
PSA-testen må brukes smartere

KOMMENTAR

VIKTOR BERGE

bergeviktor@gmail.com

Viktor Berge er overlege og professor ved urologisk avdeling, OUS.

CHRISTIAN BEISLAND

Ingen av forfatterne har oppgitt noen interessekonflikter.

Bjerklund Johansen og Zahl omtalte nylig i Tidsskriftet den britiske Protect-studien ([1, 2](#)), der tre metoder (kirurgi, strålebehandling og aktiv overvåkning (AO)) for behandling av prostatakreft ble sammenlignet og der man etter 15 års oppfølging ikke fant statistisk signifikant forskjell i dødelighet mellom gruppene. Vi hadde gleden av å være tilstede da professor Hamdy startet sin presentasjon av studien med å si at den ikke gjelder pasienter diagnostisert med aggressiv høyrisiko prostatakreft. Og dette er et viktig poeng: Protect-studien inkluderte primært pasienter med lavrisiko prostatakreft samt ca. 30 % med intermediær risiko.

Mye er endret i håndteringen av prostatakreft siden studien startet i 1999, og mange av lærdommene fra studien med hensyn til lav og intermediær risiko er allerede innarbeidet i dagens prostatakreftbehandling. Data fra Norsk prostatakreftregister viser at aktiv overvåkning gjennomføres hos 80 % i lavrisikogruppen ([3](#)). Pasienter med intermediær risiko tilbys i økende grad også aktiv overvåkning (over 20 %).

Protect-studien er en unik studie der den viktigste lærdommen er at pasienter må informeres om den gode prognosen ved prostatakreft med intermediær risiko. Denne pasientgruppen har god tid på seg til å velge behandlingsmetode. Dette bør få konsekvenser for tidsfristene i Pakkeforløp for prostatakreft. I dag er de unødvendig korte, noe som stresser både helsevesen og pasient. Vi trenger mer forskning for bedre å identifisere letal prostatakreft slik at målrettet persontilpasset behandling kan starte så tidlig som mulig.

Bjerklund Johansen og Zahl ønsker å innskrenke legers rett til å rekvirere PSA-tester. Vi tror at dagens testpraksis i stedet bør endres. EU-kommisjonen foreslo i 2022 bruk av PSA som screeningverktøy i organiserte

risikostratifiserte programmer. Sverige ruller for tiden ut organisert prostatakref testing (4). En arbeidsgruppe i Norsk Urologisk Forening har vurdert om Norge burde gjøre det samme (5). Deres konklusjon er at det bør «etableres en nasjonal, tverrfaglig ekspertgruppe som vil jobbe for å frembringe mer kunnskap om kost-nytte av organisert prostatakref testing i Norge, blant annet gjennom implementering av regionale pilot-prosjekter». Dette er et initiativ vi støtter og som vi tror kan redusere forbruket av PSA-tester i Norge.

REFERENCES

1. Bjerklund Johansen TE, Zahl PH. Er det bedre å ikke utføre PSA-test? Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143. doi: 10.4045/tidsskr.23.0248. [CrossRef]
2. Hamdy FC, Donovan JL, Lane JA et al. Fifteen-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. N Engl J Med 2023; 388: 1547–58. [PubMed][CrossRef]
3. Haug ES, Myklebust TÅ, Juliebø-Jones P et al. Impact of prebiopsy MRI on prostate cancer staging: Results from the Norwegian Prostate Cancer Registry. BJUI Compass 2023; 4: 331–8. [PubMed][CrossRef]
4. Alterbeck M, Järbur E, Thimansson E et al. Designing and Implementing a Population-based Organised Prostate Cancer Testing Programme. Eur Urol Focus 2022; 8: 1568–74. [PubMed][CrossRef]
5. Den norske legeforening. Organisert prostatakref testing. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/Norsk-urologisk-forening/aktuelt/otp/> Lest 26.6.2023.

Publisert: 4. september 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0528
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. mars 2026.