

Tester som kan skade

KRONIKK

KRISTIN FOSHAUG INGVALDSEN

krisfing@stud.ntnu.no

Kristin Foshaug Ingvaldsen er medisinstudent ved NTNU, Levanger og deltaker i Legeforeningens prosjekt Studenter for kloke valg.

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

Som medisinstudent undres jeg over hvor lite vi lærer om skadevirkningene som oppstår når vi forsøker å hjelpe.

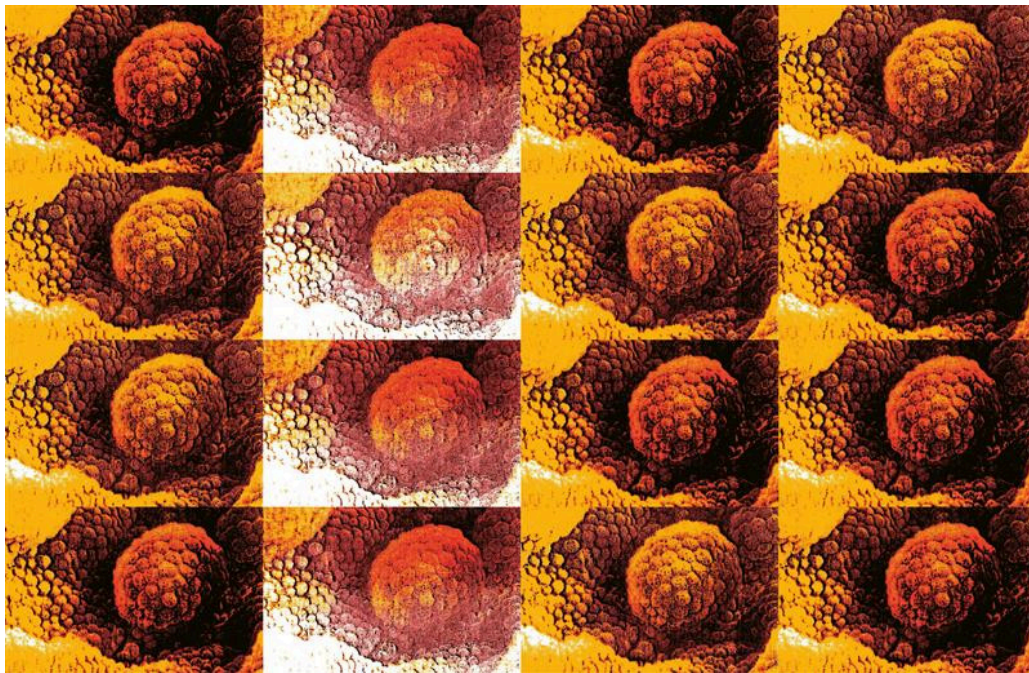


Foto: Science Photo Library / NTB. Illustrasjon av Tidsskriftet

I Norge tas det hvert år omtrent en halv million PSA-tester, som måler nivået av prostataspesifikt antigen (PSA), ofte på friske menn uten symptomer (1). Uten et nasjonalt screeningprogram har praksisen utviklet seg til et eksperiment med usikker gevinst og reell risiko for skade. Jeg har selv møtt pasienter henvist til urolog for kontroll av lavgradig prostatakreft, oppdaget via PSA-test hos fastlegen. Pasientene følges opp i årevis uten å motta behandling fordi sykdommen er så mild at aktiv

behandling ikke har dokumentert effekt. Oppfølgingen er ressurskrevende og kan skape bekymring hos pasienten. Slike møter har fått meg til å stille spørsmålet: Hva utsetter vi asymptomatiske menn for når vi velger å teste dem?

PSA som screening

Helsedirektoratet har utarbeidet noen prinsipper for hva en god screeningtest er (2). Man bør kun screene for sykdommer som utgjør et viktig helseproblem, og som har et kjent forløp med en gjenkjennbar asymptomatisk fase som kan fanges opp med en relativt enkel test. Testen man bruker til screening bør være sikker og presis, og metoden skal være akseptabel for gruppen man tester. Det må også være tydelig hvilke testresultater som skal anses som positive, og hvordan pasientene med positiv test skal følges opp. Behandlingen må ha dokumentert effekt og gi bedre resultat ved tidlig oppstart. Effekten av screeningen skal være å redusere sykdomsspesifikk mortalitet eller sykkelighet, og helsegevinsten må være større enn ulempene.

Prostatakreft er den vanligste kreftformen hos menn og står for omtrent 16 % av kreftrelaterte dødsfall blant menn i Norge (3). Det er estimert at omtrent hver åttende mann i Norge vil få diagnosen prostatakreft innen fylte 75 år (3). Derfor ville det vært særdeles nyttig å utvikle screeningverktøy som kan redusere morbiditet og sykdomsspesifikk mortalitet.

PSA-verdien er ofte økt ved prostatakreft, også i en tidlig asymptomatisk fase av sykdommen, og det er nettopp det som er bakgrunnen for PSA-screening (1). Samtidig er tolkning av PSA vanskelig, ettersom en normal PSA-verdi kan ses ved prostatakreft, mens en forhøyet PSA-verdi også kan ses ved andre tilstander enn kreft, som benign prostatahyperplasi (BPH), infeksjoner og betennelse i prostata. Det finnes heller ikke en spesifisert grenseverdi for når man skal henviser en asymptomatisk pasient videre på grunnlag av en PSA-test. Dette gjør det vanskelig å bedømme hvor høy PSA-verdien bør være for at pasienten skal henvises videre til MR eller biopsi.

I en studie ble det vist at menn som ble screenet med én enkelt PSA-test, hadde høyere forekomst av prostatakreft sammenliknet med en kontrollgruppe som ikke ble screenet (4). Samtidig så man at en overvekt av krefttilfellene som ble fanget opp i screeninggruppen, var tumorer med lavt malignitetspotensial, vurdert ved histopatologisk undersøkelse, det vil si Gleason-skår ≤ 6 . Etter ti års oppfølging var det heller ingen forskjell i total dødelighet blant mennene som ble screenet, sammenliknet med kontrollgruppen. Det var derfor ikke tydelige holdepunkter for at enkeltstående PSA-tester reduserer den generelle mortaliteten i screeninggruppen. Tvert imot økte antallet prostatakreftdiagnoser, og dermed også antallet pasienter som må følges opp og eventuelt behandles.

Samtidig viste en studie fra 2019 at PSA-screening kan redusere sykdomsspesifikk mortalitet ved langvarig oppfølging (5). Ulempen er at det er estimert at 570 menn må screenes og 18 menn må få diagnosen prostatakreft for å forhindre ett sykdomsassosiert dødsfall over en 16-års periode med gjentatte PSA-tester. Dermed må veldig mange screenes for at det skal være fordelaktig for noen få. Andre studier viser imidlertid ingen forskjell i total mortalitet og at dødeligheten av andre årsaker faktisk øker blant

menn som har fått diagnosen prostatakreft i screeninggruppen (6). Dette kan skyldes at man ved screening oppdager mange lavgradige svulster med lav risiko for dødelig utgang, uansett hvordan det følges opp (7).

Overdiagnostikk og overbehandling

Overdiagnostikk innebærer funn av sykdom som aldri ville blitt klinisk relevant. PSA-screening kan redusere forekomsten av avansert sykdom, men fører også til at mange friske menn får påvist kreft som aldri kommer til å bli behandlingskrevende (7).

Ulempen ved å fange opp flere tilfeller av prostatakreft er at det øker andelen som skal følges opp eller behandles, noe som er ressurskrevende.

All behandling som ikke gir noen helsegevinst for pasienten, kalles overbehandling, og det er en naturlig konsekvens ved overdiagnostikk. Overbehandling kan medføre bivirkninger, komplikasjoner og unødvendig belastning for pasienten. Konsekvensene av behandling for prostatakreft avhenger av behandlingsstrategi, men kan inkludere urininkontinens, nokturni, seksuell dysfunksjon, fekal inkontinens, blodig avføring eller løs avføring (8). Noen får kun forbigående plager, mens andre får vedvarende plager som forverres med tiden.

«Å utsette friske menn for en test med usikker nytte og reell risiko for skade gjør det nødvendig å stille spørsmål ved om dette er en legitim maktutøvelse»

Etter å ha satt meg inn i konsekvensene av PSA-testing, virker det som om nytten for mange ikke står i forhold til risikoen de utsettes for. Dette reiser noen etiske spørsmål knyttet til balansen mellom nytte og skade, samt individ og samfunn.

Etiske utfordringer

PSA-screening aktualiserer etiske dilemmaer knyttet til folkehelseiltak generelt. Screening er et folkehelseiltak, og folkehelse handler om befolkningen som helhet. Selv om slike tiltak er ment å redusere sykkelighet og dødelighet på befolkningsnivå, er det enkeltindivider som bærer de fysiske og psykiske byrdene (9, s. 161). Det etiske spørsmålet blir dermed om det er rett å påføre friske mennesker slike belastninger hvis gevinstene som oppnås på gruppenivå er små.

Råd og tiltak fra helsemyndigheter tas gjerne på alvor av pasientene, og den tilliten gir oss som helsepersonell en form for makt. Derfor er det viktig at vi forvalter den makten på en måte som ikke påfører pasientene unødig skade (9, s. 163). PSA-testing uten nasjonale anbefalinger, såkalt villscreening, gjør at det i dag er opp til den enkelte lege å avgjøre om testen skal tilbys. Å utsette friske menn for en test med usikker nytte og reell risiko for skade gjør det nødvendig å stille spørsmål ved om dette er en legitim maktutøvelse. Manglende forankring i retningslinjer svekker også det etiske grunnlaget.

Rettferdig prioritering

Når vi som helsepersonell vurderer å tilby tiltak som PSA-testing, må vi også se det i lys av hvilke ressurser vi har til rådighet. Det utvikles stadig nye diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmuligheter, og det er et press fra pasientene, pasientorganisasjoner, media og fagmiljøer om å tilby mest mulig til flest mulig (9, s. 170). Likevel har det norske helsevesenet begrenset kapasitet. Helsetjenesten skal ivareta stadig flere syke og behandlingstrengende, og med en eldrebølge på dørstokken blir det enda viktigere å prioritere de pasientene som har størst nytte av helsehjelpen.

«Som medisinstudent kjenner jeg på at unge leger arver noen utfordringer som burde vært håndtert på systemnivå. Hvordan skal jeg som fremtidig lege klare å prioritere riktig?»

Helsegapet er forskjellen mellom hvor mye utredning og behandling helsevesenet teoretisk sett kan tilby, og hvor mye som er bærekraftig å tilby for å sikre gode tilbud i tiden fremover (9, s. 170). Helsegapet øker, noe som betyr at leger må begrense utredning og behandling, slik at man ikke sløser med helseressursene. Det krever faglig skjønn og erfaring, men også at vi som fagmiljø tar stilling til hva som bør prioriteres. Som medisinstudent kjenner jeg på at unge leger arver noen utfordringer som burde vært håndtert på systemnivå. Hvordan skal jeg som fremtidig lege klare å prioritere riktig?

I en stortingsmelding ble det foreslått noen prinsipper for rettferdig prioritering i helsevesenet, som nettopp skal hjelpe oss i slike vurderinger (10). Her vektlegges nytten av utredning og behandling, ressursbruken knyttet til tiltaket samt alvorlighetsgraden av diagnosen. Dette innebærer at man må balansere byrden på helsevesenet med pasientens behov, for å komme frem til tiltak som gir nødvendig helsehjelp til enkeltpasienter og pasientgrupper uten å sløse med ressurser. Dette er likevel ikke enkelt å omsette i praksis. Selv om man lærer grunnprinsippene for prioritering på medisinstudiet, opplever jeg at det er vanskelig å vite hvordan disse prinsippene faktisk skal anvendes i møte med pasienter. Hva betyr det i praksis å prioritere riktig?

Noe av svaret ligger i å forstå at prioritering skjer på alle nivåer i helsetjenesten, både på systemnivå og i helt konkrete beslutninger i hverdagen til helsepersonell (9, s. 171). Som lege i allmennpraksis har man et stort ansvar, både som portvakt inn til spesialisthelsetjenesten og som den som bestemmer hvilke diagnostiske verktøy og behandlingstiltak som tas i bruk. Det er her prioritering skjer i praksis: i valget om man skal utrede videre eller ikke, i vurderingen av hvor stor nytte en test har og i forståelsen av hva et prøveresultat faktisk vil bety for videre oppfølging.

Hvorfor er det så vanskelig å si nei?

Selv med prioriteringsprinsippene i ryggen kan det være utfordrende å stå i konkrete situasjoner der en pasient ber om en undersøkelse legen er usikker på om er til pasientens beste. I eksempelet med PSA-testing har man lite støtte i retningslinjene. I dagens norske retningslinjer anbefales det at asymptomatiske menn kan tilbys testen dersom de selv ønsker det, men avgjørelsen bør tas i samråd med lege etter at pasienten har fått informasjon om fordeler og ulemper [\(3\)](#).

Dette gir liten faglig støtte i situasjoner der det ikke er en utvetydig klinisk indikasjon for testingen. Ansvar legges i stor grad over på pasientene, som ofte allerede har en klar formening om at de ønsker å ta testen når de møter legen. Mange er påvirket av erfaringer fra bekjente, medieoppslag eller kommersielle aktører som har økonomisk interesse i å promotere slike tester [\(1\)](#). Dette kan prege pasientens syn og gjøre det vanskelig for legen å få gjennomslag for faglige vurderinger.

«Svaret på når man skal bruke PSA-testing ligger mellom alltid og aldri, og det finnes nok ikke ett entydig svar»

Funn fra en studie viste at mange fastleger opplever usikkerhet knyttet til når de skal teste, tolkning av prøvesvarene og når pasienten skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten [\(1\)](#). Denne usikkerheten kan gjøre det enda vanskeligere å si nei til å ta en PSA-test under press fra pasient og pårørende [\(9, s. 173\)](#). De fleste leger ønsker å gjøre det som er best for pasienten, og det kan være vanskelig å vurdere hva som er best i en slik situasjon. Ofte er det enklere og raskere å bare si ja. Dette blir gjerne en større utfordring for uerfarne leger.

Tør å la være

Valgene som tas i primærhelsetjenesten, påvirker både pasientenes liv og bærekraften i helsevesenet. Dette gjelder ikke bare PSA-testing, men diagnostikk og behandling generelt. Svaret på når man skal bruke PSA-testing ligger mellom alltid og aldri, og det finnes nok ikke ett entydig svar. Når retningslinjene er utydelige og bygger på klinisk skjønn, bærer legen og pasienten et stort ansvar for vanskelige beslutninger. Dette er særlig utfordrende for uerfarne leger. Derfor bør medisinstudenter og unge leger bevisstgjøres om konsekvensene av valgene de tar. Hvis vi skal unngå unødvendig testing, må vi utdanne leger som ikke bare kan diagnostisere, men som også tør å la være.

LITTERATUR

1. Thorsen O, Viste E, Lid TG et al. General practitioners' reflections on using PSA for diagnosis of prostate cancer. A qualitative study. Scand J Prim Health Care 2022; 40: 123–8. [PubMed][CrossRef]

2. Helsedirektoratet. Screeningprogram for kreft.
<https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/diagnose-og-behandling/kreft/screeningprogram-for-kreft#screeningkriterier> Lest 6.10.2025.
3. Helsedirektoratet. Prostatakreft – handlingsprogram.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/prostatakreft-handlingsprogram/markorer/bruk-av-psa> Lest 6.10.2025.
4. Martin RM, Donovan JL, Turner EL et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2018; 319: 883–95. [PubMed][CrossRef]
5. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol* 2019; 76: 43–51. [PubMed][CrossRef]
6. Booth N, Rissanen P, Tammela TLJ et al. Cost-effectiveness analysis of PSA-based mass screening: Evidence from a randomised controlled trial combined with register data. *PLoS One* 2019; 14: e0224479. [PubMed][CrossRef]
7. Gandaglia G, Albers P, Abrahamsson P-A et al. Structured Population-based Prostate-specific Antigen Screening for Prostate Cancer: The European Association of Urology Position in 2019. *Eur Urol* 2019; 76: 142–50. [PubMed][CrossRef]
8. Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA et al. Patient-Reported Outcomes 12 Years after Localized Prostate Cancer Treatment. *NEJM Evid* 2023; 2: a2300018. [PubMed][CrossRef]
9. Magelssen M, Førde R, Lillemoen L et al. *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2020.
10. Helsedirektoratet. Nytte, ressurs og alvorlighet.
<https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/organisering-og-tjenestetilbud/prioritering-i-helsetjenesten/nytte-ressurs-og-alvorlighet> Lest 30.9.2025.

Publisert: 30. oktober 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0506

Mottatt 21.8.2025, første revisjon innsendt 5.10.2025, godkjent 6.10.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. juli 2026.