

Screening för prostatacancer med PSA-prov

Organisatoriskt underlag
Bilaga

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Förord

Socialstyrelsen har i detta dokument samlat underlag för de organisatoriska frågeställningarna (kriterium 12–15) för screening för prostatacancer med PSA-prov. Underlaget har tagits fram och granskats av experter på området.

Då vi i dag inte har någon pågående screeningverksamhet i Sverige för just prostatacancer är förslagen i detta underlag av hypotetisk karaktär, baserade på befintliga studier, på experters erfarenheter samt på kunskap förvärvad genom kommunikation med registerfunktioner.

Socialstyrelsens rekommendation om screening för prostatacancer och myndighetens modell för att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram finns publicerade på myndighetens webbplats: www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Organisatoriska aspekter (kriterium 12–15)	9
12. Information och deltagande i screeningprogrammet ska ha värderats	9
13. Organisatoriska aspekter som är relevanta för ett nationellt likvärdigt screeningprogram ska ha klarlagts	11
14. Screeningprogrammets resursbehov och genomförbarhet ska ha värderats	15
15. Förteckning över indikatorerna	17
Referenser	18

Sammanfattning

Utformningen av den information som skickas ut tillsammans med inbjudan till ett screeningprogram är avgörande för programmets täckningsgrad. En rekommendation om nationell screening uppfattas sannolikt som ett starkt argument för att tacka ja till inbjudan. Eftersom screening för prostatacancer skulle innebära en svår balansgång mellan tänkbar nytta och skada för individen, är det mycket angeläget att informationen i inbjudan tydligt beskriver både fördelar och nackdelar.

Vidare bör inbjudan till screening och bifogad information helst vara likadan i hela landet, men kan i vissa fall behöva anpassas lokalt och regionalt om ett screeningprogram skulle införas. För att ett screeningprogram ska bli jämlikt och nå ut till alla män i den aktuella åldersgruppen bör dessutom informationen finnas tillgänglig i olika former och på flera olika språk.

Även information om risken att drabbas, konsekvenser av tillståndet, åtgärder vid tillståndet samt att det är frivilligt att delta bör ingå i utskicket med inbjudan till en eventuell screening. Eftersom det saknas kunskap om hur man på bästa sätt bör utforma information om organiserad screening för prostatacancer är det dessutom viktigt att alla komponenter i ett eventuellt utskick utvärderas kontinuerligt. Till skillnad från oorganiserad PSA-testning, kan de olika delarna av ett screeningprogram kontinuerligt utvärderas, kvalitetssäkras och utvecklas för att successivt uppnå likvärdiga och jämlika förhållanden över hela landet.

För att kunna uppnå nationellt likvärdiga och jämlika förhållanden måste dock hälso- och sjukvårdens huvudmän samverka under införandet av ett nytt screeningprogram. Väsentliga delar av ett sådant program bör vara lika för hela landet, medan andra delar av programmet skulle kunna organiseras på olika sätt av olika huvudmän (beroende på lokala och regionala förutsättningar). Om ett screeningprogram skulle införas är det dessutom önskvärt dels med en strukturerad och nationellt överenskommen struktur för utredningen, dels med en nationell administrativ enhet.

Med stor sannolikhet skulle det utifrån dagens förutsättningar bli svårt att bemanna utredningsenheterna med urologer i vissa delar av landet. Därför skulle sköterskeledd utredning kunna vara värt att utvärdera, men alla enheter skulle dock ändå behöva tillgång till läkare med urologisk kompetens. Även dagens brist på patologer kan komma att påverka rutinerna vid de utredande enheterna. Övergången från oorganiserad PSA-testning till ett screeningprogram för prostatacancer skulle innebära en omfördelning av tillgängliga resurser. Belastningen på primärvården, som i dag hanterar en stor del av den oorganiserade PSA-testningen, skulle minska.

För de landsting och regioner som i dag har en låg andel män som PSA-testas skulle ett screeningprogram troligen medföra större initial ökning av resursbehoven än för de landsting och regioner som redan har en utbredd PSA-testning. På längre sikt skulle dock ett screeningprogram troligen leda till att antalet PSA-prov minskar.

Ett screeningprogram skulle leda till att incidensen av prostatacancer ökar. Det ökade antalet män med prostatacancer skulle framför allt öka behovet av urologisk sjukvård, såväl för operationer som för aktiv monitorering. På längre sikt skulle dock ett minskande antal män med spridd prostatacancer minska den snabba behovsökningen av onkologisk sjukvård som nu ses på grund av en åldrande befolkning och nya behandlingsmetoder.

Organisatoriska aspekter (kriterium 12–15)

12. Information och deltagande i screeningprogrammet ska ha värderats

För att framgångsrikt införa ett screeningprogram för prostatacancer krävs en nationell kommunikationsplan för såväl informations- som utbildningsmaterial. Erfarenheter från andra screeningprogram bör tas tillvara och dessutom bör expertis inom kommunikation delta i arbetet.

Utformningen av informationen som skickas ut tillsammans med inbjudan till screening kommer att vara avgörande för screeningprogrammets täckningsgrad. Sannolikt skulle ett beslut från Socialstyrelsen om att rekommendera screening i sig att uppfattas som ett starkt argument för att tacka ja till inbjudan. Som en följd av den fina balansen mellan nytta och risk, som screening för prostatacancer innebär, skulle det därmed bli särskilt angeläget att informationen i inbjudan tydligt beskriver både för- och nackdelar med att låta sig testas. Detta för att den enskilde ska kunna fatta ett eget, välgrundat beslut om sitt eventuella deltagande. För att värdera informationens utformning, i relation till individens autonomi och samtidiga behov av beslutsstöd, bör även etiker rådfrågas.

Sedan 2007 finns en informationsbroschyr framtagen av Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-8-4> som reviderats 2010 och 2014. Broschyren riktar sig till män som ställs inför valet att kontrollera PSA, och tar upp ett flertal av de punkter som bör ingå i screeninginformationen. En bearbetning av broschyrens innehåll skulle dock krävas för att anpassa den till användning för ett screeningprogram.

Enligt Socialstyrelsens modell för bedömning, införande och uppföljning av screeningprogram bör information om följande ges till de personer som inbjuds till screening:

- Risker för att drabbas och konsekvenserna av tillståndet.
- Hur screeningprogrammet påverkar konsekvenser av tillståndet.
- Hur screeningtestet går till.
- Hur stor andel som får ett positivt utfall av screeningtestet.
- Risk för falskt positivt eller falskt negativt svar.
- Konsekvenserna av ett positivt utfall av screeningtestet.
- Vilka åtgärder för tillståndet som kan bli aktuella och konsekvenserna av dessa.
- Att det är frivilligt att delta i ett screeningprogram.
- Vem som är avsändare.
- Hur man kan få ytterligare, mer detaljerad information.

Av informationen bör det även framgå att screeningprogrammet ersätter den oorganiserade testning som i dag blivit allt vanligare i stora delar av landet. Informationen ska också kort beskriva hur PSA-provtagningen och eventuellt efterföljande vävnadsprov går till, risken för falskt negativa och falskt positiva svar samt inom vilken tidsram man kan lämna provet och när man därefter får svar.

Vidare måste det anges att viss personlig data kommer att sparas – och på vilket sätt denna data kan komma att användas. Informationen måste uppfylla gällande lagstiftning om personuppgifter.

Informationen bör tydligt ange att en stor andel av männen med screening-upptäckt prostatacancer kommer att erbjudas aktiv monitorering – samt förklara vad denna uppföljningsstrategi innebär. Det bör också framgå att män med nära släktingar som drabbats av prostatacancer har ökad risk och att man alltid ska kontakta vården om man har symtom från urinvägarna.

Sammanlagt bör informationen som medföljer inbjudan inte vara längre än en A4-sida. För den som vill ha mer information bör det därför finnas möjlighet att läsa mer på annan plats via hänvisningar till webbplatser, till exempel på 1177.se. I och med detta behöver även texten på 1177.se revideras, så att den är samstämmig med den information som skickas ut tillsammans med inbjudan.

För att minska oro och samtidigt möjliggöra en minskning av testning utanför programmet är det viktigt med tydlig information, dels om *vad* som ligger till grund för programmets åldersgränser, dels *varför* man avråder från testning av asymtomatiska män utanför screeningprogrammets åldersintervall. Man bör även beskriva vilka valmöjligheter som finns för de individer som nyligen genomfört PSA-prov utanför programmet.

Inbjudan till screening och bifogad information bör helst vara densamma i hela landet. I vissa fall krävs dock lokal och regional anpassning av praktiska detaljer, till exempel kring provtagningen.

För att på ett jämlikt sätt nå ut till alla män som omfattas av screeningprogrammet bör screeninginformationen spridas i olika former och via olika kanaler. Därmed kan informationen på internet eventuellt kompletteras med ytterligare information samt kommunikationsmöjligheter via sociala medier. Informationen måste självklart finnas tillgänglig på ett flertal olika språk.

Vidare är det angeläget att noggrant även utforma den information som lämnas vid besked om PSA-värde över åtgärdsgränsen. Sådan information bör, utöver beskrivningen av nästa steg, tydligt ange *inom vilken tid* nästa steg kommer att ske.

Det bör dessutom finnas möjlighet för allmänheten att ställa frågor, både inför eventuellt beslut om deltagande och om praktiska detaljer gällande till exempel svarsrutiner och fortsatt utredning. Särskilt utbildad personal bör då kunna ge svar – både via internet och över telefon. Att en sådan service är lättillgänglig kan vara av stor betydelse för personer som är oroliga efter att ha fått inbjudan till programmet, som väntar på provsvar eller som är under utredning på grund av ett högt PSA-värde. Telefonlinjen kan antingen arrangeras nationellt under 1177, alternativt inom ramen för den regionala screeningorganisationen (se punkt 13).

Det kommer att behövas utbildning om det nya screeningprogrammet till flera olika grupper – med särskilt fokus på olika personalkategorier inom primärvård och företagshälsovård, det vill säga personal som kommer i kontakt dels med män som bjuds in till screening, dels med män som står utanför programmet. En viktig uppgift för denna personal blir att bemöta och avstyra eventuella önskemål om PSA-testning utanför screeningprogrammet från män utan symtom.

Utbildning riktad mot primär- och företagshälsovård kan ske på olika sätt, till exempel genom föreläsningar, webbutbildningar, informationsbroschyrer samt informationssidor på internet. Även telefonrådgivningspersonalen på 1177 behöver utbildning och rådgivningsstöd kring det nya screeningprogrammet. Vidare kommer det att behövas utbildning av hela vårdkedjan som ingår i screeningprocessen.

För alla utbildningsinsatser bör det tas fram ett nationellt likvärdigt utbildningsmaterial. Beträffande ansvaret för framtagande av utbildningsmaterial och genomförande av utbildningar kan olika modeller väljas. Det är dock önskvärt att allt informationsmaterial är nationellt framtaget och att det finns en nationell struktur som ansvarar för att informationen är kontinuerligt uppdaterad. Denna organisation bör även ansvara för utvärderingen av informationen.

Det finns i dag mycket lite internationell erfarenhet om hur man bör utforma information om organiserad screening för prostatacancer. Det är därför av stor vikt att alla komponenter i screeningprogrammet, inklusive informationen, kontinuerligt utvärderas. En sådan utvärdering bör inkludera hur mottagarna uppfattar informationen, vilka grupper som är särskilt svåra att nå och hur man bäst når ut till grupper med lågt deltagande.

13. Organisatoriska aspekter som är relevanta för ett nationellt likvärdigt screeningprogram ska ha klarlagts

Det pågår i dag en omfattande oorganiserad PSA-testning som tar stora resurser i anspråk. En stor skillnad mellan ett organiserat screeningprogram och oorganiserad PSA-testning är möjligheten att registrera, följa upp och kvalitetsgranska alla delar av programmet. På så sätt kan man kontinuerligt utvärdera resultaten och arbeta mot en likvärdig och jämlik screening över hela landet.

Detta förutsätter dock att hälso- och sjukvårdens huvudmän samverkar kring införandet av det nya screeningprogrammet. Hur huvudmännen väljer att organisera programmets olika delar kan rimligen variera, men det bör vara samma minsta, gemensamma nämnare i hela landet.

Ett screeningprogram för prostatacancer kan omfatta följande delar:

1. Administrativ enhet
2. Provtagande enhet
3. Utredande enhet.

Den administrativa enheten ansvarar dels för inbjudningarna till provtagningen, dels för att lämna svar efter provtagning. Enheten kan eventuellt även ansvara för den telefonupplysning dit män kan vända sig med frågor om screeningprogrammet. Enheten bör ha tillgång till ett välutvecklat it-stöd och en nationell databas. Modellen måste uppfylla såväl nuvarande som kommande lagstiftning för personuppgiftshantering.

En nationell administrativ enhet innebär administrativa besparingar och gör det dessutom möjligt att följa personer som byter bostadsort. Med tanke på att vissa män kan behöva följas med långa tidsintervall kan dock icke-centraliserade databaser både försvåra och kraftigt fördröja uppföljningen av dessa män. Man har dessutom rätt till screeningundersökning och vidare utredning utanför sitt eget landsting (patientlagen 9 kap. 1 § [2014:821]), vilket också skulle underlättas med en nationell databas. Om en nationell databas av olika skäl inte är möjlig så bör motsvarande lösningar på lokal och/eller regional nivå skapas.

Vidare bör screeningdatabasen vara kopplad till befolkningsregistret för att kontinuerligt uppdatera individstatus (levande eller avliden) och folkbokföringsadress. Den bör även vara kopplad till cancerregistret så att de män som redan har prostatacancerdiagnos exkluderas. Det bör också finnas möjlighet att registrera män som på egen begäran inte vill delta i screeningprogrammet. Män som avböjer inbjudan bör däremot återinbjudas efter en viss tid eftersom männens ställningstagande av olika skäl kan ändras, till exempel om en nära släkting insjuknat i prostatacancer.

Män med skyddad identitet bör kallas via Skatteverket, på motsvarande sätt som görs för kvinnor inom cervixcancerscreening.

Transpersoner som inte genomgått kirurgisk korrektion ska också erbjudas rådgivning om deltagande, förslagsvis via den specialiserade vårdenhet som de har kontakt med i och med sin könskorrektion.

Sammanfattningsvis behöver databasen kunna:

- skicka inbjudningar med varierande intervall baserat på aktuell PSA-nivå
- skicka svar till män som redan tagit PSA-prov, vilket förutsätter automatisk resultatöverföring från aktuella laboratedatabaser
- skicka elektronisk remiss till utredande enhet vid förhöjt PSA-värde.

Det är önskvärt att så många moment som möjligt sker automatiskt, alltså utan behov av manuell registrering eller bearbetning i databasen. En automatisering av de olika momenten ökar informationssäkerheten och minskar samtidigt arbetsbelastningen. Resultatet av vidare utredning, till exempel genom palpation av prostata, transrektalt ultraljud (TRUL) och vävnadsprovtagning, bör också registreras i screeningdatabasen.

Screeningprogrammet är tänkt att bjuda in män som är folkbokförda i Sverige. Inbjudan bör som tidigare nämnt vara nationellt lika och bland annat innehålla information om var man kan ta sitt prov och inom vilken tidsram man bör göra detta. Inbjudan ska också inkludera en sammanfattande information om screening för prostatacancer (enligt punkt 12) samt beskriva var man kan vända sig för ytterligare information. Screeninginbjudan skulle i sig kunna fungera som remiss för provtagning.

Huruvida om, och i så fall när, påminnelser ska skickas via databasen bör nog övervägas och dessutom anpassas för att värna om den enskilda individens integritet. Rutiner kring påminnelser, till exempel tidsintervall och antal påminnelser, bör också vara nationellt lika.

Den provtagande enheten kan arrangeras på olika sätt i landsting och regioner utifrån de lokala förutsättningar som finns. Flertalet vårdcentraler har redan provtagningsmöjligheter och de skulle därmed kunna användas för provtagning inom screeningprogrammet (under förutsättning att provet hanteras i enlighet med programmets rutiner). Ett alternativ är att bygga upp specifika provtagningsenheter inom ramen för screeningprogrammet. Oavsett lösning bör de provtagande enheterna bemannas med personal som fått utbildning om screeningprogrammet så att dessa kan besvara relevanta frågor som kan uppkomma i samband med provtagning.

För ett nationellt likvärdigt program är det dessutom viktigt att tillgängligheten till provtagningsenheter är god och inte skiljer sig åt inom riket. Eftersom en stor andel av screeningpopulationen är i arbetsför ålder är det önskvärt att provtagning kan erbjudas även *utanför kontorstid* och på *valfri provtagningsenhet* för att underlätta deltagande för yrkesverksamma män.

Analysen av PSA kan antingen göras på det laboratorium som är kopplat till aktuell provtagningsenhet eller skickas till särskilt utvalda laboratorier. Väsentligt är att laboratorierna använder ackrediterade, WHO-kalibrerade metoder för PSA-analys. Det är även önskvärt att laboratoriet kan överföra PSA-värden elektroniskt till screeningdatabasen, så att värdet automatiskt genererar ett svar och, vid värden över en viss nivå, även genererar en remiss till utredande enhet per automatik. Fördelar med en nationell analysenhet och en nationell databas är dels att det sannolikt blir lättare att skapa en sådan automatisk överföring av provsvar till screeningdatabasen, dels att det blir lättare att kvalitetsgranska analyserna.

Man bör även utreda möjligheten att koppla själva screeningdatabasen till alla laboratorier som analyserar PSA. De PSA-prov som är tagna utanför screeningprogrammet, alltså på män i screeningpopulationen utan prostatacancerdiagnos, skulle på så sätt kunna användas för att skjuta fram nästa provtagning inom programmet. På så sätt skulle man både kunna undvika onödig ”dubbelprovtagning” och spara ett stort antal PSA-prov årligen – speciellt under eventuell införandefas av screeningprogrammet. Inom cervixcancerscreening använder man på detta sätt resultaten från den oorganiserade cellprovtagningen dels för att undvika dubbel provtagning, dels för att beräkna lämpligt intervall till nästa provtagning.

Både positivt och negativt screeningutfall bör meddelas via brev, men mottagaren måste även kunna välja att få ett sms eller e-post, alltså kunna logga in och ta del av svaret på nätet. Vid ett positivt screeningtest bör man dessutom per automatik erbjudas en förbokad tid på en utredande enhet. Den utredande enheten ansvarar därmed för att en kallelse skickas ut inom en viss (förbestämd) tid. För att öka tillgängligheten och underlätta deltagandet bör ombokning finnas via 1177 Vårdguiden (”Mina vårdkontakter”) och via telefon. Man bör också kunna skicka sms-påminnelser, givetvis efter samråd med den enskilde.

Den utredande enheten bör vara utrustad med ultraljudsapparat för TRUL-undersökning (transrektalt ultraljud) samt ha möjlighet till vävnadsprovtagning. Enheten bör även bemannas med läkare som har urologisk kompetens samt sjuksköterska alternativt undersköterska. För att uppnå en jämlik vård är det viktigt att inte de individuella förutsättningarna för deltagande skiljer sig onödigt mycket över landet, till exempel geografiskt avstånd till provtagningsenhet eller utredningsenhet.

Eftersom tillgången på urologer skiljer sig över landet finns dock viss risk att det blir svårt att bemanna utredningsenheterna i vissa delar av landet. Ett alternativ som kan utvärderas är sköterskeledd screening, där en specialistutbildad sjuksköterska utför palpation av prostata, transrektalt ultraljud och vävnadsprovtagning. Sköterskebaserade screeningenheter bör dock ha direkt tillgång till läkare med kompetens inom urologi. Erfarenhet av sköterskebaserade utredningsenheter finns bland annat i England. Det bör tas fram kvalitets- och kompetenskrav avseende vävnadsprovtagning för att kunna säkerställa en likvärdig vård över landet.

Vidare är det önskvärt med en strukturerad och nationellt överenskommen algoritm för utredningen, palpation, transrektalt ultraljud och vävnadsprover. För att godkännas som utredande enhet kan det eventuellt behövas ett certifieringsförfarande. För att en enhet ska kunna certifieras krävs att man har viss bestämd utrustning och kompetens samt att man följer fastställd utredningsalgoritm. En gemensam screeningalgoritm med förutbestämda kriterier för olika steg i utredningen skapar dessutom förutsättningar för en systematisk utvärdering av programmet.

Utredningsenheten bör erbjuda återbesök i samband med svar på vävnadsprovtagningen. Det är viktigt att de män som vid detta besök får en prostatacancerdiagnos får tydlig och enhetlig information om sjukdomen, vilka behandlingar som kan bli aktuella och vart man kan vända sig för ytterligare information.

Män med nydiagnostiserad cancer ska därefter omhändertas skyndsamt på en urologisk klinik, dels för att träffa kontaktsjuksköterska, dels för vidare terapidiskussion med urolog- och/eller onkologspecialist. Tid till terapidiskussion ska maximalt uppgå till de ledtider som gäller för standardiserade vårdförlopp (SVF).

Män med godartade vävnadsprover kallas igen enligt screeningalgoritmen, medan män som diagnostiseras med cancer ska exkluderas ur screeningprogrammet och därmed inte kallas till någon ny provtagning.

Vid ett införande av screening för prostatacancer bör frågan om huruvida den utredande enhetens ”hemvist” ytterligare behöver värderas. Det bästa alternativet är troligen att den utredande enheten inkluderas i screeningprogrammet. På så sätt skapas förutsättningar för en snabb och effektiv utredning av alla individer med förhöjt PSA. Med en sådan lösning lämnar individen screeningprogrammet först när prostatacancer har diagnostiserats.

Även för den histopatologiska (mikroskopiska) bedömningen av vävnadsproverna bör nationella kriterier följas. Nationellt ansvariga referenspatologer skulle sannolikt vara av stort värde för såväl eftergranskning som kvalitetsuppföljning av vävnadsprover tagna inom screeningprogrammet.

Svar på vävnadsproven bör kunna lämnas inom den tidsram som är fastslagen inom SVF. Brist på patologer kan dock orsaka en betydande risk för alltför långa svarstider – särskilt under eventuell införandeperiod. Dessa svar, alltså resultaten av vävnadsprovtagningen, bör dessutom beskrivas på samma sätt i hela landet samt följa kriterierna i det nationella vårdprogrammet för prostatacancer. Biopsimaterialet bör sparas enligt gällande rutiner, dels för att möjliggöra senare kvalitetsgranskning, dels för framtida forskning.

Förslag till algoritm och införandeplan

Testningen bör följa det som anges i det nationella vårdprogrammet; vid PSA <1 ng/ml sker inbjudan till ny provtagning efter 6 år och vid PSA 1-2,9 ng/ml efter 2 år. Om en persons PSA är 3 ng/ml eller mer ska man hänvisas vidare till utredande enhet. Män med känd prostatacancerdiagnos ska som tidigare nämnt inte bjudas in.

Screeningprogrammet är tänkt att omfatta män mellan 50 till 70 år. Att direkt införa ett fullskaligt screeningprogram för alla män mellan 50 och 70 år i Sverige kräver dock stora resurser och innebär dessutom stora logistiska utmaningar. Initialt skulle därför män som är 50, 56, 62 respektive 68 år kunna bjudas in under de första sex åren. I och med detta har hela den ursprungliga gruppen av män mellan 50 och 70 år bjudits in efter sex år.

Ifall detta lösningsförslag bedöms vara alltför omfattande som introduktion kan man välja ett alternativ, förslagsvis att man initialt enbart bjuder in män som är 56 respektive 62 år – eftersom det är kring dessa åldrar som screeningprogrammet är mest effektivt enligt beräkningar [1]. Efter några år, när screeningorganisationen är etablerad och välfungerande, kan man utvidga och bjuda in fler åldersgrupper för varje år.

14. Screeningprogrammets resursbehov och genomförbarhet ska ha värderats

Övergången från oorganiserad PSA-testning till ett screeningprogram för prostatacancer kommer att innebära en omfördelning av tillgängliga resurser. Det råder dock stor osäkerhet dels kring hur många män som kommer fortsätta att kontrollera PSA utanför programmet, dels gällande hur fort denna testning kommer att minska.

Under en införandeperiod, det vill säga innan den oorganiserade testningen minskat, kommer därmed behovet av resurser att öka. Enligt en hälsoekonomisk beräkning av resursbehovet vid införande av organiserad PSA-testning i Region Skåne bedömdes det totala resursbehovet understiga nuvarande behov efter tre års tid – under förutsättning att den oorganiserade testningen helt upphör inom fem år [9].

För de landsting och regioner som i dag har en låg andel oorganiserad PSA-testning kommer dock införandet av ett screeningprogram troligen att leda till en större ökning av resursbehoven än för de landsting och regioner som i dag har en utbredd oorganiserad testning.

Det är framförallt behovet av provtagnings- och analysresurser samt specialistläkare inom urologi och patologi som kommer att öka. En

bidragande orsak till ökat resursbehov är att man, enligt tillgängliga studier vid införande av ett screeningprogram, kan förvänta sig att en högre andel av männen med förhöjt PSA går vidare till utredning med vävnadsprover än vid oorganiserad testning [5, 10].

På längre sikt kommer däremot ett organiserat screeningprogram troligen leda dels till att antalet PSA-prov minskar, dels till att incidensen av prostatacancer, i jämförelse med dagens situation, ökar. Även om inte alla personer med påvisad cancer kommer att kräva avancerad behandling så kommer behovet av såväl urologisk vård som patologbedömningar att öka. Belastningen på primärvården, som i dag hanterar en stor del av den oorganiserade PSA-testningen, kommer däremot samtidigt att minska – detta trots att screeningprogrammet medför att provtagning kommer att utföras på vårdcentralerna i hög utsträckning.

Vidare kommer alla personer som får prostatacancerdiagnos att delas in i en riskgrupp som baseras på klinisk information. Införandet av ett screeningprogram kommer med stor sannolikhet att förändra riskgruppsfördelningen av de cancerfall som diagnostiseras [8, 10, 11].

Enligt nationella prostatacancerregistret tillhörde 26 procent av alla cancerfall som diagnostiserades under 2016 lågriskgruppen medan 38 procent tillhörde högrisk, lokalt avancerad eller metastaserad cancer [11].

Ett screeningprogram kommer troligen att öka andelen lågriskcancer och minska andelen högrisk och/eller metastaserad cancer. Det kommer i sin tur att leda till att behovet av aktiv monitorering ökar. Det kommer däremot ha en inbromsande effekt på dagens snabba ökningstakt av behovet av onkologisk sjukvård vilket orsakas dels av en åldrande befolkning, dels av nya behandlingsmöjligheter.

Den bristande tillgången på urologer och patologer kan bli en utmaning vid ett eventuellt införande av prostatacancerscreening. Situationen ser dock lite olika ut i olika delar av landet. Enligt SVF ska tiden från remiss till första besöket på specialistmottagning vara högst fjorton dagar och tiden från vävnadsprov till svar ska vara högst elva dagar. I dag uppnås detta endast i 28 respektive 10 procent av fallen – och de regionala skillnaderna är stora [11].

15. Förteckning över indikatorerna

Tabell 1 visar de indikatorer som ingår i en uppföljning av screeningprogrammet för prostatacancer.

Tabell 1. Indikatorförteckning för screeningprogrammet

Nr.	Namn
1	Målgrupp för inbjudan till screeningprogrammet
2	Andel män som bjudits in till screening för prostatacancer
3	Andel män som efter inbjudan har deltagit i screening för prostatacancer
4	Andel män som återkallats för vidare utredning
5	Andel män som återkallats och deltar i vidare utredning
6	Andel män som deltagit i vidare utredning och som genomgått biopsi
7	Andel falskt positiva screeningtest
8	Andel män som vårdats för allvarlig infektion efter biopsiförfallet
9	Andel män som diagnostiserats med prostatacancer
10	Andel män med prostatacancer som genomgått kurativt syftande behandling (operation eller strålbehandling)
11	Andel intervallcancer som är lokalt avancerad eller metastaserad
12	Incidens av lokalt avancerad och/eller metastaserad prostatacancer
13	Deltagande i forskningsprojekt för utveckling av diagnostiska metoder
14	Antal män som deltagit i screeningprogrammet jämfört med antal män som genomgått PSA-prov utanför screeningprogrammet

Referenser

1. Heijnsdijk EA, de Carvalho TM, Auvinen A, et al. Cost-effectiveness of Prostate Cancer Screening: A Simulation Study Based on ERSPC Data. *J Natl Cancer Inst* 2015; **107**(1).
2. Jonsson H, Holmström B, Duffy SW, Stattin P. Uptake of prostate-specific antigen testing for early prostate cancer detection in Sweden. *Int J Cancer* 2011; **129**(8): 1881–8.
3. Nordström T, Aly M, Clements MS, Weibull CE, Adolfsson J, Grönberg H. Prostate-specific antigen (PSA) testing is prevalent and increasing in Stockholm County, Sweden, Despite no recommendations for PSA screening: results from a population-based study, 2003-2011. *Eur Urol* 2013; **63**(3): 419–25.
4. Bratt O, Lundgren R, Ahlgren G. Systematisk PSA-screening har provats i region Skåne. Balanserad information ger chans till jämlik vård, visar pilotprojekt.. *Läkartidningen* 2012; **109**(37): 1610–2.
5. Nordström T, Bratt O, Örtengren J, Aly M, Adolfsson J, Grönberg H. A population-based study on the association between educational length, prostate-specific antigen testing and use of prostate biopsies. *Scandinavian journal of urology* 2015: 1–6.
6. Hugosson J, Arnsrud Godtman R, Carlsson S, et al. 18-yr Follow-up of the Göteborg Randomized Population-based Prostate Cancer Screening Trial: The Effect of Sociodemographic Variables on Participation, Prostate Cancer Incidence, and Mortality. 2017.
7. Fridriksson J, Gunseus K, Stattin P. Information on pros and cons of prostate-specific antigen testing to men prior to blood draw: a study from the National Prostate Cancer Register (NPCR) of Sweden. *Scand J Urol Nephrol* 2012; **46**(5): 326–31.
8. Arnsrud Godtman R, Holmberg E, Lilja H, Stranne J, Hugosson J. Opportunistic Testing Versus Organized Prostate-specific Antigen Screening: Outcome After 18 Years in the Goteborg Randomized Population-based Prostate Cancer Screening Trial. *Eur Urol* 2015; **68**(3): 354–60.
9. Prioriteringsrådet i Region Skåne. Prioriteringsrådets yttrande om införande av organiserad testning av prostataspecifikt antigen 2016-12-16. <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/prioriteringsradet/> citerad 2017-10-19.
10. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, et al. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol* 2010; **11**(8): 725–32.
11. Nationella prostatacancerregistret. Prostatacancer. Nationell kvalitetsrapport för 2016. <http://npcr.se/rapporter/nationella-arsrapporter/> citerad 2017-10-19.