

Textning av avsnitt 95 av Socialstyrelsens podcast På djupet – om screening

Per:

- Hej! Ni lyssnar just nu på podd På djupet med mig, Per Ek, som dagligdags arbetar på Socialstyrelsens kommunikationsavdelning. I dag kommer vi att fördjupa vår kunskap kring screening. Varför är det bra? Men också varför är det inte alltid bra? Varför säger Socialstyrelsen ibland ja till screening och ibland nej? För många låter screening intuitivt som något bra och det kan vara svårt att se att screening också har negativa effekter.

Många ifrågasätter därför att det inte screenas för fler sjukdomar, och förstår inte varför man behöver gå igenom en omfattande utredning innan en rekommendation om ett nytt screeningprogram tas fram. Till vår hjälp för att förstå, bland annat det här, gästas vi av tre experter som alla är varmt välkomna till På djupet. Anders Tegnell, ledamot i screeningrådet. Välkommen!

Anders:

- Tack så mycket!

Per:

- Ola Bratt, professor i klinisk cancerepidemiologi. Välkommen!

Ola:

- Tack för det.

Per:

- Och Mina Abassi, screeningsamordnare på Socialstyrelsen. Välkommen du också!

Mina:

- Tack så mycket!

Per:

- Vi kommer strax att börja samtalet där vi kommer att gå igenom vad screening egentligen är och hur det används. Vi pratar sedan om en modell för att utvärdera de nationella screeningprogrammen. Men vi ska också hinna blicka lite in i framtiden utifrån hur det ser ut idag. Det blir spännande och intressant. Men vi behöver börja någonstans från början i det här samtalet. Ska vi reda ut vad screening egentligen är. Mina Abbasi Kan du kortfattat beskriva det?

Mina:

- Absolut. Termen screening används på olika sätt, men förenklat kan man säga att screening är en strategi på befolkningsnivå där man vill att personer med hög risk för en sjukdom sållas fram genom ett filter, till exempel ett blodprov av en viss grupp. Tanken är att upptäcka svåra sjukdomar redan innan de visar symptom och på så sätt minska konsekvenserna både för individen, men även för samhället.

Per:

- Är det samma sak som en sorts tidig diagnostik?

Mina:

- Nej, både tidig diagnostik och screening handlar om att upptäcka en sjukdom tidigt. Men med tidig diagnostik försöker man hitta personer med symptom så tidigt som möjligt, men med screening vill man hitta personer som har en sjukdom utan att ta symptom. Så det är där skillnaden ligger.

Per:

- Men varför screenar vi för vissa sjukdomar men inte andra? Det finns ett ganska begränsat antal screeningprogram i dag.

Mina:

- Du har helt rätt. För att det är ytterst få diagnoser som lämpar sig för ett screeningprogram. Det är många pusselbitar som måste passa ihop för att vi ska kunna rekommendera ett screeningprogram. Till exempel kan den symptomfria fasen vara för kort och då kommer vi kunna missa många om vi screenar. Eller att det saknas testmetoder där vi kan hitta de sjuka, eller att behandlingen inte har en bättre effekt i tidigt skede. Så med det vill vi säga att det alltid finns fördelar och nackdelar med screening och därför gör Socialstyrelsen omfattande utredningar. Och vi kan enbart rekommendera screening när fördelarna överväger nackdelarna.

Per:

- Bra, tack så mycket! Jag misstänker att vi kommer fördjupa en del av det här lite längre fram i samtalet. Anders Tegnell du är ledamot i screeningrådet, vad gör ni där och vilka förutom du ingår i detta råd?

Anders:

- Det är ju ett råd som Socialstyrelsen har skapat just för att få input i de här utredningarna, som Mina lite var inne på. Jag tycker själv att det är ett spännande råd, för det är ju en blandning av personer från olika myndigheter där myndigheterna har någon slags koppling till de sjukdomarna eller dom metoderna man testat för eller folkhälsa i allmänhet och personer från regionerna, ofta i politisk ställning som sen i nästa led ska vara de som hjälper till och se till att de här screeningprogrammen verkligen införs och genomförs på ett bra sätt.

Så det är en väldigt rolig blandning av personer med väldigt olika bakgrund och olika aspekter på den här gemensamma, egentligen väldigt komplicerade, frågan runt screening. Jag tycker vi har väldigt bra diskussioner i den gruppen på många olika sätt och det har varit ett privilegium att vara med.

Per:

- Varför är det viktigt att screeningen görs i nationella program, kan inte regionerna bestämma det här själva?

Anders:

- Ja, av olika skäl. Dels har ju regionerna faktiskt ett ganska stort ansvar för att ge lika möjligheter till hälsa i hela landet, så därför finns ju stora poänger, alltså rent formellt lagmässigt, att man gör det här på samma sätt. Och sen är det ju också så att folk flyttar runt och då blir det väldigt komplicerat och risk för att det blir en stor oreda om man inte gör sådana här saker gemensamt, på ett liknande sätt, i olika delar av landet. För det kan snabbt bli väldigt krångligt om man flyttar från ett ställe till ett annat och man hamnar i olika delar av ett program.

Man kanske börjar ett program på ett ställe och så kan man inte avsluta det på nästa ställe. Jag tror att det både blir organisatoriskt krångligt, men inte minst så finns det stora risker för att man förlorar trovärdighet i de här programmen. Och trovärdighet är jätteviktigt. För att screeningprogram ska fungera bra så behöver man ha en stor anslutning. Helst ska alla vara med.

Per:

- Det är det här du ser som de risker som finns om man gör tester utanför de nationella screeningprogrammen eller ser du någonting annat?

Anders:

- Jo, men de stora riskerna i de här testerna är att de inte är gjorda för att testa på individer egentligen, utan de är gjorda och anpassade för att testa på befolkningsnivå. Och därför kan de ofta vara ganska svårt och ordentligt förstå vad de betyder när man gör det på individer. Vi

kommer kanske prata mer om prostata sen, och det kan ju Ola mycket bättre. Men det är väl typiskt ett sånt test som kan ha stora problem på individnivå, att förstå exakt vad de betyder eftersom de är gjorda för att testa i större grupper och då har man också en väldigt tydlig struktur efteråt vad man ska göra med dem. Så det är väl det som är risken att man tar en test på en individ. Det finns liksom ingen riktig gång för hur man ska hantera svaren och därför så kan det skapa väldigt mycket oro och kanske onödiga undersökningar för att man inte helt och hållet förstår hur man ska tolka svaret.

Per:

- Ola Bratt du var med 2018 när Socialstyrelsen sa nej till screening av prostatacancer. Varför sa Socialstyrelsen nej då? Vad tyckte du som expert, som dagligen träffar patienter, om detta beslut?

Ola:

- Socialstyrelsen sa nej eftersom det är ovanligt stora nackdelar med screening för prostatacancersjukdomen och det beror på det faktum att mycket av den prostatacancer som finns bland män växer väldigt, väldigt långsamt. Det är ju faktiskt så att en man kan ha en prostatacancer när han är 40, men kanske inte blir sjuk av det förrän han är 80. Eller kanske aldrig, för han hinner dö av någonting annat. Och en cancersjukdom som finns under så lång tid kan naturligtvis upptäckas med screeningstesterna eftersom man testar många gånger och mannen är ju inte betjänt av att få en prostatacancerdiagnos när han är 45 om han inte skulle bli sjuk någonsin. Och det är viktigt att det var just det som var orsaken till att Socialstyrelsen sa nej. De positiva effekterna av ett screeningprogram för prostatacancer skulle vara i samma storleksordning som de positiva effekter som vi har på cancerdödligheten av screening för bröstcancer och tjocktarm- och ändtarmscancer.

Andra frågan - jag stöter på många patienter, och även naturligtvis friska män, som tycker det här är konstigt. Kvinnor erbjuds inte mindre än två screeningprogram, både cellprov för livmoderhalscancer och mamмоgrafi för bröstcancer. "Varför får då inte vi män ett screeningprogram". Ett argument som ju är enkelt och faktiskt sant är att ett enkelt blodprov kan minska din risk att dö i cancer, hur svårt kan det vara? Och det är egentligen sant men det är också sant att en man som PSA-testas i ett screeningprogram skulle ha en mycket högre risk att få en diagnos som han inte skulle vara betjänt av, och behandling och biverkningar. Och det är många gånger svårt för, jag ska inte säga bara för allmänheten, utan också för en hel del inom sjukvården att förstå det här med det vi kallar för överdiagnostik.

Per:

- Och jag tänker att det är ett samtalsämne som ibland dyker upp om patienter i kontakten med dem som undrar.

Ola:

- Absolut. Och patienter har ju en särskild vinkling på detta. Vi har naturligtvis alla dem som har drabbats av en prostatacancer i ett för sent skede som kommer med en obotlig och spridd cancer. Och de hade naturligtvis velat att deras sjukdom hade upptäckts tidigare, så de hade sluppit den svåra situation de är i. Och sen finns de män som har fått en prostatacancerdiagnos och fått en botande behandling, ofta operation, för en liten prostatacancer som hittats tack vare ett PSA-test. Och de vill ju känna att det är de har gjort det bra för dem, de är botade från sin cancer.

Så att både de som har en tidigt upptäckt prostatacancer och de som har för sent upptäckt prostatacancer kan känna att det är ju självklart att man ska PSA-testas, för man ser fördelarna på individplanet. Men screening handlar, som vi har konstaterat, inte om individer utan om ett samlat befolkningsperspektiv.

Per:

- Varför, och det här är en fråga som ni alla tre kan fundera på, men jag tänker börja med dig Mina. Varför är det så viktigt att vi är säkra på att fördelarna överväger nackdelarna för att kunna rekommendera screening?

Mina:

- För att om vi tänker så här traditionell vård innebär att personer söker för symptom. Men screening är en uppsökande verksamhet där man erbjuder personer som inte har några symptom, som tror att de är friska, en undersökning. Det är därför det är otroligt viktigt för oss på Socialstyrelsen att vi verkligen är säkra när vi rekommenderar ett screeningprogram. För det är inte personen själv som har sökt vården, utan det är samhället som erbjuder den här undersökningen.

Det här är en balansgång som man måste vrida och vända på alla perspektiv. Och så måste man tänka att screening är resurskrävande och dyrt. Och det kanske är så att vissa gånger bör andra insatser prioriteras istället för screening. Så som sagt, då måste man titta på helheten hela tiden.

Per:

- Anders Tegnell, vad skulle du säga? Varför är det så viktigt att vi är så säkra på de här fördelarna?

Anders:

- Jag skulle säga att det gäller alla saker vi gör inom hälso- och sjukvården, inte minst de preventiva. Att det alltid gäller att väga fördelarna mot nackdelarna och fördelarna behöver var betydligt större än nackdelarna. Inte minst eftersom mycket av de här åtgärderna riktar sig mot individer

som inte har några symptom. Det tycker jag är ett väldigt stort ansvar för samhället, Socialstyrelsen, alla som är inblandade faktiskt. Så att vi inte går in utan att få funderat och tänkt på detta ordentligt och verkligen känner oss helt och hållet övertygade om att det här kommer bli en vinst för befolkningen. För återigen så är det viktigt att tänka att det är en befolkningsfråga, det är inte en individfråga vi diskuterar.

Per:

- Just det – Ola Bratt?

Ola:

- Det är ju verkligen stor skillnad med någon som söker sin allmänläkare eller en annan person i sjukvården för att man har ont någonstans, för att man är orolig för någonting. De tar själv ett initiativ och då är det vår skyldighet att göra det bästa av det mötet som sker på individens initiativ. När sjukvården eller av myndigheter eller någon annan nalkar sig friska personer och erbjuder någonting, då är det ju vi som har ansvaret för att det som görs är bra. Det är det omvända förhållandet mot när individen söker, individen har ett ansvar för att det här vill jag ta reda på. Men vill samhället ta reda på om individer har sjukdom, då måste vi verkligen veta att det gör nytta utslaget på hela befolkningen.

Per:

- En annan nivå av ansvar helt enkelt. Kan ni nämna några risker eller negativa effekter av den screening som faktiskt görs – Anders Tegnell?

Anders:

- Ja, vi har ju varit inne på flera av dem redan. Men, det kan ju bli så att man gör undersökningar som i sin tur kan ha faror med sig och sen så får man biverkningar. Och gör man det på personer som inte behöver undersökningar, då drabbar det ju faktiskt personer som inte skulle ha behövt undersökas.

Det är ganska lätt att skapa oro när man går på en undersökning. Man får kanske inte svar med en gång och man får kanske ett svar som säger att du måste komma och göra om provet, och det kan skapa rätt mycket oro. Det är också en sak som man måste ta på stort allvar kan jag tycka. Så det gäller verkligen att man har med sig alla de här tankarna så att man minskar de effekterna så mycket som möjligt. De kommer alltid finnas lite grann, men man ska minska dem så mycket som möjligt och dessutom kunna ha en bra dialog och kommunikation runt vad de egentligen betyder att komma på ett screeningprogram. Men inte minst så att man använder bra metoder som faktiskt är anpassade för att de här programmen fungerar. Och att man har en bra uppföljning på plats och kan ge den vård och de behov på uppföljning som är positiva prover har behov för.

Per

- Mina Abassi -vad skulle du säga?

Mina

- Jag skulle fortsätta på det som Anders sa angående metoden. Hur viktigt det är att vi har bra metoder i screening. Men trots bra metoder så kan man ändå få falskt negativa besked eller falskt positiva besked, och det kan ha betydelse för individen. För att med ett falskt negativt besked betyder det att personen i fråga bär på sjukdom, som screeningen inte har kunnat hitta. Och då har vi gett en falsk trygghet till personen som då kanske diagnosticeras senare för att screeningen har vilselett vården. Och på så sätt har personen fått sämre vård än om de inte blivit screenade.

Per

- Ola Bratt - har du någonting att tillägga kopplat till det?

Ola

- Ja, jag knyter an till det här med överdiagnostik som ju är svårt att förstå, men som Mina förklarade i början. Så en förutsättning för att vi ska screena symtomfria individer för sjukdom, det är att den här sjukdomen under en mycket lång period kan diagnostiseras, men inte ge symptom. Och under den perioden så kan man säga att då mår ju individen bättre utan att veta om sjukdomen.

Och eftersom vi screenar bröstcancer, tjocktarmscancer och eventuellt prostatacancer med rätt långa intervall så måste den här perioden vara många, många år. Om vi erbjuder 100 000 personer en diagnos för något som sedan inte skulle bryta ut förrän efter kanske fem år, ibland tio år, så kommer många att hinna dö under den tiden. Och de som dör utan att ha fått symptom, om vi diagnostiserar dem, så är det överdiagnostik. Dem har vi gjort till cancerpatienter när de hade fått leva friska, utan känndomen om sin icke symptomgivande cancer, livet ut. Per definition så kommer vi alltid att överdiagnostisera en viss andel, även om det är en mycket allvarlig cancersjukdom.

Per

- Jag tänker på att det område som vi närmar oss är etiken egentligen, vilka etiska problem ser vi kring screening? Anders Tegnell?

Anders

- Vi har ju varit inne på dem, det är just de här problemen för dem som hamnar i screeningprogram men som inte har någon nytta av dem. De som antingen inte har cancer över huvud taget eller de som har cancer och aldrig kommer få problem av den. Den oro man skapar för dem och eventuella extra undersökningar som man skapar för dem. Det är ju ett etiskt problem att man från vårdens sida skapar oro, och kanske också

föreslår olika typer av ingrepp på personer som inte har nytta av dem. För det är ju mot det grundläggande för vården, som Ola tidigare varit inne på, att vården alltid ska göra nytta. Det är ju grundläggande i hela läkaretiken – att inte skada utan göra nytta. Det är väl just den balansen som är viktig, plus det är att man faktiskt närmar sig en befolkningsgrupp eller människor som upplever sig friska.

Per

- Ser vi några andra etiska problem Mina Abassi.

Mina

- Ja och vi tittar faktiskt alltid på etiska aspekter när vi tar fram underlag. Bland annat tittar vi på integritet och autonomi för att, som vi nämnde tidigare, screening och screeningmetoder, där kan man få falsk positiv och negativ besked. Och om vi tänker på ett falskt positivt besked, då betyder det egentligen att man inte har sjukdom, men man faller ut positiv. Kanske visar det sig att man har anlag för sjukdomen och det har helt plötsligt betydelse för framtida familjebildningar. Vill man veta det eller vill man inte veta det? Så det är såna etiska frågor som vi måste ställa medan vi utreder.

Per

- Ola?

Ola

- All screening, om de grundläggande förutsättningarna är uppfyllda, nämligen att man kan hitta en allvarlig sjukdom och göra en bättre insats om man hittar den tidigt, i ett symptomfritt skede, så är det ju så att man gör stor nytta för några individer. Några slipper dö av bröstcancer, många slipper dö av bröstcancer på grund av vår mammografiscanning. Men man gör en skada för många, många fler. Sen är ju skadan för en del mycket, mycket mindre än att dö i bröstcancer. Oro under tiden man utreds för ett fynd vid mammografi, det är ju väldigt lite skada i förhållande till att få bröstcancer, men det är å andra sidan så många, många fler.

Så den etiska svårigheten här är alltid, med screeningprogram, att väga stor nytta för några individer mot en liten skada för många fler. Och det finns ju ingen medicinsk vetenskaplig statistisk beräkning som kan säga när det ena överväger andra, utan det är i grunden en etisk värdering.

Per

- Nu har vi pratat en hel del om riskerna kopplat till screening, men vad är den stora fördelen skulle du säga Mina Abassi?

Mina

- Screening kan rädda liv? Det är tack vare screening vi hittar sjukdomar, vissa sjukdomar i tidigt skede, som man har större möjlighet till behandling. Till exempel får personer som kanske diagnostiseras med cancer

eller en sällsynt sjukdom vid screening en möjlighet till ett längre liv och högre livskvalitet.

Sen så vill jag nämna en solskenshistoria, nyföddhetscreening, där man varje år hittar hundra barn med sällsynta, men allvarliga sjukdomar. Oftast är de här sjukdomarna, utan är screening, omöjliga att hitta i tid och barnet och kan utan screening få permanent allvarliga skador eller de dör. Så det kan ha förödande konsekvenser både för barnet och individer och tack vare screening kan vi rädda dem.

Per

- Vad skulle ni säga – Ola, de stora fördelarna?

Ola

- Det är naturligtvis att screeningprogrammen för cancer som vi har, de minskar dödligheten i cancer och sjukligheten. Det är ju en oerhörd nytta för individer som kan få en, ofta förhållandevis lindrig behandling, från tidig cancersjukdom i stället för att dö i cancer eller lida många år av en spridd obotlig cancer. Det är en otrolig vinst.

Per

- Nu kommer vi titta lite närmare på själva processen för att ta fram ett nationellt screeningprogram. Och hur ser den ut, Mina?

Mina

- Vi har en modell på Socialstyrelsen som används för att bedöma, införa och följa upp ett screeningprogram. Och modellen innehåller 15 kriterier som måste vara uppfyllda för att vi ska kunna rekommendera ett screeningprogram och de här kriterierna har sitt ursprung från WHO:s kriterier för screening.

Per

- Hur väljer man ut vilka sjukdomar som ska bedömas i den här modellen?

Mina

- Antingen är det vi på Socialstyrelsen, vi har en stor omvärldsbevakning så vi tar själva initiativ, eller att egentligen vem som helst kan ansöka hos Socialstyrelsen för en bedömning. Och vi brukar faktiskt få ansökan från professionsföreningar, patientföreningar eller individer om kontaktar oss.

Per

- Kan du ge exempel på några av kriterierna som ska vara uppfyllda för att vi ska kunna rekommendera ett nationellt screeningprogram?

Mina

- Absolut, och jag måste säga att varje kriterium egentligen avgörande i sig, men om jag ska trycka på några är det att det ska finnas effektiva åtgärder för det tillstånd som screeningen avser att upptäcka. Och de här åtgärderna ska ha bättre effekt i tidigt skede än i en senare fas. Sen, som Anders nämnde tidigare, ett screeningprogram kräver legitimitet och förtroende från populationen för att de ska delta och därför får inte screeningen vara för fysiskt eller psykiskt jobbigt att genomföra.

Sen tittar vi så klart också på kostnadseffektivitet, men kostnaderna är ett av 15 kriterier. Men jag vill ändå nämna det för det händer väldigt ofta att olika organisationer kontaktar Socialstyrelsen. ”Nu har vi tittat på hälsoekonomi och det visar sig att det här screeningprogrammet är kostnadseffektivt - varför inför ni inte det?” Ja, det är viktigt med kostnadseffektivitet, men det är bara ett kriterium av 15 kriterier och det är en liten del. Så vi tittar på det stora hela, och hela tiden måste vi tänka - väger fördelarna mot nackdelarna eller inte?

Per

- 15 Kriterier - det låter som ett gediget arbete. Hur lång tid tar det att gå igenom alla steg till en färdig rekommendation?

Mina

- Det är ett omfattande arbete och det brukar ta ett och ett halvt till två år faktiskt.

Per

- Anders - hur har det varit att sitta i rådet och hur har ni resonerat inför varje beslut? Finns det några exempel där det har varit extra krångligt att bedöma det här?

Anders

- Som jag sa tidigare så tycker jag att rådet har väldigt bra diskussioner och jag tycker att den här blandningen av expertis och kunskap på detaljnivå av sjukdomen och alla aspekter upp till de politiska och ekonomiska, det är väldigt bra att man kan väga in alla dem i diskussionerna, det tycker jag. Och det är viktigt i den här typen av program att man kan det och att man kan göra det samlat på ett bräde så att säga.

Jag tycker att varje gång är det svåra beslut, det finns nästan aldrig någonting som är jätteenkelt skulle jag påstå. Utan det finns alltid olika aspekter som kan vara svåra, och inte minst prostata som ju är ovanligt komplicerat på vissa sätt. Men vi har också alla de här många möjligheterna till att upptäcka tidiga sjukdomar vid nyföddhetscreening. Även det är väldigt komplicerat, för det här är ju sjukdomar som är extremt ovanliga. Och den här gruppen personer som trots allt får en felaktig diagnos, åt någotdera hållet, blir en ganska stor grupp jämfört med de som får rätt diagnos.

Så det finns olika aspekter varje gång skulle jag vilja påstå att ingen av dem har varit helt enkla utan alltid lett till väldigt bra diskussioner. Och tycker jag rent allmänt att gruppen har gett bra råd till Socialstyrelsen, genomgående.

Per

- Mina, vad kan vi säga om de nationella screeningprogram som finns idag? Hur fungerar de?

Mina

- De program som vi har i dag utvärderas löpande. Det finns en tydlig process för att ta hand om de individer som testar positivt i screeningen och det finns en plan för att följa upp screeningprogrammen. Sen måste vi säga att det finns förbättringspotential när det gäller cancerscreening och vi önskar såklart att fler personer som kallas till screening också går på screening.

Sedan är det så att varje screeningprogram har sina egna utmaningar. Till exempel kan det uppstå flaskhalsar i regioner på grund av kompetensbrist, eller utmaningen att implementera ett screeningprogram. Vi kan faktiskt nämna att till exempel screening för tjock- och ändtarm, som Socialstyrelsen rekommenderade för tio år sedan, är inte helt fullt implementerade än.

Per

- Tio år sedan. Ola, vad skulle du säga? Varför är det svårt för regioner att implementera de här?

Ola

- En viktig orsak är att starta upp någon form av screening, den kräver mycket resurser. Det är både administrativa, organisatoriska frågor och resursmässiga med diagnostik, röntgenundersökningar, magnetkamera vad det nu är för någonting. Och det är kostnader och resurser som inte ger någon utdelning på många år. Och regionerna har sin budget, de vet att nu är det kärvt, vad ska vi ta bort? Att lägga till ett nytt screeningprogram, att bygga upp det, då måste ju naturligtvis resurser tas någon annanstans för det och då går som sagt ofta de sjuka före. För man kan inte plocka bort resurser för dem som är sjuka för att investera väldigt mycket av de resurserna för framtiden utan att det märks.

Så ja, jag förstår att det är en svår start för där måste man investera utan att få något snabbt tillbaka. Men icke desto mindre så har naturligtvis sjukvården en skyldighet att förebygga så det måste ju in. Har man beslutat på nationell nivå, så ska det kunna genomföras. Jag förstår att det inte är lätt att bara från dag ett till dag två – ”så nu satsar vi x miljoner på det här det kommande året”.

Per

- Anders, sitter utmaningen i resurserna eller finns det andra saker också som gör det svårt för regionen?

Anders

- Kanske inte alltid bara i pengar utan man måste också personal, ibland också viss typ av utrustning på plats. Så allt det ska funka så att man får hela vårdkedjan att fungera efter att man har gjort det hela. Så visst, det finns inslag av finansiellt i det hela, men jag tror att det är lite blandat för olika sjukdomar, men ibland en ganska stor logistik bit som ska till som ska in i en ofta redan hårt pressad verksamhet.

Per

- Utifrån det här. Skulle ni säga att det är jämlikt idag, Anders?

Anders

- Nej, tyvärr är ju inte vår hälso- och sjukvård jämlik i landet. Det kan vi ju se på många olika sätt och mäta på väldigt många olika sätt. Utfallet, resultaten är väl inte katastrofalt olika. Man har väl inte så stor skillnad att få en bra vård någonstans. Men just den här biten hur snabbt man hittar, hur många man hittar och vem som kommer till de här viktiga screeningprogrammen varierar också väldigt mycket, både geografiskt men också i vissa befolkningsgrupper. Så vi har definitivt en väg tills vi kan säga att vi har en bra jämlik vård i Sverige.

Per

- Ola, vad säger du kopplat till screeningprogram? Är det jämlikt idag?

Ola

- Nej, det är det inte och argumenten och fakta har förts fram. Men det kan inte heller vara helt jämlikt för att det varierar med resurser. I vissa regioner har man brist på röntgensjuksköterskor, eller koloskopister mer än i andra och det innebär att vi inte kan, på nationell nivå, säga nu ska vi köra likadant i hela Sverige, det är olika. Sen bidrar naturligtvis de 21 självstyrande regionerna ytterligare till att det inte riktigt går i takt. Men även om vi hade haft en nationell sjukvård så hade det gått olika fort i olika delar av landet av resursskäl, och då menar jag röntgenapparat och personal, mer än ekonomiska resurser.

Per

- En annan jämlikhetsfråga, är det rättvist att vi säger ja till vissa screeningprogram för exempelvis män och nej till samma för kvinnor, Anders?

Anders

- Ja, det tycker jag att det i det här läget är. Jag är för att det ska vara jämlikt och jämställt, men samtidigt så måste ju de här programmen, och det är väldigt viktigt, uppfylla de här kriterierna. Och man kan mycket väl tänka sig ett flertal program som uppfyller det för kvinnor men inte för män och tvärtom. Då ska man självklart erbjuda dem till de grupperna som har nytta av det och inte till alla av någon missriktad jämställdhetsambition.

Per

- Och Mina var inne på det lite tidigare, det här med att alla inte kommer på sin kallelse till screening och det vill vi ju såklart. Men Ola, hur motiverar man individer att gå på screening? Vet man vilka grupper som nås sämre och som deltar i mindre omfattning?

Ola

- Absolut, det gäller för alla screeningprogram att det är skillnad i deltagande, dels beroende på utbildning och inkomst som är tätt kopplade. Och var man är född, kulturella skillnader spelar roll, språksvårigheter spelar roll. Samtidigt så måste vi också erkänna att ett högt deltagande är inte alltid uppenbart för alla grupper. För vissa grupper har ju kanske större nackdelar på gruppnivå av screeningprogrammet än andra.

Det är också lite kulturell skillnad på vad man ska göra för att övertala individer i screeningprogram. I Storbritannien, där jag har bott och arbetat, har man en mycket neutral information. ”Den här skriften är till för att presentera för- och nackdelar med screening för bröstcancer och hjälpa dig att besluta om du ska vara med eller inte”. Medan man i andra kulturer är mycket mer övertalande i sin information eller ett erbjudande, kallelse till ett screeningprogram.

Per

- Anders, hur tror du att vi kan nå grupper med lågt deltagande i våra screeningprogram?

Anders

- Förutom det som Ola pratat om så tror jag att det här med förtroende till sjukvård och till myndigheter och övriga som kommer ut med den här typen av råd är väldigt viktigt. Och där har vi en väldigt bra tradition i Sverige till stora delar av vår befolkning. Men vi har inte riktigt nått dit med andra delar av befolkningen så jag tror att här behöver man tänka brett. Att sjukvården, folkhälsan som helhet behöver hitta vägar fram till och nå de här grupperna och skapa en bra dialog och skapa ett bra förtroende.

Och sedan kan man komma vidare genom att erbjuda olika typer av åtgärder. Här finns mycket tankar och försök och jobb åt de här hållen. Det handlar väldigt mycket om att hitta bra personer, i de här grupperna,

som man kan jobba med, så att de i sin tur kan föra vidare information och annat på ett sätt som är förståeligt och kulturellt acceptabelt och så vidare på alla sätt. Så att vi verkligen skapar en förståelse, i alla delar av befolkningen i vårt samhälle, för vikten för att vara med och de stora fördelar som det finns att vara med i de här screeningprogrammen.

Per

- Du har ju nyligen utrett ett samordnat vaccinationsarbete för effektivare hantering av vaccination. Ser du likheter mellan screening och vaccination och kan vi lära oss något från vaccinationer mot covid-19?

Anders

- Ja, det finns stora likheter vi pratar ju i båda fallen om interventioner som ges till stora delar av befolkningen som inte är sjuka så att säga, som är friska. Vaccin är också det en intervention som har för- och nackdelar som alla interventioner, men där vi gjort på samma sätt egentligen, det är ju spännande. Vi har väldigt liknande kriterier när det gäller att utveckla om vaccinationsprogram ska ingå eller inte som med screeningsprogrammen och det talar starkt för att det finns väldigt starka kopplingar mellan. Jag tror att vi kan lära oss åt bägge hållen. De här programmen har jobbat på lite olika sätt. Barnvaccinationsprogrammet har ju en stark förankring, och väldigt bra förankring, i vår Barnavårdscentralverksamhet. Och det visar ju på vikten av att man har en bra struktur för den här typen av program, där det här är en del av ett större erbjudande till en grupp människor, en naturlig del och då är det relativt enkelt och nå väldigt många.

Men om man försöker hålla det med helt skilda spår som man kanske ändå måste ibland, men den här tanken om att det behöver kopplas till annat så det känns väldigt naturligt att man vet att det inte blir ett extra beslut, en extra åtgärd. Utan att man kan ta den diskussionen om man ändå är där, om man vill vara med här också. Det tror jag är en av framgångarna med just barnvaccinationsprogrammet i Sverige, att vi har lyckats integrera det så väl i en verksamhet som har ett extremt högt förtroende och en extremt hög anslutning.

Per

- Förtroende Ola, håller du med om det.

Ola

- Absolut, det är kloka ord. En viktig skillnad mellan vaccinationsprogram och screeningprogram, till exempel för cancer, är ju dock att vaccinationsprogrammen, de som vaccinerar sig, gör nytta även för dem som inte vaccinerar sig. Det vill säga att det finns ett starkare tryck från samhället, att det ska vara en hög täckning av ett vaccinationsprogram för till exempel mässling. En del kan inte vaccinera sig av medicinska skäl och får de mässlingen så kanske de dör.

Det är ju inte alls på samma sätt i ett screeningprogram för cancer, där är det faktiskt bara en själv det handlar om. Och vissa individer kan mycket starkt värdera att känna sig friska under ett antal år framåt mer än att minska sin risk att dö i en cancersjukdom i framtiden. Och för de individerna kan det vara ett klokt val att avstå. Och det är inte fel. Men man kan ju säga i en epidemi med dödlig sjukdom att det finns ett moraliskt ansvar att vaccinera sig. Man kan inte applicera det, tycker jag i alla fall, på ett cancerscreeningsprogram.

Per

- Det finns också omfattande PSA-provtagning, och nu är vi inne på prostatacancer, här i landet Ola trots Socialstyrelsens nej till ett nationellt screeningprogram för prostatacancer. Vad jag förstår var det ett uppdrag från regeringen till regionerna. Vad var syftet med det uppdraget?

Ola

- Uppdraget från regeringen till regionerna, som kom med strax efter Socialstyrelsens nej till nationellt screeningprogram 2018, var att utarbeta ett standardiserat och mer effektivt sätt att ta hand om prostatacancerdiagnostiken i Sverige, den tidiga diagnostiken hos män utan symptom. Och det är mot den bakgrunden av att det pågick, och fortfarande pågår, en väldigt utbredd oorganiserad prostatacancerdiagnostik med blodprovet PSA.

Och alla överens om att den är ineffektiv slukar väldigt mycket resurser, socioekonomiskt ojämlik och vi kan inte dra mycket nytta av den. Så uppdraget handlade om att det här är en situation som vi inte kan acceptera. Vi måste göra något som är bättre och i frånvaro av ett nationellt screeningprogram, var då min och andras bedömning, att det är bättre att organisera det i screeningliknande former än att låta det pågå en nästan lika utbredd testning helt oorganiserat.

Per

- Vad skulle du säga skulle behövas för att det någon gång i framtiden blir ett nationellt program för prostatacancer?

Ola

- Det pågår stora undersökningar både i Sverige, Finland och Tyskland av den typ som behövs som ett vetenskapligt underlag för ett nytt beslut från Socialstyrelsen. Och vi vet att med modern prostatacancerdiagnostik, de metoder vi har idag, så är även överdiagnostiken ett mindre problem. Men vi behöver resultaten från upprepade testomgångar i de här studierna för att veta mer om långtidseffekterna, inte minst resursmässigt. Hur mycket magnetkameraundersökning behövs, det måste Socialstyrelsens screeningråd veta. Och det räcker inte att vi vet att det är bättre, Socialstyrelsens råd behöver också veta hur mycket bättre. Om

man ska väga för och nackdelar så räcker det inte säga att nu har vi lagt på en vikt på plussidan, utan om man ska veta om vågen svänger över så måste man veta hur tung den vikten är. Och de resultaten kommer inom de närmaste två åren så det finns mycket mer underlag ta fasta på snart.

Per

- Nu är vi inne och tittar lite in i framtiden Mina, skulle du kunna formulera hur framtiden ser ut för screening?

Mina

- När det handlar om sällsynta sjukdomar ser vi en snabb utveckling av nya behandlingar, vilket kanske kommer möjliggöra fler screeningprogram. Dessutom utvecklas ny teknik som kanske leder till att vi kan ha mer riktad screening i framtiden, det vet vi inte. Å andra sidan är det också viktigt att vi avslutar screening som inte gör någon nytta. Så vi omvärldsbevakar och följer kunskapsläget med spänning.

Per

- Anders, hur skulle du formulera framtiden för screening?

Anders

- Jag tror att det finns en stor potential i framtiden för screening, och inte bara nyföddhetscreening, utan jag tror att annan genetisk screening också så småningom också kan hjälpa oss och leda oss framåt. Jag tror att utveckling inom artificiell intelligens successivt kommer att vara ett stöd för detta när vi får mer data att jobba med. Den artificiella intelligensen är ju inte smartare än den data vi ger den, det måste vi ju komma ihåg.

Men jag tror att där finns en stor potential att hitta och bli mer riktad i sin screening. Det är lite motsägelsefullt, men jag tror att vi kommer gå mot screeningprogram som är mer och mer personinriktade utifrån de individuella riskerna som olika personer har, både genetiskt men även levnadsvanor och liknande. Och på det sättet kunna bli ännu bättre på att faktiskt hitta dem som verkligen har nytta av screeningen. Och inte behöva screena kanske lika många längre, att det blir lättare att utesluta dem som har väldigt liten nytta av den på ett bra sätt.

Per

- Ola, vad tror du om framtiden?

Ola

- Det blir spännande att se. Den tekniska utvecklingen av diagnostik, inklusive genetisk diagnostik går väldigt fort. Att utvärdera screening tar lång tid. Så här kommer vi, ja framför allt ni som ska bedöma i nationella screeningrådet Anders, att ställas inför svårigheter. För det går inte

att kräva att den nya tekniken ska utvärderas i studier som håller på i 10-15 år, för då är den tekniken helt ute.

Så vi måste komma på andra metoder att värdera den nya tekniken på ett snabbt men ändå säkert sätt. Och det är också en utmaning att mycket av den nya tekniken kommer att vara dyr. Principen för nationella screeningprogram har ju varit ett enkelt, billigt test. Och PSA-provet kostar en hundralapp och mammografi är inte så dyr heller. Men de nya tester som håller på att utvecklas och redan används för att screena för många olika cancersjukdomar är mycket dyra.

Per

- Kan det vara så initialt Mina, att när vi börjar med ett arbete, det tar ett och ett halvt till två år att ta fram en rekommendation, att tekniken hinner före?

Mina

- Det är svårt för mig att svara nu, men det är därför vi omvärldsbevakar, för att vi vill uppdatera och vi vill vara i framkant såklart. Men jag har svårt att svara redan nu på hur det kommer att se ut om några år. Men vi följer utvecklingen.

Per

- En spännande framtid och kanske blir vi ännu bättre på att upptäcka sjukdomar och ta bort dem innan vi blir alltför sjuka. Lever ett längre och friskare liv med en framtidsutsikt värd namnet. Jag vill passa på att tacka för ett intressant samtal. Anders Tegnell, Ola Bratt och Minna Abbasi. Hoppas att ni som lyssnat på oss håller med. Jag heter Per Ek och vi tackar för oss och på återhörande!

Slut på textning av avsnitt 95 av Socialstyrelsens podd På djupet