

Vize v dispenzarizaci u kurativně léčených onkologických pacientů v rámci sítě komplexních a regionálních onkologických center a primární péče

Marek Svoboda

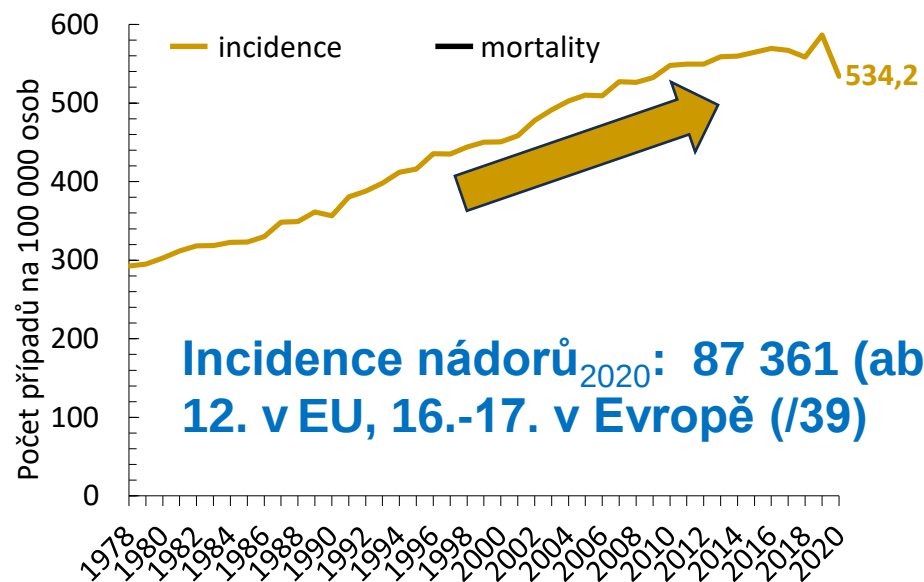
Fórum onkologů

Brno, 23. září 2024

Výskyt zhoubných nádorů (C00–C97) v ČR a Evropě

Zdroj: Globocan 2020; ASR (W): věkově standardizovaná incidence na světový standard

Incidence nádorů

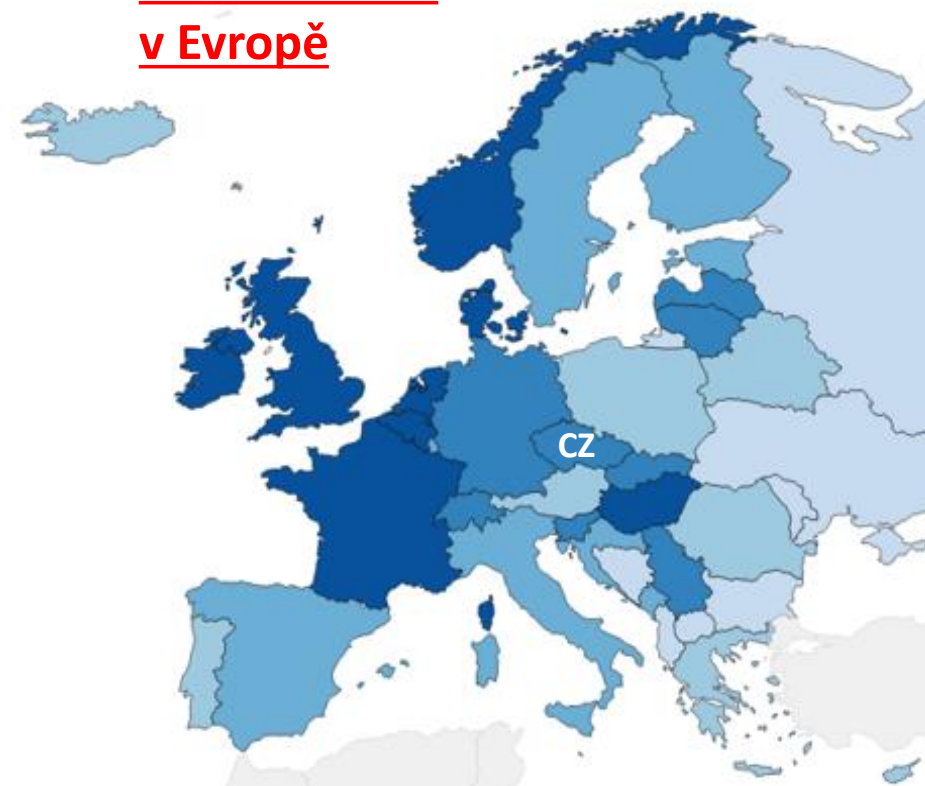
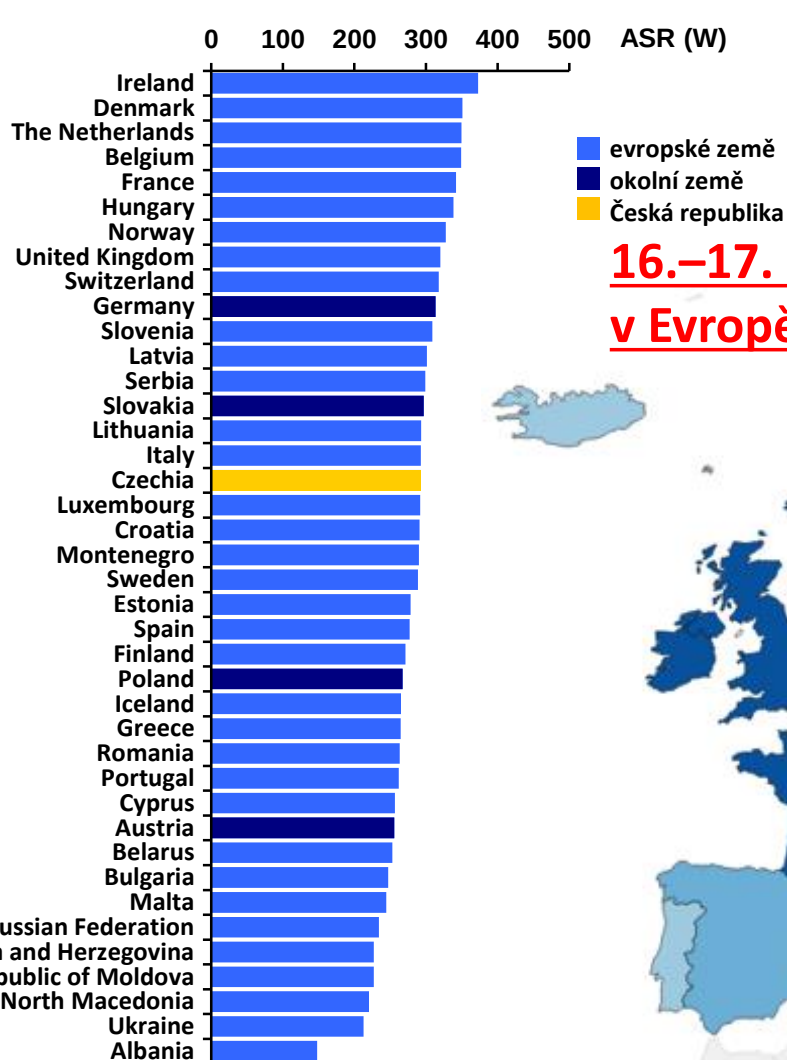


Nejčastější zhoubné nádory v ČR v letech 2016–2020:

1. kůže (mimo melanom)
2. prostata
3. tlusté střevo a konečník
4. plíce
5. ledvina
6. močový měchýř
7. hlava a krk
8. melanom
9. slinivka
10. žaludek

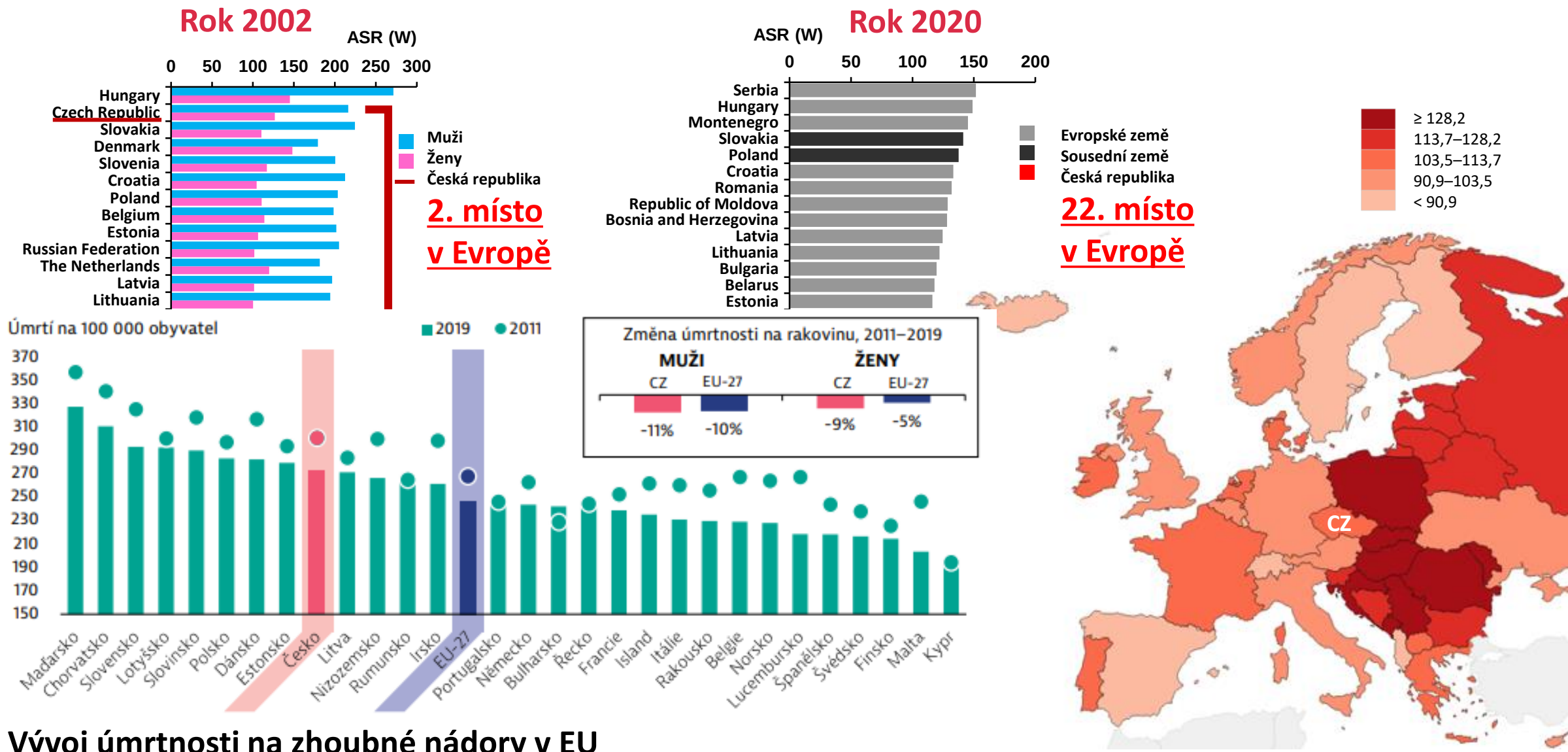


1. kůže (mimo melanom)
2. prs
3. tlusté střevo a konečník
4. plíce
5. děloha
6. melanom
7. ledvina
8. pankreas
9. vaječník
10. štítná žláza



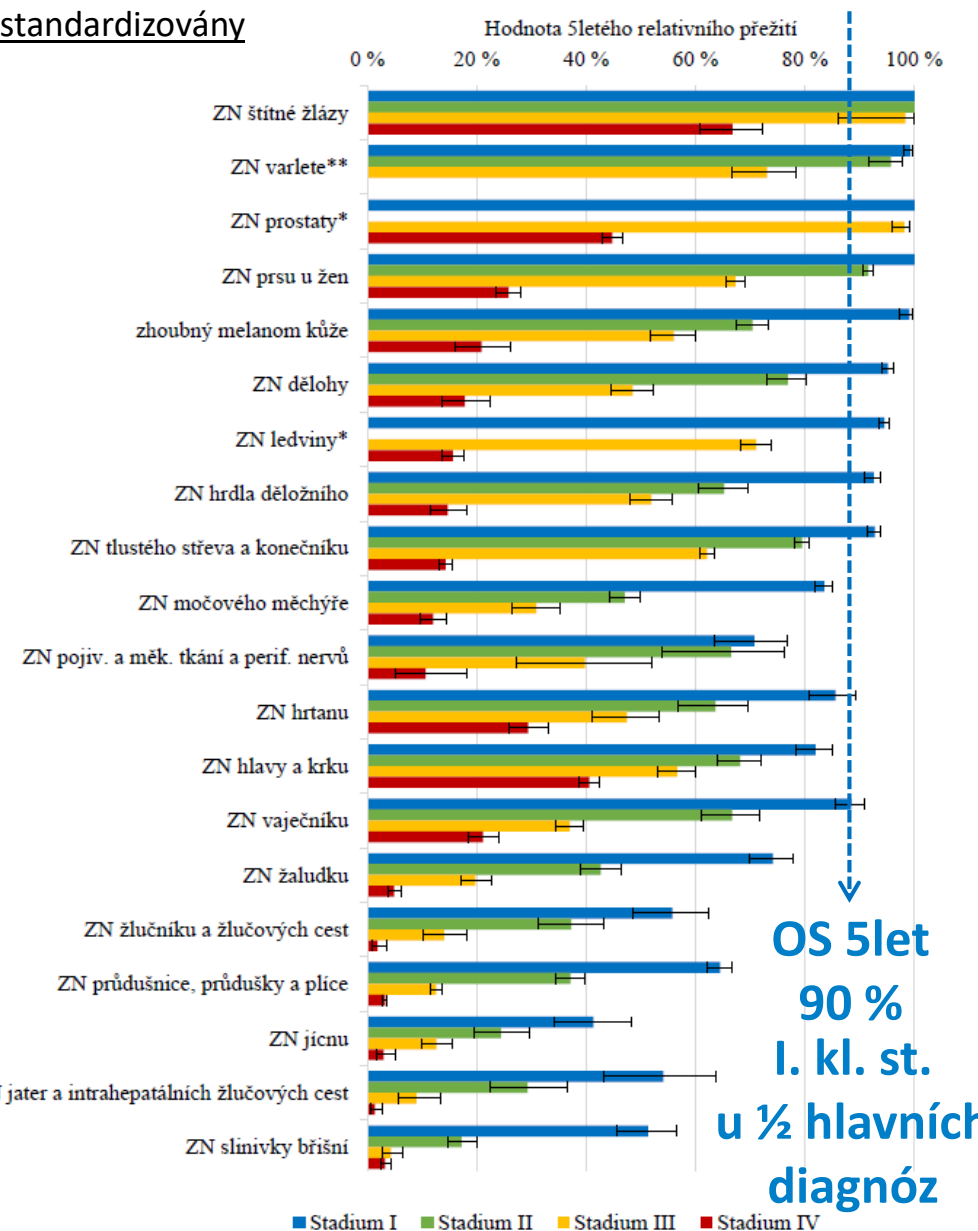
Úmrtnost na zhoubné nádory (C00–C97) v ČR a Evropě

Zdroj: Globocan 2020; ASR (W): věkově standardizovaná incidence na světový standard, ÚZIS



Zdroj: Databáze Eurostatu a knihovna OECD: Czech Republic Cancer Profile

Všichni pacienti s diagnostikovaným onemocněním; uváděné hodnoty přežití jsou věkově standardizovány



Mo Vývoj 5letého relativního přežití pacientů se zhoubnými novotvary v ČR

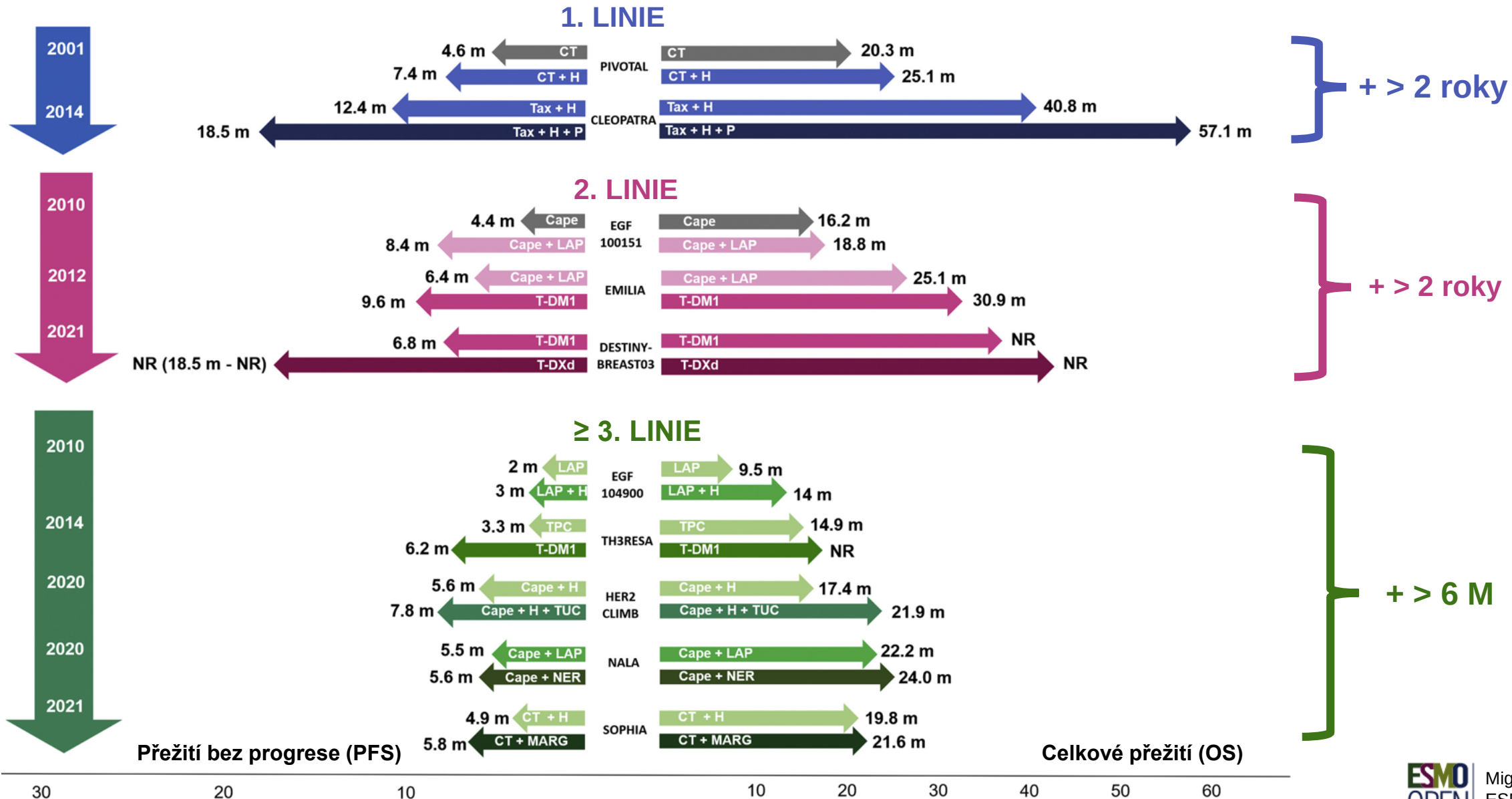
Stále zvyšující se hodnoty přežití onkologických pacientů odráží vysokou kvalitu a dostupnost onkologické prevence a léčby:



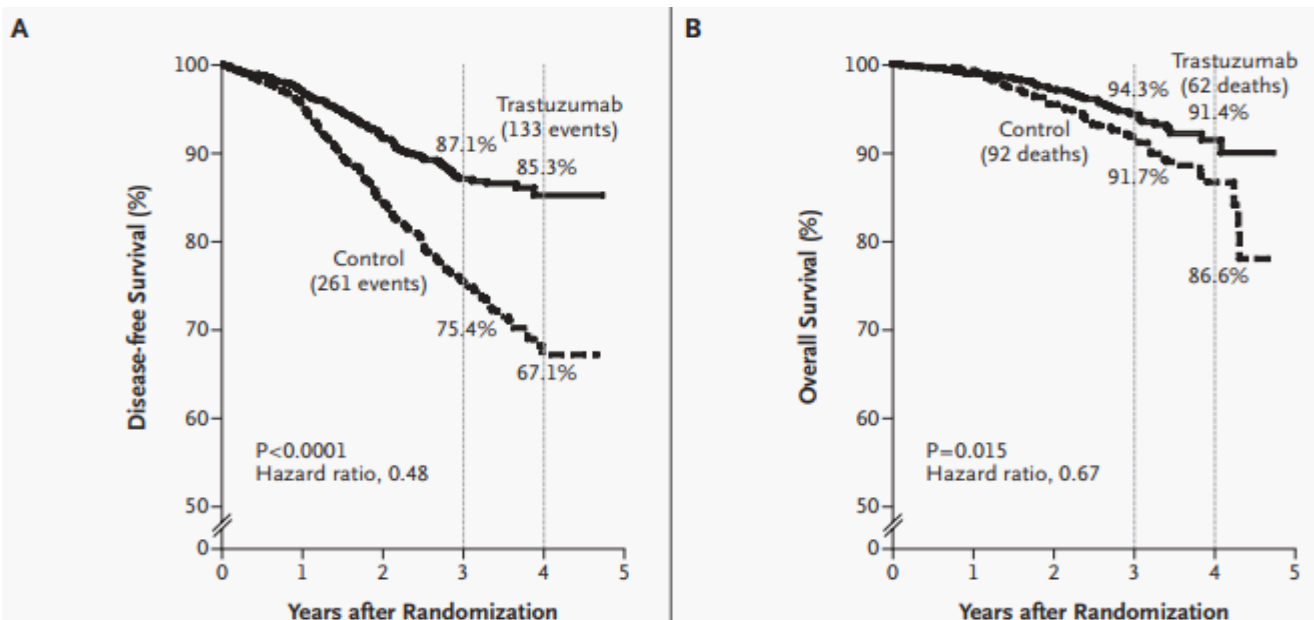
Source: EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator data

- vysoká dostupnost inovativní onkologické léčby (6. nejlepší v Evropě, 5. v EU)

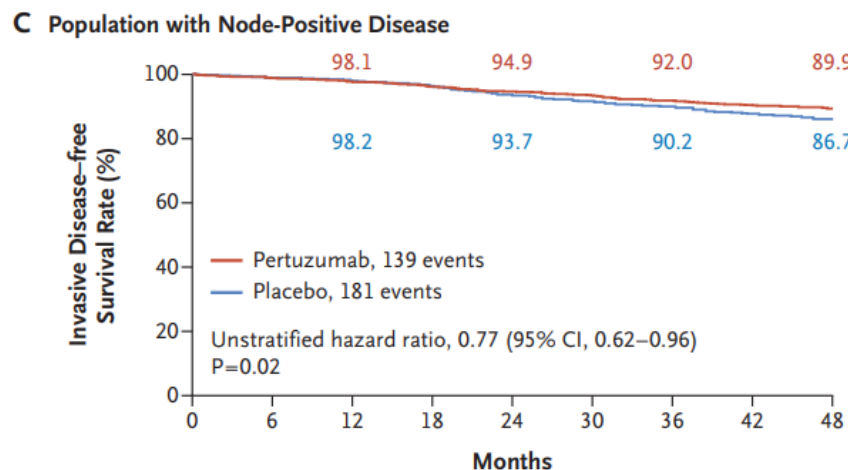
Významné pokroky v léčbě metastazujícího karcinomu prsu: kdy rozšíření možností o cílenou léčbu znamená šanci na prodloužení přežití: + > 4 roky života



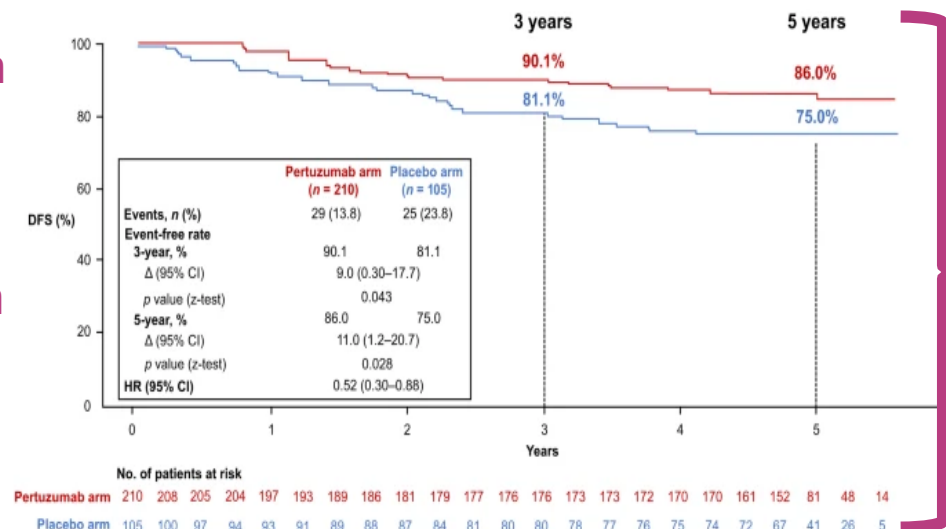
Významné pokroky v léčbě lokalizovaného karcinomu prsu: kdy rozšíření možnosti adjuvance o cílenou léčbu znamená větší šanci na vyléčení (o > 50 % nižší riziko rekurence)



- 50 % relapsů použitím herceptinu v adjuvanci



+ dalších - 23 % relapsů u N+ přidáním pertuzumabu



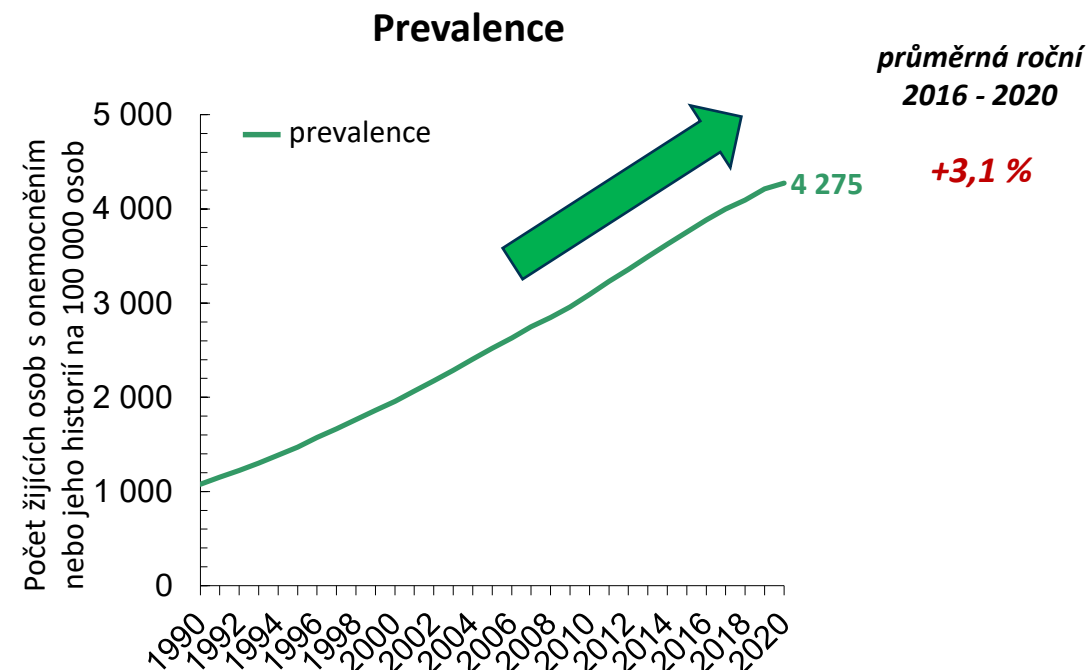
- 48 % relapsů použitím pertuzumabu v neoadjuvanci

No. at Risk

	0	6	12	18	24	30	36	42	48
Pertuzumab	1503	1444	1419	1387	1358	1327	1283	912	423
Placebo	1502	1453	1439	1408	1359	1319	1264	882	405

- Incidence nádorů₂₀₂₀: 87 361 (abs), 12. v EU, 16. v Evropě (/39)
- Mortalita nádorů₂₀₂₀: 27 699 (abs), 15. v EU, 22. v Evropě (/39)

Narůstá počet onkologických přeživších
(pacienti po ukončení kurativní onkologické léčby, pacienti s chronickým metastatickým onemocněním v kontinuální onkologické léčbě)



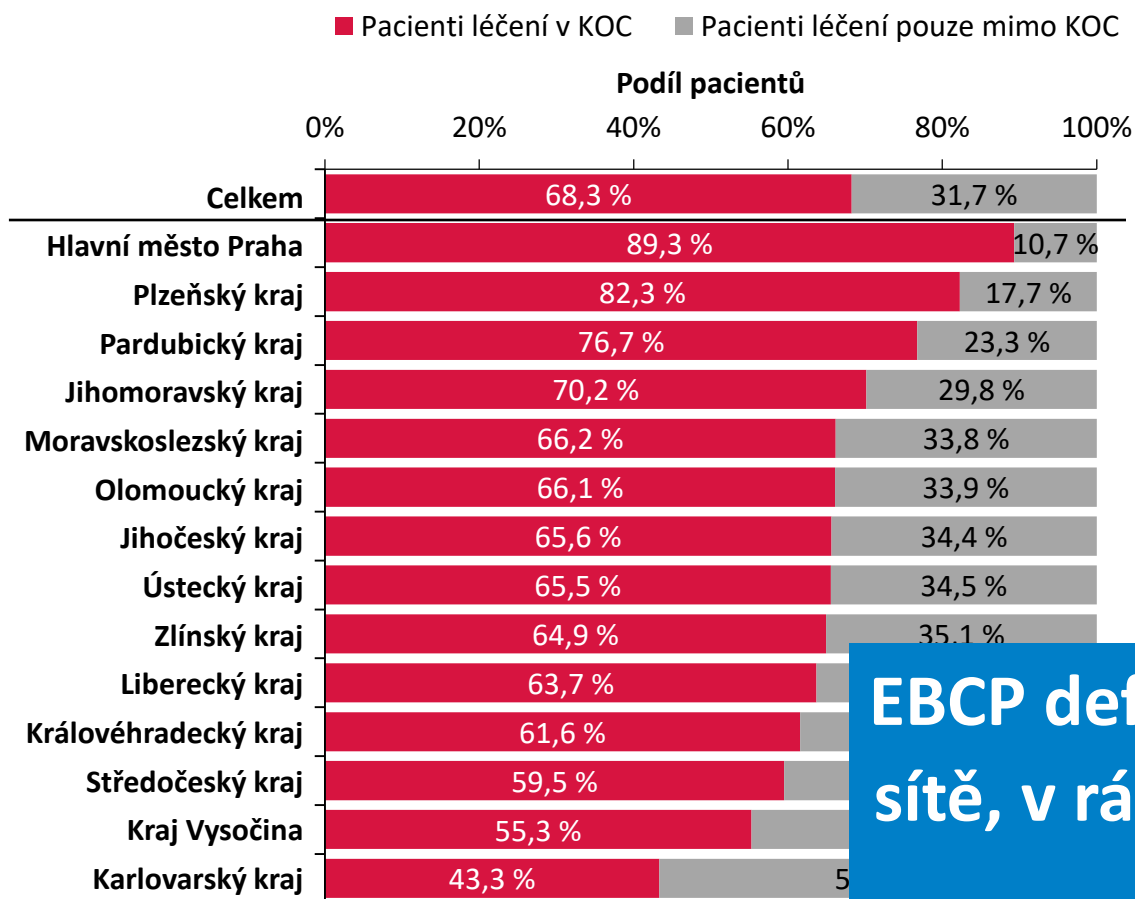
Celkem k 31. 12. 2020 v České republice žilo **457 455** osob se zhoubným novotvarem (mimo C44) nebo s minulostí tohoto onemocnění, což je **4 275 na 100 000 osob**.

Počet a podíl pacientů léčených v/mimo KOC: podle kraje bydliště pacienta

Zdroj dat: NOR 1977–2020 + NRHZS 2010–2020;

Léčba solidních zhoubných novotvarů vykázaná v datech NRHZS pro diagnózu C00–C97 (bez hematoonkologických diagnóz C81–C96); diagnóza potvrzená v datech NOR

Podíl pacientů léčených pro solidní ZN dle kraje bydliště (souhrn za 5leté období 2016–2020):

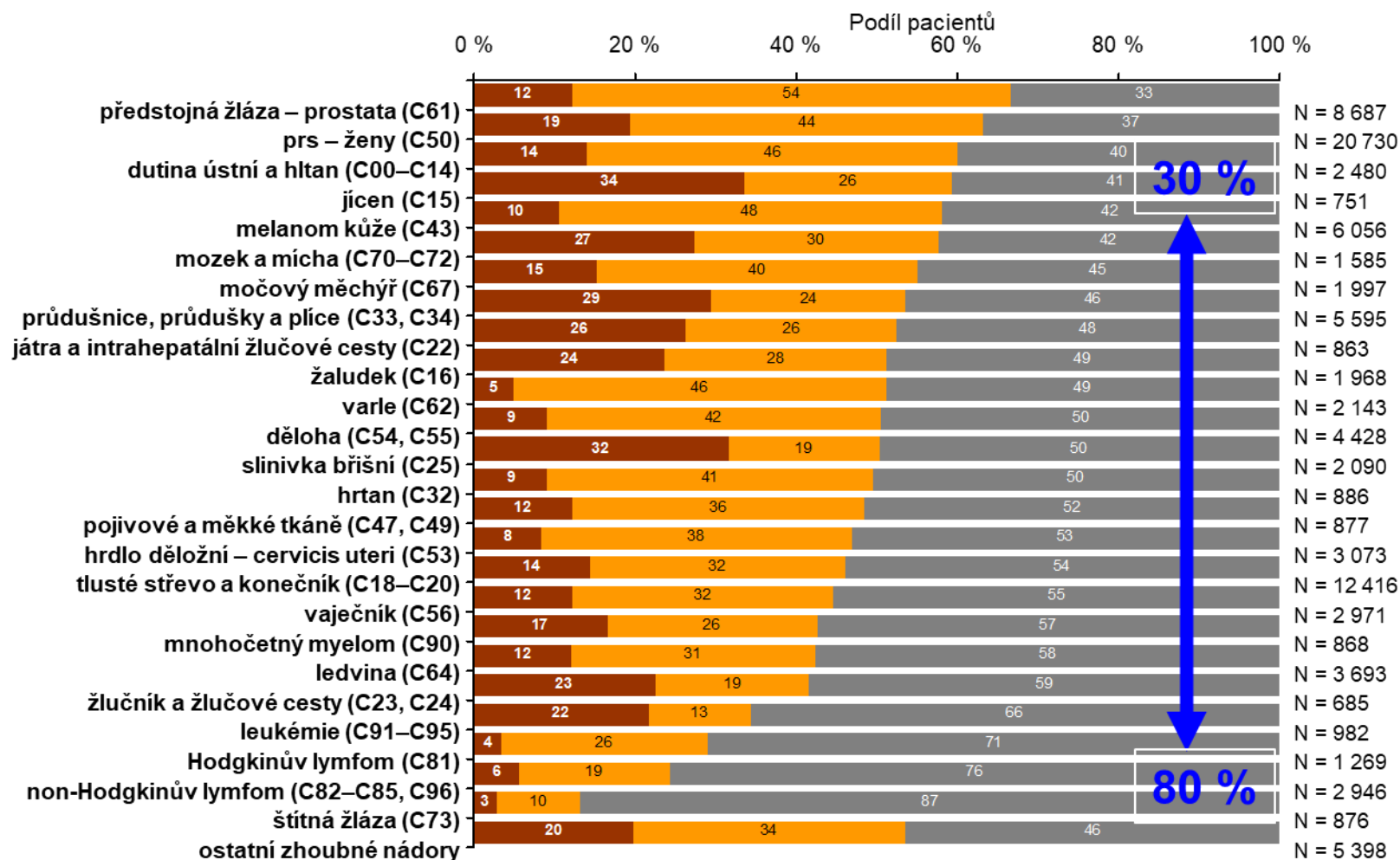


V průměru je v ČR v rámci KOC léčených 68,3 % onkologických pacientů

Proporce dospělých pacientů se solidními nádory, kteří se léčí v Komplexním onkologickém centru /KOC/ nebo mimo takové centrum se liší v závislosti na regionu České republiky.

EBCP definuje požadavek na kapacitu onkologické sítě, v rámci které je možné nabídnout péči v KOC min. 90 % indikovaných případů

Realita současnosti: velký podíl dispenzární péče zůstává na KOC



Pacienti, kteří mají více diagnóz ZN, jsou v přehledu zařazeni opakovaně.

Pouze protinádorová léčba
 Protinádorová léčba + dispenzarizace
 Dispenzarizace a jiná vyšetření

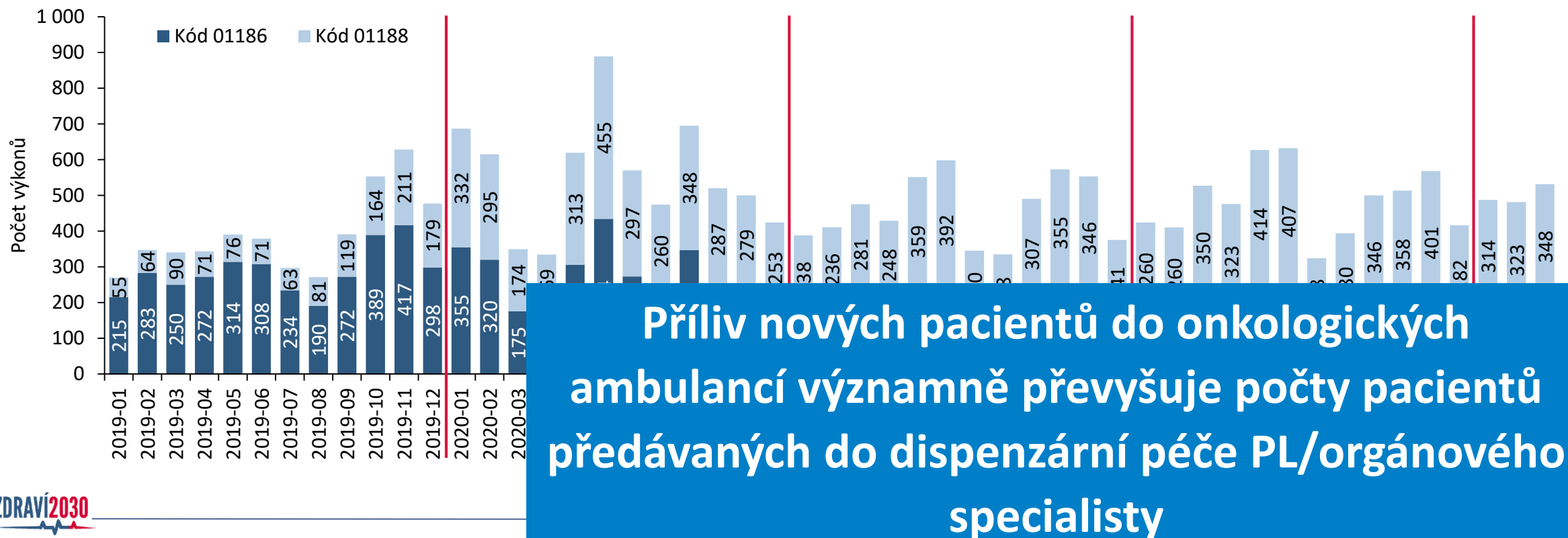
Mo Dispenzarizace onkologických pacientů u praktického lékaře

Zdroj dat: NRHZS 01/2019–03/2023;

kód 01186 = převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče PL, kód 01188 = následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním

Počet výkonů v jednotlivých měsících:
(vykazováno od roku 2019)

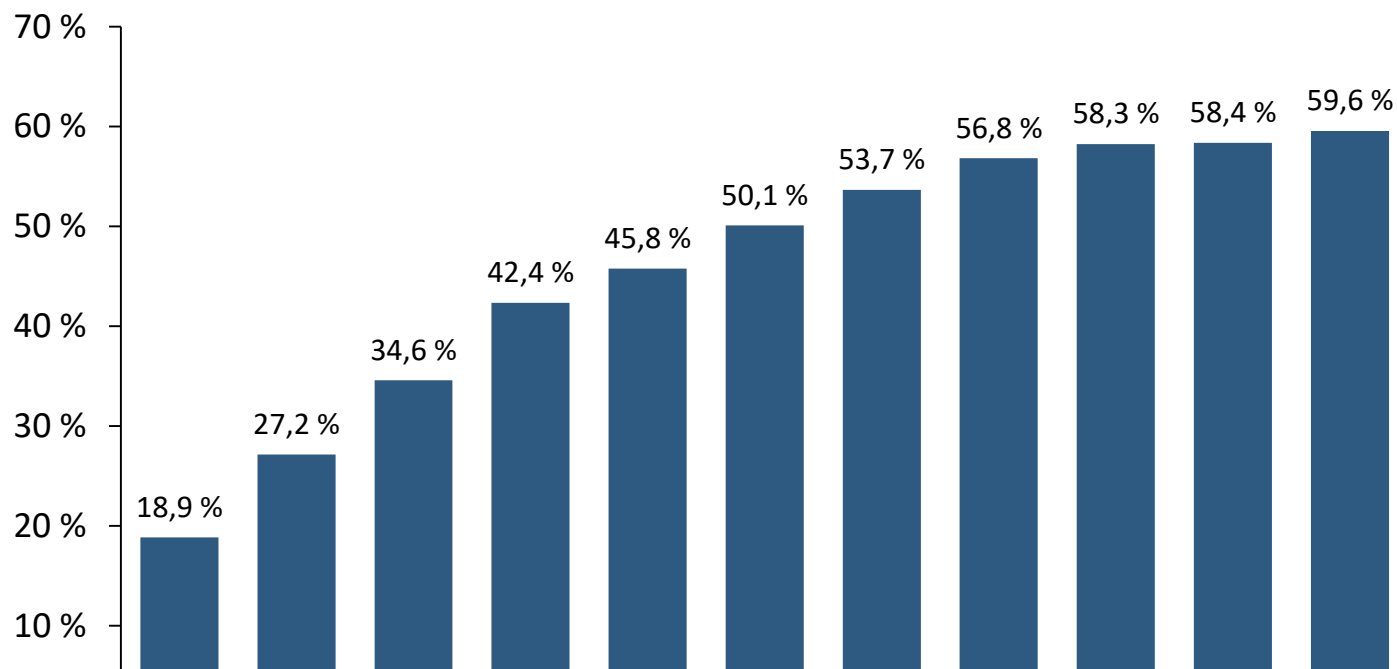
	Výkon 01186	Výkon 01188	Celkem
Rok 2019	3 442	1 244	4 686
Rok 2020	3 214	3 462	6 676
Rok 2021	2 092	3 431	5 523
Rok 2022	1 922	3 889	5 811



Nově léčení pacienti s konzultací multidisciplinárního týmu (MDT)

Zdroj dat: NRHZS; kód 51881 = MULTIDISCIPLINÁRNÍ INDIKAČNÍ SEMINÁŘ K URČENÍ OPTIMÁLNÍHO ZPŮSOBU LÉČBY U NEMOCNÝCH SE ZHOUBNÝM ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Podíl pacientů, kteří byli v daném roce poprvé léčení pro solidní zhoubný novotvar (bez C44) v některém KOC a zároveň měli vykázáný výkon konzultace MDT



Mezinárodní akreditace požadují konzultovat každého nově diagnostikovaného onkologického pacienta v rámci multioborového týmu

Onkologická onemocnění, organizace onkologické péče - realita a očekávání...

- Narůstá incidence a prevalence onkologických onemocnění
- Narůstá komplexita a míra multioborové péče o onkologicky nemocné (precizní onkologie, neoadjuvantní/perioperační schéma léčby) → v ČR se očekává koordinační role pro organizaci onkologické péče od onkologa
 - V systému s onkologickými dělníky
- Narůstá požadavek na vyžádání konzultace a delegace léčby
- Stupňují se nároky pacientů a jejich příbuzných na informovanost o plánu onkologické léčby a na druhý názor
- Přetrvává povinnost „doživotní dispenzarizace“ pacientů s onkologickým onemocněním, která však v dnešní době není ve všech případech opodstatněná.

K přetížení systém péče o dospělé onkologické pacienty v KOC, což může mít negativní dopad na kvalitu péče.

o parametrizaci
ových týmů

cienty (lékaři
oborové týmy,

Jak lze dosáhnout zlepšení / snížení zátěže KOC a celého systému?

- Standardizovat cestu pacienta systémem poskytovatelů zdravotních služeb
- Urychlit elektronizaci a digitalizaci zdravotnictví
 - Vytvořit datový standard pro zprávu o provedené onkologické péči
 - Vytvořit standard pro plán péče o pacienty po ukončení kurativní onkologické léčby
 - Využít nás
- Decentralizovat vzdělávání jednotlivých zaangażovaných skupiny, včetně pacientů umožňuje bezpečnější (NÚL), do ROC, a to podle plánu multioborové komise KOC
- Více zapojit do péče o onkologické pacienty po ukončení akutní fáze onkologické léčby praktické lékaře a orgánové specialisty
- Získat podporu plátců péče k reformě péče o onkologické přeživší
 - Podpora bezpečné decentralizace onkologické léčby a zavedení plánů následné péče

Zdravýlá

Dlouhodobá fáze - jen dispenzarizace. Cílem je prevence.

Dlouhodobá fáze léčby

Přechodná fáze léčby

PLÁN PÉČE

30 % pacientů by si přálo léčbu / dispenzarizaci blíže bydlišti, pokud by probíhala podle plánu péče z centra

V akutní fázi probíhá diagnostika a primární (iniciální) část léčby nádoru (chirurgická, radiační, systémová léčba). Cílem je rychlé odstranění nádoru a řešení akutní toxicity.

Plánování a organizace onkologické dispenzarizace

- Pro kurativně léčené pacienty se doporučuje **vypracovat po ukončení akutní fáze léčby plán péče**, který by měl pokrývat všechny oblasti péče o onkologické přeživší.
- **Standardní délka onkologické dispenzarizace by měla být 5 až 10 let**, není-li k jejímu dalšímu prodloužení nebo celoživotnímu sledování jiný důvod.
- **Vlastní onkologická dispenzarizace může probíhat jak v ambulanci onkologa, tak i orgánového specialisty nebo lékaře primární péče, a to v závislosti na riziku pacienta.** Délku a rozsahu onkologické dispenzarizace stanoví v plánu péče onkolog, onkologický multidisciplinární tým nebo orgánový specialista, který byl zodpovědný za akutní fázi kurativní protinádorové léčby.

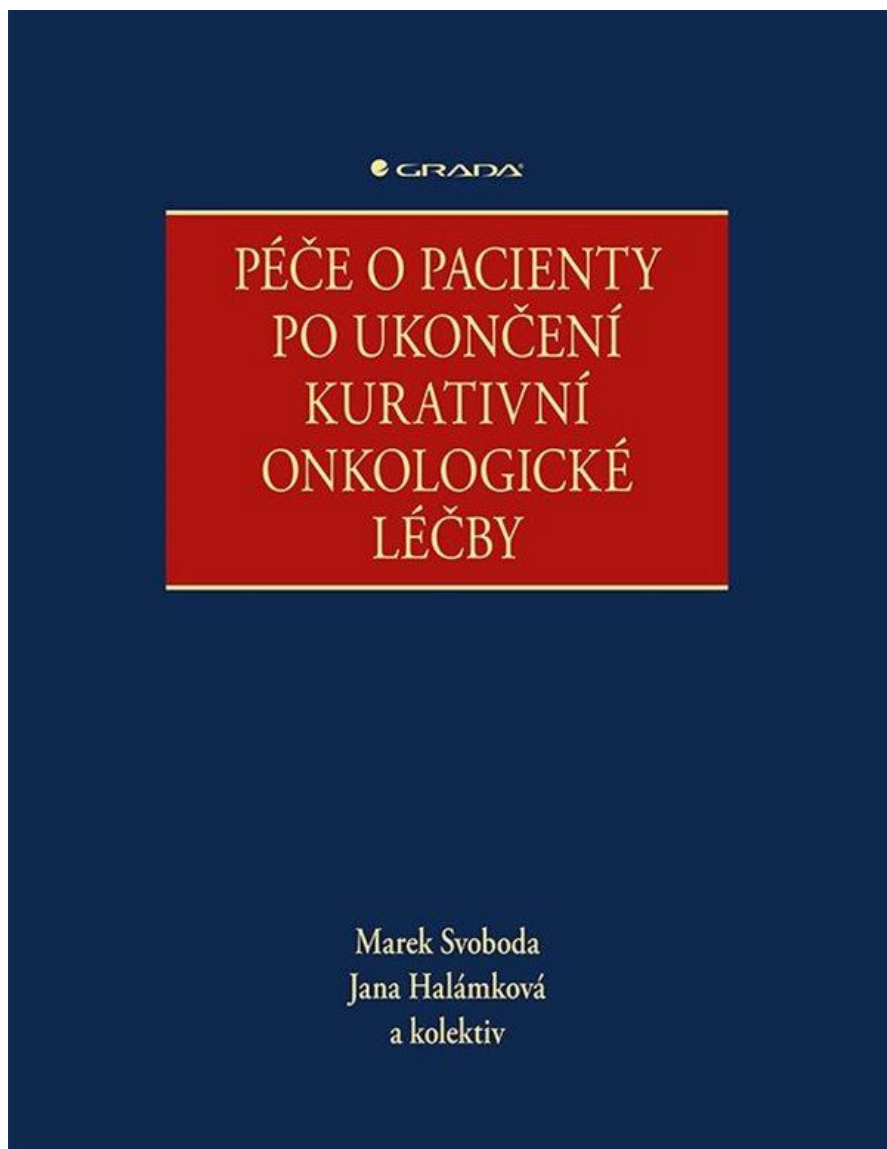
Standardizace péče o onkologické přeživší

Plán péče u pacienta po ukončení kurativní protinádorové léčby

- Tyto plány mohou pozitivně ovlivnit kvalitu života pacientů i kvalitu a organizaci poskytované péče
 - Např. u kolorektálního karcinomu vede intenzivnější sledování po kurativní léčbě k významně vyšší (až 2,5×) pravděpodobnosti zachytu klinicky asymptomatického návratu onemocnění a možnosti podstoupit další operační léčbu s kurativním záměrem (až 2× častěji, tj. u 44–57 % případů, u izolovaného postižení jater dokonce až v 75 %), důsledkem čehož je i významně delší celkové přežití těchto pacientů.
 - Nad rámec prodělané kurativní léčby tak může intenzivní pooperační sledování zvýšit přežití pacientů s kolorektálním karcinomem o 7 až 8 %.
 - Důležitým předpokladem pro dosažení takových příznivých výsledků je **projednávání případů relabujících pacientů na multidisciplinárních indikačních komisích**, zejména jedná-li se o lokální recidivu nebo metastatické postižení pouze jednoho orgánu (tzv. oligometastatický relaps).

Oblasti, které by komplexní programy péče o onkologické přeživší měly pokrývat (dle ESMO):

- sledování pacienta za účelem včasného **záchytu návratu původního nebo vzniku nového onkologického onemocnění,**
- monitorování výskytu a řešení dopadů onemocnění a jeho léčby na **fyzické zdraví,**
- monitorování výskytu a řešení dopadů onemocnění a jeho léčby na **psychiku,**
- monitorování **sociálních, pracovních a finančních dopadů** onemocnění a jeho léčby a pomoc s jejich řešením,
- zvyšování **zdravotní gramotnosti** pacienta v oblasti onkologické prevence a **podpory zdravého života a celkového duševního zdraví („well-being“).**



9 sekcí / 91 kapitol / 140 autorů
Grada 2023

- I. **Obecné principy péče o pacienty po ukončení kurativní léčby**
(definice, organizace, hodnocení kvality života, statistika...)
- II. **Chronické a nežádoucí účinky onkologické léčby**
(kardio, plicní, GIT/HEP, xerostomie, čich, chuť, polykání, výživa, neuro, kognitivní fce, zrak, sluch, metabolismus - DM, cholester., krvetvorba, endokrinní, zuby/dásně, kosti/svaly/klouby, osteoporóza, návaly horkosti, sarkopenie, alopecie, lymfedem, URO, GYN, sexuální dysfunkce, reprodukce, chronická bolest, únava, poruchy spánku, tělesné změny, stomie,....)
- III. **Identifikace osob v riziku vzniku druhých nádorů**
- IV. **Psychosociální dopady onkologické léčby**
- V. **Onkologická prevence a zdravý životní styl**
(kouření, alkohol, výživa/vit/probiotika, pohyb, UV, očkování)
- VI. **Integrativní medicína v péči o vyléčené o.p.**
(akupunktura, jóga, chiropraxe, masáže, muzikoterapie, byliny, homeopatie, aromaterapie, hipo-/canisterapie)
- VII. **Péče o specifické skupiny onkologických pacientů v remisi (follow-up)**
- VIII. **Posuzování invalidity onkologicky nemocného**
- IX. **Právní aspekty**

Onkologická dispenzarizace a další péče o pacienta po ukončení akutní fáze kurativní onkologické léčby

Sledování z důvodu rizika návratu původního nádoru

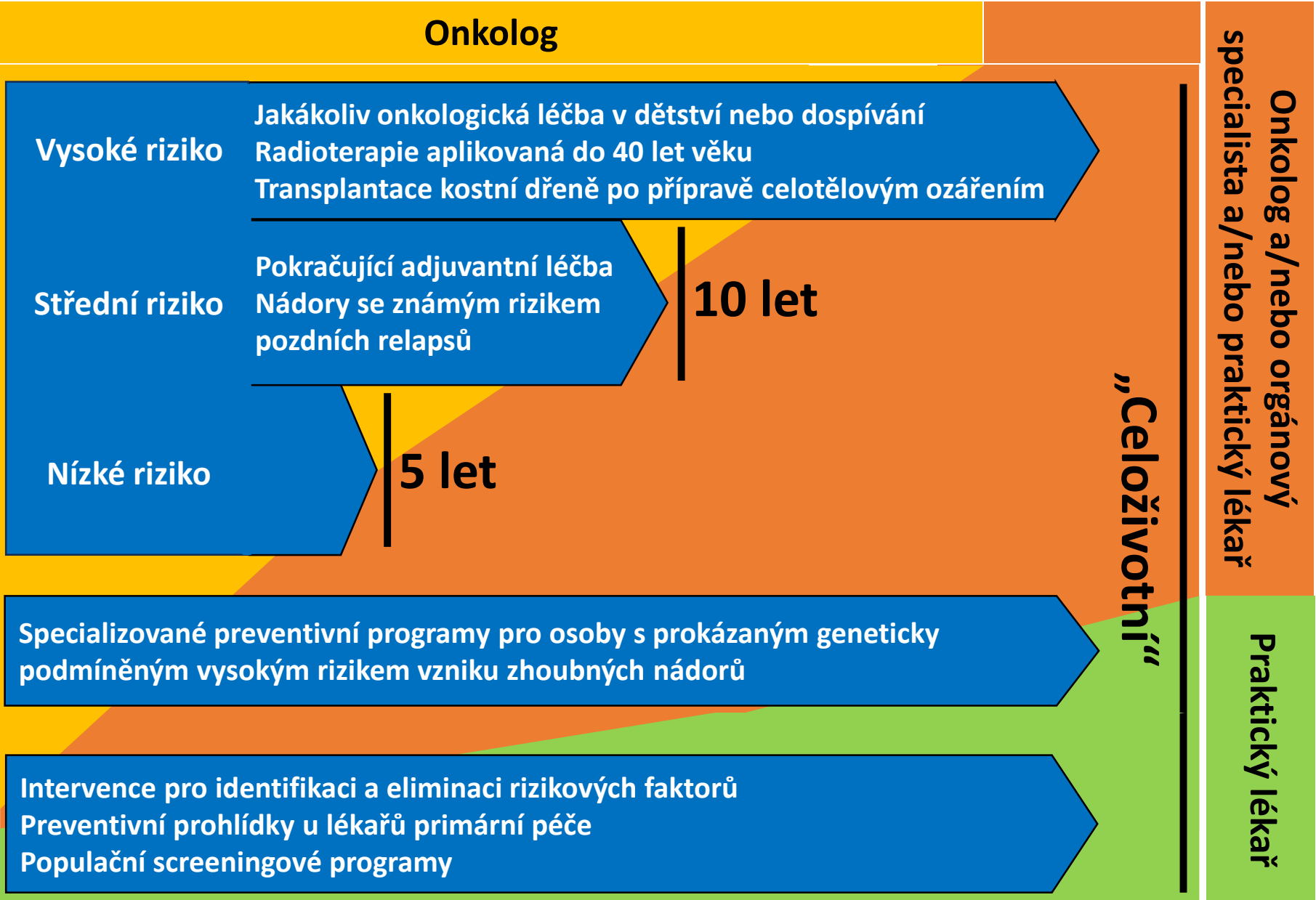
Řešení „neonkologických“ dopadů nemoci a léčby

Sledování z důvodu rizika vzniku dalších nádorů

Prodělaná onkologická léčba s prokázaným rizikem sekundárních nádorů

Geneticky podmíněné vysoké riziko vzniku malignit

Špatný životní styl
Expozice karcinogenům ze zevního prostředí
Stárnutí



Onkologická dispenzarizace - hlavní faktory, které ovlivňují intenzitu a délku onkologické dispenzarizace

Faktory	Podporující méně intenzivní a/nebo časově omezenou onkologickou dispenzarizaci s následným ukončením	Podporující intenzivní a/nebo dlouhodobou onkologickou dispenzarizaci
Spojené s rizikem návratu původního onkologického onemocnění	Již neprobíhá žádná zajišťovací onkologická léčba.	Stále probíhá zajišťovací onkologická léčba.
	Riziko recidivy/relapsu je nízké.	Riziko recidivy/relapsu je zvýšené.
	Není předpoklad zachycení recidivy/relapsu před vznikem závažných symptomů.	Je předpoklad zachycení recidivy/relapsu před vznikem závažných symptomů.
	Možnosti další onkologické léčby nedávají šanci na prodloužení přežití od zjištění relapsu.	Možnosti další onkologické léčby dávají šanci na prodloužení přežití od zjištění relapsu.
Spojené s následky onkologické léčby	Následky předchozí onkologické léčby jsou minimální nebo žádné	Následky předchozí onkologické léčby jsou omezující a/nebo vyžadují podpůrnou péči.
	Riziko vzniku pozdních následků onkologické léčby, včetně sekundárních malignit, je nízké.	Riziko vzniku pozdních následků onkologické léčby, včetně sekundárních malignit, je zvýšené.
Spojené s rizikem vzniku dalších malignit	Riziko vzniku dalších malignit je podobné jako v běžné populaci (tj. včetně kuřáků apod.).	Riziko vzniku dalších malignit je vysoké, podmíněné geneticky.
Spojené se stavem pacienta	Celkový stav pacienta nebo jeho přidružená onemocnění neumožňují, aby podstoupil další protinádorovou léčbu.	Pacient je schopen podstoupit další protinádorovou léčbu.
	Pacient si prokazatelně nepřeje další onkologické sledování nebo nevykazuje potřebnou spolupráci (compliance).	Pacient je schopen intenzivnější a/nebo dlouhodobé onkologické dispenzarizace.

NÍZKÉ RIZIKO

1. Pacient/ka má **velmi nízké/nízké riziko vzniku komplikací** protinádorové léčby, včetně chronických a pozdních následků, **a nízké riziko relapsu onemocnění**. Pravděpodobnost dlouhodobého (> 5 let) přežití bez návratu onemocnění je vysoká. Žádná onkologická léčba již neprobíhá.
 - **Standardní délka onkologické dispenzarizace by měla být 5 let**, není-li k prodloužení nebo celoživotnímu sledování jiný důvod.
 - **Onkologická dispenzarizace může od počátku probíhat podle plánu péče v ambulanci orgánového specialisty nebo lékaře primární péče.**
 - **Plán péče by měl být zaměřen na primární a sekundární prevenci nádorů**, dle věku a zátěži rizikovými faktory, a podporu zdravého života a celkového duševního zdraví. **Intenzita kontrol a přešetření v rámci terciární prevence by měla být úměrná nízkému riziku relapsu.**

STŘEDNÍ RIZIKO

- 2. Pacient/ka musel/a podstoupit intenzivní a/nebo multimodální onkologickou léčbu** a často i navazující zajišťovací terapii, **aby bylo dosaženo příznivých výsledků, tj. snížení rizika relapsu a vysoké pravděpodobnosti dlouhodobého přežití. Mohou se vyskytnou chronické a pozdní následky léčby.**
- **Standardní délka onk. dispenzarizace by měla být 5 až 10 let, není-li k jejímu prodloužení nebo celoživotnímu sledování jiný důvod.**
 - **Dispenzarizace může, po překonání období s nejvyšším rizikem rekurence a po odeznění závažné toxicity léčby, probíhat podle plánu péče v ambulanci org. specialisty nebo lékaře primární péče.**
 - **Plán péče by měl být zaměřen na primární a sekundární prevenci nádorů a současně musí počítat s riziky chronických a pozdních nežádoucích účinků a se zajištěním kontrol dalších specialistů.**

VYSOKÉ RIZIKO

3. Pacient/ka musel/a podstoupit intenzivní a/nebo multimodální onkologickou léčbu a často i navazující zajišťovací terapii, vysoké riziko relapsu (např. > 20 % do 5-10 let) vzhledem k vstupnímu rozsahu a/nebo biologické povaze nádoru trvá. **Vysoké je i riziko vzniku chronických nebo pozdních následků onkologické léčby, včetně sekundárních nádorů** (např. pacienti léčení v dětství a dospívání nebo pacienti ozařovaní do 40 let
- **Standard. délka onk. dispenzarizace by měla být 10let**, není-li k jejímu prodloužení nebo celoživot. sledování jiný důvod. Dále viz doporučení pro střední riziko.
 - Plán péče je podobný jako u středního rizika, musí však počítat s větší intenzitou kontrol a přešetření a potřebou multidisciplinární podpůrné péče.

1. Identifikační a kontaktní údaje

Souhrn léčby a individuální plán následné péče u pacienta/ky po ukončení akutní fáze kurativní onkologické léčby

1. Identifikační a kontaktní informace o pacientovi/pacientce

Jméno a příjmení		Datum narození	
E.mail		Telefon	
Bydliště			
Příbuzný/á, blízká nebo pečující osoba 1		Příbuzný/á, blízká nebo pečující osoba 2	
Jméno a příjmení		Jméno a příjmení	
Vztah k pacientovi/ce		Vztah k pacientovi/ce	
Telefon		Telefon	

2. Informace o onkologické diagnóze

2. Informace o onkologické diagnóze			
Diagnóza slovně			
MKN-10 klasifikace (např. C50.4)		Datum stanovení diagnózy	
Upřesnění lokalizace u párových orgánů	☐ Levý(á)	☐ Pravý(á)	☐ Oboustranný(á)
Upřesnění počtu ložisek v postiženém orgánu	☐ Solitární	☐ Vícečetný (> 1)	
TNM klasifikace			
☐ c ☐ p ☐ y T		Velikost tumoru v mm	
☐ c ☐ p ☐ y N		Počet uzlin postižených/celkem	/
☐ c ☐ p ☐ y M		Jiná klasifikace (např. FIGO)	
Klinické stádium v době stanovení diagnózy	☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ X – nelze stanovit ☐ jiné:		
	☐ A ☐ B ☐ C ☐ S0-3: ☐ SX ☐ E ☐ S ☐ E+S ☐ jiné:		
Upřesnění rozsahu onemocnění			
Histologická a molekulární charakteristika			
Histologie slovně			
MKN-O (ICD-O) histologická klasifikace (např. 8521/33)			
Grading	☐ I ☐ II ☐ III (☐ IV) ☐ X – nelze stanovit ☐ jiné:		
Invaze	☐ Lymfatická (L) ☐ Perineurální (Pn) ☐ Venózní (V)		
Radikalita resekce	☐ R0 ☐ R1 ☐ R2 ☐ X – nelze stanovit		
Relevantní molekulární znaky nádoru	Imunohistochemické (např. ER+, HER-2+, PD-L1+)		Ki-67 (%):
	Genetické (např. KRASmut GV12D, BRAFwt, MSI-H, BRCA1mut)		

Obsah plánu následné péče

3. Zhodnocení rizika dědičnosti nádorového onemocnění

3. Zhodnocení rizika dědičnosti nádorového onemocnění			
Výskyt nádorů u příbuzných 1. stupně?		☐ NE	☐ ANO
Výskyt nádorů u dvou a více příbuzných 2. stupně?		☐ NE	☐ ANO
Výskyt nádorů v rodině u osob mladších 50ti let (včetně pacienta)?		☐ NE	☐ ANO
Výskyt vzácných nebo vícečetných nádorů u jedné osoby v rodině (včetně pacienta)?		☐ NE	☐ ANO
Genetická konzultace byla pacientovi nabídnuta?		☐ NE	☐ ANO
Genetická konzultace byla u pacienta provedena?		☐ NE	☐ ANO
Rok nabídnutí/provedení		Genetické pracoviště	
Výsledek genetického vyšetření	☐ Neodhalil žádnou variantu, empirické riziko pro příbuzné je: ☐ mírné ☐ střední ☐ vysoké		
	☐ Odhalil variantu s nejasným klinickým významem v genu/genech:		
	☐ Odhalil patogenní variantu v genu/genech:		
	Název hereditárního nádorového syndromu:		
Doporučen a předán plán preventivní péče?		☐ NE	☐ ANO
Doporučeno další testování příbuzných?		☐ NE	☐ ANO

Obsah plánu následné péče

4. Souhrn protinádorové léčby

a) Operace nebo jiná lokální intervence

b) Radioterapie

c) Protinádorová farmakoterapie

4. Souhrn protinádorové léčby					
☐ Operace nebo jiná lokální intervence (mimo radioterapii)	Pracoviště				
	Název zákroku				
	Přístup		☐ otevřený ☐ endoskopický ☐ laparoskopický ☐ robotický		
	Datum operace (primární, pokud bylo více)				
	☐ Výkon na postiženém orgánu		☐ radikální resekce ☐ parciální resekce ☐ cytoredukce ☐ biopsie ☐ jiný (např. tepelná ablace):		
	☐ Výkon na regionálních uzlinách		☐ sentinelová / cílená disekce ☐ lymfadenektomie ☐ sampling / biopsie ☐ žádný		
	☐ Metastazektomie		místo:		
	Stomie:		☐ NE ☐ ANO, přechodná ☐ ANO, trvalá. Typ:		
	Epi-/pro-téza:		☐ NE ☐ ANO, typ:		
	Stávající nebo očekávatelné chronické nebo pozdní následky chirurgické léčby:				
Další sledování v rámci chirurgické odbornosti		☐ <1 ☐ 2-3 ☐ 5 ☐ 10 let ☐ NE			
☐ Radioterapie	Pracoviště:				
	Typ	☐ Fotonová ☐ Protonová ☐ Elektronová ☐ Jiná:			
		☐ Zevní	☐ Hlubková ☐ Povrchová ☐ Boost		
		☐ Brachyterapie ☐ Intrakavitární ☐ Intersticiální ☐ Mulaž			
	Datum zahájení		Datum ukončení		
	Celková dávka (Gy)		Počet frakcí		
	Ozařovaný orgán				
	Ozařená oblast		☐ Hrudník ☐ Břicho ☐ Pánev ☐ Končetina ☐ Mozkovna ☐ Hlava (mimo mozkovnu) ☐ Krk ☐ Páteř ☐ Jiná:		
	Byly překročeny limity dávek záření pro rizikové orgány?		☐ ANO ☐ NE		
	Pokud ANO, které orgány:				
Stávající nebo očekávatelné chronické nebo pozdní následky radioterapie:					
Zvýšené riziko vzniku sekundárních nádorů v ozařované oblasti		☐ ANO ☐ NE			
Další sledování v rámci radioterapeutické odbornosti		☐ <1 ☐ 2-3 ☐ 5 ☐ 10 let ☐ NE			
☐ Protinádorová farmakoterapie	Pracoviště				
	Typ	☐ Chemoterapie ☐ Cílená léčba ☐ Hormonoterapie			
		☐ Imunoterapie-ICIs ☐ Cytokinová léčba ☐ ATMP (např. CAR-T) S podporou ☐ autologní / ☐ alogenní transplantace hematopoetických buněk ☐ Jiná:			
	Název léku	Dávka/m2	Start (měsíc/rok)	Léčba pokračuje?	Způsob/místo podání
				☐ NE ☐ ANO	
				☐ NE ☐ ANO	
				☐ NE ☐ ANO	
				☐ NE ☐ ANO	
				☐ NE ☐ ANO	
				☐ NE ☐ ANO	
Došlo k překročení kumulativní dávky některého z léků?		☐ ANO ☐ NE			
Pokud ano, které:					
Stávající nebo očekávatelné chronické nebo pozdní následky protinádorové farmakoterapie:					
Další sledování klinickým onkologem		☐ <1 ☐ 2-3 ☐ 5 ☐ 10 let ☐ > 10 let ☐ NE			

5. Stanovení stupně rizika pacienta/ky a délky a intenzity onkologické dispenzarizace

5. Stanovení stupně rizika pacienta/ky a délky a intenzity onkologické dispenzarizace		
Stupeň rizika	Definice	
	Délka a místo onkologické dispenzarizace	Intenzita onkologické dispenzarizace
☐ Nízké riziko	Pacient/ka má velmi nízké riziko vzniku komplikací protinádorové léčby, včetně chronických a pozdních následků, a nízké riziko relapsu onemocnění. Pravděpodobnost dlouhodobého (> 5 let) přežití bez návratu onemocnění je vysoká. Žádná onkologická léčba již neprobíhá.	
	Standardní délka onkologické dispenzarizace by měla být 5 let, není-li k prodloužení nebo celoživotnímu sledování jiný důvod. Onkologická dispenzarizace může od počátku probíhat podle plánu péče v ambulanci orgánového specialisty nebo lékaře primární péče.	Plán péče by měl být zaměřen na primární a sekundární prevenci nádorů, dle věku a zátěži rizikovými faktory, a podporu zdravého života a celkového duševního zdraví. Intenzita kontrol a přešetření v rámci terciární prevence by měla být úměrná nízkému riziku relapsu.
☐ Střední riziko	Pacient/ka musel/a podstoupit intenzivní a/nebo multimodální onkologickou léčbu a často i navazující zajišťovací terapii, aby bylo dosaženo příznivých výsledků, tj. snížení rizika relapsu a vysoké pravděpodobnosti dlouhodobého přežití. Mohou se vyskytnout chronické a pozdní následky léčby.	
	Standardní délka onk. dispenzarizace by měla být 5 až 10 let, není-li k jejímu prodloužení nebo celoživotnímu sledování jiný důvod. Dispenzarizace může, po překonání období s nejvyšším rizikem rekurence a po odeznění závažné toxicity léčby, probíhat podle plánu péče v ambulanci org. specialisty nebo lékaře primární péče. Do té doby by měla být v ambulanci onkologa.	Plán péče by měl být zaměřen na primární a sekundární prevenci nádorů a současně musí počítat s riziky chronických a pozdních nežádoucích účinků a se zajištěním kontrol dalších specialistů. Intenzita kontrol a přešetření by měla být úměrná riziku relapsu a výskytu a stupni potíží způsobených protinádorovou léčbou.
☐ Vysoké riziko	Pacient/ka musel/a podstoupit intenzivní a/nebo multimodální onkologickou léčbu a často i navazující zajišťovací terapii, vysoké riziko relapsu (např. > 20 % do 5-10 let) vzhledem k vstupnímu rozsahu a/nebo biologické povaze nádoru trvá. Vysoké je i riziko vzniku chronických nebo pozdních následků onkologické léčby, včetně sekundárních nádorů (např. pacienti léčení v dětství a dospívání nebo pacienti ozařovaní do 40 let věku).	
	Standard. délka onk. dispenzarizace by měla být 10let, není-li k jejímu prodloužení nebo celoživot. sledování jiný důvod. Dále viz doporučení pro střední riziko.	Plán péče je podobný jako u středního rizika, musí však počítat s větší intenzitou kontrol a přešetření a potřebou multidisciplinární podpůrné péče.
Doporučená délka onkologické dispenzarizace		
☐ <1 ☐ 2-3 ☐ 5 ☐ 10 let ☐ > 10 let ☐ Bez dispenzarizace		

6. Plán onkologické dispenzarizace: doporučená vyšetření a jejich frekvence. Stanovení odpovědnosti

6. Plán onkologické dispenzarizace: doporučená vyšetření a jejich frekvence v průběhu různých období						
Období	1. rok	2. rok	3. rok	4. – 5. rok	6. – 10. rok	> 10 let
Kdo organizuje onkologickou dispenzarizaci	☐ onkolog ☐ org. spec. ☐ prak. lék.	☐ onkolog ☐ org. spec. ☐ prak. lék.	☐ onkolog ☐ org. spec. ☐ prak. lék.	☐ onkolog ☐ org. spec. ☐ prak. lék.	☐ onkolog ☐ org. spec. ☐ prak. lék.	☐ onkolog ☐ org. spec. ☐ prak. lék.
Fyzikální vyšetření	(např. 4x)					
CT:						
CT:						
MR:						
Mamografie						
UZV:						
UZV:						
RTG:						
Endoskopie:						
Endoskopie:						
TM:						
Biochemie krve						
KO+diff						
Vyšet. moč+sed						
Jiné:						
Jiné:						
Screening potíží						
Ostatní	Mimo rámec onkologické dispenzarizace probíhají preventivní prohlídky u lékařů primární péče, případně relevantní onkologické screeningové programy.					

7. Ukončení Dispenzarizace nebo její převedení do ambulace PL či orgánového specialisty

7. Ukončení dispenzarizace v ambulanci onkologa a předání pacienta/ky do péče praktického lékaře a/nebo orgánového specialisty			
Onkologická dispenzarizace je ukončena?	☐ ANO ☐ NE	Pokud ANO, datum ukončení:	
Pokud NE, probíhá rokem z celkové doporučené doby stanovené v části č. 5, s předpokladem ukončení v roce Její další pokračování bude probíhat v ambulanci ☐ praktického lékaře ☐ orgánového specialisty, a to podle plánu stanoveného v části č. 6.			
Mimo rámec onkologické dispenzarizace probíhají preventivní prohlídky u lékařů primární péče, případně relevantní onkologické screeningové programy. Jsou-li přítomné faktory spojené s nezdravým životním stylem (kouření, nadváha/obezita, nadměrný příjem alkoholu, nedostatečná fyzická aktivita) má lékař (i opakovaně) provádět krátkou intervenci ve prospěch jejich odstranění, eventuálně doporučit pacienta ke specialistovi.			
Další doporučení pro pacienta mohou vyplývat z genetického rizika, viz část č. 3.			
Potřeba léčebných a ortopedických pomůcek	☐ ANO ☐ NE	Pokud ANO, viz část č. 4 a 8.	
Nárok na lázeňskou péči po onkologické léčbě	☐ ANO ☐ NE	Pokud ANO, ☐ K nebo ☐ P	
V případě potřeby (např. podezření na návrat původního nebo výskyt nového onkologického onemocnění, a/nebo při zhoršení nebo vzniku závažných fyzických potíží v důsledku onkologické léčby) je možno využít těchto kontaktů:			
Specialista	Pracoviště	Telefon	
Klinický nebo radiační onkolog			
Další odbornost:			
Další odbornost:			
Další odbornost:			
Další odbornost:			
Vypracoval		Datum	

Standardizace péče o onkologické přeživší

Jak postupovat:

1. Založení pracovní skupiny výboru ČOS pro onkologickou dispenzarizaci (09/2024) → zvýšení efektivity terciární prevence a snížení zátěže zdravotního systému

- Stanování nových pravidel pro dispenzarizaci kurativně léčených onkologických pacientů
- Sestavení standardizovaného „Plánu následné péče“ podle doporučení ESMO, který je možné aplikovat v podmínkách českého zdravotnictví

2. Otevření debaty s plátcí péče (1-2Q 2025)

- Příprava a zavedení nového výkonu: „Plán péče u pojištěnce po ukončení kurativní onkologické léčby,“ který by zohlednil jeho přípravu a sdělení pacientovi (podobně jako výkon 42051 - plán péče u pojištěnce s nově diagnostikovaným onkologickým onemocněním).
- Změny při používání UOP (unikátní ošetřený pojištěnec) pro některé výpočty v onkologii.

3. Otevření debaty s MZ ČR

- Změna vyhlášky 39/2012 o dispenzární péči (Dg D a C - dispenzární prohlídky 1x ročně)



Děkuji za pozornost