

Underlag om organiserad prostatacancertestning till regionala beslutsfattare



Förslag till beslut – mandat, arbetsgrupp och tidsplan

Fredrik Döberl, ersättare

Styrelsemöte 19–20 augusti 2026

Bilaga: Plan – underlag till regionala beslutsfattare om organiserad prostatacancertestning

Läget efter DN-debatten

26 juli

DN Debatt

Hans-Olov Adami och Sven Britton ifrågasätter den grundläggande nyttan med organiserad tidig upptäckt av cancer.

Slutet av juli

Gemensam replik

Prostatacancerförbundet och Bröstcancerförbundet skriver ihop och skickar in ett svar på principiell nivå.

31 juli

DN sa nej

Repliken avvisades. DN publicerar repliker endast när enskilda personer pekas ut — och artikeln pekade inte ut någon.

Kritiken står obesvarad — och den står obesvarad just hos dem som beslutar om utbyggnaden.

Deras slutsats är ett regionalt budgetargument

UR DN-ARTIKELN

”Överblivna resurser kunde till exempel användas för tidig upptäckt och behandling av fetma och psykisk ohälsa hos unga.”

Det är inte ett vetenskapligt argument.

1

Regionerna beslutar

Hälso- och sjukvårdsnämnderna avgör om OPT byggs ut — och de prioriterar i budget. Vår bedömning: det är där artikeln får verkan.

2

Obesvarad i praktiken

DN avvisade repliken 31 juli. Såvitt vi känner till har artikeln inte bemötts i någon kanal med motsvarande genomslag.

3

Underlaget finns redan

Faktamaterialet är framtaget och kontrollerat mot primärstudierna.

Detta är inte ett enstaka utspel

Samma tes har drivits i fem år, av delvis samma personer och med samma studie som grund.

2021	DN Debatt	Adami replikerar tre cancerexperter: "Cancerscreeningens nytta är kraftigt överskattad".
2023	SvD Debatt	Adami, Bretthauer och Kalager lanserar sin metaanalys i JAMA Internal Medicine. Olof Akre, professor i urologi vid Karolinska Institutet, replikerar — Adami får slutrepliken.
2025	Läkartidningen	Gunnar Akner för tesen vidare och pekar ut patientföreningar som en källa till jäv.
2026	DN Debatt	Adami och Britton. Vår replik avvisas — artikeln pekade inte ut någon.

**Han får sista ordet varje gång — och när artikeln är skriven tillräckligt generellt finns ingen replikrätt alls.
Därför behöver vi en egen kanal till beslutsfattarna.**

Vi pekas ut som en del av problemet

LÄKARTIDNINGEN, MARS 2025

”Det finns en omfattande lobbyism från bland annat läkare, övrig vårdpersonal, patientföreningar och politiker med betydande inslag av jäv och intressekonflikter, vilket innebär en stor risk för bias.”

Gunnar Akner, docent, Karolinska Institutet

Vad det innebär

Ett brev från oss till regionpolitiker är precis vad de kallar lobbyism. Adami har krävt att besluten fattas ”strikt frikopplade från all lobbyverksamhet”. Anklagelsen kommer om vi går ut — den ska inte överraska oss.

Så hanterar vi den

Vi redovisar vårt avsändarintresse öppet, bygger allt på publicerade primärstudier med fullständiga källhänvisningar, och håller oss till det som går att kontrollera.

Vi ber inte om mer testning. Vi ber om att den testning regionerna redan beslutat om ska hålla kvalitet.

Vad underlaget är

Två sidor till hälso- och sjukvårdsnämndernas presidier och gruppledare över blockgränsen, med kopia till hälso- och sjukvårdsdirektören.



Evidensläget i klartext

Varför tidig upptäckt räddar liv — ERSPC, Göteborg-2, STHLM3, NPCR. Källkontrollerat mot primärstudierna.



Svaret på överdiagnostik

Hur den moderna diagnoskedjan löser just det problem artikeln beskriver.



Regionens läge och hemställan

Variabel del — flaskhalsen och äskandet skiljer sig åt mellan regioner.



Ett operativt exempel

Att organiserad testning är praktiskt genomförbar i full skala, med känd resursprofil.

Avgränsning: underlaget håller sig till det nationella OPT-ramverket. Inget nytt begrepp lanseras, och regionala exempel används för genomförbarhet — inte som bevis för räddade liv.

Genomförandet avgör om nyttan uppstår

EKOT, 4 AUGUSTI 2026

Brist på bröstradiologer gör att kvinnor i flera regioner får vänta månader på besked om bröstcancer.

Karolina Sundström i Skellefteå väntade två månader från mammografi till uppföljning: "Jag hoppas man kan hitta en lösning. För den tiden kan göra skillnad på liv och död."
Verksamhetschefen i Västerbotten kallar situationen besvärande.

Programmet fanns. Kallelsen kom.

Ändå dröjde beskedet — för att kompetensen saknades i ledet efter kallelsen. Ett screeningprogram är aldrig bättre än diagnoskedjan bakom det.

Samma logik gäller prostatatestning

Det är därför vår hemställan handlar om kapacitet och kompetens i utredningen, inte om fler kallelser. Utan den delen uteblir nyttan — och kritikerna får rätt.

Inslaget handlade om bröstcancer, men problemet är gemensamt: en beslutad screening som inte hinner ge besked levererar inte den nytta den lovar.

Hemställan: fler maskiner räcker inte

Prostata-MR är en subspecialiserad bedömning som graderas enligt PI-RADS. Att bedömningen varierar mellan granskare, och att erfarenhet påverkar träffsäkerheten, är belagt i flera publicerade studier (se Metod och källor).

1

Skannerkapacitet

Undersökningstider som räcker för OPT-flödet.

2

Granskningskompetens

Utbildning i PI-RADS, tillräcklig volym per granskare, samgranskning.

3

Kvalitetssäkring

Standardiserade protokoll och uppföljning av MR-fynd mot PAD.

Hemställan måste variera mellan regioner

Ett generiskt ”finansiera mer MR” vore fel på flera håll. Stockholm har ingen brist på magnetkameror — där är problemet i stället registreringskvalitet. I andra regioner är flaskhalsen PAD-svarstider eller kallelsesystem. Föreningarna fyller i den regionala delen.

Resurser och arbetsform

Redan framtaget

- Faktaunderlag med källor, avstämt mot primärstudierna (DOI/PMID)
- Analys av debattartikelns svagheter och beredskap för följdargument
- Genomgång av registerdata och regionala jämförelser
- Struktur och avgränsningar för underlaget, se <https://jottacloud.com/s/48727b7483a85af478da40d36fc2e948069>

Nästa steg

- Mandat att gå vidare med utskick/aktiviteter i förbundets/föreningars namn
- En arbetsgrupp — detta bör inte vila på en enskild ledamot
- Samordning av utskicket/aktiviteter: mottagarlistor och avstämning mot föreningarna
- Stöd: kontakta fredrik.doberl@gmail.com

Föreningarna följer inte regiongränser — flera föreningar kan finnas i samma region. Distributionen behöver därför samordnas centralt.

Praktikfall - Stockholm

Förankring RAG grupp – Patienternas punkt

- (se bild)

Nästa steg

- Läget OPT redovisas på RAG möten
- Lyfta MRI kvalitetssystem som uppföljningspunkt

Föreningarna följer inte regiongränser — flera föreningar kan finnas i samma region. Distributionen behöver därför samordnas centralt.

EWS – en del av arbetet för bättre prostatacancervård

Målet: förbättra prostatacancervården i Stockholmsregionen. Tre kunskapskällor där Prostatabröderna kan bidra:

1

Patientenkäter

Vad patienterna upplever – brett och i stor skala.

Gemensam enkät PCC + patientföreningar (mandat från RAG i april).

2

Patientintervjuer

Varför det blev som det blev – djup där enkäten är bred.

Förklarar mönster som syns i siffrorna.

3

Dagens fokus

Avvikelser i NPCR

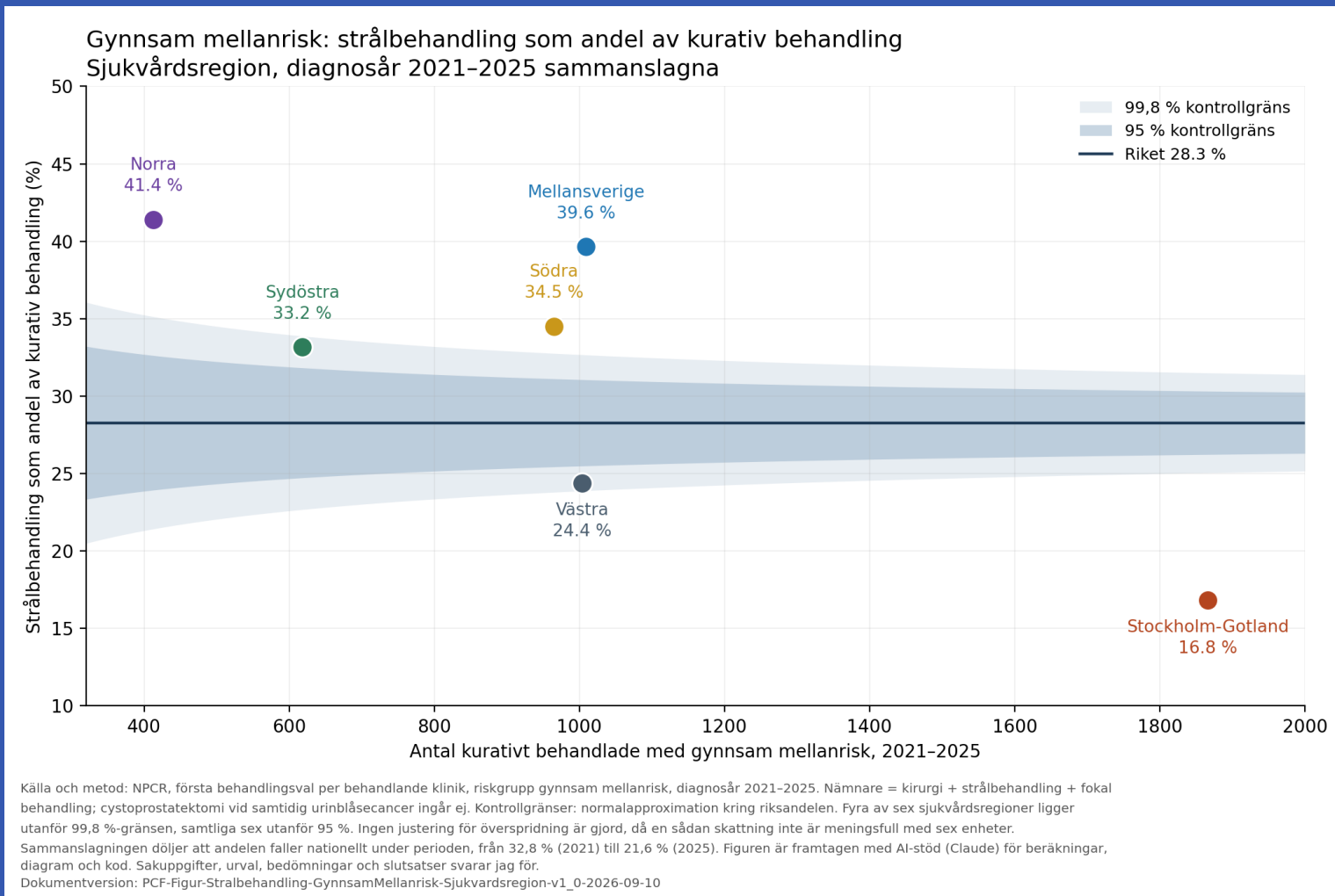
Early warning system (EWS):

- Funnel-plots – region mot riket
- Interna inkonsistenser – rapport mot rapport

Förra mötet (1 juni): M1-signalen. RAG bekräftade en delvis känd underregistrering – nya rutiner för att fånga alla M1.

Nytt exempel: strålbehandling vid gynnsam mellanrisk

Stockholm-Gotland 16,8 % vs riket 28,3 % – lägst i landet, klart under 99,8 %-gränsen. Ej diskuterat med RAG-ledning.



Att väga in

Nivå: sjukvårdsregion (inkl. Gotland). Region och klinik är nästa steg.

Spridning: fyra av sex regioner ligger utanför 99,8 %-gränsen – Stockholm avviker mest, men inte ensamt.

Trend: andelen faller nationellt, 32,8 % (2021) → 21,6 % (2025).

Tolkning: en signal att utreda – inte ett kvalitetsomdöme.

Patientfrågan: får männen ett informerat val mellan operation och strålning?

Förslag: första ärendet i den nya processen.

Metod och källor

Underlag och genomgång

- Debattmaterial: DN 26 juli 2026; replikväxlingar i DN 2021 och SvD 2023; Läkartidningen mars 2025; Ekot 4 augusti 2026.
- Evidens: ERSPC 23 år, Göteborg-2, STHLM3-MRI, NPCR – samtliga med DOI och PMID i planen.
- Granskningskompetens prostata-MR: fem publicerade studier. Fulltexterna har inte varit åtkomliga; enskilda statistiska mått citeras därför inte.
- Region Värmland: rapporten om elva års erfarenheter, juni 2026.

Egna och muntliga källor

- Registerbearbetning: utdrag ur NPCR, bearbetat av mig våren 2026. Ej publicerad. Slutsatsen om Stockholms M1-data bekräftad av RAG:s ledning.
- Förbundets ordförandekonferens hösten 2025: granskningskompetens och volymsamband.
- Föreläsning av chefsurolog vid Danderyds sjukhus hösten 2025: magnetkamerakapaciteten i Stockholm.
- Budgetprocesser kontrollerade mot Region Stockholms och Västra Götalandsregionens egen redovisning.

Underlaget är framtaget med AI-stöd (Claude) för struktur och språk, beräkningar, samt granskning av källhänvisningar och intern konsistens. Sakuppgifter, urval, bedömningar och slutsatser svarar jag för.