

## Protokoll

### Stygruppsmöte Organiserad prostatacancertestning VGR

Datum: 2024-02-02

#### Ordinarie deltagare:

Thomas Björk-Eriksson (TBE)  
Beate Poetzsch (BP)  
Emil Järbur (EmJ)  
Emelie Ljunggren (EL)  
Ulf Lönnqvist (UL)  
Emilie Junefelt (EJ)

*Projektansvarig OPT VGR - VC RCC Väst*  
Chefläkare, Chefläkarenheten, Närhälsan  
*Medicinskt ansvarig läkare OPT VGR (tf när RAG är borta)*  
*Kommunikatör VGR*  
*IT-projektledare OPT VGR*  
*Projektstöd OPT VGR*

#### Adjungerade:

Ola Bratt (OB)  
Joel Svensson (JS)

Ämnesexpert -Professor och överläkare Urolog  
Laboratorieläkare Unilabs

#### Förhindrade att delta:

John Brandberg (JB)

*Verksamhetschef Radiologi, SU*

AGENDA		ANSVA RIG
1.	<b>Mötets öppnande</b> EJ förklarar mötet öppnat och hälsar styrgruppen välkommen.	EJ
2.	<b>Val av sekreterare och justerare</b> EJ utses till sekreterare. UL utses till justerare.	EJ
3.	<b>Tillfällig förändring i projektledningen</b> RAG som är ansvarig läkare inom OPT är tillfälligt borta på grund av sjukskrivning. Som det ser ut nu är hon hemma februari ut men det kan bli längre än så. Under tiden ersätts hon av EmJ som har varit med i projektet sedan tidigare. EmJ är urolog i Uddevalla och forskar med OB och RAG på OPT. Under pilotprojektets gång har han blivit anställd via OPT och sitter med i kansliet på 5% via ett tjänsteköpsavtal.	EJ
4.	<b>OPT i respektive verksamhet – hur går det?</b> JS: Allt inom lab fungerar bra. Instrumentering kommer uppdateras inom något år men det kommer inte påverka OPT. Gällande PSA-analyser så finns stor kapacitet i Skövde. BP:	Alla

	<p>Provtagning inom OPT fungerar bra. Hör inga avvikelser utan allt flyter på som det ska.</p>	
5.	<p><b>Status i projektet</b></p> <p><u>UL:</u></p> <p>Arbetet inom IT rullar på som planerat. Arbetet i produktrådet fortsätter som tidigare där förslag på förbättring löpande kommer in. Utvecklingsplanen följs som planerat. En större förändring har nu gjorts i systemet som en effekt av att algoritmen för OPT har uppdaterats. Denna förändring håller nu på att migreras in i OPT kallelsesystemet.</p> <p><u>EL:</u></p> <p>Just nu har vi ett sponsrat inlägg i sociala medier om testning för prostatacancer i VGR. Sponsrade inlägg har använts i ett par år under våren och hösten. Det är spännande att se vad det kommer in för kommentarer och synpunkter på inlägget. Som tidigare inlägg är männen positivt inställda till att de erbjuds testning. Den här gången verkar en del män ha vaknat till när de har sett inlägget och skriver att oj jag har slängt mitt erbjudandebrev, hur gör jag nu för att kunna ta del av testningen. Kansliet har därmed fått ett ökat antal samtal i och med inlägget. Jag är osäker på hur de har agerat utifrån männens frågor.</p> <p>En ny provtagningsenhet har nu anslutit sig till OPT och ytterligare en till är på gång. Den som är på gång ligger i Karlsborg där vi också har lägre deltagande i OPT jämfört med snittet, det är roligt att tillgängligheten ökar. Det kommer ske kommunikation nyheten på cancercentrum i vår för att uppmärksamma samarbetet mellan projektet och de två nya vårdcentralerna.</p> <p>Sedan pågår även fortsatt planering av kommunikationsinsatser under året. Där vi bland annat kommer upprepa annonsering i gratis och prenumerationstidningar i området med lägre deltagande än snittet i regionen och eventuellt göra en insats med hälsoguiderna i Göteborg. Breven kommer även uppdatera i mars med de nya provtagningsenheterna och eventuellt om det är några ytterligare justeringar som behöver göras.</p> <p><i>Kommentarer och frågor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OB: vi har ingen löpande ingång i OPT utan vi skickar ut erbjudande, är det så att de har slängt breven och vill testa sig en lång tid efter erbjudandet gått ut borde standardsvaret vara att de får ett nytt erbjudandebrev 2 år efter det förra. Annars blir det en oreda om de hör av sig efter ett sex månader eller 1,5 år och vill testa sig. Om vi inte är</li> </ul>	<p><b>EJ, Eml, UL</b></p>

liberala kommer männen gå till vårdcentralen och ta sitt PSA utanför OPT och det vill vi undvika.

- BP: finns det satt något tidsintervall eller datum från att männen mottar erbjudandebrev till dess att de måste testa sig? Svar: EL: det står i erbjudandebrevet att männen ska lämna blodprov innan ett visst datum. Ibland får vi frågor om hur långt efter erbjudandebrevet som vi ska sticka och det är då viktigt att vi alla har samma förutsättningar (BP).
- OB: i NAG OPT eller i annat nationellt sammanhang har vi diskuterat hur länge man kan släpa efter med sitt PSA med det brev som är utskickat. I Skåne exempelvis finns ingen gräns vilket inte är bra. Går det att tidsbegränsa remissen på något sätt så att den inte går att använda utan att det då poppar upp i systemet om att det är en gammal remiss. Hur fungerar det idag? Svar: kansliet har idag satt en gräns på att de tillåter att männen provtar sig sex måndag efter att de mottagit sitt erbjudandebrev. Allt efter den tiden så hänvisar de idag till att ett nytt erbjudandebrev kommer (EJ). OB: Idag bjuder vi in män utefter årskullar och tar det då lång tid att både lämna blodprov och få till MR undersökningar så blir det orimligt att de får ett nytt erbjudandebrev endast några månader senare. BP: det blir rörigt när männen inom en årskull bjuds in utspritt under året och sedan inte håller sig till sitt tidsintervall. Det blir svårt att följa upp statistiken kring vem som hör till vilken månad och år om männen inte går inom sin angivna tid. Jag kan även tänkte mig att det går åt mycket administration till att hålla koll på när männen kan provta sig och när de får nästa erbjudande.
- UL: IT mässigt är det inte svårt men det är som OB säger att det blir ingen organiserad testning om vi inte håller de tilldelade tidsintervallerna. Det blir snarare oorganiserat om männen kan testa sig när de vill. Hälsoekonomiskt är det även vansinnigt att göra MR fyra månader efter varandra och så vidare.
- OB: hur komplicerat vore det att ändra återerbjudande från PSA provdatum i stället för årskull eller inbjudan i OPT IT? Svar: UL: det är inte krångligt men däremot behöver dettas tas via NAG OPT så att vi får något gemensamt i hela Sverige. Detta så att hela den centrala algoritmen blir på det här sättet. OB: i ett större sammanhang när vi har hela populationen rullande från år till år så kommer deltagandet glida ut vilket bli ett stort problem över tid. Det är dit vi måste gå så vi behöver ta upp det vid tillfälle i NAG OPT. UL: det är samma sak som PSA-värde 2 som de kör i Skåne, där det kan vara urinvägsinflammation etc. hur ska vi hantera de fallen. Det är mycket vi kan ta ställning till. Vi borde ta hänsyn till det och då ta ställning till vad vi tillåter. Det viktiga är att från ett medicinskt perspektiv bestämmer hur vi vill ha algoritmen och sedan kan vi relativt enkelt ändra det. OB: detta tas upp på näst NAG OPT möte i april.

- EL: det är bra att ha med oss att det finns information att hämta från de andra screeningprogrammen gällande att kvinnor kanske dyker upp och vill lämna sitt självprov för HPV eller göra sin mammografi utanför intervallet etc. Här kan vi lära av varandra.

EJ:

Det som har hänt i projektledningen sedan sist är dels att den regionala medicinska riktlinjen och de regionala rutinerna har uppdaterats. Detta gjordes främst i och med att algoritmen uppdaterades vid årsskiftet. Det som nu återstår är att de formellt ska godkännas i systemet av EmJ och TBE.

Projektplanen är även uppdaterad för 2024. De ändringar som är gjorda visades på förra styrgruppsmötet där det var mindre justeringar som bland annat ekonomin och tidplanen. Jag skickar med projektplanen tillsammans med protokoll och presentation från dagens styrgruppsmöte.

Som EL nämnde har ytterligare en vårdcentral hört av sig och visat intresse för att ansluta sig till OPT. Det är intressant att just vårdcentralen i Karlsborg har visat intresse då vi har fått till oss via utvärdering att män som bor i områden som Hjo och Karlsborg upplever att det är mycket långt till närmaste vårdcentralen. Det ska bli spännande att se om deltagandet ökar när vi får till ytterligare en provtagningsenhet.

Tidigare har vi tagit fram budget för hela utvidgningen fram 2030. Denna budget har nu setts över och reviderats när det kommer till resurser i kansliet, behov av samordning samt IT. Mer information om budgeten visas i nästa bild. Denna budget har skickats till Magnus Kronvall och Marcus Håkansson som under våren kommer lyfta OPT i olika forum. Beredningsarbetet för den långsiktiga finansieringen pågår nu under våren där jag kommer ha löpande avstämningar med både Magnus och Marcus för att stämma av hur diskussionerna går.

I december hölls ett valideringsmöte med radiologer från alla regionens förvaltningar. Det är ett återkommande möte som hålls årligen för att säkerställa att bedömning av MR OPT görs likvärdigt och med hög kvalitet i hela regionen. Ytterligare frågor som diskuterades var hur de önskar att bifynd ska hanteras inom OPT mm. Utöver det årliga mötet kommer ytterligare en variant av möte att testas framåt som i stället är kortare och hålls via teams. Under de tillfälle kommer krångliga fall inom OPT skickas in och diskuteras. På det sättet kan radiologerna stötta och lära av varandra.

Det finns en processkarta framtagen inom OPT idag. När jag såg över processkartan i höstas kan jag se att den inte är detaljerad när det kommer till vilka steg som är manuella/ automatiserade samt vilka system som används under processen. För att skapa mig en tydlig bild av hur hela processen ser ut i

detalj i dagsläget har jag genomfört avstämningar med Elin Ljungqvist, UL och kansliet. Den detaljerade processkartan kommer kunna användas som underlag när vi pratar med systemutvecklare för att skapa IT-integrationer framåt.

Då budgeten för 2023 inte användes upp förra året så har vi nu låst en summa till att utveckla remiss och svarshanteringsflödet för MR. Eftersom vi har pengar kan arbetet med att utveckla flödet påbörjas redan nu.

Tidigare har vi beställt data från Unilabs och regionens lab på den oorganiserad PSA-testningen i VGR för åren 2017 - 2020. Tidigare samlades data in i syfte att skapa en tydlig bild av hur stort det oorganiserade flödet var. Nu beställer vi samma data igen fast för 2021 - 2023. Syftet är nu att vi vill kunna jämföra och förstå hur stor del av det oorganiserade flödet som OPT har tagit över under pilotprojektet.

I och med vårdöverenskommelsen mellan RCC Väst och SU har vi nu från och med 2024 börjat rapportera utfallet av OPT. Rapporteringen innefattar antal deltagare i OPT, deltagandegrad, antal utförda MR och urologbesök, antal samtal inkomna till kansliet samt upplevd arbetsbelastning hos kansliet. Denna rapportering kommer göras två gånger per år till SU. I tabellen nedan visas den data som SU har fått till sig för OPT 2023.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Totalt
<b>Deltagande</b>	2576	939	1943	1421	6879
<b>Deltagandegrad</b>	29%	28%	29%	28%	
<b>Antal telefonsamtal</b>	303	296	183	302	1084
<b>Antal återstående remisser för MR</b>	0	0	0	10	10
<b>Antal genomförda MR</b>	97	120	19	88	324
<b>Antal återstående remisser för urologbesök</b>	0	0	0	0	0
<b>Antal genomförda urologbesök</b>	19	39	18	17	93
<b>Upplevd arbetsbelastning</b>	God	God	God	God	God

På gång är att vi börjar erbjuda organiserad prostatacancer-testning till män födda 1974. Återerbjudande skickas i år till män födda 1970 och 1972. I år är första gången som män kommer tillbaka för andra gången inom OPT.

Från och med årsskiftet ser ekonomiflödet något annorlunda ut. De kostnader som berör provtagning och vidare utredning kommer samordnas av SU och resterande kostnader såsom kommunikation, IT, samordningsrollen, brevutskick mm. kommer gå till RCC Väst som tidigare. Löpande avstämning kommer hållas nu i början med SU för att se att allt kring ekonomi löper på som planerat.

	<p><i>Kommentar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UL: det är jättebra att det nu görs en mer detaljerad processkartläggning av OPT flödet. Det är viktigt att ändringen av algoritmen kommer in i processkartan.</li> <li>• JS: Kul att vi breddar utbudet av provtagningsenheter. Det låter som ett bra sätt för att öka deltagandet inom programmet.</li> </ul> <p><i>Frågor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EJ: önskar ni i styrgruppen få till er informationen som skickas till SU i och med VÖK:en två gånger per år? Svar: styrgruppen är överens om att de gärna får till sig den informationen.</li> <li>• JS: jag var intresserad av att veta mer om oorganiserad data jämfört med OPT. Hade det gjorts en jämförelse tidigare? Svar: EJ: 2021 samlades data in över den oorganiserade testning mellan 2017- 2020 då OPT inte hade varit igång mer än ett år. Nu vill vi samla in mer data över den oorganiserade testningen för de år då OPT är i gång parallellt. När vi får till oss denna data kan vi se hur stor del som OPT har tagit av den oorganiserade testningen. Jag återkommer så fort vi har mottagit denna data.</li> </ul>	
<p><b>6.</b></p>	<p><b>Budgetunderlag vid utvidgningen av OPT</b></p> <p>I tabellen ser ni det budgetunderlag som har skickats till Magnus Kronvall och Marcus Håkansson. Kostnaden mellan 2024 och 2025 är större än tidigare år på grund av några anledningar. Dels för att vi uppskattar att IT kostnaden är hög under 2025 då många av IT integrationerna behöver utvecklas och vara klart till 2026. Visar det sig att vi inte får långsiktig finansiering utan att pilotprojektet i stället förlängs ytterligare ett år så hoppas vi kunna utveckla integrationerna ändå om vi får till oss pengarna till 2025. Ytterligare en anledning till att kostnaden har ökat till 2025 är då kansliet redan under 2025 behöver ta in och lära upp nya resurser så att de är redo när utvidgningen startar 2026.</p> <p>Dialog har även förts kring hur länge samordningen behöver vara kvar och utefter dialoger med kansliet har vi landat i att samordningen planeras försvinna till 2027. I stället kommer troligtvis en utvecklingsledare från RCC Väst att tillsättas.</p> <p>Tidigare har det beslutats att när OPT övergår från pilotprojekt till utvidgning kommer en avgift på 100kr tas av männen när de ska lämna sitt blodprov. Att ta ut en avgift för provtagning inom OPT har ifrågasatts av vissa parter eftersom andra screeningprogram som mammografi är kostnadsfritt. Min fråga till</p>	<p><b>EJ</b></p>

styrgruppen är därför om vi fortfarande ser att vi ska ta ut en kostnad för männen när vi går över från pilotprojekt eller inte? **Svar:**

- OB: det var något som diskuterades i arbetsgruppen när vi kom fram till konceptet OPT hösten 2018. I rekommendationerna skrevs då att män bör betala en avgift eftersom detta handlar om att vi ska organisera testningen och det inte är screening. Att vi smyscreenar och att det dessutom är konstadsfritt blev inte bra. Motivet för att få lov att genomföra OPT var att det inte är screening utan handlar om att organisera upp det som idag pågår. Eftersom män tidigare betalade sina PSA-prover borde det även göras i OPT. Det var så diskussionerna gick då men sen visade det sig när pilotprojekten gick igång att det var mer administration att ordna med betalning än att låta det vara. I alla regioner som har kommit i gång fram till nyligen så har det inte kostat någonting. Rekommendationerna ändrades efter något år till att det är upp till regionerna själva att bestämma. Det här är en viktig principfråga som får lyftas upp och diskuteras i detta forum med rätt personer här. TBE borde bland annat vara med i den här diskussionen. Om det blir screening så blir det rimligen ingen kostnad, även om det endast lagmässigt står att mammografiscreening ska vara kostnadsfritt så är samma även för andra screeningprogrammen. Det blir då konstigt om inte OPT blir kostnadsfritt. Det är några år framåt i tiden även om Socialstyrelsen sätter i gång utredning 2025 så presenteras den hösten 2026. Frågan är om vi tror att det blir screening om vi tycker det är smart att införa en kostnad som man sen tar bort när det blir screening.
- BP: jag förstår och håller med om att det är viktigt att ta ställning till avgiften. Vi vet att det gick upp och ner för mammografi samt cellprov och jag tror avgiften har varit avgörande för hur många som testar sig. Det är som sagt en politisk kalkyl och ekonomiska förutsättningar spelar stor roll i beslutet. Vi kan lyckas då andra stora screeningsmoment har fått tillåtelse att vara kostnadsfria men det är om det är försvarbart och möjligt.
- OB: Det är klokt. Det är egentligen ett politiskt beslut. Vi kanske borde lägga fram två budgetar och säga att detta går att göra kostnadsfritt eller inte. Det är inte ett medicinskt beslut utan helt och hållet ett politiskt beslut. Ett argument mot att ha någon avgift är de socioekonomiska skillnaderna som EmJ har visat. Det är färre deltagande av de med lägre inkomst och lägger vi då till en avgift kommer det inte bli bra. Jag tror inte politikerna vill det men det kan vara lättare för dem att ta den extra kostnaden baserat på att det är deras egna beslut som de gör för att de vill verka för jämlik vård och inte endast för att vi kommer och vill ha en 42milj kronor.

	<p><i>Kommentarer:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UL: det stämmer att vi måste få till oss pengarna för IT integrationer 2025 för att kunna utveckla det som behövs inför utvidgningen. Vi måste ta steget 2025 för att vara kompatibla med Millenium och andra anledningar.</li> </ul> <p><i>Frågor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EL: kommer det enligt budgetförslaget finnas kvar en kostnad som är tillägnad kommunikation? <b>Svar:</b> ja vi har budgeterat för kommunikationen fram till 2030 eftersom den måste fortlöpa. Det är endast kostnaden för projektledaren som försvinner från 2027 och framåt.</li> </ul>	
<p><b>7.</b></p>	<p><b>MR projekt: OPT BFM</b></p> <p>Under höstens styrgruppsmöte inom OPT har en återkommande punkt varit status för MR projektet. Det kommer vi fortsätta med även under våren då det har visat sig vara intressant för styrgruppen. Arbetsgrupperna har ändrats något där flertalet har slagits ihop och nu är det totalt fyra arbetsgrupper i stället för sju som det var från början.</p> <p><b>Arbetsgruppen MR OPT</b> handlar om utbildning, uppgiftsväxling och att anställa de roller som behövs. Det är inget nytt i gruppen som är avslutat. Utbildningsförslaget finns framtaget och stäms nu av i olika forum där det bland annat kommer presenteras för enhetschefsnätverk. Utbildningsförslaget kommer justeras utefter avstämningarna och när vi känner oss nöjda kommer den att testas på ett fåtal personer. Målsättningen är sedan att vi har en klar utbildning som kan användas från och med 2025.</p> <p>I arbetsgruppen <b>kompetensförsörjning radiologer</b> (tidigare granskningsnätverk och utbildning radiologer) har vi valt att avvakta med granskningsnätverk eftersom det inte finns något systemstöd som möjliggör ett smidigt samarbete i VGR. Utmaningen är att vi använder oss av systemen Sectra och Agfa som inte går att integrera med varandra. Det finns bra lösningar i respektive system men ingen bra lösning som kan användas i båda systemen. Det finns en utbildning idag för radiologer och den här kommer att ses över och eventuellt justeras för att uppnå behoven.</p> <p>Arbetsgruppen <b>effektivisering av metoden</b> består dels av att ta fram förbättringsförslag för maskinparken i VGR samt metoden som används vid MR prostata. Nu finns ett metodteam som jobbar med de här frågorna och där har de hittills kartlagt maskinparken och även den metod som används. Parallellt</p>	<p><b>EJ</b></p>

	<p>kommer vi träffa maskinleverantörerna för att undersöka vilka utvecklingsmöjligheter som finns för deras maskiner såsom programuppdateringar.</p> <p>Arbetsgruppen IT arbetar med att förbättra remiss och svarshanteringsflödet för MR prostata. Flödet är nu kartlagt och nästa steg är att diskutera förbättringsförslag. Ett inledande möte har genomförts med Sectra kring integrationsmöjligheter som UL också har deltagit på. Nästa steg med Sectra är att träffa en tekniker och besluta mer i detalj vilka integrationer som behöver göras. Vi försöker även få till en liknande avstämning med Agfa. Nästa steg är att undersöka vilka resurser som finns tillgängliga innan vi kan starta i gång arbetet.</p> <p>Till årsskiftet togs ett första utkast fram till genomförandeplan för att öppna den önskade kapaciteten av MR prostata i VGR. Genomförandeplanen kommer kompletteras under våren och förväntas vara klar i sommar och kan då delas med alla som är intresserade.</p> <p><i>Kommentar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UL: det finns en svarsmall som är framtagen på nationell nivå. Det är viktigt att vi vidmakthåller den vilket vi alla är överens om men det är viktigt att vi gör det framledes. Jag har även haft en del kontakt med Sectra där jag har pratat med deras lösningsarkitekter kring det. Det är viktigt att det blir verkstad av det. Jag samordnar detta nationellt också och det sker en del initiativ i andra regioner men det håller jag koll på.</li> </ul>	
<p><b>8.</b></p>	<p><b>Frågor från MR metodteam</b></p> <p>Metodteamet träffades i höstas och då kom det upp några frågor som skickades vidare till er i styrgruppen.</p> <p>En fråga kom upp var om narkos borde ges till män som känner sig oroliga för att genomgå en MR prostata. Hur ställer ni er till det?</p> <p><i>Kommentar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EmJ: Det finns många anledningar till att det är orimligt att erbjuda narkos och det är dels resursmässigt och riskmässigt för män. Absolut inte är ett kort och tydligt svar.</li> <li>• OB: det finns inte på kartan. Det finns en rutin som funkar och den säger att om män inte kan genomgå MR så får de tid till urolog. Det är en ickefråga eftersom det finns en rutin för hur vi ska hantera detta.</li> </ul>	<p><b>EJ</b></p>

En annan fråga som kom upp var hur vi bör hantera män som har pacemaker. Idag är män som kommer in med pacemaker flaskhalsen i OPT eftersom det tar så mycket längre tid än att genomföra en "vanlig" MR prostata.

*Kommentarer:*

- EmJ: jag vet hur det funkar i Uddevalla och tidigare så skickade vi männen till SU. Det går inte göra längre då det inte finns resurser och därmed borde det inte finns resurser i OTP heller. Män med pacemaker går in i kategorin män som inte kan göra MR initialt och som då skickas till urolog i första hand. I det fall när det finns speciellt höga skäl hos urologen att gå vidare med MR så får man ordna med det separat.
- OB: det beror på vad det är för pacemaker. Moderna pacemaker fungerar i MR, det finns rutiner på röntgen för det. Det är svårt att ta ett beslut innan vi vet exakt deras rutiner ser ut för att ta reda på vad det är för pacemaker. Som jag förstår det, om vi remitterar för en klinisk MR så ska vi skriva om det är en pacemaker. Får de då en sådan remiss så vet jag inte exakt vem som tar reda på vad. Någon tar reda på om pacemakern är kompatibel med MR eller så skickar de tillbaka och säger att den inte är kompatibel. Idag finns rutin från MR sidan för att hantera de här patienterna. Däremot om det inte går att göra MR eller om det är tveksamheter så är det som EmJ säger. Man kan fundera på om kansliet ska engageras mer i frågan. Det är kansliläkare som är ansvarig för den MR som beställs så det kan vara så att det ska vara dialog mellan kansliet och MR avdelningen och inte kliniker. Kliniker blir inte inblandade förrän MR är gjort och är MR blank så ska de inte träffa någon kliniker.
- EmJ: nu vet jag inte helt hur det fungerar men vissa är helt inkompatibla och då går det inte göra en MR alls medan de som är kompatibla behöver stängas av. Det behöver då komma någon från en pacemakermottagning för att stänga av den. Där finns inte resurser förutom på SU. I NU-sjukvården kan vi inte göra det och i resterande förvaltningar vet jag inte. I NU-sjukvården har vi därmed inte resurser att göra MR för de som är kompatibla och det har jag svårt att se att alla kommer att ha. Det kan vara en mer komplicerad fråga som vi behöver ta upp och fatta ett principiellt beslut kring.
- OB: jag tänkte inte på att det kan vara en kapacitetsfråga. Det är inga stora volymer av dessa patienter än men på sikt blir det en större fråga. Det kan vara bra att lyfta i nationellt forum men samtidigt är det en resursfråga som EmJ säger. Har man möjlighet att göra bedömningen och göra en MR så är det så vi vill göra. Det är mycket bättre att göra en MR för de som är kompatibla än att göra systematiska biopsier i onödan. Det är mer resurskrävande. Nationellt kanske inte är uppenbart utan det är

snarare en regional fråga. Då ska vi även ha en RMR för hur man ska göra för utredning.

- EmJ: Vi behöver se över RMR och eventuellt förtydliga frågan där. I de regioner som inte kan göra MR primärt, kommer män på ett urologbesök och de hittar en stor prostata med densitet under 0,1, då kan urologen avgöra om det är motiverat att göra en MR eller inte.
- OB: det är en ganska stor andel som har benign palpation densitet under 0,1. Jag tror det är ungefär 50% i norrlandsregionen hittills. Det kan vara en enklare insats men i så fall ska det skrivas in i RMR. Man kommer till urologen om man gör en TRUL och det är en PSA densitet 0,2 det är då mer medicinskt motiverat att utreda om det finns möjlighet att göra en MR än att smälla av systematiska biopsier för att patienten råkar vara där. Det har inte skrivits någonting om i RMR.
- TBE: är det inte bra att diskutera detta med Marcus Håkansson som är ordförande för samordningsrådet bild och funktionsmedicin. Detta är en regional process som det är bra om det förankras i det rådet. Det är inte säkert att det påverkar någonting mer än det som redan är sagt i mötet men det kan vara snyggt att diskutera med andra parter inom hälso- och sjukvården. Det är bra då detta är en regional angelägenhet så att det inte endast stannar på ett sjukhus. Enligt OB och EmJ är det en bra idé däremot kan vi skriva in delarna i RMR oavsett då det rimmar bra med vad röntgen säger. EJ kontaktar Marcus kring frågan.

*Frågor:*

- Behöver vi diskutera frågan i andra frågor eller ska vi skriva in det direkt i RMR? **Svar:** EmJ och OB tycker det kan skrivas in i RMR redan nu. Det är oklart vad man bör göra. Det måste vara tydligt vad som i första hand ska göras men om det inte går så får man göra på det andra sättet. Det som ska läggas in är enligt följande:
  - Gör en MR i de fall det går och när det inte på grund av resursbrist eller liknande får man gå vidare med att ta systematiska biopsier. Palpation och ultraljud PSA-densitet under 0,1 är inte ett problem men däremot om det inte är den högre PSA-densiteten då bör man undersöka möjligheten till att göra en MR och inte göra systematiska biopsier.

En annan fråga från metodteamet var hur många män med pacemaker som vi uppskattar kommer finnas vid ett fullt utbyggt program. Jag har försökt att få fram data kring detta men inte lyckats hitta på den detaljnivån vi önskar. Har ni OB och EmJ någon uppfattning om vart jag kan få tag på det?

	<p>EmJ: oavsett hur vi tänker kring det så kommer det bli en resursfråga och det kan vara klokt att veta hur många resurser som behövs redan i förväg och därmed är det bra data att ha. Hur man få tag på det vet jag inte riktigt. Det är bra att få till ett diagram för att se hur många män som har pacemaker i de olika åldrarna men jag är osäker på om det går att hitta. De som är bäst att prata med borde vara de som har en pacemakermottagning exempelvis eller kardiologerna.</p> <p>OB: det finns ett nationellt pacemaker register, medicinskt kvalitetsregister. Swedish ICD and pacemaker registry borde ha informationen uppdelat på åldersgrupper.</p> <p>BP: Instämmer, det finns ett centralregister. Koncernkontoret borde ha kunskap om in och utdata från regionen. Du borde kunna vända dig till någon på koncernkontoret och få hjälp den vägen med informationen eller kunna ge dig en kontaktperson för att komma vidare.</p>	
<p>9.</p>	<p><b>Övriga frågor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TBE: jag missade första timmen av mötet. Var det någonting som jag behöver veta som diskuterades då? <b>Svar:</b> EJ: det som lyftes tidigare under mötet som är bra för dig att veta är frågan kring om männen ska betala en avgift när de lämnar sitt blodprov när pilotprojektet går över till utvidgning eller inte. OB ger en kort summering av bakgrunden. TBE håller med OB, vi äger inte riktigt frågan men det vi kan göra är att lägga fram två olika budgetalternativ så får den operativa nämnden ta ställning till det. Det är viktigt att man argumenterar emot en avgift då jag tror att det motverkar det vi vill uppnå, dvs. ett jämlikt deltagande i OPT. Varför ska det kosta 100kr om mammografi och cellprov är gratis.</li> <li>• OB: i ett stabiliserat läge, hur många PSA-prov räknar vi med då? <b>Svar:</b> EJ: i ett stabiliserat läge 2044 uppskattar vi att deltagandet kommer vara omkring 40 000st.</li> <li>• TBE: hur går diskussionerna i primärvården gällande kostnader för provtagningar idag? <b>Svar:</b> BP: pedagogiskt är att hålla det kostnadsfritt då en del av befolkningen behöver testa sig men kanske avstår när det uppstår kostnader. Det är bra om det blir jämlikt i screening mellan män och kvinnor. Vi har även sett ett förslag i den politiska dragningen där det sägs att avgifterna kan bli dyrare i primärvården. Det diskuteras nu och vi har ett ekonomiskt utmanande läge. Frågan om OPT kan därmed blir känsligt att lyfta till politiken nu. Ska man motivera eller inte för att täcka en kostnad som om tre år inte är diskutabel längre. Jag förstår att det är viktigt att argumentera för politiken. Det är viktigt att fånga upp så många som möjligt. Jag förordar att man har det kostnadsfritt.</li> <li>• BP: vi har haft en dialog kring tidsintervall från kallelse till provtagning. Hur ser det ut när fler män ingår, är det svårt att föra statistik om männen inte kommer inom sitt givna intervall? <b>Svar:</b> OB: idag kan</li> </ul>	<p><b>Alla</b></p>

	<p>männen gå och lämna blodprov en lång tid efter att erbjudandebrevet har skickats vilket är ett bekymmer. Denna fråga kommer lyftas i NAG OPT under mötet i april. EmJ: det kommer bli lite svårare att följa deltagandefrekvensen i det scenariot men då får vi kanske följa deltagandet över flera år och inte endast när de får kallelsen. BP: i andra screeningprogram får de en tidsbokning för exempelvis mammografi och cellprov.</p>	
<b>1</b> <b>0.</b>	<p><b>Mötets avslutande</b></p> <p>Nästa möte: 1/3 2024 kl.13-14.30.</p> <p>EJ förklarar mötet avslutat.</p>	<b>EJ</b>

Anteckningar av EJ 2024-02-08. Justering av UL 2023-02-09.