

Screening för tidigupptäckt av kolorektal cancer:

Vad ska en allmänmedicinare verksam i glesbygd göra?

2011-05-19

Sven Törnberg
Onkologiskt centrum

Vilket är problemet?

- Att ha ont i magen?
- Att ha blod i avföringen?
- Att ha polyper i kolon?
- Att få koloncancer men bli botad?
- Att dö i koloncancer?

.....vi har olika strategier och olika roller!

PROBLEMET: (..för tidig) Död i cancer

	<u>Kvinnor</u>	<u>Män</u>	<u>Totalt</u>
<u>Antal dödsfall</u>			
Bröst	1 512	10	1 522
Kolorektal	1 330	1 345	2 675
Cervix	139		139
Prostata		2 485	2 485
<u>Dödsfall/100 000</u>			
Bröst	32,6	0,2	16,5
Kolorektal	28,7	29,3	29,0
Cervix	3,0		1,5
Prostata		54,2	27,0

Ref: Dödsorsaker. Socialstyrelsen 2009

Förändringar i relativ 5-årsöverlevnad Sverige 1964-2003

	<u>1964-1969</u>	<u>1999-2003</u>
	<u>%</u>	<u>%</u>
PROSTATA	66	94
BRÖST	62	85
KOLON		
män	35	56
kvinnor	38	60

Bray et al. Acta Oncol. Vol. 49. No 5. 2010

Exempel på åtgärd

påverkar

effektmått

PRIMÄRPREVENTION

Sjukdomsprevention

Äta fiberrik kost

Incidens

Incidens

Beteendeprevention

Primär

Vara fysiskt aktiv

*Relaterade
problem*

**Färre med
riskbeteende**

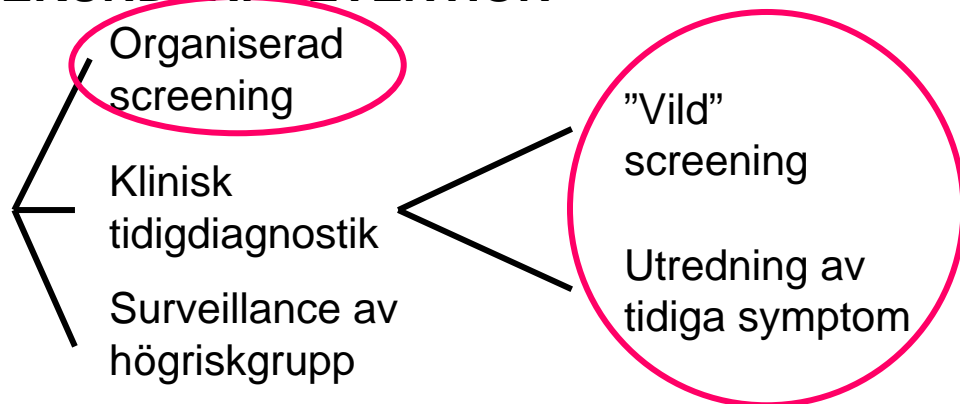
Sekundär

Bli fysiskt aktiv

*Relaterade
problem*

**Färre med
riskbeteende**

SEKUNDÄRPREVENTION



Prevalens

Incidens

Mortalitet

Överlevnad

Mortalitet

BEHANDLING

Kirurgi, strålning, cytostatika,
Annan medicinsk behandling

Överlevnad

Mortalitet

Överlevnad

Mortalitet

Screening kontra klinisk tidigdiagnostik

Screening:

Rör gruppen

Måste finnas vetenskapliga evidens för nytta

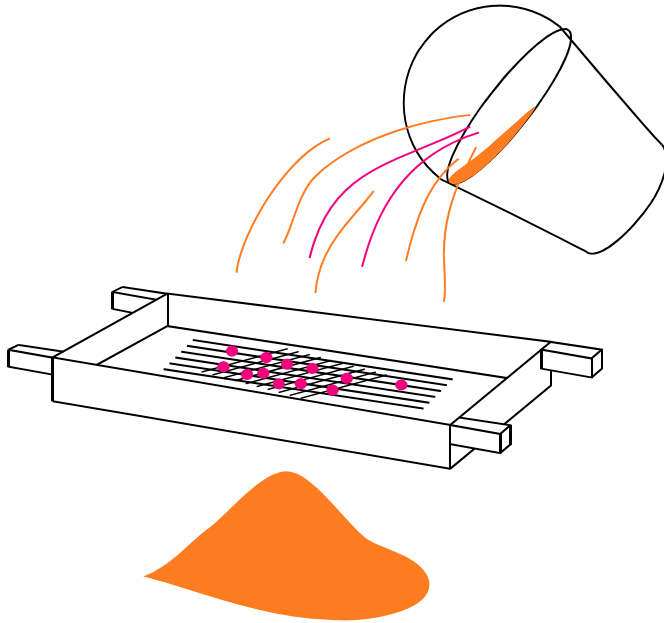
Måste organiseras

Klinisk tidigdiagnostik

Svårt med ”brus” av subtila symptom

Sjukvårdsstruktur blir barriär

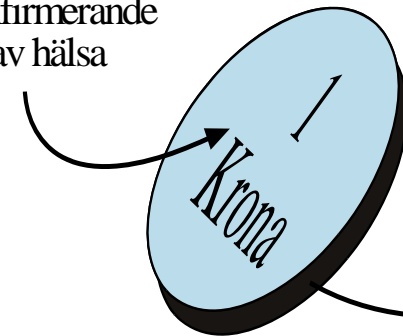
Screening eller hälsokontroll? Aktivt leta eller inte missa?



Ett aktivt sällande
(screening) av en
befolkning för att
hitta presumtvt dödlig
sjukdom i botbar fas...

...eller en hälsokontroll för att
tillfredsställa människors önskan att få
bekräftat att de är friska eller inte
”komma för sent”?

Konfirmerande
av hälsa



Diagnostik av
kurabel sjukdom

Myntets 2 sidor

Screeningupptäckt cancer

- Tumörer som inte skulle ha utvecklats till kliniskt manifest cancer (*överdiagnostik*)
- Tumörer som skulle ha upptäckts i botbart skede även utan screening
- Tumörer som utan screening skulle ha upptäckts först i obotligt skede
- Tumörsjukdom som inte kan botas trots upptäckt via screening

Svårigheter och fallgropar:

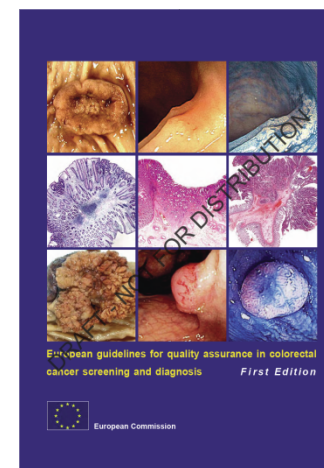
- *Tar lång tid mäta effekt av preventiva insatser*
- *Ingen effekt på totalmortalitet (Hela befolkningen ska dra nytta av ekonomisk satsning - förlängd medellivslängd)*
- *Kan inte mäta effekt på individnivå (enbart gruppnivå)*
- *Inte lika starka lobbyorganisationer som bröstcancer?*
- *Risk att endast hälsomedvetna individer med låg risk för cancer deltar. Skenbart förlängd överlevnad enbart p.g.a. tidigarelagd diagnos.*
- *Resurser f.f.a. vad gäller koloskopi (ökning med <10% i Stockholm)*

Vetenskapliga evidens - kolorektalcancerscreening

- FHb-studier
 - Minnesota (33%), Nottingham (14%), Fyn (18%), Göteborg (16%)
 - metaanalys har visat mortalitetsreduktion på **16%** (RR 0.84, CI 0.77-0.93). Justerat för undersökning: **23%** (RR 0.77, CI 0.57-0.89)
- Endoskopisk (*sigmoid.*) primärscreening
 - *Geir Hoff et al. 2009.* Ingen signifikant effekt på incidens eller mortalitet
 - *Atkin et al. 2010.* 170' av 368' randomiserade (57'/113'), 40' (71%) deltog. Incidensminskning 23%, mortalitetsminskning **31%**

EU

- Europe Against Cancer (1985-2000)
- Council recommendations 2003
- Guidelines (1:a editionen 2011)
 - Organisation
 - Evaluering
 - FOBT
 - Endoskopi



.....hur förhåller sig Sverige till dessa?

CRC-screening, positiva effekter

- Minskad dödlighet:
 - Vetenskapliga evidens för att F-Hb minskar dödlighet genom screeningprogram med 16-20%
 - Effekten relaterad till deltagande
- Centraliserad vårdkedja minskar risk för att missa subtila, tidiga kliniska symptom
- Jämlikt. Alla omfattas, inte endast hälsomedvetna som tar eget initiativ.
- Minskad opportunistisk testning

Negativa bieffekter

- Oro för undersökningen eller för undersökningsresultatet.
- 4 av 5 individer med blod i avföringen har inte cancer (falskt positiva prov)
- Vissa cancrar ger inte blod i avföringen och hittas inte (falskt negativa prov)
- Blödning i samband med endoskopi
- Perforation i samband med endoskopi
- Alla inbjuds inte från början.

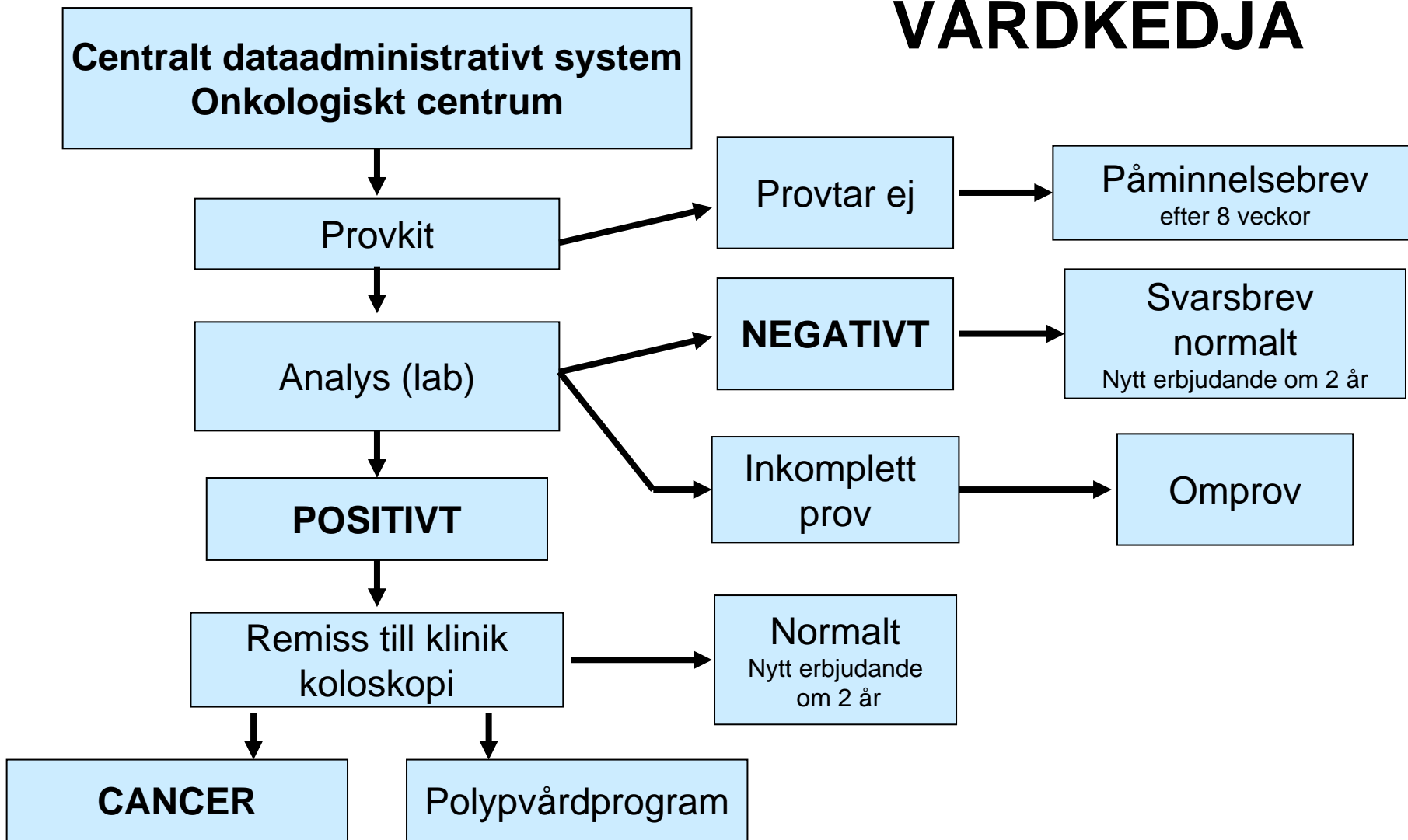
Screeningprogrammet i Stockholm!

- Ålder 60-69. Utskick av prov vartannat år.
- Successivt införande (2-3 födelseår i taget)
- Medger effektutvärdering och kan avbrytas om det inte fungerar
- Minskar risk för ”vild” screening
- Beräknad effekt - i antal - större än mammografi och cellprovtagning

**Födelseår
och
(ålder)**

	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>2014</u>
1939 (69)							
1940 (68)		X					
1941 (67)							
1942 (66)	X		X				
1943 (65)				X			
1944 (64)		X		X		X	
1945 (63)						X	
1946 (62)	X		X		X		X
1947 (61)						X	
1948 (60)					X		X
1949 (59)		X		X		X	
1950 (58)			X		X		X
1951 (57)						X	
1952 (56)					X		X
1953 (55)							
1954 (54)							X
Inbjudna	40 000	-	-	-	-	-	110 000
Analyser	26 000	-	-	-	-	-	72 000
Koloskopi	500	-	-	-	-	-	1 500

VÅRDKEDJA

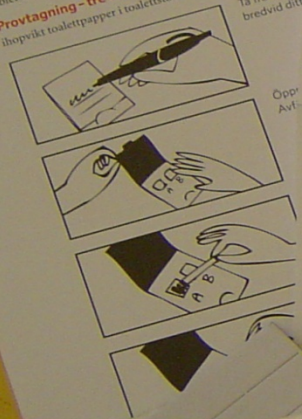


Innehåll i utskick



Provtagningsanvisning för avföringsprov

Läs anvisningarna noga innan provtagning. Endast du som fått erbjuda ta inte något prov om du har hemorroider eller urinvägsinfektion. Maträtter och tabletter innan och under provtagningen. Avföringen får inte komma i kontakt med toalettpapper i toalettstolen först.



Fakta om hälsokor för tidig upptäckt och ändtarmscar

En liten cancer kan utsöndra mycket små mängder blod som inte kan ses med blotta ögat. Genom att ta avföringsprov kan man hitta även mikroskopiska mängder blod. I de flesta fall betyder blod i avföringen inte att det finns cancer.

Hur går testet till?

Inbjudan är personlig – du ska själv ta avföringsprov och skicka in för analys till ett laboratorium. Avföringsprov ska tas vid tre skilda tillfällen. I detta brev medföljer tre provkort av kräsen spölar, anvisningar (se bladet) och frakterat svarskvitt.

När ska jag ta proven?

Det är bra om du kan ta proven i ett laboratorium. Det finns i alla kommuner. Du får att provet var normalt erbjudande om hemskick.

Hur får jag svar på proven?

Alla får svar när proven är i laboratoriet. Det finns två typer av svar: 1. Normalt prov betecknar att provet var normalt. Du får att provet var normalt erbjudande om hemskick.

Stockholms läns landsting
Onkologiskt Centrum M8
Enheten för Hälsoundersökningar
Karolinska Universitetssjukhuset
171 76 Stockholm

Erbjudande om hälsokontroll för tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer

Stockholms läns landsting erbjuder dig möjligheten att ta avföringsprov som hälsokontroll för tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer. Cancer i tjock- och ändtarmen är den näst vanligaste cancerformen både bland män och kvinnor. Om upptäckt tidigt stadium blir behandlingen enkel och bidrar till ett bra behandlingsresultat. Hälsokontrollen är frivillig men det är viktigt att du deltar. Avföringsprovet som du tar själv ska skickas in för analys. Analysen visar om det finns blod i avföringen, vilket kan vara ett tidigt tecken på tjock- och ändtarmscancer. Mängden blod är så liten att den ofta inte går att upptäcka med blotta ögat. Ungefär 2 % som genomgått provtagningen förväntas ha blod i avföringen. De kallas till en fortsatt undersökning, så kallad koloskopi som utförs på sjukhus. Provtagning erbjuds vartannat år till dig som bor i Stockholms län och är mellan 60 och 69 år. Inbjudan är personlig i bladet. Fakta om hälsokontroll - som följer med detta brev, finner du svar på de vanligaste frågorna kring undersökningen. Dessutom medföljer anvisningar för provtagning, tre provkort, sex stycken spölar samt ett frakterat svarskvitt. Behöver du mer information kontakta Vårdguidens sjukvårdsrådgivning, tel 08-320 100 knappval 3 dygnet runt. För råd på arabiska tel 08-528 582 38 på bosniska/serbiska/kroatiska tel 08-528 528 96. Las även på www.vardguiden.se. Din medverkan i hälsokontroll för tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer är viktig.

Hemocult

Frånkras ej.
Mottagaren
betalar portot.

Karolinska Universitetssjukhuset
Provinlämningen Solna Hus L7:00
SVARSPOST
20508007
171 20 St



	2008		2009		2010	
	<u>Antal</u>	<u>%</u>	<u>Antal</u>	<u>%</u>	<u>Antal</u>	<u>%</u>
STOCKHOLM						
Personer	44 931		62 792		66 533	
Inbjudna att delta	44 931	100	62 792	100	66 533	100
Provtagna	28 765	64	37 448	59,6	39 812	59,8
Positivt F-Hb	556	1,9	615	1,6	812	2,0
Erbjudna koloskopi	556		615		812	
Koloskoperade	488	1,7	553	1,5	695	1,7
Positiv koloskopi	253	0,9	284	0,8	339	0,9
Perforation	0		0		0	
GOTLAND						
Personer			884		2542	
Inbjudna att delta			884		2542	
Provtagna			597	67,5	1664	65,5
Positivt F-Hb			8	1,3	42	2,5
Erbjudna koloskopi			8		42	
Koloskoperade			8	1,3	35	2,1
Positiv koloskopi			4	0,7	19	1,1

Deltagande, Stockholm

%

Högst:

Kvinnor f. 1942, 2:a omg. (2010)	71,0
Män f. 1942, 2:a omg. (2010)	64,0
Kommun: Ekerö (2008)	70,9

Lägst:

Kvinnor f. 1949, 1:a omg. (2009)	58,7
Män f. 1949, 1:a omg. (2009)	48,4
Kommun: Södertälje (2008)	61,1

Opportunistisk, "vild", screening

- Definitionsmässigt kan endast gruppen screenas, inte individen.
- Är egentligen inte screening, görs för att minska "patient's delay" och "doctor's delay".
- Initiativet tas av individ eller läkare
- Går inte att utvärdera, varken på individ- eller gruppnivå
- Kostnadsineffektivt
- Borde inte finansieras med allmänna medel

"Vild screening"

Arbetsvillkor

När ska politikerna respektera oss?

Inför valet hördes ofta i debatten att plånboken inte ska få avgöra vilken sjukvård vi får. Sjukvården ska vara solidariskt skattefinansierad och ges till alla efter behov. Men detta gäller endast patienter! Sedan ett par månader dimper det numera ner fakturor på provtagningar, exempelvis F-Hb (3x65 kronor), SR (7 kronor) och glukos (5,50 kronor). Dessa avgifter får läkaren stå för. Patientavgiften på 150 kronor ryker lätt!

"Remittentens kostnadsansvar är ett viktigt styrinstrument för landstinget. När viss del av kostnaden för labproverna belastar vårdgivaren förväntas en viss eftertärksamhet vid remittering, så att endast medicinskt motiverade prover tas." (Avdelningen för Särskilda vårdfrågor 100614.)

Jag kan bara tolka detta som att jag tar dessa prover för att jävlas



DYRA DROPPAR. Skribenten får räkningar på glukostest på 5,50 kronor styck.

med Stockholms läns landsting. Provtagningen är inte till för patienten utan till för att underminera landstingets ekonomi.

Jag blir väldigt ledsen och uppgiven. Detta landsting förnekar sig aldrig! Det är liksom en ständigt kamp mot tjänstemän och politiker som oerhört ofta hittar på nya sätt att försvåra arbetet. Jag ska alltså avväga nyttan med ett avföringsprov. Att upptäcka en koloncancer i sin linda och bespara patienten förtida sjukdom och död ställs helt plötsligt mot min budget. Trots att jag drar ner åtskilligt på kostnaderna för samhället om sjukdomen upptäcks i tid, för att inte säga det lidande patienten utsätts för. 2 600 personer avlider varje år i koloncancer. Döden är prognosen mycket god vid tidigt upptäckt då hela 70-80 procent kan räddas (Tarmcancer-rapporten).

JAG VILL PÅMINN mig att jag läst att sjukvårdslandsrådsrådet avser att lägga kraft och energi, och pengar, på förebyggande hälsovård under denna mandatperiod. Lovvärda tankar, men hur går detta ihop med vad jag ovan nämnt? Min uppgift som läkare är inte bara att vara symtombehandlare utan även att ligga steget före! Är det inte så patienten vill att vi



... bespara patienten förtida sjukdom och död ställs helt plötsligt mot min budget.

Göran Thingwall, läkare, Doktorn Direkt i Solna.

ska arbeta? Slippa få höra att sjukdomen framskridit alltför långt? Du borde ha kommit tidigare eller jag skulle naturligtvis ha screenat för exempelvis kolon-/rektalcancer

i ett ti
läns la
(!) lan
ening
Bra! M
mange

FATT! vad de
Okej, i
privat
men r
så lån
hamn
Var
inte n
ett 20
för m
vansli
veta a
kan b
sättet
tänka
för re
ninga
Jag
i den
ter at
nöjer
för at
skrid
tiker

Dagens Medicin

No 46, november 2010

Jag ska alltså avväga nyttan med ett avföringsprov. Att upptäcka en koloncancer i sin linda och bespara patienten förtida sjukdom och död ställs helt plötsligt mot min budget. Trots att jag drar ner åtskilligt på kostnaderna för samhället om sjukdomen upptäcks i tid, för att inte säga det lidande patienten utsätts för. 2 600 personer avlider varje år i koloncancer.

Hur får individen & läkaren återkoppling?

- Hur vet patienten att hon ”räddades till livet”?
- Hur vet hennes doktor att interventionen var av nytta om den inte går att avläsa (dog inte)?
- Hur hanterar vi negativa sidoeffekter av aktivt letande efter cancersjukdom?
- När och var ska patienten remitteras för vidare utredning?

IMPLIKATIONER FÖR PRIMÄRVÅRDEN

- Bör känna till programmets syfte och organisation (åldrar, intervall, förväntad effekt, m.m.)
- Vara ambassadörer för screeningprogrammet genom att uppmuntra till provtagning - ger hög compliance
- Ska inte utreda F-Hb+ med negativ koloskopi
- Utreda dem som söker p.g.a. diffusa symptom eller oro (även när individen uttrycker det som en önskan om "Hälsokontroll")
- Motverka risk för opportunistisk provtagning (inte "beställningsremittera")
- Se "Vårdguiden" – info till allmänheten om förhållningssätt