

ÚLOHA PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ VE SCREENINGU A ADRESNÉM ZVANÍ

Bohumil Seifert

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP



5. prosince 2013

2. Národní kongres o kolorektálním karcinomu

Screening a primární péče

- Komplexní přístup k pacientům
- Globální přístup k prevenci
- Osobní péče

Primární péče = silná a levná péče

Kolorektální karcinom představuje významné, nicméně zdaleka ne jediné riziko.

Prevence kolorektálního karcinomu

- **Primární prevence**
- **Sekundární prevence :**
 - screening pro osoby s průměrným rizikem
 - identifikace osob s vysokým rizikem
- **Časná diagnostika u symptomatických**
- **Terciární prevence u pacientů s KRK**

SCREENING KRK v ČR: 2000 -2013

ČR v roce 2000 byla druhou zemí na světě, která zavedla národní program screeningu KRK.

Nová metodika screeningu v roce 2009:

- 1) roční frekvence TOKS od 50. do 55. roku
- 2) zavedení imunochemických testů
- 3) zapojení gynekologů do screeningu
- 4) primární screeningové kolonoskopie

ČR: přehled exportovaných dat za rok 2011 a srovnání s předchozími roky

Zdravotní výkon	Počet výkonů			
	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011	2011 vs. 2009
Screeningový test na okultní krvácení do stolice	417 364	527 099	527 470	+26%
Celkem kolonoskopická vyšetření	204 567	229 303	222 270	+9%
Screeningová kolonoskopie	3 389	10 409	13 800	+307%
Primární screeningová kolonoskopie	981	3 965	4 323	+341%
Diagnostická kolonoskopie (vč. neúplných)	200 197	214 929	204 147	+2%
Endoskopické polypektomie	36 021	42 914	43 300	+20%
Endoskopická mukózní resekce			2 396	
Rektoskopie			43 721	
Další výkony stanovení okultního krvácení	84 786	92 249	72 390	-15%
Celkem	742 738	891 565	911 547	

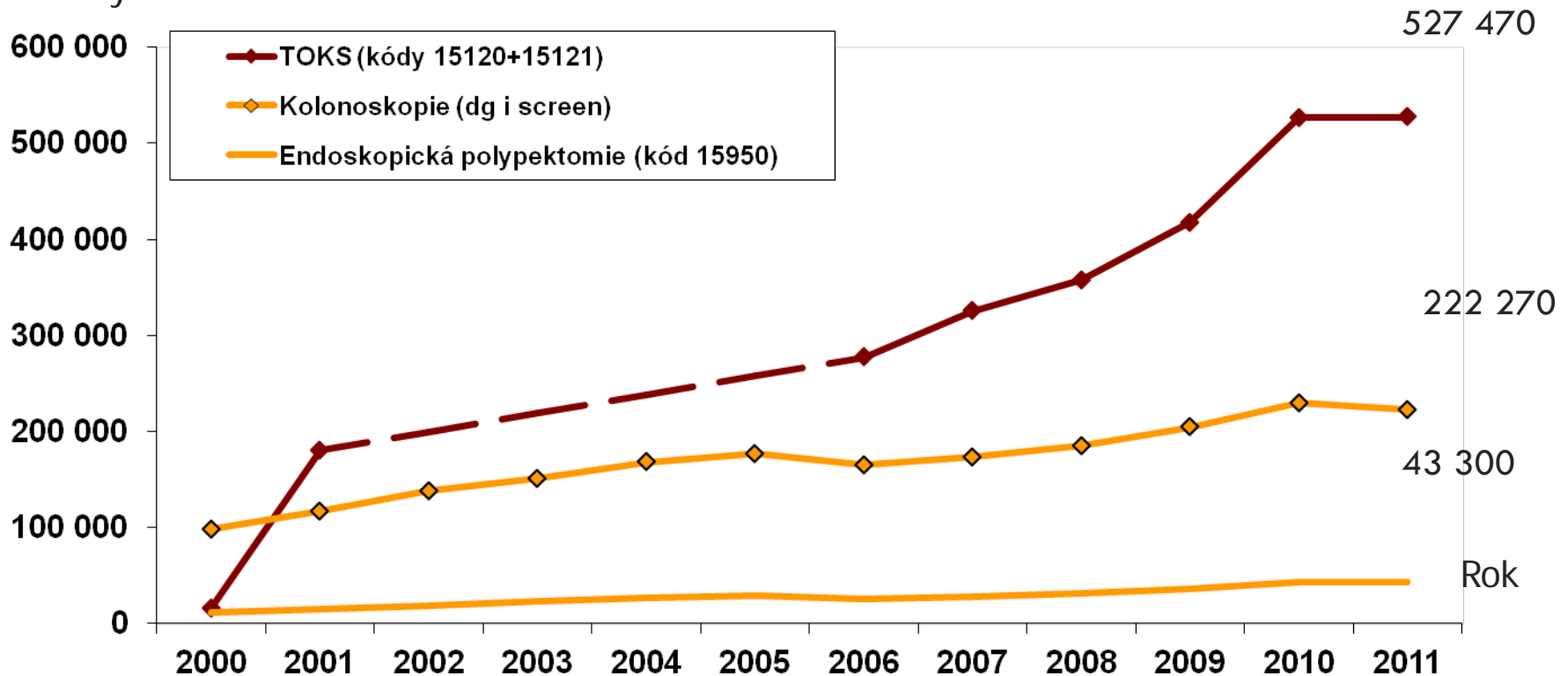
TOKS v datech

- Pokrytí TOKS – celkové, podle věku a pohlaví
- Podíl VPL a gynekologů na TOKS
- Regionální variabilita
- Míra positivity TOKS

Screening kolorektálního karcinomu: sledované výkony v časovém trendu

Počet osob s provedeným výkonem
v jednotlivých letech

Zdroj dat: NRC



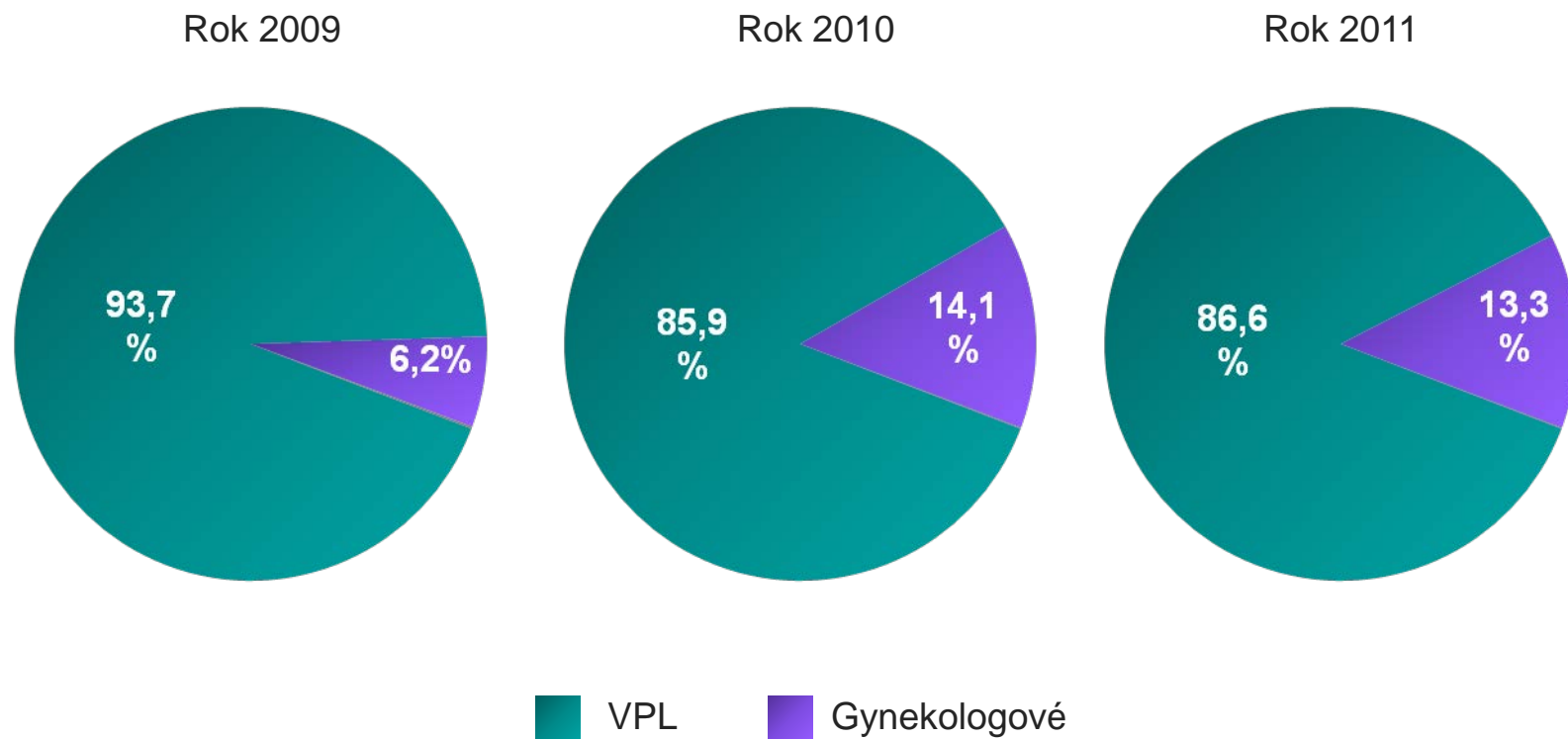
Počet aplikovaných vyšetření TOKS byl v letech 2010 a 2011 přibližně stejný. Pro období 2002-2005 export neobsahuje přechodně existující kódy 01120, 01121 – v grafu byly uvedené roky interpolovány. K analýze a kvantifikaci současného pokrytí postačují data z období 2010-2011.

Pokrytí TOKS na konci roku 2011

Věková skupina	Počet provedených TOKS			Screeningový interval	Osob vyšetřených během intervalu	Osob v cílové populaci Rok 2011	Pokrytí
	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011				
50-54	73 187	92 603	90 323	1 rok	90 323	649 679	13,9%
55-59	85 579	108 234	105 176	2 roky	213 410	745 595	28,6%
60-64	86 824	113 036	110 758		223 794	743 740	30,1%
65-69	67 345	83 898	89 996		173 894	595 116	29,2%
70-74	42 427	55 076	58 050		113 126	402 749	28,1%
75-79	31 419	37 188	37 343		74 531	307 188	24,3%
80-84	17 329	20 651	22 376		43 027	234 820	18,3%
85+	7 721	9 378	10 529	19 907	161 563	12,3%	
Celkem	411 831	520 064	524 551		952 012	3 840 450	24,8%

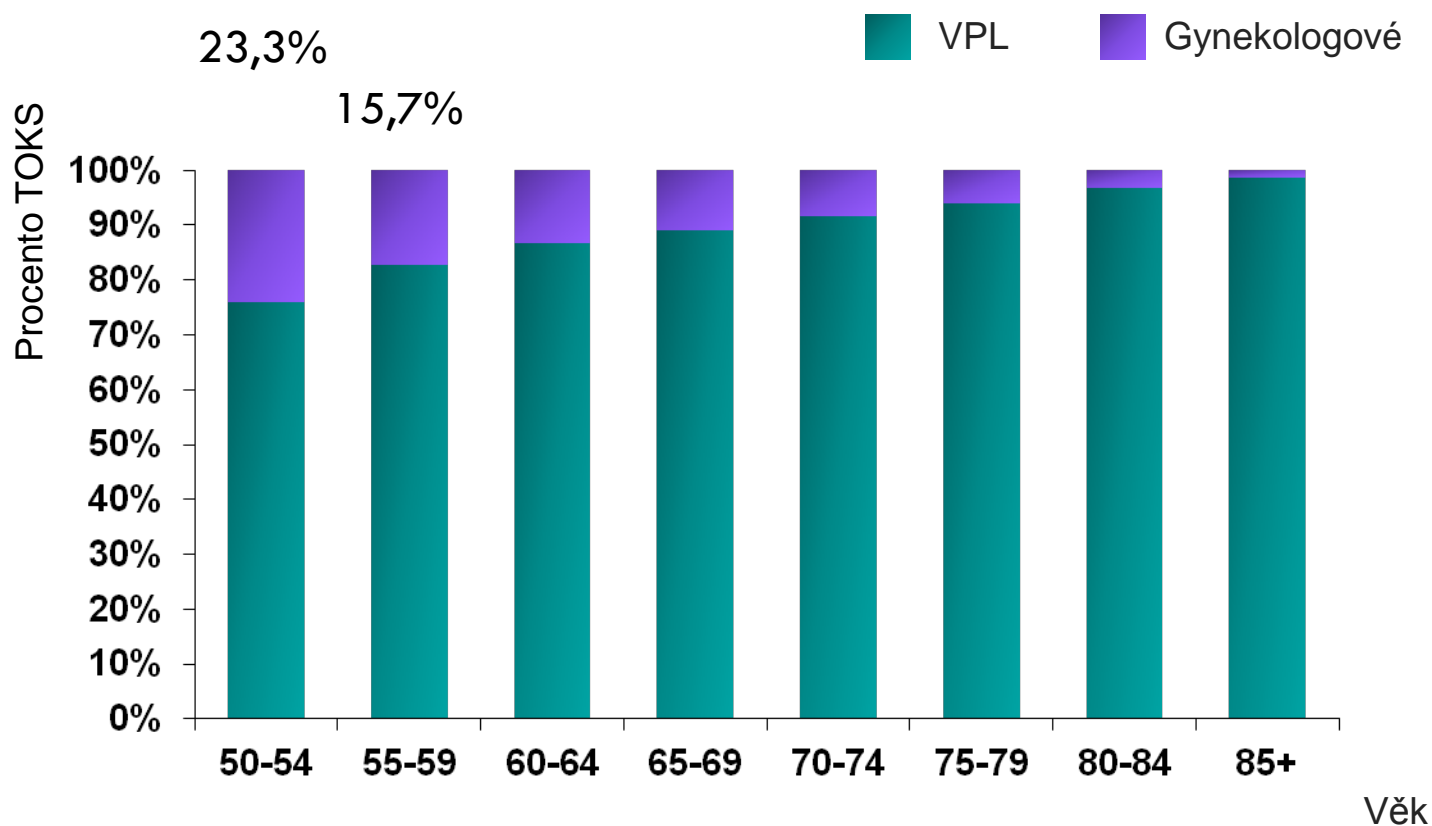
Procento TOKS, provedených u žen praktickými lékaři a gynekology, 2009-2011

Zdroj: Národní referenční centrum. Připravila IBA



Procenta TOKS, provedených u žen podle věku praktickými lékaři nebo gynekology, 2010-2011.

Zdroj: Národní referenční centrum. Připravila IBA

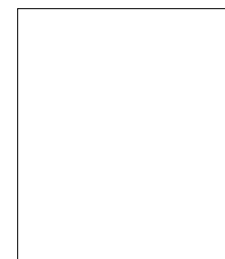


TOKS: pokrytí cílové populace v okresech 2009-2010

Muži a ženy od 50 let

TOKS: negativní (15120) + pozitivní (15121)
(2009-2010, N = 862 526 vyšetření (NRC))

krytí
procentech



celkové pokrytí (2009-2010): 22,7 % (rozsah v okresech ČR: 13,1-32,6 %)

Screening kolorektálního karcinomu

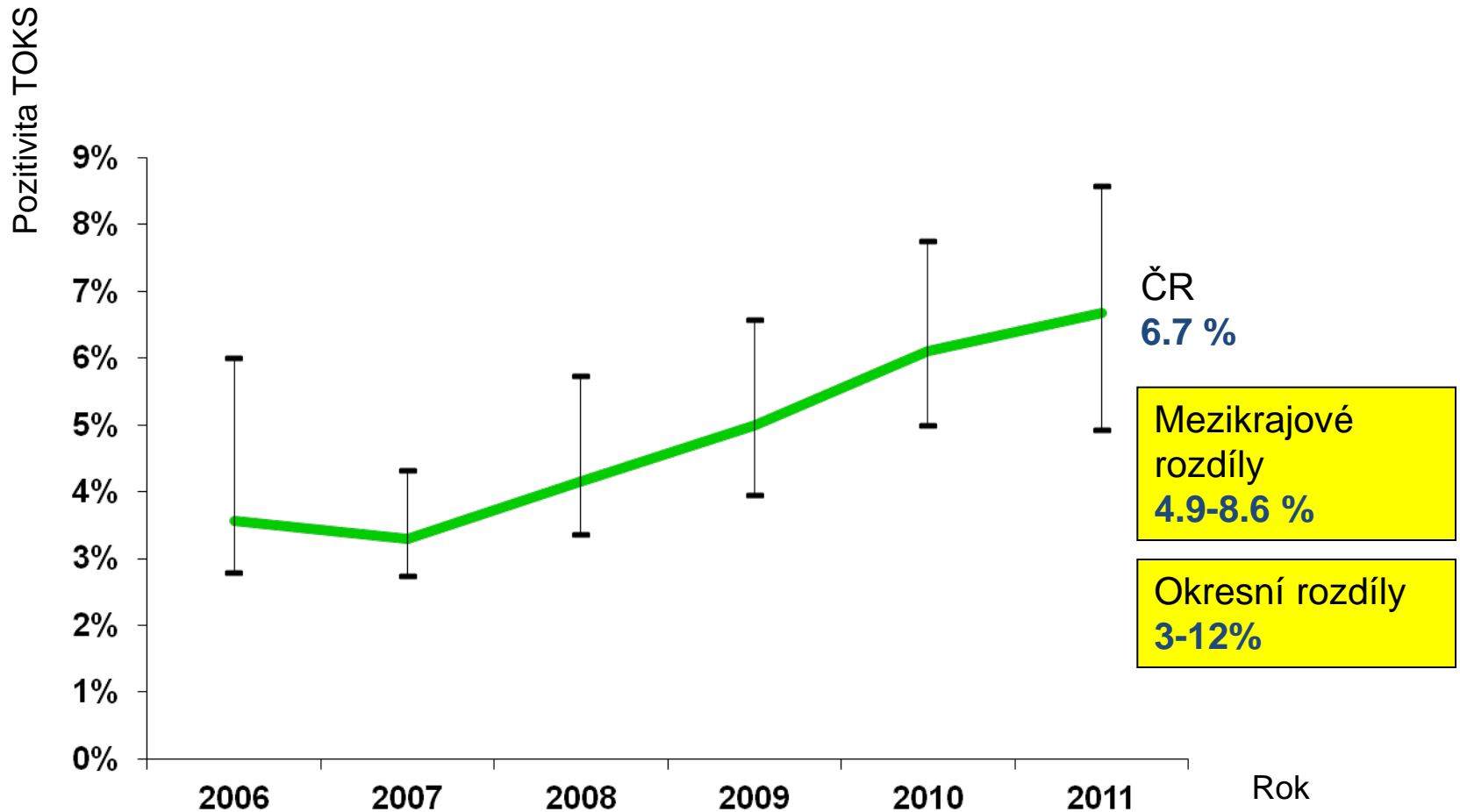
Vývoj objemu TOKS v okresech

TOKS: negativní (15120) + pozitivní (15121)
Iroj dat: NRC

Legend: [red] [yellow] [green] [blue]

Vývoj míry positivity TOKS.

Zdroj: Národní referenční centrum. Připravila IBA



TOKS v ČR 2013

TOKS	Cut-off	Adherence	Náklady pro PL/GYN	Podíl na trhu (odhad)
Guajakový TOKS	>300ng/ml	NÍZKÁ	< 30,- Kč	<25% K 1.1.2013 utlumen
I-TOKS Kvalitativní	?<75 ng/ml	VYSOKÁ	< 30,- Kč	>50% (VPL)
I-TOKS (POCT) Kvantitativní	100ng/ml	VYSOKÁ	75,- Kč + PŘÍSTROJ	25% (GYN)
I-TOKS (LAB) Kvantitativní	75ng/ml ?	?	? (lab + VPL)	0-?

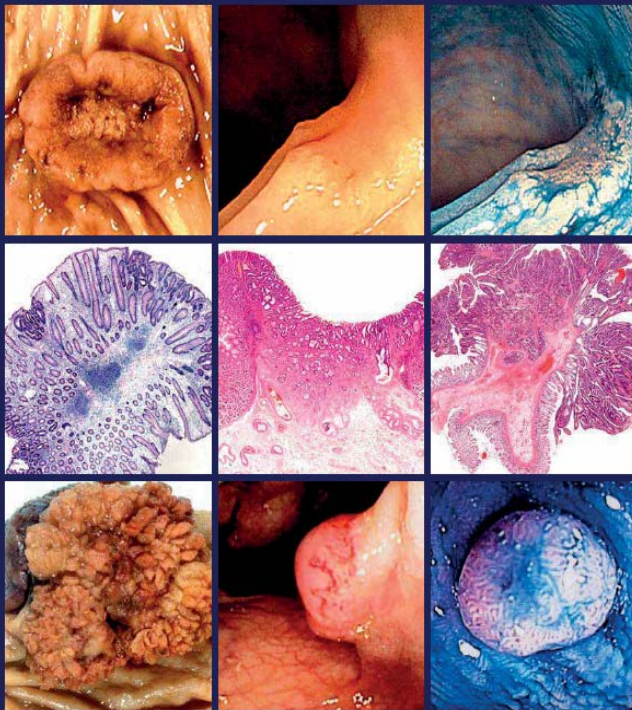
Adresné zvaní

- Od začátku podpora praktických lékařů
- Cesta k zefektivnění screeningu KRK
- **VPL: Přidanou hodnotou adresného zvaní je nová šance na prevenci.**
- **Globální intervence rizikových faktorů**

Evropské doporučení: Přechod od oportunního programu k populačnímu programu

Populační program =

- princip stejného přístupu k informacím pro všechny („equity“)
- program, ve kterém jsou všichni adresně osloveni



European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis *First Edition*



European Commission

Adresné zvaní v Evropě: projekty a reálné programy

Stát	Cílová populace	Období projektu	Postup při adresném zvaní	Zdroj
ANGLIE gTOKS	50-69	2000-2004 START 2006	5 center obesílá všechny dopisem , za týden testovací kit +instrukce, testy zasílány zpět, mimo PL	Weller et al. Br J Cancer 2007 UK , BMJ 2004
FRANCIE gTOKS	50-74	2003-2006	Centralizované obesílání všech dle databáze ZP – pozvánka k PL , ti provádějí výběr a testují. Upomínky, po 6 a pak 4 měs.	Denis et al. Gut 2007; 56(11): 1579-1584. [21]
HOLANDSKO Kvantitativní iTOKS	50-74	2006-2007 START 1/2014 ?	Centralizované obesílání podle kritérií. Předzvací dopis, pak po 2 týdnech rozesílání testovacích kitů , zasílání zpět. Upomínka po 6 týdnech, mimo PL , kampaň	Hol et al. Gut 2010; 59(1): 62-68. [22]
ŠPANĚLSKO FINSKO: randomizovaný výběr SLOVINSKO: mimo PL gTOKS	50-69	Od 2000	Centralizované obesílání podle kritérií. Pozvánka – návratka poslání kitu , mimo PL Upomínka po 6 týdnech	Peris et al. J Med Screen 2007; 14(2): 81-86. [24]
POLSKO: kolonoskopický program, mimo PL				

Bohumil Seifert

Colorectal Cancer Screening

MANUAL FOR GENERAL PRACTITIONERS

- Diagnostics and Prevention ■
- Principles and Method of Mcreening ■
- Faecal Occult Blood Test ■
- Screening Programs ■
- Colonoscopy ■



European Society for Primary Care
Gastroenterology

maxdorf



Jedinečná zkušenost
českých praktických lékařů

Klíčové aspekty screeningu KRK pro VPL

- **Zvýšení účasti:** adresné zvaní
- **Organizace screeningu/prevence v praxi**
- **TOKS:** typ, cut off, logistika
- **Konzultace při pozitivním TOKS**
- **Spolupráce se screeningovým centrem**
- **Příprava ke kolonoskopii, bezpečnost Kapacita
GE: čekací doby na kolonoskopii**
- **Zpětná vazba – regionální, národní**

Adresné zvaní: kapacity VPL

2011: 100 TOKS/1 VPL: **8 TOKS / VPL za měsíc**

2014: **1,5 milionu** pozvání na screening KRK

tj. 125 000 měsíčně, tj. zhruba **25/ VPL za měsíc**

při 50% *compliance*: $8+12 =$ **20 TOKS/ VPL za měsíc**

Při pozitivitě 4-10%: **1-2 TOKS+ / měsíc**

Co ve screeningu můžeme očekávat?

- Vyšší účast
 - Používání citlivějších imunochem. testů
 - Trend k nižšímu cut-off kvantitativních testů (75ng/ml-100ng/ml)
 - Častější přímá volba kolonoskopie?
-
- **vyšší počet TOKS**
 - **vyšší pozitivita**
 - **vyšší počet kolonoskopií, nárůst čekacích dob**

Možnosti řešení kapacitních problémů české kolonoskopie

- **1. OMEZENÍ SCREENINGU** (např. věkové)
pro českou populaci nevhodné

- **2. NAVÝŠENÍ KAPACIT**
 - americké (FP) a britské (sestry) řešení: **nepřijatelné**
 - výchova nových gastroenterologů: **zdlouhavý proces**
 - zvýšení počtu center / **na úkor kvality**

- **3. OPTIMALIZACE INDIKACE**
 - u symptomatických pacientů (VPL)
 - u dispenzarizací (GE)

VPL po zavedení adresného zvaní

- Klíčová **edukační a informační** role VPL, a to nejen pro screening KRK
- Nárůst prevence obecně
- Zvýšení počtu screeningových vyšetření a konzultací pro pozitivní TOKS
- Požadavek na racionalizaci indikací ke kolonoskopii : včasná diagnostika v. kapacita

Podpora VPL v ČR

- Zlepšení hodnocení screeningů,
zejména edukaci pacientů

(Příkladem je například screening rakoviny prsu)

- Systémové změny, včetně
cut-off a standardizace
- Zachována vysoká motivace PE k screeningu

Děkuji za pozornost