

Protokoll

Metodteamsdag VGR

Datum: 2023-12-06

Deltagare:

Jonas Wallström (JW)	Radiolog, SU
Emilie Junefelt (EJ)	Projektledarstöd för OPT och samordnare OPT BFM, RCC Väst
Ann Carlstrand (AC)	Sjuksköterska i OPT kansliet, SU
Rebecka Arnsrud Godtman (RAG)	Medicinskt ansvarig läkare OPT VGR, SU
Andrea Boglari-Radler (AR)	Radiolog, SÄS
Fredrik Langkilde (FL)	ST-läkare, SU
Domagoj Marja (DM)	Radiolog, SÄS
Helena Markström (HM)	Röntgensjuksköterska, SiV
Magnus Gren (MG)	Radiolog (delaktig inom G2 studien), SU
Björn Franzén (BF)	Radiolog, NÄL

AGENDA	ANSVARIG
<p>1. Inledning</p> <p>JW inleder mötet med att hälsa alla välkomna och presentera agendan för dagens möte. Därefter görs en presentationsrunda.</p>	JW
<p>2. Status uppdatering OPT VGR och uppdatering kansliet</p> <p><i>Vad har hänt sedan senaste valideringsmötet?</i></p> <p>Sedan hösten 2021 har beredningsarbete genomförts under våren 2022 och 2023. Med tjänsteutlåtandet som grund har beslut tagits både 2022 och 2023 att ingen långsiktig finansiering tilldelas OPT men däremot ges medel för att förlänga pilotprojektet ytterligare ett år. Det innebär att OPT har fått finansiering även för 2024 där ett nytt beredningsarbete kommer göras i vår. Det som även händer 2024 är att OPT får ytterligare en vårdcentral som ansluter sig till OPT samt att algoritmen ändras något. Förändringen av algoritmen innebär att när män som vid sitt tidigare deltagande får ett negativt MR med PI-RAD ≤ 2 och vid nästa tillfälle får en ny densitet under 0,1, behöver ingen ny MR göras. Dessa män kommer därmed genomföra MR med en fyraårsintervall i stället för vartannat år som det är idag. Uppskattningsvis kommer antal MR minska med 20% efter denna förändring.</p> <p><i>Resultat av OPT</i></p> <p>Vid omgång ett är deltagandet inom VGR jämlikt men vid omgång två</p>	EJ, RAG

ser deltagandet mer ojämnt ut. Det handlar däremot om att alla män inte återerbjuds efter två år utan en stor andel återerbjuds först senare pga. Lågt PSA vid första erbjudandet. Kartbilden ser därmed något missvisande ut. Vid sitt andra erbjudande kan vi nu se att 18% väljer att delta som inte gjorde det vid sitt första erbjudande samt 68% deltar även vid sitt andra erbjudande.

Resultatet visar att vid omgång ett har 2,3% förhöjt PSA-värde men om äldre män hade erbjudits testning hade andelen varit högre. Idag är 70% av alla genomförda MR negativa. Av de som går till biopsi så har det visat sig att 66% har cancer.

När det kommer till leddiderna så ska de inte vara sämre inom OPT än vid SVF. Ledtiderna som visas i presentationen sträcker sig från att remissen skickas tills att provsvar mottages av kansliet. Ledtiderna som vi har haft hittills inom OPT känns rimliga. När SVF togs fram pratade de om att leddiderna ska vara så korta som möjliga men den leddiden vi inom OPT önskar ha så kort som möjligt är den från att biopsi har utförts tills att provsvaret mottages av mannen.

Arbetet framåt

En utvidgningsplan är framtagen där vi OPT fortsätter att bjuda in 50-åriga män till och med 2025 och från 2026 kommer flera årskullar att bjudas in fram till 2030. Följer vi den här planen kommer alla män mellan 50 - 74 år vara inkluderade i OPT 2030. Det här är dock endast möjligt om beslut tas om långsiktig finansiering samt om förutsättningar såsom IT-integrationer och MR kapacitet finns på plats. Under 2024 kommer OPT fortsatt jobba med att få förutsättningarna på plats.

Kommentar:

- Provsvar från MR läggs manuellt in i ROP av kansliet. Mallarna som fylls i ligger idag i INCA men det kommer inte automatiskt över till ROP.
- AR: deltagandet kan vara lågt för 50-åringar då de har fullt upp i sina liv och därmed inte har lika mycket tid att prov ta sig. Det är bra att få till kvällskörningar då vi tror att fler kommer delta.
- AC: det behöver även tillkomma elektroniska erbjudanden för att höja deltagandegraden. På kansliet pratar vi med många män som har tappat sina brev. Jönköping skickar exempelvis erbjudandebreven och provsvaren via 1177 och de har idag

	<p>43% deltagande. RAG: vi får fundera på om det är deras digitala flöden som påverkar deltagandegraden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • JW: I G2-studien har vi sett att fler har negativ MR omgång 2. Andelen negativ MR inom OPT är likartad inom hela regionen. • En fundering är om de som haft misstänkt fynd på MR men negativ biopsi deltar vid sitt nästa erbjudande eller inte. Det får vi se framåt. <p><i>Frågor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det är inte bra att ha för många PI-RAD3, vad tycker JW om OPT resultatet? Svar: tidigare blev många PI-RADS 3 uppgraderade till PI-RADS 4 pga. kontrast. Andelen PI-RADS 3 i OPT ligger som förväntat och är relativt låg. • Om man är intresserad av att få ut siffror från OPT framåt, vart får vi tag på det? Svar: hör av er till AC via ann.carlstrand@vgregion.se för information. • Vad får männen för information i sina MR svar? Svar: de får information om att deras prov är avvikande men de får ingen gradering om misstänksamgrad. Kansliet lägger in provsvaren manuellt i journalsystemet men ingenting läggs in i 1177. • Fråga från metodteamet: behöver olika protokoll användas vid MR OPT som för MR prostata? Svar: allt är 1400 i b-värde är bra vid MR OPT. 	
<p>3.</p>	<p>Resultat OPT 50 år STHLM, Skåne och VGR + diskussion bifynd</p> <p>RAG började att kolla vad litteraturen säger om bifynd. Det visar sig att det inte finns mycket data på screeningpopulationer. I den litteratur som hittades var populationerna någon äldre än inom OPT.</p> <p>RAG har även sammanställda data utifrån bifynd som hittats inom VGR. Den data är baserad på testning inom OPT vilket gör att när äldre män testas kommer det leda till fler bifynd. Det vanligaste bifyndet vi kan se inom OPT är divertikulos och därefter ljumskbråck.</p> <p>En fråga är om det bör finnas regionala eller nationella riktlinjer för hur vi hanterar bifynd inom OPT? I det nationella forumet NAG OPT var de överens om att nationella riktlinjer borde tas fram. En grupp har nu fått tilldelat ansvar att jobba med frågan. Ett antal frågor kommer diskuteras i arbetsgruppen där en av dem är hur mannen bör informeras om bifynd. Arbetet ska resultera i att rutiner tas fram för hur vi hanterar bifynd på nationell nivå.</p>	<p>RAG</p>

Vad känner vi på regional nivå om arbetet med bifynd?

- Bör vi rapportera divertikulos? **Svar:** alla är överens om att det inte behöver rapporteras. Idag finns ett antal bifynd uppskrivna som går att klicka i. Den listan behöver ses över eller ev. tas bort.
- Behöver vi rapportera ljumskbräck? **Svar:** kanske tarm och blåsa men inget annat. Om det i stället för ljumskbräck står ljumskbräck innehållande tarm och blåsa så blir det tydligare.
- Vad tycker gruppen om skelett- och benmärgsförändring?
Svar: skelettet är svårt. SU får inte med diffusion på skelettet. De andra förvaltningarna menar på att det ibland ser konstigt ut på skelettet vilket gör det svårt att avgöra.
 - SÅS: det är bättre att skriva skelettmetastas osäker.
- JW: I Skåne har de en policy om att endast svar på frågeställningarna kan förväntas.
- AR: det är konstigt att det idag finns en box för ljumskbräck mm. men ingenting om kolorektalcancer. Finns det angivna bifynd tror alla att det är relevant att ange dessa.
- Ska vi ange alla ovanliga varianter av bifynd kommer listan bli väldigt lång. RAG: det är bra om det finns ett finmaskigt nät i mallen och sedan bedömer OPT kansliet om det är bifynd eller inte.
- Bifynd som ska rapporteras eller inte:
 - Misstänkt tumör i tarm/rektum: Ska beskrivas
 - Tarlovcysta: behöver inte beskrivas
 - Blåstumör: Ska beskrivas
 - Blåsten: bra att beskriva då många får problem när stenarna är större.
 - Bäckennjure: Ej nödvändigt att beskriva
 - Testikel i inguinalkanal: Ej nödvändigt att beskriva
 - Divertikulos: behöver inte beskrivas. Genererar onödig oro för mannen.

Kommentarer:

- Utredning av bifynd måste vara till gagn för mannen, annars kommer problemen hamna på OPT.
- Det finns många risker med screeningverksamhet då vi inte ska göra någonting som skadar patienten.
- Om vi ha lista/ rutor med bifynd kan det bli falska positiva fynd. Det är bättre att endast skriva bifynd i mallen och sedan får läkaren själv fylla i vilka bifynd som syns.

	<p><i>Övrigt:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Om någon är intresserad av att se hur arbetet med OPT går nationellt kan man se en sammanställning på följande sida: OPT (incanet.se). • En artikel har kommit ut som RAG och JW har varit delaktig i att ta fram. Siffrorna visar att andelen PSA värde över 3 skiljer sig mycket mellan regionerna vilket kan förklaras av olika testmetoder. I Stockholm utfördes dubbelt så många MR pga detta. Dialoger hålls på nationell nivå kring hur regionerna arbetar med OPT. Slutsatsen är att det är bra att OPT har register och jämför data på nationell nivå. 	
4.	<p>Resultat Equalis + eftergranskning VGR + falldiskussion</p> <p>En nationell kvalitetsundersökning av MR-bedömning har utförts tillsammans med Equalis. Undersökningen visar att det finns relativt stora skillnader i PI-RADS gradering och volymsmätning mellan radiologer. Undersökningen är en del i att förstå hur kvalitetsarbetet ska organiseras framöver.</p> <p>En stor eloge till de som granskar OPT VGR, överensstämmelsen i PI-RADS bedömningarna är över förväntan.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det är inte konstigt att bedömningarna skiljer sig mellan individer. Ser man över sina egna bedömningar från något år tillbaka kan man se att bedömningen skulle göras annorlunda i dagsläget. Det är en bedömningssport och bedömningarna skiljer sig från gång till gång. 	JW
5.	<p>Falldiskussion</p> <p>JW har valt ut ett antal fall där det har varit stor oenighet (krångliga fall) som ska diskuteras i gruppen. Tanken är att gruppen ska diskutera protokoll, bildkvalitet, tröskelvärden, PI-RAD värde och i vissa fall volymsmätning.</p>	Alla
	<p>Avslutning</p> <p>JW tackar för dagen och de aktiva dialogerna.</p>	Alla

	<p><i>Vad tycker gruppen om dagen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • AR: det var roligt att träffas fysiskt och få återkoppling på sitt arbete. Mycket bra att visa upp krångliga fall som inte är så tydligare, nyttigt. Radiologer på olika kliniker mäter på olika sätt såsom med ultraljud eller inte vilket för det svårt. Det är lätt att bli hemmablind och därmed är denna dag bra. Ett nätverk är skapat för barn. Något liknande hade varit intressant att sätta upp för OPT. • JW: En kollega i Skåne har återkommande möten där alla skickar in fall som sedan stäms av via teams emellanåt. Dessa avstämningar har varit 40 min och då hinner de diskutera 4-5 fall. I vår kan vi testa att genomföra ett teamsmöte där alla skickar in intressanta fall. • BF: det har varit intressant att diskutera radiologin. Intressant att RAG och EJ har deltagit och berättat mer om OPT i stort. Jag ser många likheter till mammografin när det var i samma stadie som OPT är i nu. • JW: Det finns behov av att valideringsmöten för OPT hålls en gång per år men avstämning via teams kan göras oftare för att diskutera MR prostatafall. • Om gruppen har kollegor som de ser kan delta vid kommande möten får de namnen gärna skickas till JW. 	
<p>6.</p>	<p>Mötets avslutande</p> <p>Nästa möte: JW skickar ut förslag på tider när det närmar sig.</p> <p>JW förklarar mötet avslutat.</p>	<p>JW</p>

Anteckningar av EJ 2023-12-11. Justering av JW 2024-01-31.