

Webbinarium

Är det dags att införa ett nationellt screeningprogram för prostatacancer – och hur gör vi det på bästa sätt?

Göteborg 19 maj 2025



Paneldeltagare:

- Magnus Klang, ordförande för Prostatacancerförbundet
- Håkan Florin, ordförande Prostatacancerföreningen i Värmland
- Ola Bratt, professor i klinisk cancerepidemiologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Göteborgs universitet
- Ingela Franck Lissbrant, överläkare vid onkologkliniken, Hallands sjukhus
- Kjell Ivarsson, nationell cancersamordnare vid Sveriges Kommuner och Regioner
- Mina Abbasi, projektledare inom bland annat screeningfrågor på Socialstyrelsen
- Janette Olsson (S), ordförande i strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden, region Västra Götaland

Moderator:

- Jonas Edström, medlem i All.Can Sveriges styrgrupp och Patient Partner på Roche

Den 19 maj samlades representanter från vården, politiken, myndigheter och patientföreträdare i Göteborg till ett webinarium arrangerat av All.Can. Syftet med mötet var att diskutera möjligheter, utmaningar och framtidsutsikter kring införandet av ett nationellt screeningprogram för prostatacancer i Sverige. Seminariet bjöd på såväl fakta som starka personliga vittnesmål, och mynnade ut i ett tydligt budskap: screening är inte en fråga "om", utan "när och hur".

En sjukdom som angår alla män

Jonas Edström, moderator för mötet, inledde samtalet med att hälsa alla välkomna och berätta syftet med mötet – att presentera hur planerna för prostatacancerscreening ser ut i Sverige i dag och vad fördelarna respektive utmaningarna är med ett sådant program. Jonas gav sedan ordet till Ola Bratt, professor i klinisk cancerepidemiologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Göteborgs universitet, som fick inleda seminariet med att illustrera utvecklingen och utmaningarna.

Ola: "Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancersjukdom och den ledande cancerrelaterade dödsorsaken hos män. Över 11 000 fall diagnostiseras årligen och omkring 2 200 män avlider varje år. En av 20 svenska män dör av prostatacancer. Vi har blivit mycket bättre på att hitta farlig cancer – men vi har fortfarande inte evidens nog för ett nationellt screeningprogram."

Ola visade hur PSA-testning i början av 1990-talet ledde till en kraftig ökning av nya fall av prostatacancer. En stor del av ökningen var överdiagnostik och överbehandling, eftersom många av de upptäckta tumörerna aldrig skulle ha gett symtom.

Ola beskrev hur vården i dag genomgår ett paradigmskifte inom testningen, där magnetkameraundersökning (MR) numera används i första linjen för män med ett högt PSA, vilket minskar behovet av vävnadsprov med upp till 50 %. Kompletterande tester - Stockholm3 och andra – gör det möjligt att individualisera riskbedömningar. Samt att aktiv övervakning av lågriskcancer har blivit rutin, vilket minskar onödiga ingrepp.

Ola: "För första gången kan vi säga att vi hittar mest farlig cancer, inte bara cancer över lag. Men vi behöver data från långtidsstudier – hur fungerar modern diagnostik vid upprepade testning?"

Sedan Socialstyrelsen 2018 avstod från att rekommendera nationell screening, har 18 regioner infört organiserad prostatacancer-testning (OPT). OPT erbjuder män mellan 50–75 år strukturerad information och möjlighet att ta PSA-test med uppföljning enligt ett fastställt schema.

Ola: "OPT gör testningen jämlik, effektiv och lärande. Vi registrerar varje test, varje MR, varje vävnadsprov. Det här är ett nationellt kvalitetslaboratorium."

Han uttryckte också hopp om framtiden som avslutning på sin presentation.

Ola: "Vi har kämpat i motlut, stenig väg, regn i ansiktet, dimma. Vi har inte vetat vart vi ska. Nu står vi på toppen av berget. Det är vandring, solen skiner. Vi vet vart vi ska. Där framme är målet, havet, där väntar glass och drinkar. Men det är fortfarande ganska lång väg att gå. Och det kan vara så att vi stöter på hinder på vägen ner. Men vi vet vart vi ska och vi är övertygade om att vi kommer dit."

Från överlevare till aktivist

Efter Olas presentation lämnades ordet över till Håkan Florin, patientrepresentant och ordförande i Prostatacancerföreningen i Värmland. Han inledde med en gripande personlig berättelse.

Håkan: "Jag skulle få ett nytt recept på en blodtrycksmedicin, men läkaren ville även ta ett blodprov. Det räddade mitt liv. Utan det PSA-provet hade jag varit död 2019. Nu är jag friskförklarad sedan 2024"

Håkan berättade vidare om hur Värmland gått före med ett praktiskt screeningliknande program, där män får en förifylld remiss och själva kan bestämma när de vill ta sitt PSA-prov. All bedömning sker sedan via en central PSA-enhet, inte via vårdcentraler. Resultat följs även upp – dödligheten i Värmland har sjunkit till rikssnittet.

Håkan: "Det ligger en remiss och väntar på dig. Du får gå dit när det passar dig. Alla får tågbiljetten. Sen får man själv bestämma om man kliver på tåget. Det gäller ju även för mammografin"

För Håkan är en viktig poäng med upplägget i Värmland att vårdcentralerna har kopplats bort. Allt sköts i stället ifrån urologimottagningen och alla bedöms av professionen.

Han betonade också vikten av att nå alla män – även utrikesfödda.

Håkan: "Jag möter män som inte ens vet vad prostatacancer är. De lever jättefarligt. Många kvinnor frågar oss också varför det inte finns screening för män, när vi har det för bröstcancer?"

Ett land, men olika vård

Samtliga deltagare deltog i paneldiskussionen. Där framkom både konsensus och konfliktytor. Enigheten var dock bred om att Sverige är på väg mot ett nationellt screeningprogram, men att det kräver noggrann planering, resurser och fortsatt forskning.

Magnus Klang, ordförande för Prostatacancerförbundet lyfte att när Sverige började göra PSA-testning så gick dödstalen ner. Detta berodde inte bara på PSA-testningen utan det berodde även på andra faktorer såsom bättre diagnostik, bättre operationer, bättre strålning.

Magnus: "Införs screening nationellt så är min uppfattning att vi kan rädda 800–1 000 liv per år."

Han poängterade även att socioekonomiska faktorer påverkar deltagande i OPT och gav som förslag att använda kallelser (inte bara inbjudningar) för att öka deltagande. Han lyfte även att vi måste fortsätta med OPT i väntan på nationellt beslut.

Ingela Franck Lissbrant tog vid genom att konstatera att det idag är mannens postnummer och kunskapsnivå som avgör om man får sitt PSA-test eller inte.

Ingela: "Vi ska inte underskatta vilken påverkan ett screeningprogram kan ha på hela vårdkedjan. I dag är prostatacancervården alltför fragmenterad – med långa väntetider, ojämlig tillgång till behandling och variation i kvalitet. Om vi jämför med bröstcancervården, som är betydligt mer koordinerad och effektiv, så kan man åtminstone misstänka att screeningprogrammet där har spelat en viktig roll. Vi har nu en unik möjlighet att ställa krav på att både screening- och vårdansvariga samverkar, så att vi inte bygger två parallella system – utan en sömlös, patientcentrerad vårdkedja.

På frågan om att det är två regioner av våra 21 regioner som inte har infört OPT ville Kjell Ivarsson, nationell cancersamordnare vid Sveriges Kommuner och Regioner, börja med att vända på frågan.

Kjell: "Det finns flera utmaningar med screening men jag tycker det är fantastiskt att 18 av 21 regioner har infört OPT. Vi kan erbjuda väldigt mycket men vi måste också få våra invånare att ta emot tågbiljetten som Håkan nämnde. Vi måste väga in alla perspektiv."

Jonas vände sig till Mina Abbasi, projektledare på Socialstyrelsen, och menade att hon i sin roll har makt att påverka situationen. Mina svarade att Socialstyrelsen har en modell och en gedigen process inför införandet av nationella screeningprogram och att man alltid måste överväga om hälsovinster överväger nackdelarna.

Mina: "Vi vrider och vänder på varje sten när vi utreder våra screeningprogram. Man måste förstå att all screening kan göra skada. 2018, med det kunskapsläge som fanns då, så skulle det leda till överbehandling och överdiagnostik. Jag tror att vi snart är i ett nytt kunskapsläge. När resultaten kommer från de piloter som kommer publiceras under hösten eller kanske lite senare så är det dags för Socialstyrelsen att ta ett omtag och göra en översyn av screeningprogrammet."

Janette Olsson, ordförande i strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden i VGR fick frågan hur situationen ser ut i Västra Götaland.

Janette: Vi ligger verkligen i framkant. Vi var tidiga med det här, även med politiska beslut, så det har stöttats hela vägen. Men vi inväntar det kunskapsläge som Socialstyrelsen kräver och vi behöver följa det för att kunna sätta i gång med ett screeningprogram.

Frågan lyftes om det kanske kan räcka med OPT, att ett nationellt screeningprogram inte behövs om alla regioner inför OPT. Det tillbakavisades av Ola.

Ola: "Med ett nationellt screeningprogram har vi tydliga riktlinjer, det är så screeningen ska bedrivas. Man har nationell styrning som man kan hänvisa till. Om vi fortsätter regionalt i tio år till, då kommer det att se väldigt olika ut i regionerna."

Panelen var eniga i att ett nationellt program ökar legitimiteten. I ett screeningprogram går det även att skicka påminnelser, till skillnad från OPT som är ett erbjudande.

Ola: "Det finns en tyngd i ett nationellt program. Vi kan påminna, vi kan samordna. Vi vet att kvinnor kallas till screening för bröstcancer. För cellprovtagning. Det är en tyngd i det, och det skickar en signal att det inte finns ett screeningprogram för prostatacancer. Jag säger att den dagen kommer. För det är en tidsfråga."

Ola poängterade även att det med ett nationellt screeningprogram innebär en stor vinst i form av frigjorda resurser för primärvården. En stor del av det arbete som i dag sköts på vårdcentralerna, som kallelser och brevutskick, kommer i stället skötas centralt.

På frågan varför en del män tackar nej till att delta svarar Håkan att kommunikation är avgörande, att informationen måste vara balanserad och förståelig.

Håkan: "När man läste de här första broschyrerna från Socialstyrelsen, så var de fruktansvärt skrивna. Alla får erektionsproblem och nästan alla får urinläckage. Det var ju skrämselfpropaganda."

Mina: "Jag tycker inte att Socialstyrelsen håller på med propaganda på det sättet. Men det är väldigt viktigt för oss att man ska säga att det här är frivilligt. Och det är vanligt folk där ute som ska ta ett beslut. Så vi ska hjälpa dem att ta det beslutet. Då ska informationen vara lättbegriplig, och att man på ett neutralt sätt beskriver fördelarna, nackdelarna och vad det innebär med själva testen."

Håkan: "Du beskriver att man kan få urinläckage och erektionsproblem men du kan vinna livet också. Det stod inte i den broschyren, jag läste i alla fall."

Diskussionen gled in på behovet av nivåstrukturer, där vissa sjukhus får specialisera sig på kirurgi.

Kjell: "Vi behöver ständigt arbeta med kvalitet. Även med patientenkäter, de vi kallar PREM och PROM, som då återkopplar både erfarenhet och utfall av de behandlingar som görs."

Ola beskrev dagens svaghet: "Vad vi är dåliga på i Sverige, det är att åtgärda de skillnader som påvisas. Vi mäter mycket, men vi agerar inte på resultaten. Det är vår svaghet."

Håkan uttryckte en patients frustration: "Det är klart jag vill veta vem som ska operera mig. Kan du det här jobbet?"

Magnus beskrev hur han fick välja kirurg via en informell fråga: "Jag frågade läkaren vem som skulle operera mig. Han sa att du kommer in i operationsschemat, att det blir någon av mina kollegor här på kliniken. Jag sa att jag gärna ville veta och frågade: Om det hade varit din son eller din far eller du själv som skulle opereras, vem av dina kollegor skulle du be om hjälp av? Då sa han ett namn och då sa jag att det namnet blir jättebra för mig."

Panelen uttryckte oro för att vissa regioner fortfarande står utanför. Janette påpekade vikten av långsiktig finansiering och att vården måste klara att ta emot ett ökat antal patienter: "Vi måste ha flerårsplaner, annars blir det undanträngningseffekter och köer."

Både Ola och Ingela framhöll att Sverige är världsledande med OPT och att internationella ögon riktas mot oss.

Ola: "Det är bara två länder i världen som rekommenderar screening för prostatacancer. Det ena är Litauen och det andra är Mexico. Men det är faktiskt inget land i världen som har en bra screening för prostatacancer. 2022 rekommenderade EU för första gången att man ska utvärdera screening för prostatacancer. Vi är nu de som har kommit längst i världen. Vår organiserade testning får otroligt mycket uppmärksamhet."

Ingela: "Det OPT-arbete som ni nu har gjort nu är världsledande. Vi har en gyllene chans att sätta Sverige på kartan."

Det diskuterades även framtida möjligheter med hemtester, snabbare MR, och användning av precisionsmedicin.

Kjell: "Hade vi inte haft MR så hade vi fått en utmaning i resurser och väntetider. Och tekniken är enormt drivande just nu."

Janette lyfte behovet av flerårsplanering: "Annars blir det bara långa vårdköer och frustration."

Panelen lyfte vikten av patientdelaktighet när screeningprogrammet ska omsättas i verkligheten.

Ola: Patientmedverkan är lite svårare när det är ett screeningprogram. För vi har inga patienter. Det är inte de screeningprogrammet riktar sig till. Det är till män. De allra flesta som berörs av ett screeningprogram, de gör inte mer än lämna ett PSA-prov. De är aldrig patienter, de är bara män. Och det är svårt att informera om för- och nackdelar på ett bra sätt. Inte skrämman bort, men inte heller locka på ett sätt som inte är realistiskt. Men även det jobbar vi med.

Ingela: Kommunikation är helt avgörande. Män med prostatacancer har tidigare varit män utan prostatacancer – tills de tog sitt PSA-test och livet förändrades. Jag möter många av dem varje vecka på på mottagningen, och min erfarenhet är att de inte bara ser sin egen situation, utan också kan reflektera över helheten: för- och nackdelar med

testning, risk för över- och underdiagnostik, och konsekvenserna av behandling. Därför borde det vara självklart att lyssna till deras erfarenheter och ta in deras perspektiv när vi utformar hur erbjudandet ska se ut - och i hur screeningprogrammet faktiskt utformas.

Enighet om målet – olika vägar dit

Slutbudskapet från hela panelen var tydligt - Sverige har ett unikt läge att bli först i världen med ett evidensbaserat, rättvist och effektivt screeningprogram för prostatacancer. Men man varnade för att ett för snabbt införande utan rätt kapacitet och resurser kan slå fel.

Jonas ställde en sista fråga till panelen: "Vad är det som krävs för att ett screeningprogram ska kunna bli verklighet inom några år?"

Ola inledde: "OPT är det som banat väg. Jag tror att det tar åtta år innan vi har täckning i hela Sverige. Hade vi börjat från noll hade det tagit 10–15 år från den dag Socialstyrelsen rekommenderar screening."

Håkan svarade att åtta år är en evighet och uppmanade alla att flytta till Värmland: "Där blir ni omhändertagna så som alla män borde bli, och som jag hävdar är görbart."

Ingela hyllade det arbete som Ola och kollegorna gjort och som banat väg för att det kommer gå fortare än det annars skulle ha gjort: "Nationell struktur, lokal styrning och ständig kvalitetsjustering – det är framgångsreceptet. Men, vi måste också ha kapacitet att göra hela vårdkedjan sömlös: från test, till diagnos, till behandling."

Mina: "Det finns utmaningar och framgångsfaktorer som är gemensamma för alla screeningprogram. Det som har varit positivt med OPT är att man har banat vägen med kvalitetsregister och vårdprogram. Det vi också måste tänka på är MR-resurser, urologutbildning och undanträngningseffekter."

Kjell lyfte det arbete som gjorts och görs ute i regionerna: "Man har gjort ett systematiskt arbete, lärt sig och också lagt på olika delar. Det har varit ett väldigt stort lärande mellan regionerna. Det är en väldigt stor framgång."

Magnus höll med men lade också till: "Då är det ju inte bra att vissa regioner avvaktar. Vi vill att alla regioner är med och gör ganska så lika så vi inte får jättestora nationella skillnader för det är ju besvärande."

Jonas tackade alla i panelen för deras deltagande med de avslutande orden: "Vi kommer inte få ett beslut imorgon om att det kommer att bli prostatacancerscreening i Sverige. Men mycket är på gång och vi ska göra vad vi kan för att skynda på processerna."