi vil rette en stor takk til alle som bidrar i Tarmscreeningprogrammet, blant annet laboratoriepersonell, helsesekretærer, sykepleiere, endoskopører, bioingeniører, patologer og medarbeidere i sekretariatet ved Kreftregisteret. Deres innsats er avgjørende for å sikre befolkningen et screeningtilbud av høy kvalitet.

Oslo, september 2026

Giske Ursin

Direktør Kreftregisteret

Kristin Ranheim Randel

Leder Tarmscreeningavdelingen

Innhold

Forord	3
Innhold	4
Hovedbudskap / 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 og styringsstruktur	9
1.5 Forskning og kompetansebygging	11
2 Datainnsamling og kjerneindikatorer	12
2.1 Rapportering, meldeplikt og lovgrunnlag	12
2.2 Tekniske løsninger og systemer	12
2.3 Kvalitetsindikatorer	13
3 Resultater	14
3.1 Deltakelse	15
3.2 Positivitetsrate	17
3.3 Andel koloskopert innen seks måneder etter positiv iFOBT	18
3.4 Koloskopikvalitet	20
3.4.1 Tømmingskvalitet	20
3.4.2 Cøkumintubasjonsrate	21
3.4.3 Tilbaketrekningstid	22
3.4.4 Adenomdeteksjonsrate (ADR)	23
3.4.5 Cancerdeteksjonsrate	24
3.4.6 Andel polypper sendt til histologisk undersøkelse	25
3.4.7 Sedasjon & Analgesi	26
3.4.8 Prekvalifiserte skopører	27
3.5 Patologitjenesten	27
3.5.1 Svartider for vevsprøver med klinisk mistanke om kreft	27
3.5.2 Svartider for vevsprøver uten klinisk mistanke om kreft	27
3.5.3 Fordeling av type benigne polypper	29
3.6 Pasientrapporterte tilbakemeldinger etter koloskopi	30
3.6.1 Andel besvarte tilbakemeldingsskjemaer	30
3.6.2 Sterke smerter ved koloskopi	31
Vedlegg	32
Datauttrekk og analyse	32
Definisjoner av indikatorer	32

Hovedbudskap

Resultatene for 2025 viser at Tarmscreeningprogrammet holder god kvalitet på nasjonalt nivå.

Nasjonale måltall ble oppnådd for de fleste kvalitetsindikatorene, og koloskopikvaliteten var gjennomgående høy. For enkelte indikatorer varierte resultatene mellom helseforetakene. Noen helseforetak hadde fortsatt et begrenset tallgrunnlag, noe som gir større usikkerhet i resultatene.

Nytt i årets rapport er resultater for bruk av sedasjon og analgesi ved koloskopi og for andelen koloskopier utført av prekvalifiserte skopører.

Blant dem som fikk tilsendt prøvesett i 2025, sendte 52 % inn en prøve innen seks måneder. Deltakelsen var lavere blant menn enn blant kvinner, henholdsvis 48 % og 57 %. Deltakelsen er fortsatt lavere enn ønsket. Programmet arbeider kontinuerlig med å øke deltakelsen, og flere tiltak ble satt i gang i 2026.

Svartidene for rutineprøver i patologitjenesten bedret seg i 2025 til tross for økt prøvevolum.

I 2025 ble det også etablert en digital løsning som gir screeningsentrene løpende tilgang til egne kvalitetsdata.

Key messages (English)

The 2025 results show that ColorectalScreen Norway maintained a high standard of quality at the national level.

National targets were met for most quality indicators, and colonoscopy quality was consistently high. Results varied between healthcare trusts for some indicators. Some healthcare trusts still had limited data, resulting in greater uncertainty in the findings.

New in this year's report are results on the use of sedation and analgesia during colonoscopy and on the proportion of colonoscopies performed by prequalified endoscopists.

Among those who received a test kit in 2025, 52% returned a sample within six months. Participation was lower among men than among women, at 48% and 57%, respectively. Overall participation remains lower than desired. The programme is continuously working to increase participation, and several measures were implemented in 2026.

Turnaround times for routine pathology samples improved in 2025 despite an increase in sample volume.

A digital solution was also established in 2025, giving screening centres continuous access to their own quality data.

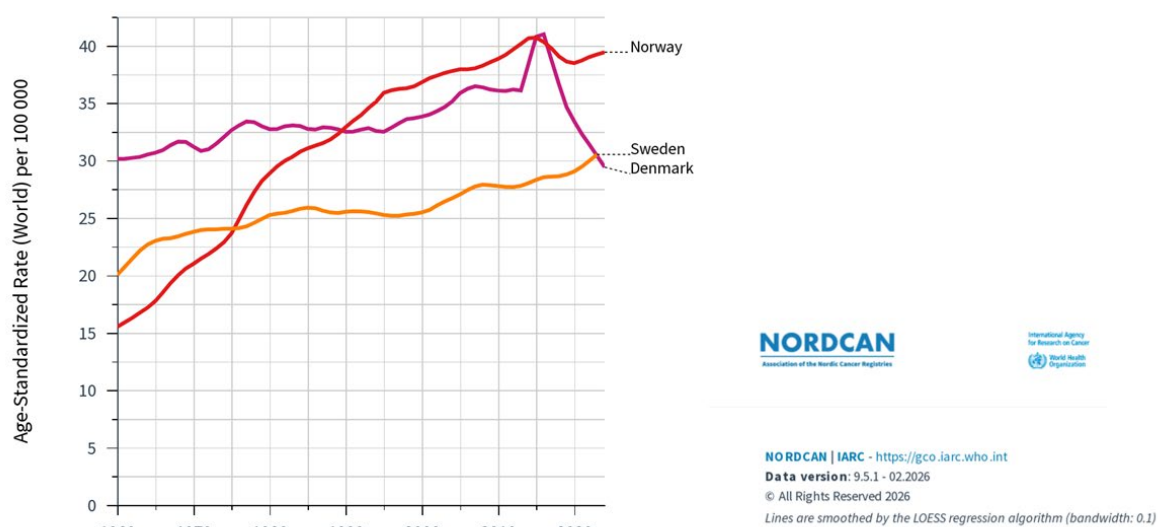
Definisjoner og forklaringer

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.
CITO	Hasteprøve eller prøve som skal prioriteres raskt. I Tarmscreeningprogrammet skal prøver med klinisk mistanke om kreft merkes CITO.
CRC	Colorectal cancer. Kreft i tykk- og endetarmen (tarmkreft).
Endoskopiskolen	Endoskopiskolen er et nasjonalt opplæringscenter for endoskopi som er etablert som en del av Tarmscreeningprogrammet. Skolen drives av Kreftregisteret, FHI og har som mål å sikre høy kvalitet på endoskopitilbudet i hele landet.
ePROM	Elektronisk løsning for innsamling av pasientrapporterte opplysninger.
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.
KEVIN	Kreftregisterets eksterne visualiseringsløsning. Digitalt dashbord som gir helsepersonell tilgang til aggregert statistikk fra Tarmscreeningprogrammet.
Kreftregisteret	Kreftregisteret er organisatorisk et område i FHI.
Kvalitetsmanualen	Kvalitetsmanualen er en felles prosedyresamling for programmet. 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, 2012 – 2024.
PREM/PROM	Patient reported experience measures/Patient reported outcome measures. Brukes i Tarmscreeningprogrammet om innsamling av pasienttilbakemelding etter koloskopi.
PROM1/PROM30	Pasienttilbakemeldingsskjema som sendes én dag /30 dager etter koloskopi.
Screeningsenter	Geografisk lokalisert senter ved et helseforetak som utfører screeningkoloskopier.
TAPAS	TarmscreeningProgrammet AdministrasjonsSystem. Sentral IT-løsning som forvaltes av Kreftregisteret og drives av Norsk Helsenet. Løsningen håndterer blant annet invitasjoner, påminnelser, svarbrev og henvisninger til koloskopi.
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.

Prognosen ved tarmkreft er god når sykdommen oppdages tidlig. Samlet sett er 5-års relativ overlevelse rundt 70 %, men ved lokalisert sykdom uten spredning eller innvekst i omkringliggende strukturer er den over 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.

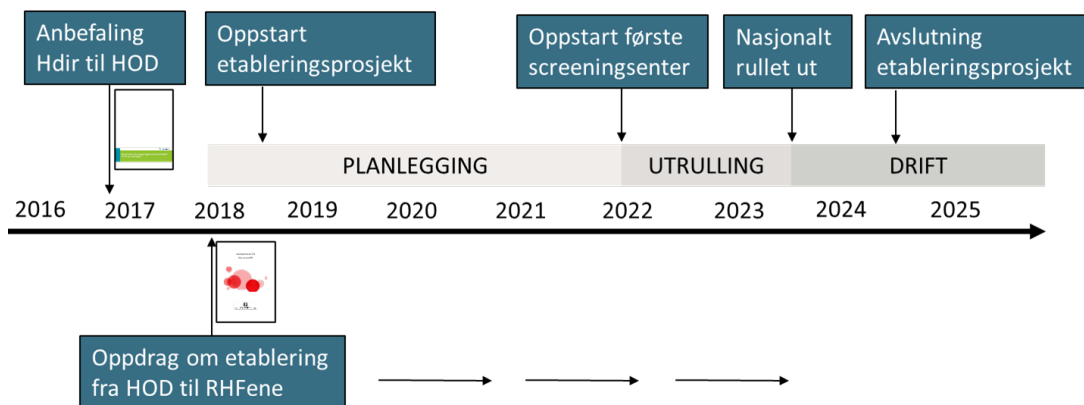
Personer bosatt i Norge som ikke har hatt tarmkreft de siste ti årene, inviteres til Tarmscreeningprogrammet ved fylte 55 år. Invitasjon sendes annethvert år frem til 65-årsalder. Tilbudet innebærer en test for blod i avføringen (immunkjemisk fekalt okkult blod test, iFOBT). Prøven tas hjemme og sendes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

¹ Cancer in Norway 2025, Kreftregisteret 2026

1.2 Etablering av Tarmscreeningprogrammet

Helsedirektoratet anbefalte innføring av et landsdekkende screeningprogram for tarmkreft i sin rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i 2017, etter en omfattende utredning. I 2018 ga Helse- og omsorgsdepartementet de fire regionale helseforetakene i oppdrag å etablere et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft, under ledelse av Helse Sør-Øst. Tidslinjen for etableringen av programmet er vist i figur 2.

Tarmscreeningprogrammet startet i 2022 og var 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. Etablering av tarmscreening i Norge fra 2016 til 2025. Tidslinjen viser sentrale anbefalinger, oppdrag og faser fra planlegging og etablering til utrulling og drift.

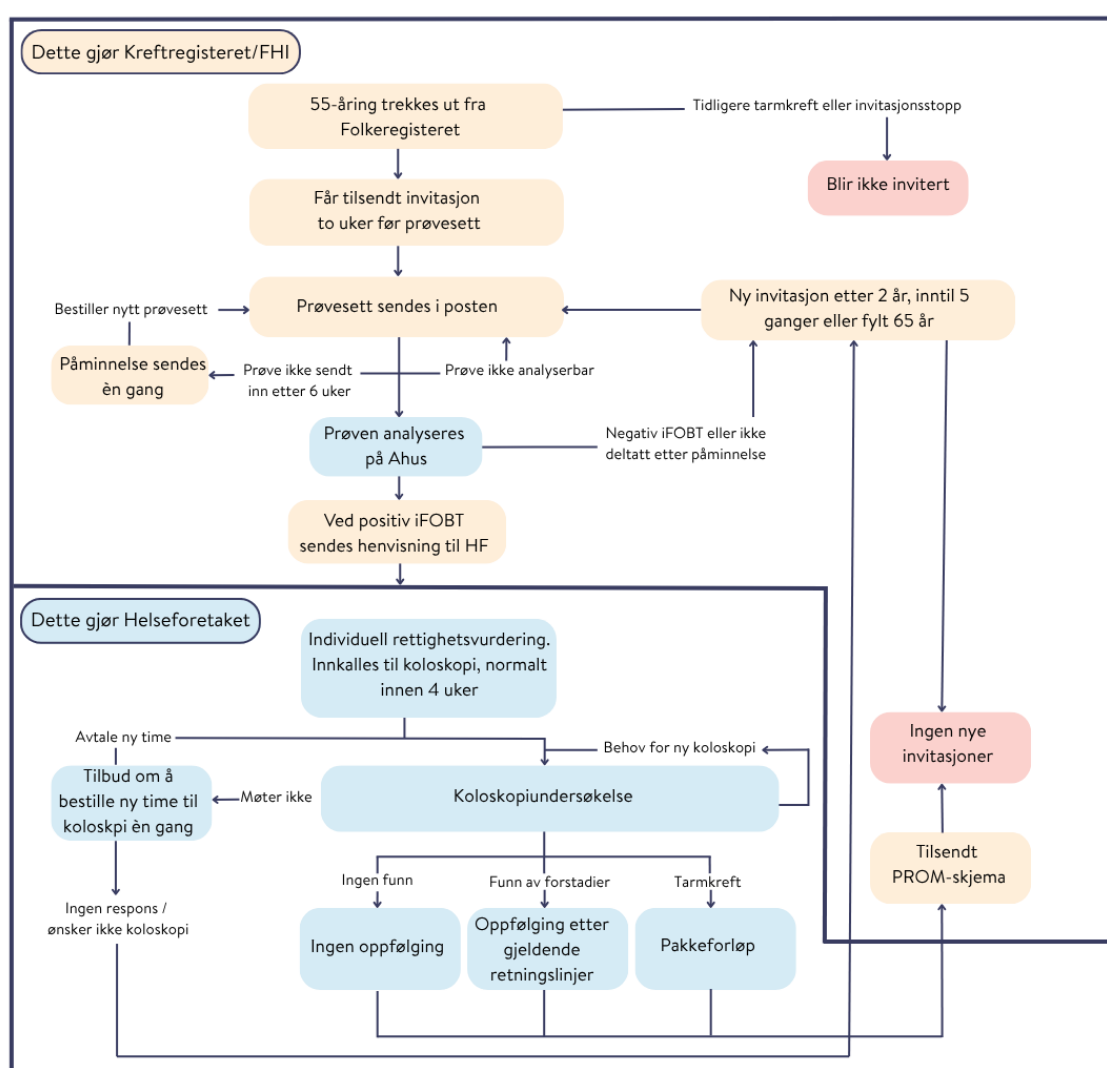
1.3 Viktige hendelser i Tarmscreeningprogrammet

- 2017: Innføring av nasjonal screening mot tarmkreft anbefalt.
- 2018: Helse- og omsorgsdepartementet ga de fire regionale helseforetakene i oppdrag å etablere et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft.
- 2022: Screeningen startet ved de første sentrene og ble gradvis rullet ut i hele landet.
- 2024: Tarmscreeningtilbudet ble landsdekkende.
- 2024: Kreftregisteret ble en 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.
- 2025: Invitasjonsetterslepet etter utrulling ble tatt igjen, og ordinær invitasjon ved fylte 55 år ble etablert i hele landet.
- 2025: Programmets første årsrapport ble publisert.
- 2025: Digital løsning for tilgang til kvalitetsdata via Helseaktørportalen tatt i bruk.

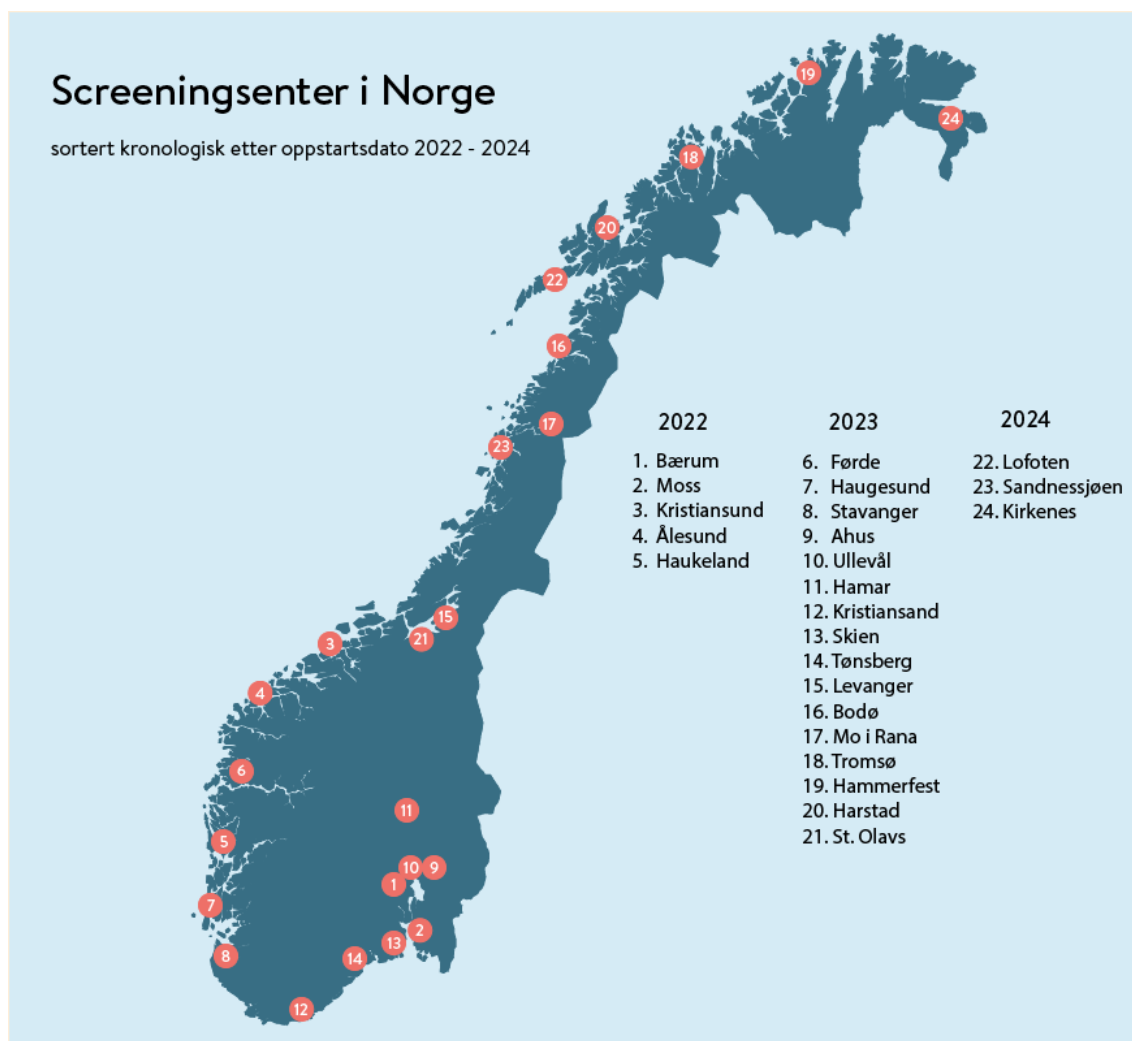
1.4 Organisering og styringsstruktur

Kreftregisteret har ansvar for å administrere, monitorere, kvalitetssikre og forbedre Tarmscreeningprogrammet. Dette omfatter blant annet utsendelse av invitasjoner, påminnelser og prøvesvar, samt håndtering av reservasjoner og henvendelser fra deltakere og helsepersonell. Alle avføringsprøvene analyseres ved Akershus universitetssykehus HF. Dersom det påvises blod over grenseverdien på 15 mikrogram hemoglobin per gram feces, henvises deltakeren til koloskopi på sykehuset.

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 1. Deltakerforløp i Tarmscreeningprogrammet.



Figur 2. Screeningsentre nummerert etter oppstartstidspunkt.

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.

1.5 Forskning og kompetansebygging

Tarmscreeningprogrammet legger til rette for forskning som gir ny kunnskap, forbedrer screeningtilbudet og kan bidra til å redusere tarmkreftbyrden i befolkningen. En oversikt over prospektive studier som inkluderer deltakere i programmet finnes på [Forskning i Tarmscreeningprogrammet - FHI](#).

I 2025 bidro Tarmscreeningprogrammet til en publisasjon fra Nordic Colorectal Cancer Screening Network som sammenlignet de nasjonale tarmkreftscreeningprogrammene i de nordiske landene (Jørgensen et al. 2025). Studien beskrev likheter og forskjeller i organisering, screeningrutiner og kvalitetsindikatorer, og viste hvordan de nordiske programmene kan lære av hverandre gjennom systematiske sammenligninger. Resultatene gir et viktig grunnlag for videre forskning, kvalitetsutvikling og samarbeid om tarmkreftscreening i Norden.

I 2026 ble det publisert resultater fra en randomisert studie gjennomført i Tarmscreeningprogrammet som viste at telefonpåminnelser på deltakernes morsmål kan bidra til økt deltakelse blant innvandrergupper med lav screeningdeltakelse (Iqbal et al. 2026). Studien er en del av forskningsprosjektet [ImmigrantScreen](#), som undersøker effekten av ulike tiltak for å øke deltakelsen i bryst- og tarmkreftscreening blant innvandrere, samt faktorer som påvirker beslutningen om å delta i kreftscreening. Målet er å fremskaffe kunnskap som kan bidra til et mer tilgjengelig og likeverdig screeningtilbud for personer med innvandrerbakgrunn.

Tarmscreeningprogrammet bidrar også til kompetanseutvikling og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. I 2026 ble Polyppkonferansen i Helse Sør-Øst tildelt Legeforeningens kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten. Konferansen ble etablert av Endoskopiskolen i samarbeid med sykehus i regionen og gir leger mulighet til å diskutere pasienter med avanserte polypper på tvers av helseforetak. Målet er å bidra til mer ensartede vurderinger og riktig behandling uavhengig av bosted eller behandlingssted. Tilsvarene møter er også etablert i de andre regionene.

I 2026 ble det også etablert et nasjonalt ferdighetssenter for avansert endoskopisk behandling av polypper gjennom Endoskopiskolen. Sammen med regionale polyppmøter vil dette kunne bidra til kompetanseutvikling og kvalitetsforbedring innen avansert polyppbehandling. Målet er å styrke kvaliteten og bidra til et mer likeverdig behandlingstilbud på tvers av landet.

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.

Når Kreftregisteret mottar en koloskopimelding, sendes deltakeren en invitasjon til spørreskjema via Helsenorge fra Hemit HF's ePROM-løsning. Skjemaet med spørsmål om opplevelse og smerter sendes dagen etter koloskopien, mens skjemaet om eventuelle komplikasjoner sendes etter 30 dager.

KEVIN (Kreftregisterets eksterne visualiseringsløsning) gir helsepersonell tilgang til oppdatert statistikk fra Tarmscreeningprogrammet til bruk i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Løsningen henter aggregerte data fra Kreftregisterets interne systemer og presenterer dem som figurer og grafer i et dashbord. Tilgang gis via Tjenesteportalen for helseaktører og er bare tilgjengelig for helsepersonell via Helsenetten.

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 2025 og resultatene i årsrapporten må da tolkes med forsiktighet da tilfeldigheter kan påvirke estimatene. I tillegg vet vi at helseforetakene har ulik befolkningssammensetning og slike variasjoner har vi ikke tatt hensyn til i våre analyser.

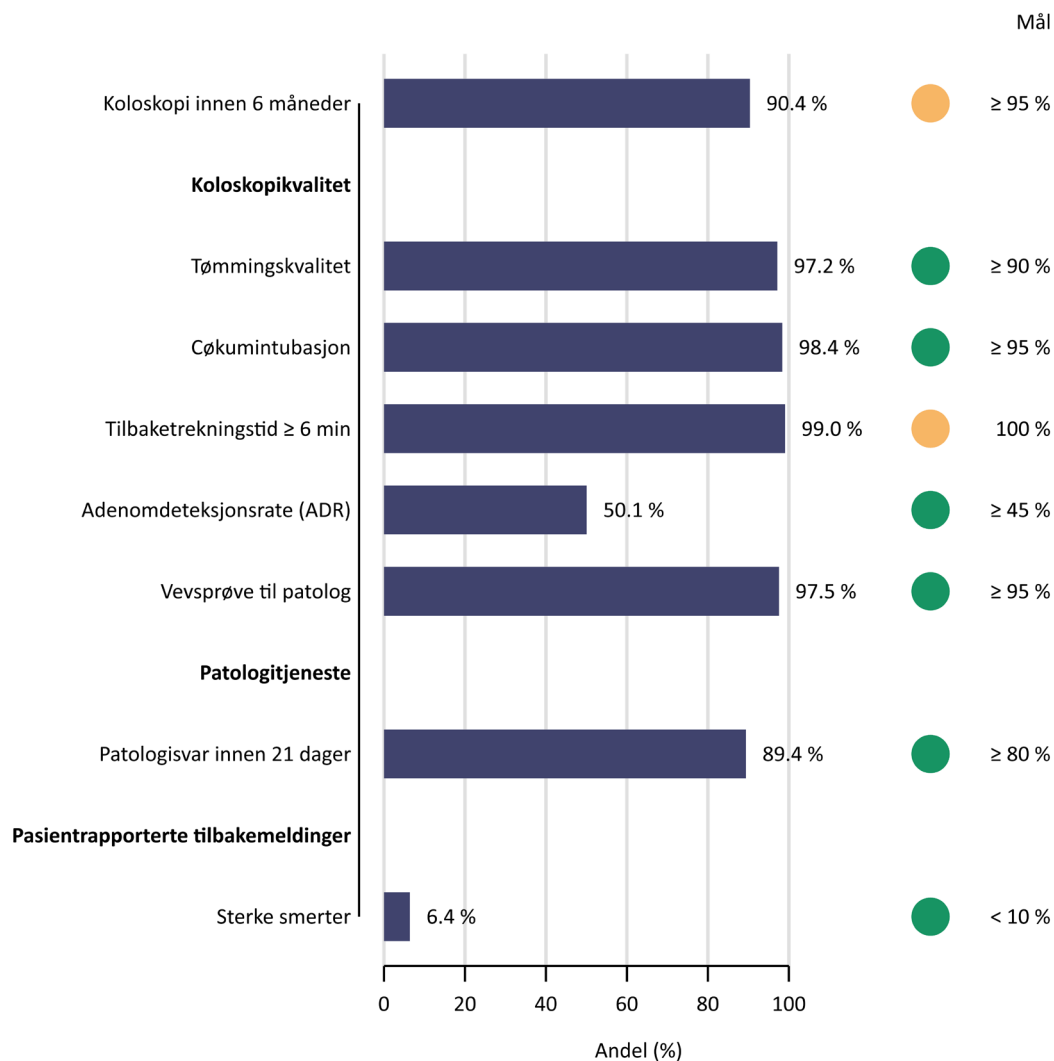
Kreftregisteret rapporterer kvalitetsdata for koloskopier og patologitjenesten til helseforetakene også utenom årsrapporten. Så langt har dette foregått via halvårlege rapporter og ellers på forespørsel. I 2025 ble det etablert en digital løsning som gir helsepersonell tilgang til oppdatert statistikk på sykehusnivå gjennom Helseaktørportalen. Løsningen gir screeningsentrene bedre mulighet til løpende oppfølging av egne resultater og systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. På sikt vil også skopører få tilgang til sine egne aggregerte kvalitetsdata i denne løsningen.

3 Resultater

I denne årsrapporten presenteres resultater for sentrale kvalitetsindikatorer i Tarmscreening-programmet for kalenderåret 2025. For å synliggjøre utviklingen over tid vises utvalgte indikatorer også med resultater fra 2024. Nytt i årets rapport er resultater for bruk av sedasjon og analgesi ved koloskopi og andelen koloskopier utført av prekvalifiserte skopører.

Samlet sett viser de nasjonale resultatene at Tarmscreeningprogrammet holder god kvalitet. Som vist i figur 5, ble måltallet nådd for seks av åtte indikatorer. Andelen deltakere som ble koloskopert innen seks måneder, var noe lavere enn i 2024 og ligger under måltall. Samtidig økte andelen diagnostiske koloskopier med en tilbaketrekningstid på minst seks minutter, og nærmer seg måltallet på 100 %.

Definisjoner og beregningsgrunnlag for indikatorene er beskrevet i vedlegget til slutt i rapporten.



Figur 5. Nasjonale resultater for kvalitetsindikatorer med måltall i Tarmscreeningprogrammet i 2025.

I de neste delkapitlene vil de enkelte indikatorene presenteres på regions- og helseforetaksnivå samt per kjønn og med tidstrend der det er relevant. Resultater bør tolkes med forsiktighet for indikatorer med få observasjoner i ett helseforetak, da variasjon kan skyldes både reelle forskjeller og tilfeldig statistisk variasjon.

3.1 Deltakelse

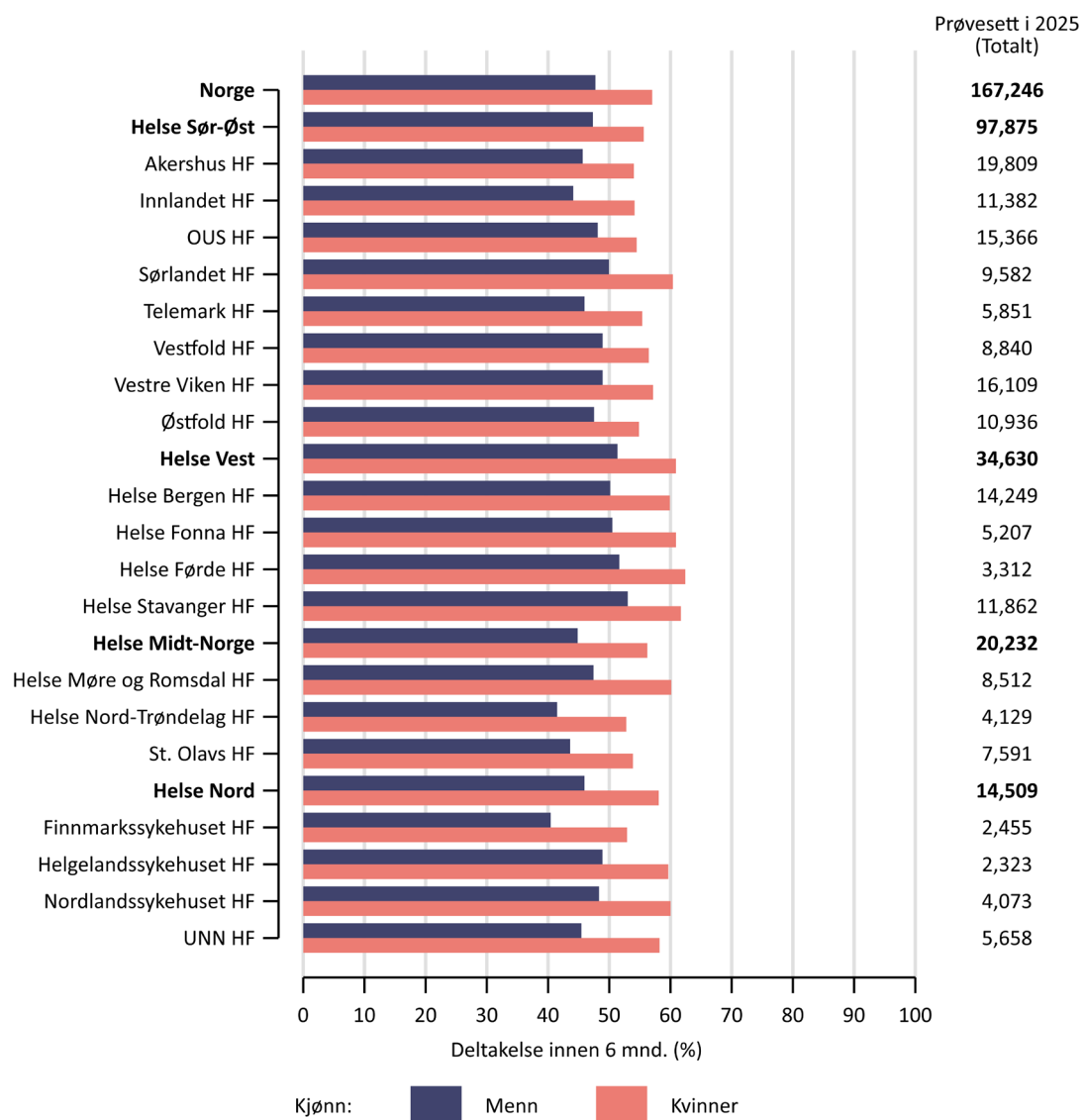
Deltakelse er en sentral indikator fordi screeningprogrammets effekt avhenger av at en tilstrekkelig andel av målgruppen deltar. Det er ikke fastsatt noe måltall for deltakelse i Tarmscreeningprogrammet. Europeiske screeningretningslinjer anbefaler en deltakelsesrate på minst 45 %, men helst 65 %, for programmer som inviterer kvinner og menn i alderen 50–74 år. Anbefalingene er imidlertid ikke direkte sammenlignbare med Tarmscreeningprogrammet, fordi de som nå inviteres i Norge, er yngre. For å sikre sammenlignbare resultater mellom rapportårene presenteres deltakelsen som andelen som deltar innen seks måneder etter at prøvesettet er sendt ut.

Deltakelsen innen seks måneder blant personer som fikk tilsendt prøvesett i 2025 var 52 % samlet for begge kjønn, med høyere oppslutning blant kvinner (57 %) enn blant menn (48 %). Beregnet på tilsvarende måte, var deltakelse blant personer som fikk tilsendt prøvesett i 2024 52 % samlet (57 % blant kvinner og 47 % blant menn). Deltakelsen var dermed tilnærmet uendret fra 2024 til 2025.

Internasjonalt vurderes ofte deltakelse innen 2 år, det vil si før neste prøvesett sendes ut. Blant personer som har fått tilsendt prøvesett i 2023, var deltakelsen innen 2 år 56 % samlet, 60 % blant kvinner og 51 % blant menn.

Resultatene er i tråd med erfaringene fra pilotprosjektet, men deltakelsen er likevel lavere enn ønsket. Forskjellen mellom kvinner og menn er på nivå med det som er rapportert internasjonalt, der kvinner gjennomgående har høyere deltakelse enn menn.

Tarmscreeningprogrammet arbeider kontinuerlig med å øke deltakelsen. Flere tiltak ble satt i gang i 2026, blant annet revisjon av informasjons- og prøvesettbrev, justering av rutine for utsendelse av påminnelser og nasjonale informasjonskampanjer i samarbeid med Kreftforeningen og Norsk forening for stomi, reservoar og mage- og tarmkreft (NORILCO). Effekten av tiltakene kan først evalueres når det har gått tilstrekkelig tid.



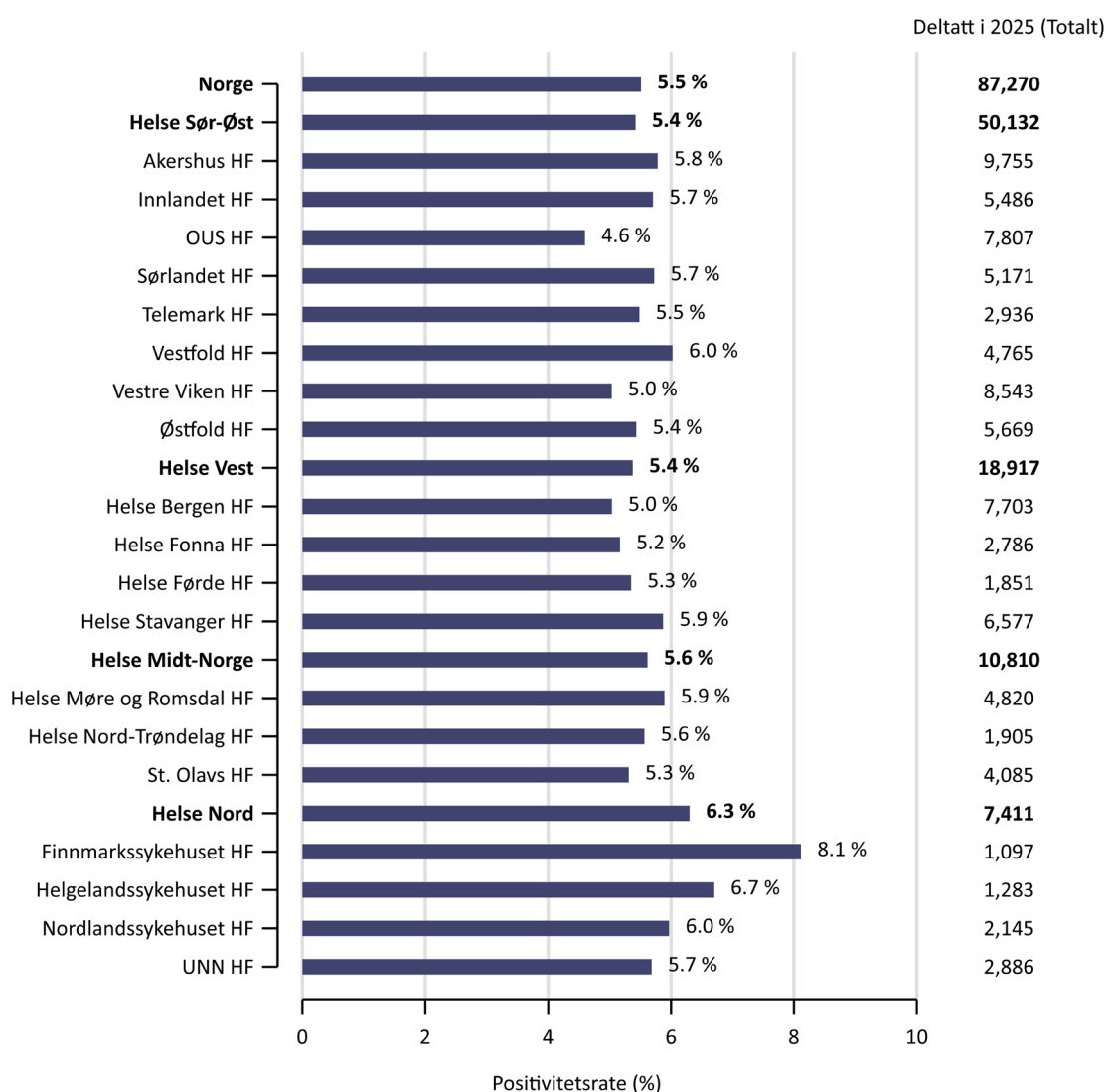
Figur 6. Deltakelse innen seks måneder etter kjønn. Andel som sendte inn en avføringsprøve blant alle som fikk tilsendt prøvesett i 2025. Ingen måltall.

3.2 Positivitetsrate

Andelen positive prøver har betydning for behovet for koloskopi. Positivitetsraten rapporteres blant alle som leverte en prøve i 2025. Datagrunnlaget omfatter dermed både første og senere screeningrunder. I senere screeningrunder forventes en lavere andel positive prøver.

Positivitetsraten er høyere blant menn enn kvinner, men resultater rapporteres ikke per kjønn fordi kjønnsforskjellene er relativt konsistente på tvers av regionene.

Årsaken til variasjonen mellom opptaksområdene er ukjent, men kan blant annet avhenge av hvem som velger å delta. Resultatene i 2025 er ikke direkte sammenlignbare med 2024, da 2024 var basert kun på første screeningrunde og dermed lå høyere (6 %), mens resultatet for 2025 baserer seg på både første og andre screeningrunde.



Figur 7. Positivitetsrate. Andel deltakere med blodmengde over grenseverdien blant alle som leverte en prøve i 2025. Ingen måltall.

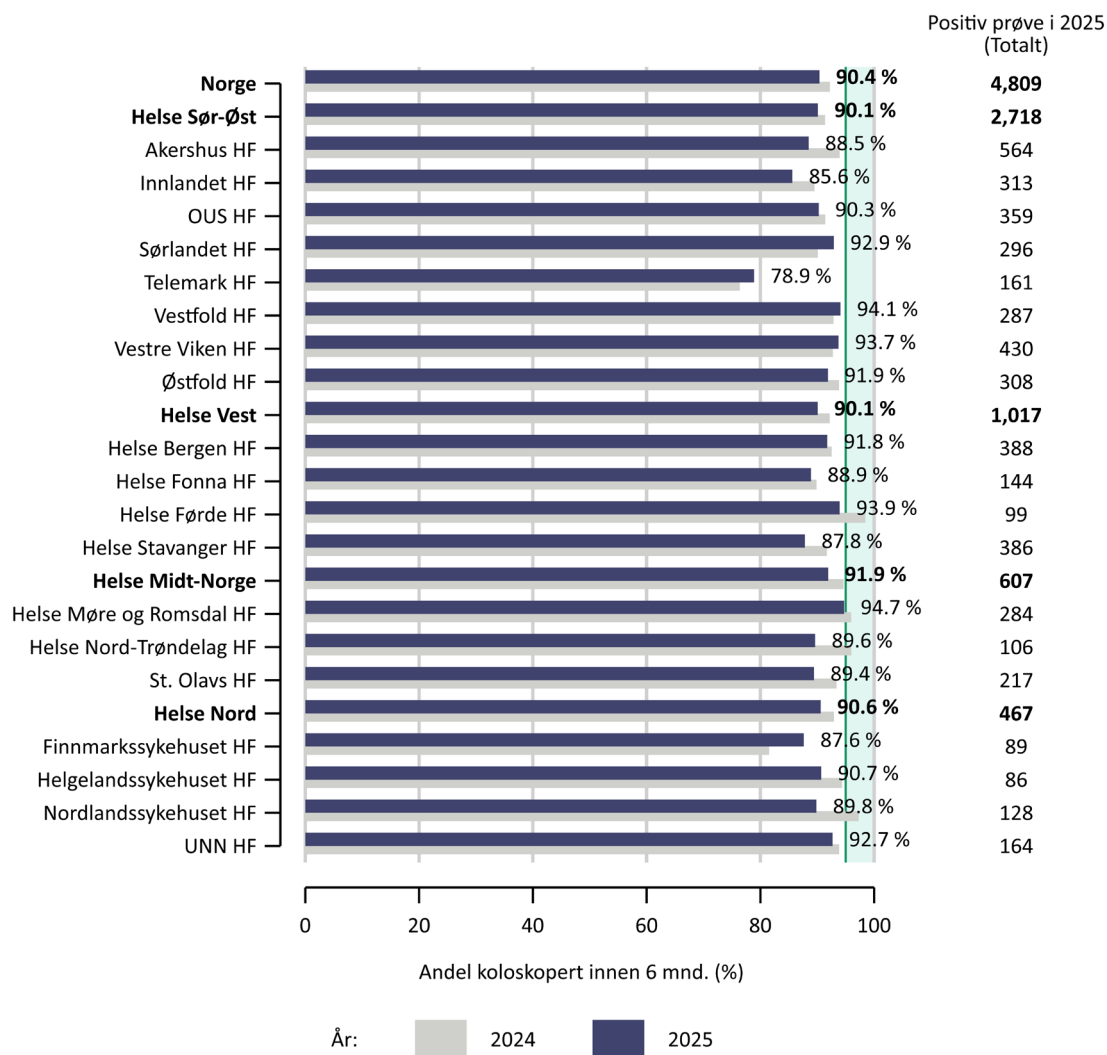
3.3 Andel koloskopert innen seks måneder etter positiv iFOBT

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.

På landsbasis var 90 % av deltakerne med positiv iFOBT koloskopert innen seks måneder etter henvisning i 2025 mot 92 % i 2024. Resultatet ligger dermed under måltallet på 95 %, og måloppnåelsen er ulik 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. Resultatet for Finnmarkssykehuset har bedret seg sammenlignet med 2024. Denne utviklingen sammenfaller med etableringen av et screeningsenter i Kirkenes mot slutten av 2024, som kan ha bidratt til å redusere utfordringer knyttet til lange reiseavstander.

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 korrekt innrapportering vil følges opp. Kreftregisteret har dialog med helseforetak som ligger under måltall.



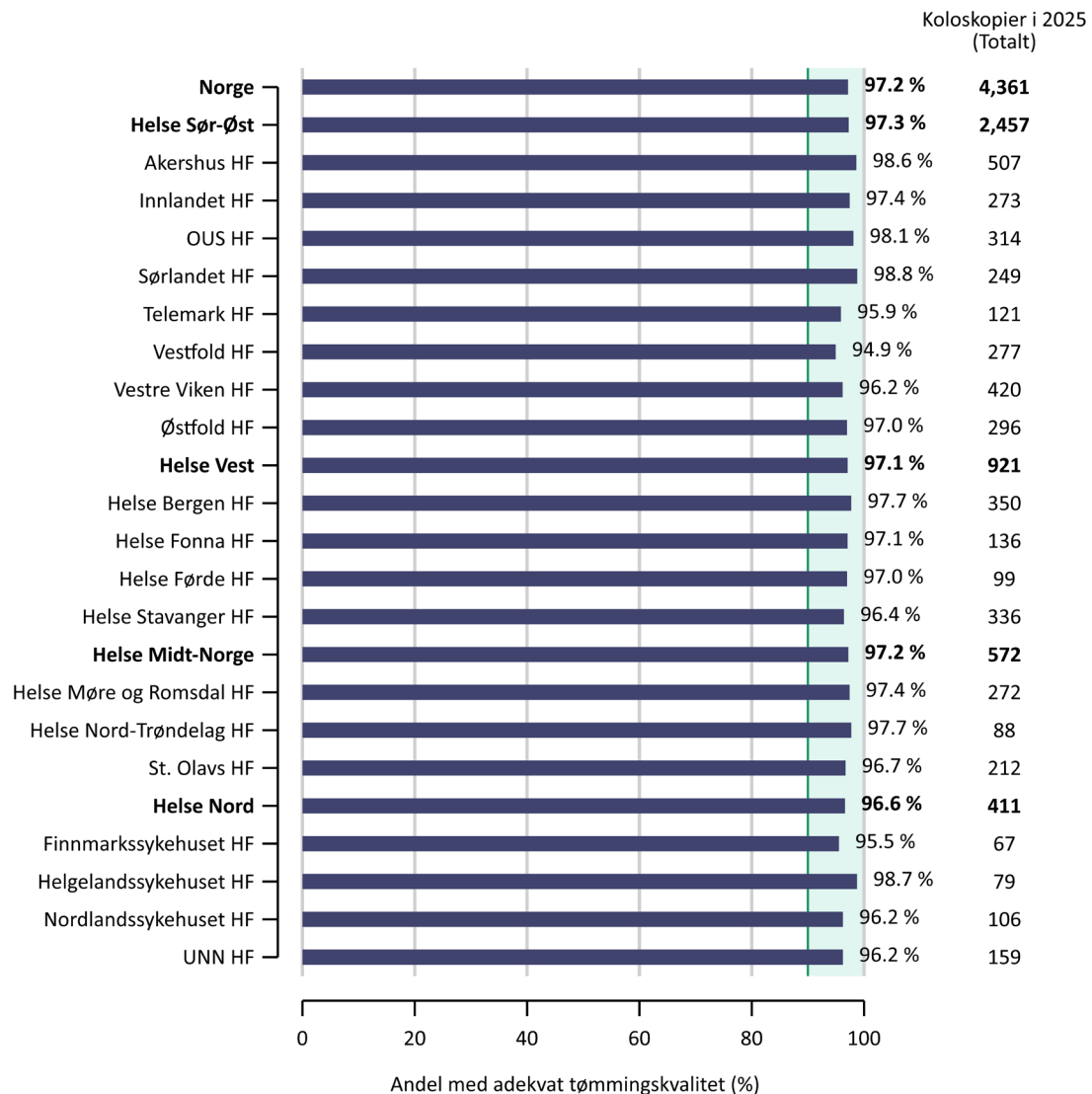
Figur 8. Koloskopi innen seks måneder. Andel deltakere henvist til koloskopi som Kreftregisteret har mottatt koloskopimelding eller bekreftelse på utført koloskopi innen seks måneder etter henvisning. Måltall ≥ 95 %.

3.4 Koloskopikvalitet

Lav måloppnåelse for sentrale kvalitetsindikatorer for koloskopi er forbundet med økt risiko for tarmkreft og død av sykdommen i årene etter undersøkelsen. For å sikre et trygt og effektivt screeningtilbud overvåkes derfor kvaliteten på koloskopier som utføres etter positiv iFOBT. Rapporten omfatter alle koloskopier utført i 2025 som Kreftregisteret har mottatt koloskopimelding for, uavhengig av hvilken screeningrunde den positive avføringsprøven ble levert i. Analysene er basert på totalt 4 412 koloskopimeldinger.

3.4.1 Tømmingskvalitet

God rengjøring av tarmen er en forutsetning for en vellykket koloskopi. Dårlig tømmingskvalitet kan føre til en ufullstendig undersøkelse, at polypper ikke oppdages og mer smerter under koloskopien. I 2025 var tømmingskvaliteten over anbefalt nivå, med liten variasjon mellom helseforetakene.

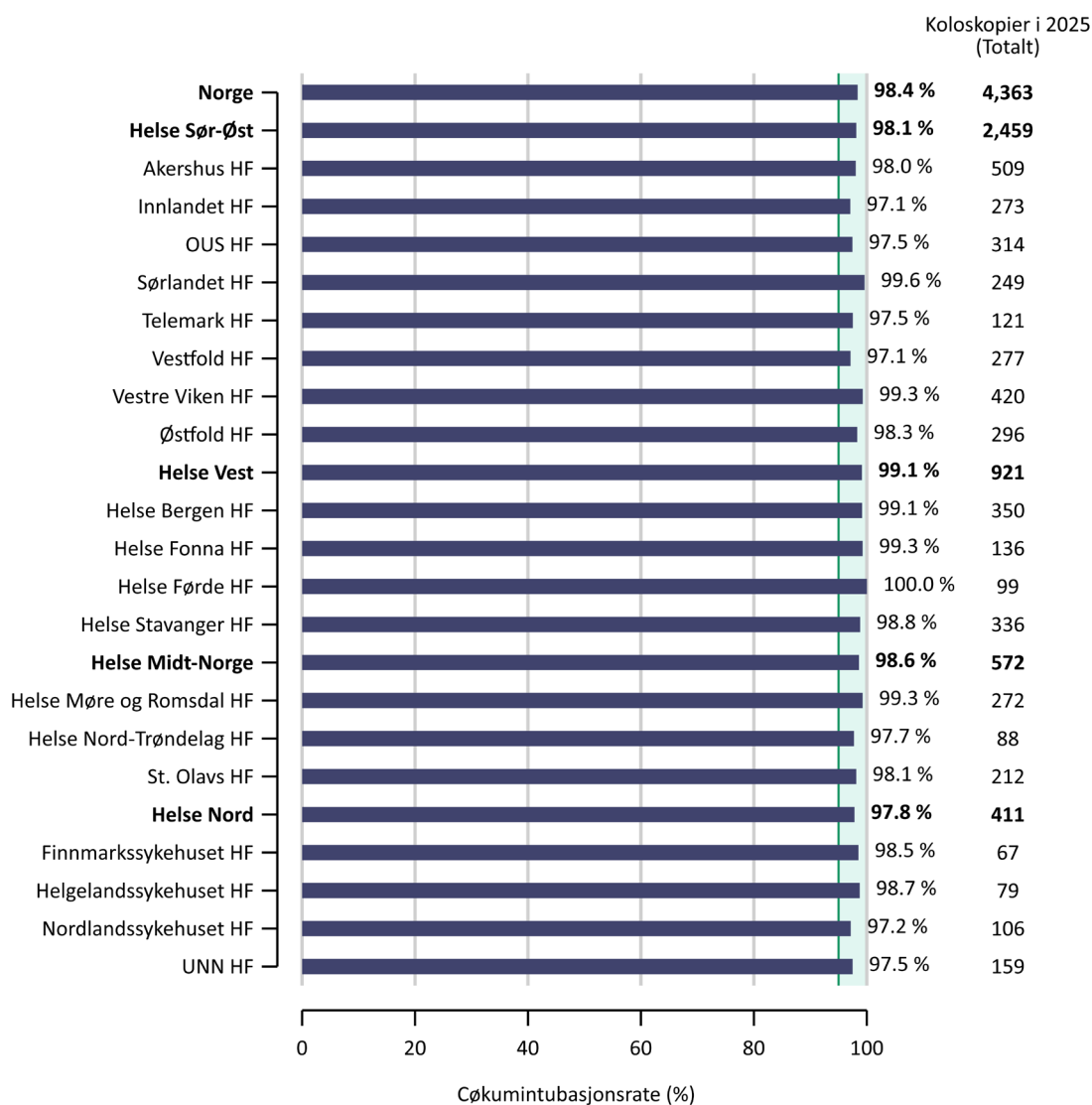


Figur 9. Tømmingskvalitet. Andel koloskopier i 2025 med adekvat tømmingskvalitet, definert som minst 2 poeng i hvert undersøkt kolonsegment etter Boston Bowel Preparation Scale. Måltall ≥ 90 %.

3.4.2 Cøkumintubasjonsrate

En komplett koloskopi innebærer at skoptuppen føres helt til cøkum, forbi ileocøkalklaffen. Dette gjør det mulig å inspisere området bak klaffen og identifisere appendiksåpningen. Manglende intubasjon av cøkum er assosiert med økt risiko for post-koloskopicancer.

Cøkumintubasjonsraten var over måltallet for alle helseforetakene i 2025. Det er ikke forventet at cøkumintubasjonsraten vil være 100 %, ettersom det alltid vil være noen koloskopier der det teknisk sett ikke er mulig å nå cøkum.

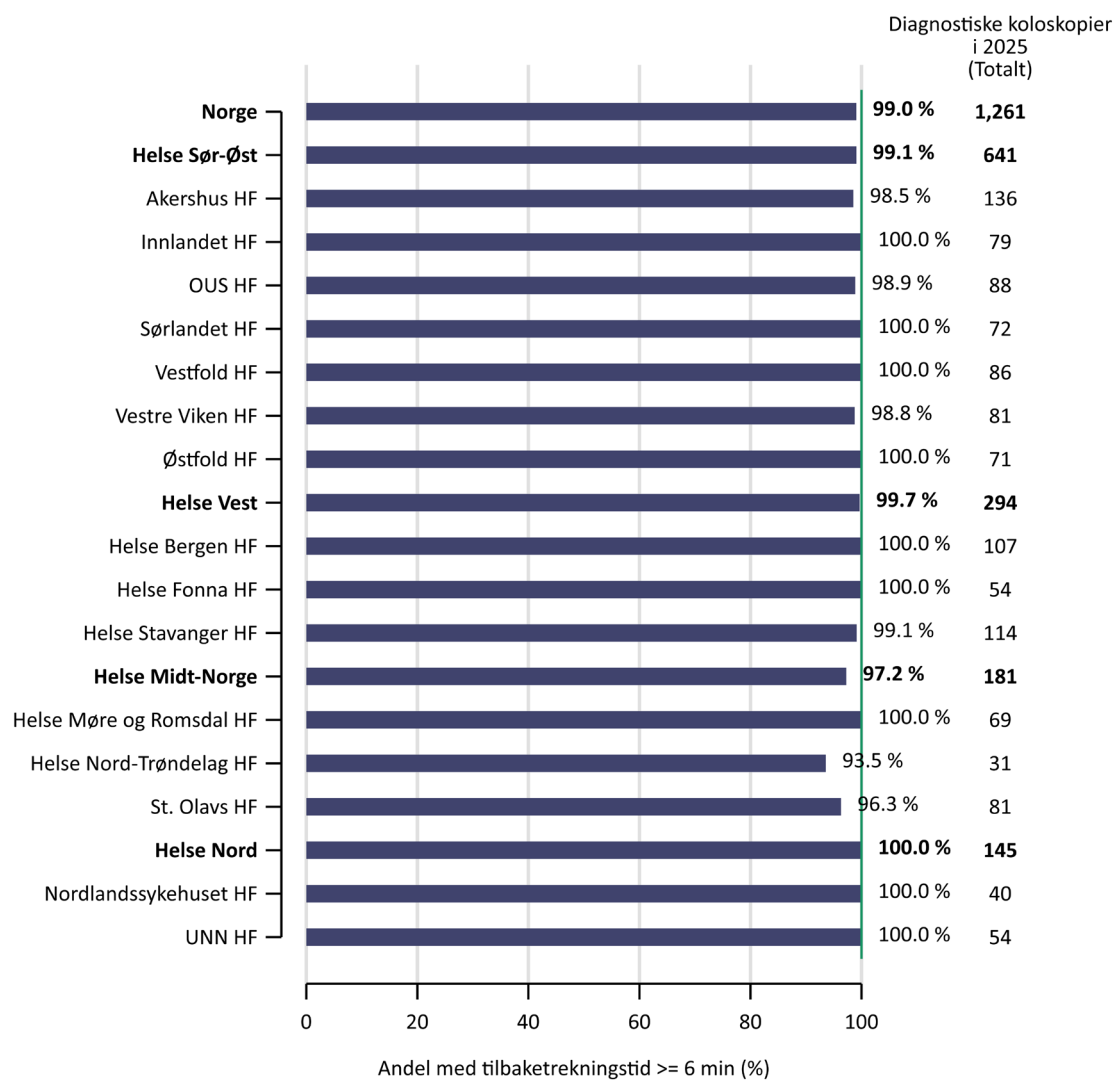


Figur 10. Cøkumintubasjonsrate. Andel koloskopier i 2025 der cøkum ble intubert, blant undersøkelser der cøkumintubasjon var indisert. Måltall ≥ 95 %.

3.4.3 Tilbaketrekningstid

Tiden skopøren bruker på å trekke skopet tilbake fra cøcum til anus, bør være tilstrekkelig lang til å sikre en grundig inspeksjon av tarmslimhinnen. Lengre tilbaketrekningstid er forbundet med økt deteksjon av både små og store polypper og avansert neoplasia.

Tilbaketrekningstid beregnes bare for diagnostiske koloskopier der det ikke er fjernet polypper eller tatt vevsprøver. Siden polypper fjernes ved en høy andel av koloskopiene i Tarmscreeningprogrammet, er antallet undersøkelser som inngår i beregningen, lavt. Resultatene var samlet sett bedre i 2025 enn i 2024, og andelen koloskopier med en tilbaketrekningstid på minst seks minutter nærmer seg måltallet på 100 %. Ved lav måloppnåelse bør det vurderes om dette sammenfaller med en lav adenomdeteksjonsrate.



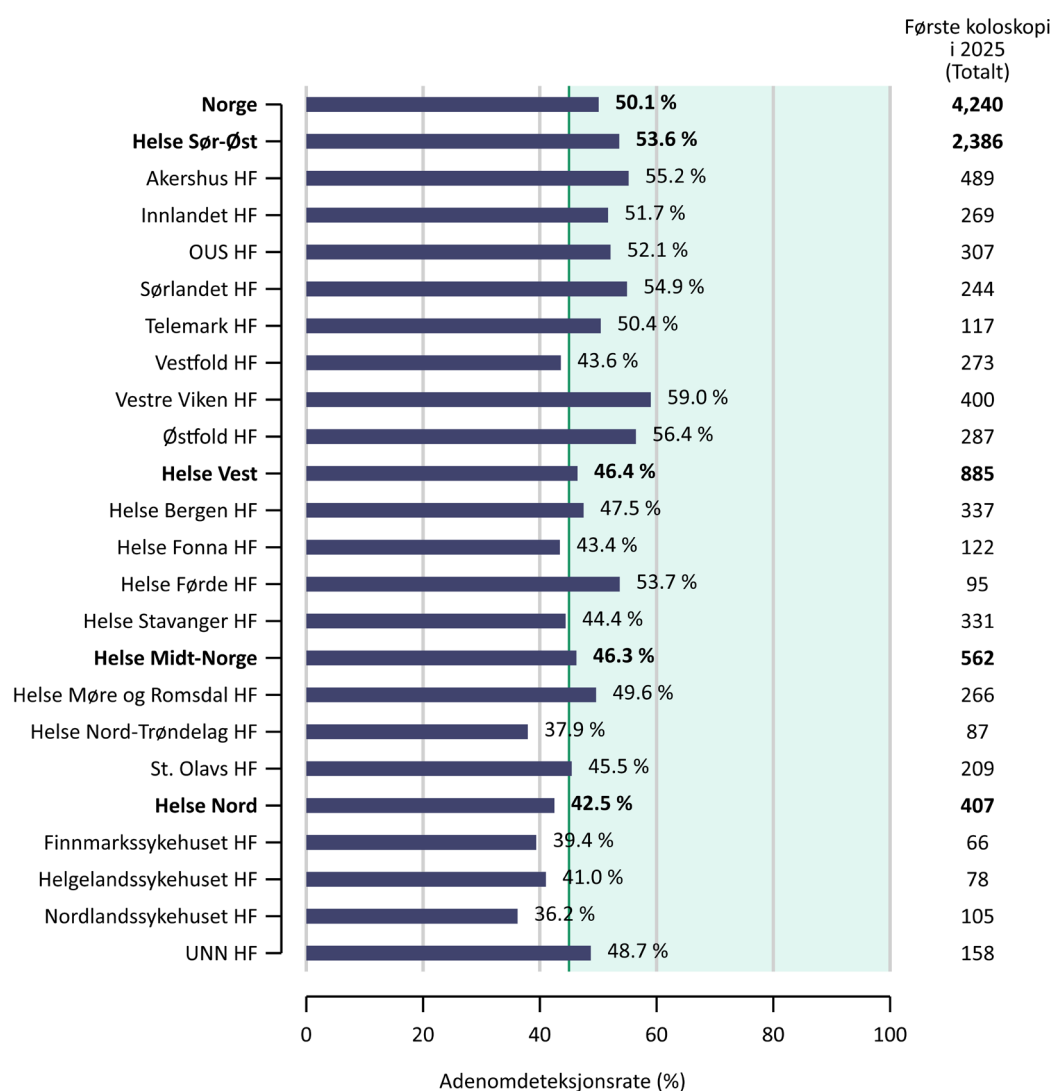
Figur 11. Tilbaketrekningstid. Andel fullstendige diagnostiske koloskopier uten biopsi eller polypfjerning der tilbaketrekningstiden fra cøcum til anus var minst seks minutter. Måltall 100 %.

3.4.4 Adenomdeteksjonsrate (ADR)

Å oppdage og fjerne adenomer er avgjørende for at programmet skal forebygge tarmkreft. Høy ADR er forbundet med lavere risiko for senere forekomst av og død av tarmkreft, og er derfor en av de mest robuste kvalitetsindikatorerne for koloskopi. På bakgrunn av studier med tilsvarende terskelverdi for iFOBT er måltallet satt til 45 % for begge kjønn samlet.

Beregningen av ADR omfatter deltakere som gjennomførte sin første koloskopi i 2025. På landsbasis var ADR over måltallet for begge kjønn samlet, men resultatene varierte mellom helseforetakene. Resultatene må tolkes med forsiktighet for helseforetak med få undersøkelser.

Kreftregisteret har dialog med helseforetakene som ikke oppnådde måltall i 2025. 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.



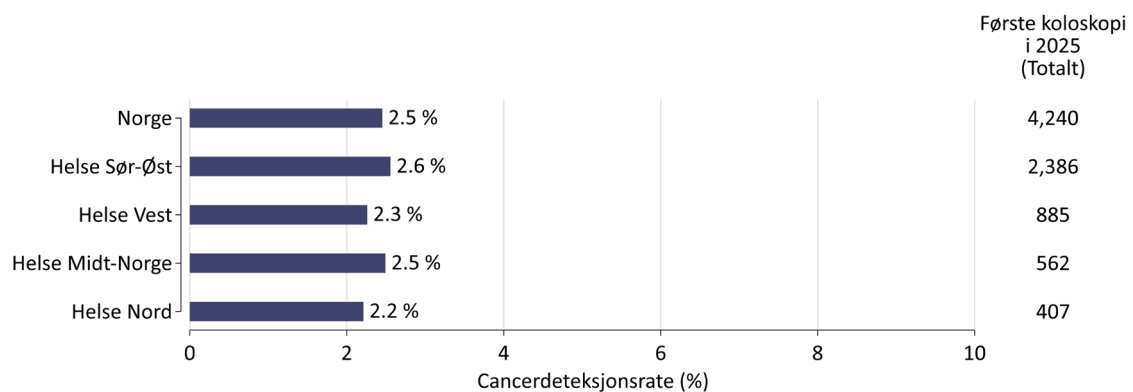
Figur 12. Adenomdeteksjonsrate. Andel deltakere med første koloskopi i 2025 som fikk påvist minst ett adenom. Måltall $\geq$ 45 %.

3.4.5 Cancerdeteksjonsrate

Tidlig oppdagelse av kreftsykdom er avgjørende for å redusere tarmkreftdødelighet.

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 2025. Vi rapporterer foreløpig bare nasjonale tall og tall på regionalt helseforetaksnivå.

Cancerdeteksjonsraten var lavere i 2025 enn i 2024, både nasjonalt og i alle helseregioner. En mulig forklaring er at deltakerne som ble invitert for første gang i 2025, var noe yngre enn dem som ble invitert i 2024, fordi invitasjonsetterslepet etter den nasjonale innføringen ble tatt igjen. I tillegg utgjorde deltakere i andre screeningrunde en større andel av dem som ble undersøkt i 2025. Blant disse forventes en lavere andel kreftfunn enn i første screeningrunde.

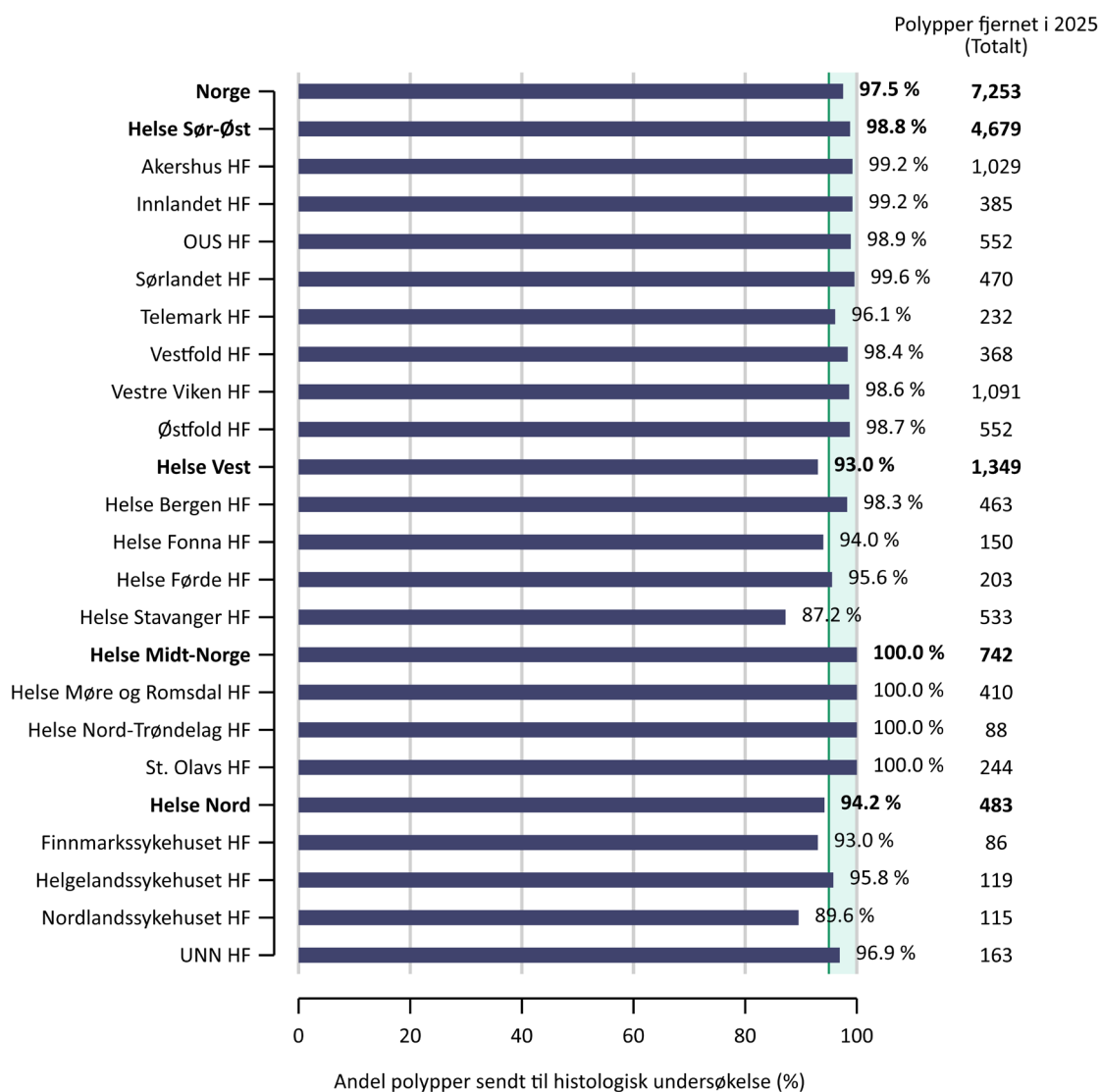


Figur 13. Cancerdeteksjonsrate. Andel deltakere med første koloskopi i 2025 som fikk påvist adenokarsinom. Ingen måltall.

3.4.6 Andel polypper sendt til histologisk undersøkelse

Korrekt histologisk diagnostikk av polypper er nødvendig for å fastsette riktig oppfølging av den enkelte screeningdeltakeren. Det er derfor viktig at polypper som fjernes, hentes ut, legges på separate glass og sendes til histopatologisk vurdering. Fordi polypper kan gå tapt etter fjerning, anbefaler ESGE at minst 95 % av fjernede polypper gjenfinnes og sendes inn.

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



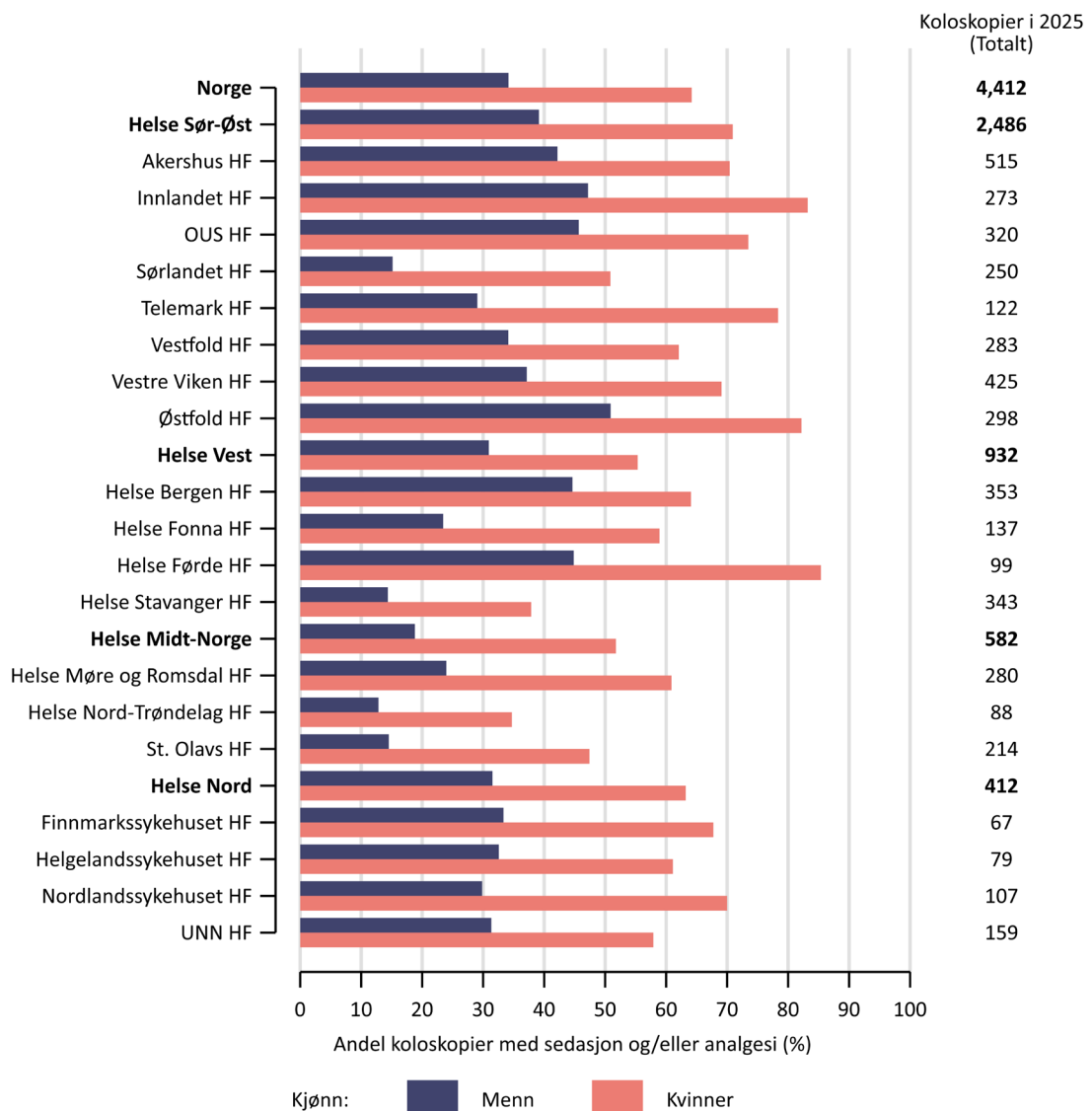
Figur 14. Polypper sendt til histologisk undersøkelse. Andel polypper som ble sendt til histologisk undersøkelse blant alle polypper som ble fjernet i 2025. Måltall ≥ 95 %.

3.4.7 Sedasjon & Analgesi

Bruk av smertestillende legemidler og sedasjon overvåkes fordi dette kan påvirke deltakernes opplevelse av undersøkelsen og dermed tilliten til og oppslutningen om screeningprogrammet.

Andelen som fikk sedasjon og/eller analgesi ved koloskopi, var høyere blant kvinner enn blant menn og varierte betydelig mellom sentrene. Resultatene samsvarer med tall fra Gastronet for koloskopier utført på andre indikasjoner. Tallene fra Gastronet ble gjort tilgjengelige på forespørsel.

Resultatene bør ses i sammenheng med deltakernes rapporterte smerteopplevelse under undersøkelsen.



Figur 15. Sedasjon og analgesi. Andel koloskopier utført i 2025 der sedasjon og/eller analgesi ble gitt. Ingen måltall.

3.4.8 Prekvalifiserte skopører

Andelen koloskopier utført av prekvalifiserte skopører overvåkes fordi skopørkompetanse er en viktig forutsetning for høy kvalitet på screeningkoloskopier. Prekvalifisering krever dokumentert kvalitet målt ved cøkumintubasjonsrate, adenom- eller polypdeteksjonsrate og deltakernes rapporterte smerteopplevelse.

I 2025 ble 90 % av screeningkoloskopiene utført av prekvalifiserte skopører.

3.5 Patologitjenesten

En enhetlig prosess for diagnostikk og prøvesvar bidrar til lik oppfølging av deltakerne uavhengig av bosted. Ikke alle helseforetak har egen patologiavdeling, og noen laboratorier vurderer derfor vevsprøver fra flere helseforetak. Resultatene presenteres likevel per helseforetak fordi svartider og fordeling av polypptyper ikke bare påvirkes av patologiavdelingen, men også av prøvehåndteringen ved koloskopienheten.

3.5.1 Svartider for vevsprøver med klinisk mistanke om kreft

Rask svartid for vevsprøver med klinisk mistanke om kreft er viktig for å sikre rask avklaring og videre oppfølging. Måltallet er at 80 % av prøvene skal være besvart innen én uke etter ankomst til prøvemottaket. Tarmscreeningprogrammet registrerer ikke datoen prøven ankommer laboratoriet. I beregningen av svartider legges det derfor til én dag for å ta høyde for transporttiden fra koloskopienheten til laboratoriet. Monitoreringen bygger på opplysninger i koloskopimeldingen til Kreftregisteret om klinisk mistanke om kreft, ikke på faktisk merking av rekvisisjonen til patologiavdelingen.

Det ble tatt 108 hastep prøver i 2025, hvorav 59 i Helse Sør-Øst. Dette gir tilstrekkelig datagrunnlag til å vurdere det regionale resultatet opp mot anbefalingen. I de øvrige helseregionene var antallet hastep prøver for lavt til å kunne utgis.

På landsbasis ble 69 % av vevsprøvene med klinisk mistanke om kreft besvart innen én uke. Gjennomsnittlig svartid var 8,6 dager, med variasjon fra to til 38 dager og en median på sju dager. I Helse Sør-Øst ble 75 % av prøvene besvart innen én uke.

Resultatene ligger under anbefalt nivå både nasjonalt og i Helse Sør-Øst. Tolkningen er imidlertid begrenset av det lave antallet hastep prøver.

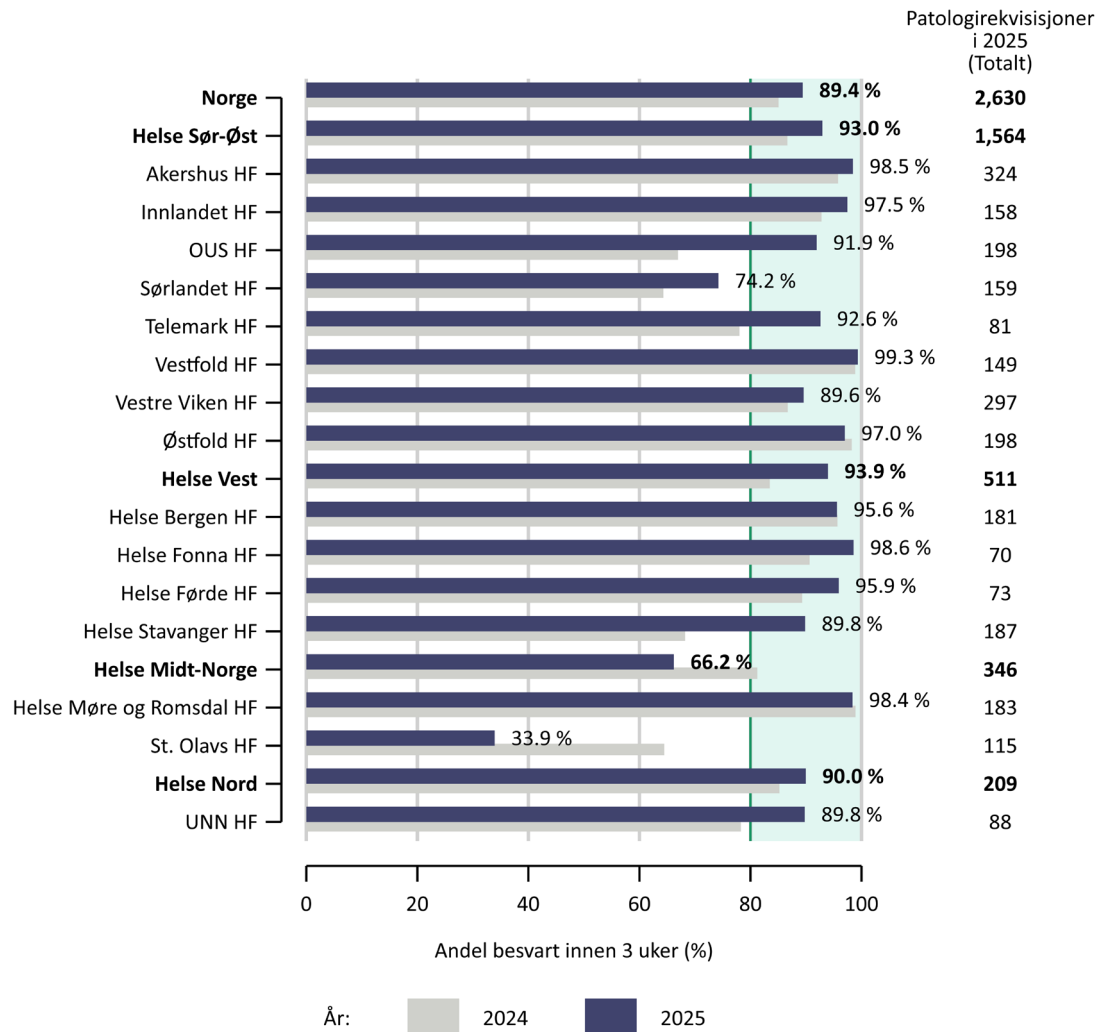
3.5.2 Svartider for vevsprøver uten klinisk mistanke om kreft

Det finnes ikke veldefinerte måltall for svartider for prøver uten klinisk mistanke om kreft. På bakgrunn av tidligere rapporterte svartider for histologiske prøver til Den norske patologforening er måltallet satt til at minst 80 % av rutineprøvene i Tarmscreeningprogrammet skal være besvart innen tre uker. I beregningen av svartider legges det til én dag for å ta høyde for transporttiden til laboratoriet.

Samlet økte andelen patologirekvisisjoner besvart innen tre uker fra 85 % i 2024 til nær 90 % i 2025, samtidig som antallet rekvisisjoner økte fra om lag 1 800 til 2 600. Andelen som ble

besvart innen tre uker, økte ved de fleste helseforetakene, men det var fortsatt variasjon mellom dem.

Det er viktig å merke seg at prøver fra Tarmscreeningprogrammet ikke skal prioriteres foran prøver fra pasienter med symptomer. Svartidene følges derfor både med hensyn til kvalitet og kapasitet i patologitjenesten.



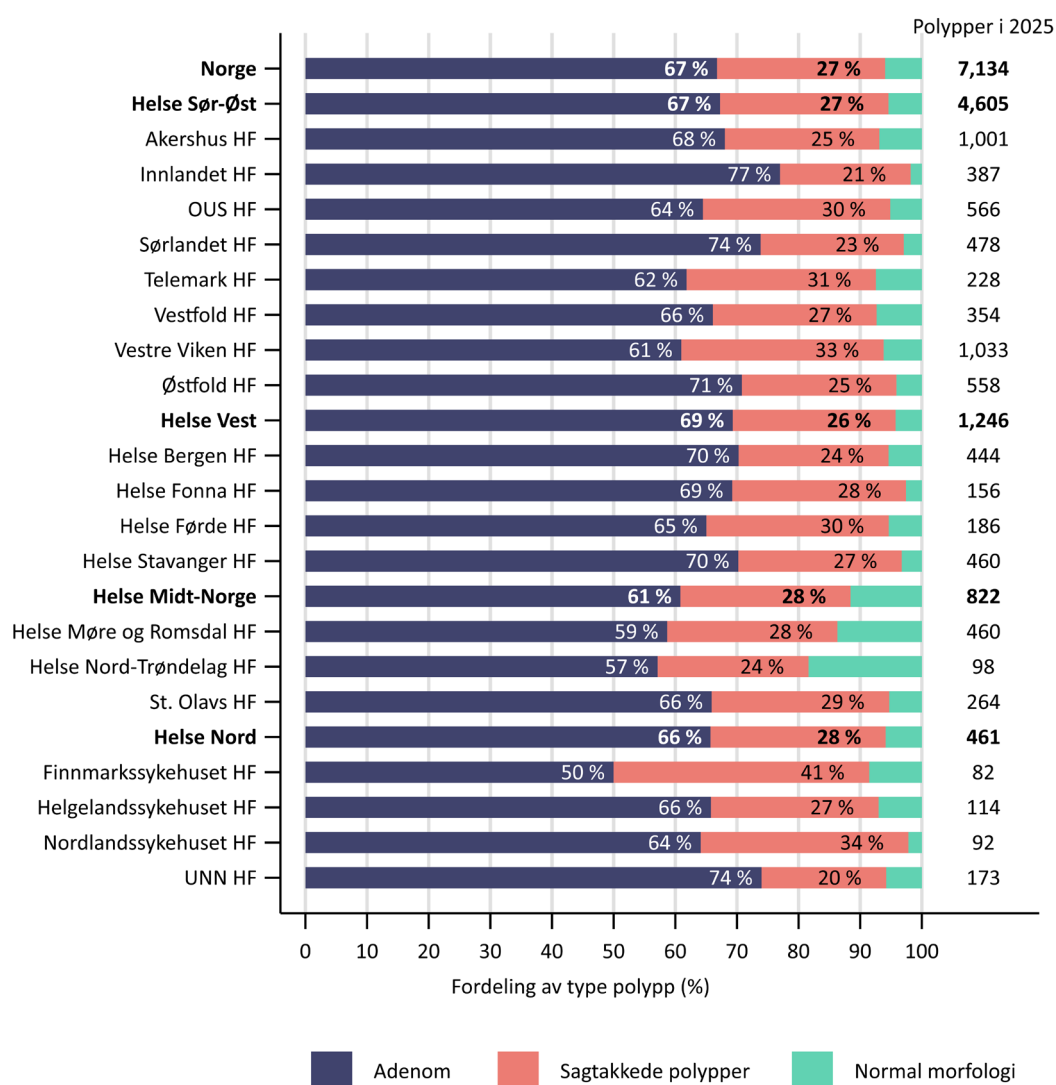
Figur 16. Svartider for vevsprøver uten klinisk mistanke om kreft i 2024 og 2025. Andel rekvisisjoner som ble besvart innen tre uker. Måltall $\geq$ 80 %.

3.5.3 Fordeling av type benigne polypper

Det finnes to hovedkategorier av epiteliale polypper i tykktarmen: adenomer og sagtakkede polypper (engelsk: *serrated polyps*). Sistnevnte omfatter hyperplastiske polypper, bredbasede sagtakkede lesjoner og tradisjonelle sagtakkede adenomer. Det finnes ingen klare retningslinjer for forventet fordeling av de ulike typene benigne polypper. Det er likevel nyttig å sammenligne fordelingen mellom helseforetak og regioner.

I 2025 var 67 % av polyppene klassifisert som adenomer og 27 % som sagtakkede. Fordelingen var relativt lik mellom helseregionene, men med større variasjon mellom enkelte helseforetak.

Variasjonen kan skyldes forskjeller i histopatologisk vurdering, deteksjons- og reseksjonsrater og befolkningsgrunnlag. Helseforetak som skiller seg tydelig fra landsgjennomsnittet og de øvrige foretakene, bør gjennomgå de diagnostiske kriteriene lokalt og vurdere kalibrering mot andre avdelinger.



Figur 17. Fordeling av type benigne polypper. Fordeling av histologiske diagnoser i kategoriene adenomer, sagtakkede polypper og normal morfologi for polypper fjernet i 2025. Ingen måltall.

3.6 Pasientrapporterte tilbakemeldinger etter koloskopi

For at et kreftscreeningprogram skal ha ønsket effekt, må tilbudet ha tilstrekkelig oppslutning i målgruppen. Deltakernes erfaringer kan også påvirke andres valg om å delta.

Deltakernes tilbakemeldinger er derfor et viktig grunnlag for løpende kvalitetsforbedring av screeningtilbudet. Deltakere som gjennomfører koloskopi i Tarmscreeningprogrammet, får tilsendt elektroniske spørreskjemaer fra Kreftregisteret én dag og 30 dager etter undersøkelsen.

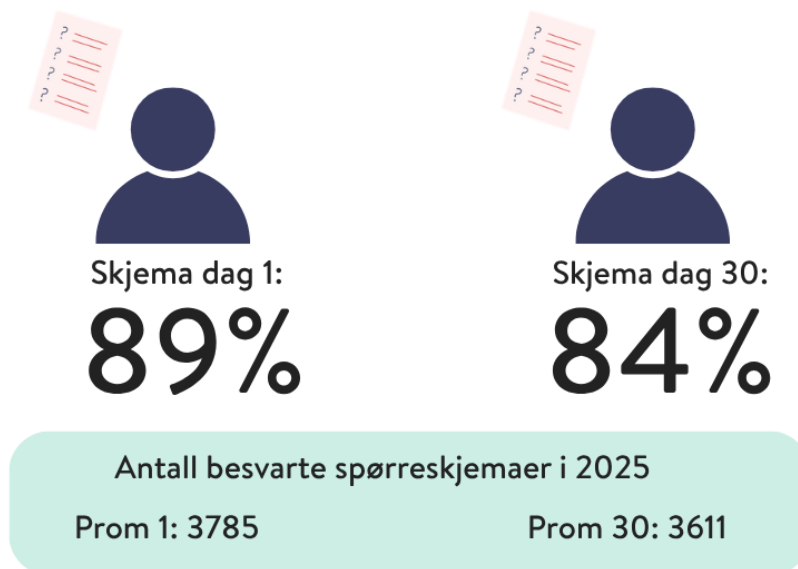
3.6.1 Andel besvarte tilbakemeldingsskjemaer

Spørreskjemaet som sendes dagen etter undersøkelsen, inneholder blant annet spørsmål om smerter ved koloskopien. Skjemaet som sendes etter 30 dager, omhandler komplikasjoner og konsekvenser. Høy svarprosent er viktig for å sikre et representativt grunnlag for kvalitetsforbedring av screeningtilbudet.

Ved alle helseforetak lå svarprosenten for begge skjemaene klart over måltallet på 70 %. De nasjonale resultatene vises i figur 18.

Screeningsentrene anbefales å informere deltakerne om at de vil motta elektroniske spørreskjemaer én dag og 30 dager etter koloskopien. De fleste mottar skjemaene på Helsenorge og varsles gjennom sin foretrukne kanal.

Svarprosent spørreskjema dag 1 og 30 etter koloskopi



Figur 18. Svarprosent for pasienttilbakemeldingsskjemaene PROM1 og PROM30 etter koloskopi utført i 2025. Måltall $\geq 70\%$.

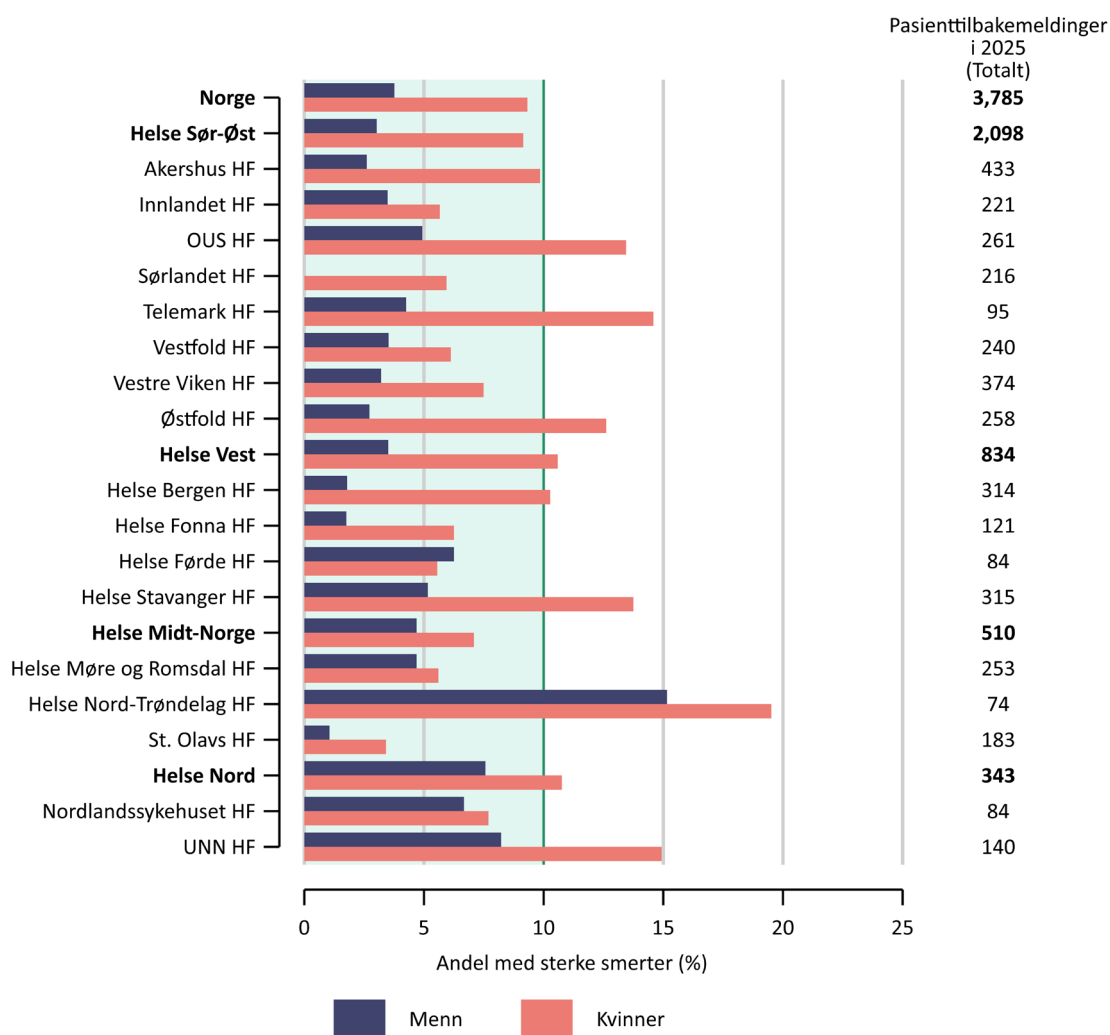
3.6.2 Sterke smerter ved koloskopi

Smerteopplevelse ved koloskopi kan ha betydning for programmets omdømme og aksept i befolkningen. God skopørteknikk, strukturert opplæring og adekvat bruk av analgesi og sedasjon er derfor viktig.

I PROM1 angir deltakerne om de opplevde smerter ved koloskopien, med svaralternativene «Nei», «Ja, litt», «Middels» og «Ja, svært».

Antallet pasienttilbakemeldinger økte betydelig fra 2024 til 2025 og gir dermed et mer robust datagrunnlag. På landsbasis var resultatene relativt stabile, og både kvinner og menn var innenfor måltallet på under 10 % sterke smerter. Andelen var likevel mer enn dobbelt så høy blant kvinner som blant menn, og resultatene varierte betydelig mellom helseforetakene. Ved Sørlandet HF rapporterte ingen menn sterke smerter.

Helseforetak som ligger over akseptabelt nivå, anbefales å følge opp resultatene i egen avdeling og sammenholde dem med resultater fra Gastronet på både foretaks- og skopørnivå.



Figur 19. Sterke smerter ved koloskopi. Andel deltakere som i PROM1 rapporterte at koloskopien utført i 2025 var svært smertefull. Måltall < 10 %.

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 årsrapporten ble gjort 14. september 2026. Alle statistiske analyser ble utført i Stata versjon 19.5. For alle indikatorer er det brukt deskriptiv statistikk, presentert som antall og andeler. Som hovedregel kreves minst 50 observasjoner i nevneren før resultater publiseres, i tråd med programmets praksis for å sikre robuste resultater og ivareta konfidensialiteten. For tilbaketrekningstid er grensen satt til 30 fordi indikatoren er begrenset til diagnostiske koloskopier uten biopsi. For sterke smerter er grensen satt til minst 30 pasienttilbakemeldinger per kjønn.

Definisjoner av indikatorer

Deltakelse

Ved invitasjon til iFOBT-screening mottar deltakerne først informasjon via Helsenorge. Omtrent to uker senere mottar de utstyr til avføringsprøve (prøvesett). Ved manglende deltakelse innen seks uker sendes en påminnelse.

Deltakelse registreres når avføringsprøven er sendt til laboratoriet ved Akershus universitetssykehus HF og analysert. Enkelte prøver blir analysert, men gir et ugyldig resultat, for eksempel fordi prøverøret har gått ut på dato. Dette utløser utsendelse av et nytt prøvesett. Slike prøver inngår likevel i beregningen.

Beregning av deltakelsesrate:

- **Nevner:** Antall personer som har fått tilsendt prøvesett i 2025.
- **Teller:** Antall personer som sendte inn en prøve som ble analysert innen seks måneder (183 dager) etter utsendelse av prøvesettet.

Indikatoren måler deltakelsen i programmet. Resultatene presenteres etter 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.

Beregning av positivitetsrate:

- **Nevner:** Antall personer som har fått minst én prøve analysert i 2025.
- **Teller:** Antall personer som har fått en henvisning til koloskopi på grunn av en positiv prøve i 2025.

Indikatoren måler andelen positive iFOBT-tester.

Koloskopi innen seks måneder

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

Beregning av andelen koloskopert innen seks måneder:

- **Nevner:** Antall personer som har fått henvisning til koloskopi i 2025.
- **Teller:** Antall personer som fikk utført koloskopi innen seks måneder (183 dager) etter at henvisningen ble sendt i 2025. Beregningen bygger på mottatt koloskopimelding eller bekreftelse fra sykehuset på at koloskopien er utført.

Indikatoren måler andelen 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.

Beregning av andel med adekvat tarmtømming:

- **Nevner:** Antall koloskopier utført i 2025 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 2025 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 ileocøkalclaffen, 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 polyppektrøll. Slike undersøkelser regnes ikke med i denne kvalitetsindikatoren.

Utrekning for cøkumintubasjonsrate:

- **Nevner:** Antall koloskopier utført i 2025 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 2025 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.

Utrekning for tilbaketrekningstid:

- **Nevner:** Antall diagnostiske koloskopier utført i 2025 hvor cøkum ble nådd.
- **Teller:** Antall diagnostiske koloskopier utført i 2025 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 bygger på patologimeldinger merket som screening. Patologisvarene kodes manuelt i Kreftregisteret. Opplysninger fra histologiske undersøkelser etter den første screeningkoloskopien kan inngå dersom diagnosen med stor sannsynlighet er stilt som ledd i screeningforløpet. For å inngå i beregningen må Kreftregisteret ha mottatt minst én koloskopimelding for deltakeren. Det må også foreligge enten en patologimelding koblet til en koloskopimelding eller en patologimelding merket som screening.

Utrekning av adenomdeteksjonsrater:

- **Nevner:** Antall deltakere med første koloskopi i 2025.
- **Teller:** Antall deltakere med første koloskopi i 2025 som fikk påvist minst ett adenom.

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

Kreftdeteksjonsrate

Med kreft menes i denne sammenhengen adenokarsinom i kolon eller rektum påvist i Tarmscreeningprogrammet. For å inngå i beregningen må Kreftregisteret ha mottatt minst én koloskopimelding for deltakeren. Det må også foreligge enten en patologimelding koblet til en koloskopimelding, en patologimelding merket som screening eller et sykdomstilfelle diagnostisert innen seks måneder etter koloskopien.

Beregning av kreftdeteksjonsrate:

- **Nevner:** Antall deltakere med første koloskopi i 2025.
- **Teller:** Antall deltakere med første koloskopi i 2025 som fikk diagnostisert adenokarsinom innen seks måneder (183 dager) etter indekskoloskopen.

Indikatoren måler andelen deltakere som får påvist 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.

Utgregning av andel vevsprøver til histologisk vurdering:

- **Nevner:** Antall lesjoner som ble komplett (eller usikkert komplett) fjernet under koloskopier i 2025.
- **Teller:** Antall lesjoner som ble komplett (eller usikkert komplett) fjernet under koloskopier i 2025 og sendt til patolog for histologisk vurdering.

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

Svartid for 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/hasteprobe.

Utgregning av andel med forventet svartid blant rutineprøver:

- **Nevner:** Antall patologimeldinger for koloskopier utført i 2025 (uten mistenkt kreft).
- **Teller:** Antall patologisvar mottatt innen 21 dager etter koloskopi utført i 2025 (uten mistenkt kreft).

Indikatoren måler hvorvidt patologene svarer ut prøver innen anbefalt tidsramme.

Fordeling av histologiske diagnoser for benigne polypper

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.

Beregning av fordelingen av histologiske diagnoser for benigne polypper:

- **Nevner:** Totalt antall benigne polypper klassifisert i disse tre kategoriene i 2025.

- **Teller:** Antall polypper fjernet i 2025, klassifisert som «adenom», «sagtakket polypp» eller «normal morfologi».

Indikatoren viser fordelingen mellom typene 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 2025 hvor PROM1 var tilgjengelig.
- **Teller:** Antall koloskopier i 2025 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 rettslige grunnlag og tekniske løsning som PROM1 og er basert på samtykke. Skjemaet gjøres tilgjengelig via ePROM-løsningen, med invitasjon på Helsenorge 30 dager etter koloskopien, dersom koloskopimeldingen er mottatt innen 40 dager etter undersøkelsen.

Utrekning av svarrate for PROM30:

- **Nevner:** Antall koloskopier i 2025 hvor PROM30 var tilgjengelig.
- **Teller:** Antall koloskopier i 2025 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 svaralternativene «Nei», «Ja, litt», «Middels» og «Ja, svært».

Beregning av andelen med sterke smerter:

- **Nevner:** Antall koloskopier i 2025 hvor PROM1 er besvart.
- **Teller:** Antall koloskopier i 2025 hvor deltaker rapporterte at koloskopien var svært smertefull på PROM1.

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

Sedasjon & analgesi

Opplysninger om bruk av sedasjon og analgesi registreres i koloskopimeldingen.

Utgregning av andel koloskopier med sedasjon eller analgesi:

- **Nevner:** Antall koloskopier i 2025.
- **Teller:** Antall koloskopier i 2025 der det er registrert bruk av alfentanil, fentanyl, midazolam, petidin eller propofol, eller det er oppgitt at pasienten fikk narkose eller dyp sedasjon.

Indikatoren måler omfanget av bruk av sedasjon og/eller analgesi.

Prekvalifiserte skopører

For å bli prekvalifisert må skopøren ha utført minst 300 koloskopier og 50 polypektomier, ha dokumentert polyppdeteksjonsrate eller adenomdeteksjonsrate $\geq 25\%$, cøkumintubasjonsrate $\geq 90\%$ og en andel koloskopier med rapporterte sterke smerter $< 15\%$. Skopøren må også ha gjennomført og bestått Tarmscreeningprogrammets e-læringskurs. Ansvarlig leder ved helseforetaket melder inn hvilke skopører som oppfyller kravene. Kravene er nærmere beskrevet i kapittel 9 i kvalitetsmanualen.

Utgregning av andel prekvalifiserte skopører:

- **Nevner:** Antall koloskopier i 2025.
- **Teller:** Antall koloskopier i 2025 utført av en skopør som helseforetaket/screeningsenter har meldt inn som prekvalifisert.

Indikatoren måler andelen koloskopier som er utført av skopører som er meldt inn som oppfyller programmets krav til prekvalifisering.

Referanser

- Iqbal, N., S. Bhargava, S. Hofvind, K. S. Farah, Ø Holme, E. Botteri, and P. Berstad. 2026. 'Effect of reminder phone calls in the language of origin on colorectal cancer screening participation among immigrants in Norway: a randomised controlled trial', *Lancet Reg Health Eur*, 63: 101648.
- Jørgensen, S. F., S. H. Njor, A. Nevala, B. Pålsson, K. R. Randel, I. Ágústsson Á, T. Sarkeala, A. L. Schult, R. Svernlöv, and H. Birgisson. 2025. 'Nordic colorectal cancer screening programmes: A comparison of organization, operation, and quality indicators', *Eur J Cancer*, 222: 115444.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
September 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no