

# Formidling av kunnskapsbasert informasjon om PSA-test og prostatakreft til leger

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Vi beskriver evaluering av et informasjonstiltak for å formidle kunnskapsbasert informasjon om prostata-spesifikt antigen (PSA) og prostatakreft til allmennpraktiserende leger, urologer og pasienter. Dokumentasjonsgrunnlaget er ni systematiske oversikter som viser at det ikke er dokumentert at screening, tidlig diagnostikk og behandling av prostatakreft reduserer dødelighet og sykkelighet eller gir bedre livskvalitet for pasienter med prostatakreft. Antall PSA-analyser fra 1996–99 økte med 47 %, med store fylkesvise variasjoner i bruk av PSA-testen.

**Materiale og metode.** Informasjon om PSA og prostatakreft ble sendt til 4 100 allmennpraktiserende leger og spesialister i urologi i mars 2001, det ble også utformet informasjonsbrosjyre for pasienter. Informasjonstiltaket ble evaluert ved en spørreundersøkelse til de samme allmennleger og urologer i april 2002.

**Resultater.** Undersøkelsen viste store forskjeller mellom allmennleger og urologer. Blant allmennleger var kun 13 % uenige i informasjonen, mens 66 % av urologene var uenige i den faglige argumentasjonen og mente at brosjyrene var uberettiget negativ til nytten av tidlig diagnostikk ved prostatakreft. Dette gjenspeiles også i praksis, der 87 % av allmennlegene og 33 % av urologene oppgav at de praktiserte i henhold til anbefalingene.

**Konklusjon.** Formidling av kunnskapsbasert informasjon om PSA og prostatakreft ble verdsatt av allmennlegene, hadde gjennomslagskraft og medvirket til innsikt i en vanskelig og kontroversiell problemstilling.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Inger N. Norderhaug\***

[inger.norderhaug@kunnskapssenteret.no](mailto:inger.norderhaug@kunnskapssenteret.no)

**Torbjørn Wisløff\***

Senter for medisinsk metodevurdering  
SINTEF Helse

**Sophie Fosså**

Seksjon for langtidsstudier  
Fagområde klinisk forskning  
Det Norske Radiumhospitalet

**Sverre Sandberg**

Laboratorium for klinisk biokjemi  
Haukeland Universitetssykehus

**Kjeld Malde**

Skolegaten legesenter  
Grimstad

**Frode Forland**

Avdeling for retningslinjer, prioritering og kvalitet  
Sosial- og helsedirektoratet

**Olav Helge Førde**

Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø

\* Nåværende adresse:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 4004 St. Olavs plass  
0130 Oslo

Innføring av blodprøven prostata-spesifikt antigen (PSA) i 1980-årene åpnet muligheten for tidlig diagnostikk av prostatakreft. Teoretisk kunne man forvente at tidlig påvisning og behandling av prostatakreft ville bedre leveutsiktene, men i praksis er dette ikke dokumentert (1, 2). I Norge diagnostiseres rundt 3 000 nye tilfeller av prostatakreft hvert år, hvilket utgjør 26 % av nye krefttilfeller blant menn (3). Behandling av prostatakreft påfører pasientene betydelige bivirkninger (impotens og inkontinens). Det er derfor mulig at presymptomatisk diagnostikk av prostatakreft gjør mer skade enn nytte, spesielt fordi kreften hos mange menn ikke utvikles til en livstruende sykdom. Det foreligger ikke data fra nyere enkeltpublikasjoner som rokker ved disse konklusjonene, og det diskuteres hvorvidt pågående kliniske studier vil kunne svare på spørsmålet (4).

Samtidig har norske undersøkelser vist at legene av og til tar PSA-testen på friske menn (5), og at leger og pasienter ønsket mer informasjon om prostatakreft (6). Dette var grunnlaget for at Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) inviterte til et samarbeid med Den norske lægeforening, Statens helsetilsyn, Den Norske Kreftforening, Norsk Urologisk Cancer Gruppe og

Norsk Pasientforening for å utvikle og formidle informasjon om PSA-test og prostatakreft til allmennleger, urologer og pasienter (7). Formålet med denne undersøkelsen har vært å evaluere legenes bruk av og holdninger til kunnskapsbasert informasjon om PSA og prostatakreft.

## Metode

### Informasjonstiltak

Kunnskapsgrunnlaget for informasjonstiltaket var ni systematiske oversikter om screening for prostatakreft, vurdert av en norsk ekspertgruppe med bakgrunn i urologi, onkologi og epidemiologi (1). Hovedkonklusjonene ble sammenfattet i en brosjyre for leger og en for pasienter. Informasjonsmaterialet ble sendt 4 100 allmennleger og urologer i mars 2001. Arrangører av konferanser og seminarer ble tilbudt foredrag om temaet. Brosjyrene er også presentert i Norsk elektronisk legehåndbok.

### Kartlegging av antall PSA-tester ved norske laboratorier

I samarbeid med NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) ble antall PSA-analyser i 1996 og 1999 innhentet fra alle norske laboratorier (100 %), med separate data for inneliggende, polikliniske og eksterne pasienter samt pasientenes fylkestilhørighet. For å beregne fylkesvise testrater for 1996 og 1999 ble fylkesvise data innhentet fra Statistisk sentralbyrå for 1996 og 1999 på antall menn > 40 år. Samvariasjon mellom kreftinsidens og PSA-testrate ble analysert ved data fra Kreftregisteret for 1999 med Pearsons korrelasjon.

### Evaluering

Et spørreskjema ble utarbeidet for å kartlegge allmennlegers og urologers synspunkter på og bruk av informasjonsmaterialet.



## Hovedbudskap

- Det er betydelig faglig uenighet mellom allmennleger og urologer om PSA-testing av friske menn
- Allmennleger er mer restriktive enn urologer til PSA-testing av friske menn
- Ni av ti allmennleger og en av tre urologer praktiserte i henhold til anbefalingene om ikke å ta PSA-test på friske menn

**Tabell 1** Allmennlegers og urologers svar på fire hovedpunkter i informasjonsmaterialet, om dette var kjent eller ukjent, om de var enige eller uenige og i hvilken grad de informerer og diskuterer med pasientene

	Kjent	Enig	Informerer
Mange menn kan ha prostatakreft uten å være klar over det og vil kunne leve lenge med kreften uten at den utvikler seg til klinisk signifikant sykdom.			
Informasjon: Oppfølging uten behandling er et adekvat tilbud for menn med prostatakreft uten symptomer			
Allmennleger	98	98	52
Urologer	100 <sup>1</sup>	89 <sup>1</sup>	57
Det er ikke vist at tidlig diagnostikk av prostatakreft påvirker dødelighet eller endrer sykdomsforløpet			
Allmennleger	77	82	63
Urologer	95 <sup>1</sup>	49 <sup>1</sup>	33 <sup>1</sup>
PSA-testen er ingen god markør for prostatakreft. Avhengig av alder vil de fleste som har positiv prøve ikke ha klinisk signifikant prostatakreft			
Allmennleger	78	86	82
Urologer	91 <sup>1</sup>	41 <sup>1</sup>	92
Behandling av prostatakreft påfører mange pasienter betydelige bivirkninger. De fleste blir impotente og noen blir inkontinente			
Allmennleger	93	92	67
Urologer	98 <sup>1</sup>	62 <sup>1</sup>	69

<sup>1</sup> p < 0,05 for allmennleger versus urologer

Hovedelementene var:

- I hvilken grad er legen enig i anbefalingen om at PSA-testen ikke bør tas på friske menn? Dersom testen likevel tas, skal legen gi informasjon om konsekvenser?
- I hvilken grad har informasjonen hatt betydning for kunnskapen om prostatakreft og for bruk av PSA-testen.

4 100 spørreskjemaer med informasjonsbrosjyre, et anbefalingsbrev fra Legeforeningens generalsekretær og frankert svarkonvolutt ble sendt til alle allmennpraktiserende

leger og spesialister i urologi som var medlemmer i Legeforeningen, i april 2002 med svarfrist i juni 2002.

**Analyse av besvarelsene**

Returnerte spørreskjemaer ble skannet (Capture data A.S.) og overført til en SPSS-datafil. Skjemaene ble også gjennomgått manuelt for å registrere kommentarer fra legene. Vi fikk 1 699 besvarelser (42 %), 249 ble ekskludert fra analysene fordi legen ikke husket å ha mottatt informasjonsmappen i 2001, eller fordi svarskjemaet var ufullstent

dig utfylt. Grunnet utgjorde 1450 besvarelser (35 %), 561 var fra allmenn- eller bedriftsleger i hoved- eller bistilling, 838 fra spesialister i allmenntilleg og 51 fra spesialister i urologi.

Gruppen allmennleger omfattet alle som oppgav at de var allmenn- eller bedriftslege i hoved- eller bistilling. Andel som har svart på spørsmålene er analysert både ut fra totalt antall allmennleger eller urologer jf. kriteriene ovenfor, og som andel av dem som har svart på det aktuelle spørsmålet. Dette gir noe ulike tallverdier, men ikke signifikant forskjellige resultater.

De statistiske analysene for sammenlikning mellom gruppene ble gjennomført ved khikvadrattest.

**Resultater**

Fra 1996 til 1999 økte antall PSA-analyser i Norge fra 168 000 til 247 000, en økning på 47%. Denne økning ble observert i alle landets fylker, men med betydelig variasjon (fig 1). Aust-Agder, Oslo, Rogaland og Vest-Agder hadde testrater signifikant over landsgjennomsnittet både i 1996 og 1999, mens Telemark og Finnmark hadde testrater signifikant under landsgjennomsnittet. Fylkesvise testrater i 1999 viste høy korrelasjon med insidens av prostatakreft i 1999 i hvert fylke (Pearsons korrelasjon r = 0,730, p = 0,000, N = 19).

Vi fikk svar fra 1 699 (41 %) av totalt 4 100 allmennpraktiserende leger og urologer. Andel spesialister i allmenntilleg og urologer er den samme i besvarelsene (57 %) som i Legeforeningens statistikk (56 %) per 11.9.2001 for yrkesaktive spesialister under 70 år. De 51 urologene som inngår i analysene, utgjorde 48 % av spesialistene i urologi i Norge.

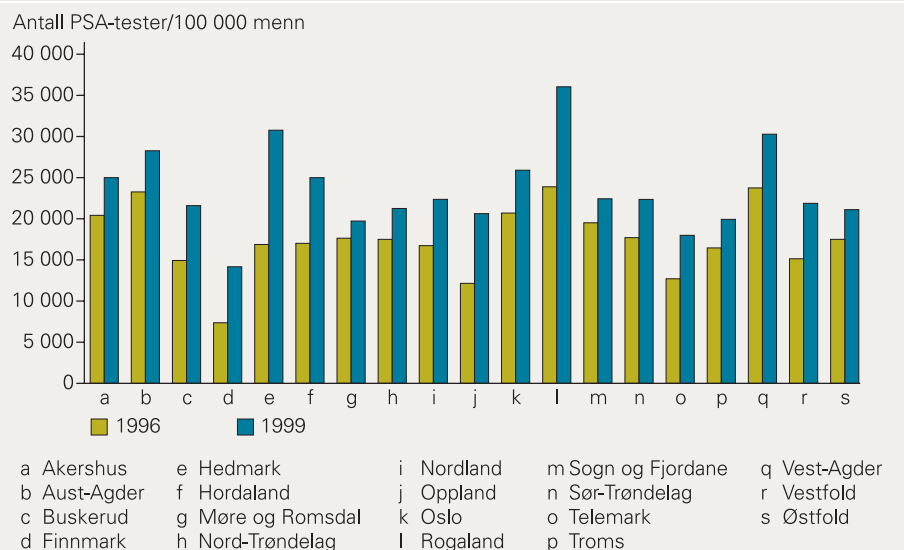
Det var klart flere allmennleger (91 %) enn urologer (61 %) som var enig i hovedbudskapet «PSA-testen skal ikke tas på friske menn. Dersom testen likevel skal tas, skal legen gi informasjon om mulige konsekvenser» (p < 0,001).

Informasjonstiltaket har hatt «litt eller stor betydning» for kunnskap om prostatakreft for 87 % av legene, og var mer viktig for allmennleger (88 %) enn for urologer (24 %) (p < 0,001).

Argumentene mot screening for prostatakreft i brosjyren er gjengitt i tabell 1, som også viser hvordan legene har svart på om dette var kjent eller ny kunnskap, om de var enig eller uenig i argumentene, og om problemstillingen blir diskutert med pasienten. Det var særlig nytten av tidlig diagnostikk og PSA-testens egenskaper som skilte allmennleger og urologer (tab 1). Færre allmennleger var kjent med denne kunnskapen, samtidig var de mer enige i argumentene enn urologene. Undersøkelsen viser også at det var uenighet om disse spørsmålene blant urologene.

Legens kunnskap skal komme pasientene til gode både i form av kunnskapsbasert praksis og i form av relevant informasjon. Vi

**Figur 1**



Fylkesvise rater av antall PSA-tester/100 000 menn over 40 år i 1996 og 1999. Gjennomsnittlig ble det i 1996 analysert 17 307 PSA-tester/100 000 menn (95 % konfidensintervall 15314–19300), og i 1999 23 336 PSA-tester/100 000 menn (95 % konfidensintervall 20864–25807)

**Tabell 2** Informasjonstiltakets betydning for klinisk praksis

	Allmenn- leger (%)	Urolo- ger (%)
Følger anbefalingene	87	33 <sup>1</sup>
Tidligere praksis i samsvar	53	28 <sup>1</sup>
Praksis endret	34	6 <sup>1</sup>
Uenig i anbefalingene	6	28 <sup>1</sup>
Informasjonen var utilstrekkelig	3	29

<sup>1</sup> p < 0,000 for allmennleger versus urologer

viser at informasjonen som gis til pasientene varierer med legens bakgrunn. Flere allmennleger (63 %) enn urologer (33 %) informerte sine pasienter om at det ikke er vist at tidlig påvisning av prostatakreft bedrer sykdomsforløpet (tab 1). Flere urologer (92 %) enn allmennleger (82 %) informerte sine pasienter om at PSA-testen ikke er en spesifikk kreftprøve (tab 1). Nær 70 % av legene, både allmennleger og urologer, informerte om bivirkninger forbundet med eventuell behandling av prostatakreft.

Denne undersøkelsen viser også at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom legens kunnskap og hvilken informasjon som gis til pasientene (tab 1).

Begrunnelser for ikke å diskutere med pasientene var mangel på tid (6 %), at pasientene ikke er interessert (6 %), vanskelig problemstilling (9 %) eller at pasientene ikke har behov for informasjon (4 %).

For å vurdere om informasjonsmateriellet har påvirket bruk av PSA-testen ble legene bedt om å beskrive sin praksis. 87 % av allmennlegene og 33 % av urologene praktiserte i samsvar med anbefalingene (tab 2). For 34 % av allmennlegene og 6 % av urologene hadde informasjonen medvirket til endring av praksis. 8 % av allmennlegene og 59 % av urologene var uenig i anbefalingene eller mente at informasjonen var utilstrekkelig for bruk i klinisk sammenheng (tab 2).

## Diskusjon

Problemstillingen tidlig diagnostikk av prostatakreft har vært kontroversiell i Norge og internasjonalt (8, 9). Dette fremkommer også i denne undersøkelse. Det er uenighet og ulik praksis mellom allmennleger og urologer. Blant allmennleger var det få som var uenig i informasjonen, mens mange urologer var uenige i argumentasjonen og mente at brosjyrene var uberettiget negativ til nytten av tidlig diagnostikk ved prostatakreft. Samtidig påpekte flere allmennleger problemene ved å ha en annen oppfatning enn spesialistene som de skal henvise pasientene til, for senere å følge opp de samme pasientene.

Til sammen oppgav 87 % av legene at informasjonen hadde hatt betydning for deres kunnskap om prostatakreft, og for 34 % av

allmennlegene hadde dette ført til endringer i klinisk praksis. Dette viser at det har vært et behov for informasjon om gjeldende kunnskapsstatus og at informasjonen har hatt betydning for allmennlegene.

Våre anbefalinger og retningslinjer fra internasjonale organisasjoner understreker viktigheten av at legen informerer og diskuterer problemstillingen med pasienten før prøven tas (10–12). Det er en utfordring både for allmennleger og urologer å gi god informasjon om tidlig diagnostikk, behandlingsrelaterte bivirkninger og alternativer til radikal behandling av prostatakreft. Denne undersøkelsen viser at dette er aspekter som legene kan bli flinkere til å diskutere med sine pasienter. Videre fremkommer det at pasientene vil kunne få ulik og motstridende informasjon fra f.eks. sin fastlege og fra spesialister i urologi. For urologene kan dette reflektere uenighet til argumentet, mens det for allmennlegene trolig er andre årsaker som påvirker pasientinformasjonen. Det er et problem enten det er faglig uenighet eller andre årsaker som medfører at pasientene ikke får informasjon i kontroversielle problemstillinger. Ifølge helsepersonelloven har legen plikt til å gi informasjon om nytte, risiko og bivirkninger også ved diagnostiske metoder. Videre har pasienten rett til medbestemmelse og samtykke ifølge pasientrettighetsloven. Legens informasjon er derfor en forutsetning for at pasienten skal kunne benytte seg av sin lovbestemte rett.

En tilsvarende evaluering blant allmennleger i England viste at 81 % var enige i at PSA-screening ikke bør gjennomføres for prostatakreft, 10 % hevdet at informasjonen hadde påvirket deres praksis, mens 9 % fortsatte å ta testen på asymptotiske menn (13).

Internasjonalt er det ingen land som har innført screeningsprogrammer for prostatakreft. Likevel har bruken av PSA-testen økt betydelig i løpet av 1990-årene (14, 15). Dette gjenspeiles også i norsk praksis, med en økning på 47 % fra 1996 til 1999. Vår undersøkelse viste store regionale variasjoner i bruken av PSA-testen. Det kan være flere årsaker til denne variasjonen, men fravær av veiledning på nasjonal basis har gitt rom for lokale anbefalinger. I Aust-Agder ble det i 1994 gitt anbefalinger om at alle menn over 50 år bør ta testen, mens det i Telemark ikke har vært gitt slike anbefalinger. Forskjellen i testrate (PSA) er påfallende mellom disse nabofylkene.

Det er en svakhet at kun 41 % av legene som fikk spørreskjemaet, har svart. Selv om vi ikke har indikasjon på responderseleksjon, kan undersøkelsen ikke uten videre generaliseres utover denne populasjonen. Respondergruppen utgjør likevel en betydelig andel av de praktiserende legene innen allmennmedisin og urologi. I en tilsvarende undersøkelse, med én purring, var svarprosenten 51 (16). Som en del av implementeringsstrategien ble dette vurdert opp mot nytten ved å gjennomføre en landsbasert

oppfølging ved å gjenta informasjonen ett år etter førsteutsendelse av brosjyrene. Til tross for disse svakheter viser vår undersøkelse at 41 % av allmennlegene og 48 % av urologene har tatt seg tid til å vurdere informasjonen, reflektere over den og besvare spørreundersøkelsen.

*Prosjektet er finansiert med midler fra Den norske lægeforenings kvalitetssikringsfond I. Vi takker Ivar S. Kristiansen og Lise Lund Håheim ved Senter for medisinsk metodevurdering for verdifulle diskusjoner i forbindelse med dette arbeidet.*

## Litteratur

1. Myhre K, Fosså SD, Bjerkund Johansen T et al. Screening for prostatakreft. SMM-rapport nr. 3/1999. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 1999: 1–31.
2. Schersten T, Baile M, Asua J et al. Prostate cancer screening: evidence synthesis and update statements of findings. INAHTA joint project. Vitoria-Gasteiz: Dpt. of health Basque Government, 1999. <http://inahta.org> (15.4.2004).
3. Hansen S, Langballe E, Norstein J et al. Kreft i Norge 2000. Oslo: Kreftregisteret 2001; 1–91.
4. Fosså SD, Eri LM, Skovlund E et al. No randomised trial of prostate-cancer screening in Norway. *Lancet Oncol* 2001; 2: 741–5.
5. Fosså S, Eri L. Norske legers rutiner for opportunistisk screening for prostatakreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3572–6.
6. Skovlund E, Fosså SD. PSA-analyser i tre norske fylker i 1999. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2539–41.
7. Norderhaug IN, Sandberg S, Fosså SD et al. Health technology assessment and implications for clinical practice: the case of prostate cancer screening. *Scand J Clin Lab Invest* 2003; 63: 331–8.
8. SMM med stalinistiske metoder. *Legekonst* 2002; 11: 38–9.
9. Wilt TJ. Clarifying uncertainty regarding detection and treatment of early-stage prostate cancer. *Semin Urol Oncol* 2002; 20: 10–7.
10. American Cancer Society. [www.cancer.org/eprise/main/docroot/CRI/content/CRI\\_2\\_2\\_3X\\_How\\_is\\_prostate\\_cancer\\_found\\_36?sitearea=CRI](http://www.cancer.org/eprise/main/docroot/CRI/content/CRI_2_2_3X_How_is_prostate_cancer_found_36?sitearea=CRI) (15.4.2004).
11. American Urological Association. [https://shop.auanet.org/timssnet/products/guidelines/patient\\_guides/prostate\\_awareness.pdf](https://shop.auanet.org/timssnet/products/guidelines/patient_guides/prostate_awareness.pdf) (15.4.2004).
12. US Preventive Services Task force. [www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfprca.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfprca.htm) (15.4.2004).
13. Kalsi GS, Rajaratnam G, Bridgman SA. Primary care perspective of prostate cancer screening after national guidance: a questionnaire survey. *J Med Screen* 2000; 7: 116–7.
14. Melia J, Moss S. Survey of the rate of PSA testing in general practice. *Br J Cancer* 2001; 85: 656–7.
15. Richter F, Dudley AW jr., Irwin RJ jr. et al. Are we ordering too many PSA tests? Prostate cancer diagnosis and PSA screening patterns for a single Veterans Affairs Medical Center. *J Cancer Educ* 2001; 16: 38–41.
16. Frøtheim A, Havelrud K, Flottorp S et al. Påvirker takster og refusjonsregler praksis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 795–6.