# BREAST UNITS w Polsce

## WEBINAR

**Fundacja Onkologia 2025, Public Policy**

**12 maja 2020 r.**

**SIS, EUSOMA, NAPBC:**

***„Wszystkie kobiety na świecie powinny mieć dostęp do w pełni wyposażonych, gwarantujących wysoką jakość jednostek lub centrów leczenia chorób piersi, które zapewniają kompetentną i wszechstronną opiekę”.***

**Parlament Europejski:**
**wezwanie do zapewnienia kobietom skoordynowanej opieki w procesie diagnostyki i leczenia raka piersi**

# SIS i EUSOMA – punkt odniesienia




Program akredytacyjny dla ośrodków senologicznych (APBC)

*„BREAST UNITS”*




The requirements of a specialist Breast Centre

Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group




Inicjatywa Komisji  Europejskiej na rzecz walki z rakiem piersi

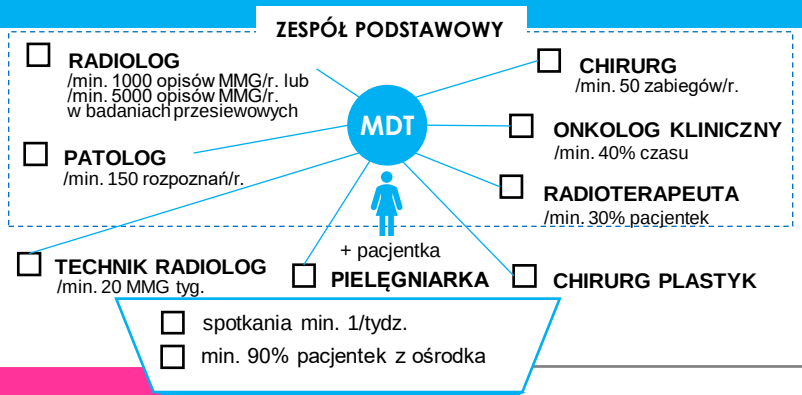
# JAKIE ZADANIA MAJĄ BREAST UNITS?

1. Zapewnienie wielospecjalistycznej opieki chorym na raka piersi
2. Kontrola i ograniczenie opóźnień
3. Profilaktyka pierwotna i wtórna
4. Obserwacja, kontrola, efekt długoletni
5. Pomiar jakości

## OGÓLNE

- ☐ aktualne protokoły postępowania klinicznego
- ☐ **min. 150** - liczba leczonych chorych z rozpoznaniem
- ☐ **500 tys**. - populacja w zasięgu opieki ośrodka
- ☐ BU jako autonomicznie działająca jednostka z liderem
- ☐ gromadzenie i audyt danych (3 lata); **CASE MANAGER**
- ☐ prewencja, promocja, edukacja

## SPECJALIŚCI




- ☐ GENETYK KLINICZNY
- ☐ PSYCHOONKOLOG
- ☐ Spec. MEDYCYNY PALIATYWNEJ
- ☐ REHABILITANT
- ☐ GINEKOLOG
- ☐ KOORDYNATORZY, PIELĘGNIARKI ONKO.

## 1. PORADNIA

- ☐ Raportowanie liczby chorych
  - pierwszorazowe
  - w obserwacji
  - Zmiany
    - łagodne
    - złośliwe
- ☐ Czas oczekiwania
  - ☐ do **10 dni** – podejrzenie zm. łagodnej
  - ☐ do **5 dni** - podejrzenie raka
- ☐ Dedykowana/zalec.

## 2. DIAGNOSTYKA

### 2.1 OBRAZOWA

Mammografia

- ☐ Min. 2000 MMG/r.
- ☐ Max. 3% powtórzeń
- ☐ Wynik przekazany do 5 dni
- ☐ Monitoring wyników
- ☐ **Biopsje cienko- gruboigł. pod kontrolą obrazowania**
- ☐ 90% pacjentek objawowych zbadane w max. 2 tyg

### 2.2 PATOMORFOLOGIA

- ☐ Opis – kompletność i szczegółowość
  - ☐ Szablon CAP zalec.
  - ☐ 100% ocena marginesów
- ☐ **Wynik:**
  - ☐ **Po biopsji - do 5 dni przekazany w rozmowie**
  - ☐ Materiał pooperacyjny opisany w <10 dni
- ☐ Użycie klasyfikacji UICC (TNM)
- ☐ 90% wynik histpat znany przed zabiegiem

## 3. MDT

## 4. LECZENIE

- ☐ 80% leczenie skojarzone (r. lokalnie zaawans.)
- ☐ 2 tyg. max. czas oczekiwania od diagnozy dla 90%

### 4.1 CHIRURGIA

- ☐ Max. 1 operacja dla 90%

**Oszczędzająca vs. Mastektomia**

- ☐ 65% niskie zaawans. (dostęp RT i rekonstr.)
- ☐ 70-80% niskie zaawans. (dostęp: wszystkie opcje terap.)
- Gdy: z wyboru, wys. zaawansowanie, wys. ryzyko nawrotu

**SLNB (scyntygraficzna ocena węzła wartownika)**

- ☐ U 85% usunięcie węzłów chł. dołu pachowego; badanie min 10 węzłów
- ☐ < 5% odsetek niewykrywalności węzła
- ☐ Min. 10 węzłów pobranych u 90%

### 4.2 RADIOTERAPIA

- ☐ 90% pacjentek po chir. oszcz. – RT uzup
- ☐ 2 akceleratory, system TK, symulacji, planowania

### 4.3 L. SYSTEMOWE

- ☐ Leczenie neoadjuwantowe zgodnie ze standardem
- ☐ Możliwość włączenia 10% pacjentek do badań klin.

## BREAST UNIT (SIS)

●●●

**Struktura Proces Wskaźniki**

## WSPARCIE

- ☐ REHABILITACJA
  - dostępna dla wszystkich pacjentek bezpośrednio po terapii
- ☐ PSYCHOONKOLOG
  - dostęp na każdym etapie; formularze oceny stanu psychicznego (zalec.).
- ☐ PROGRAM ZACHOWANIA PŁODNOŚCI
  - kwalifikacja pacjentek zgodnie z zaleceniami
- ☐ PORADNICTWO GENETYCZNE

## OBSERWACJA (follow-up)

- ☐ min 1x/r. badane wszystkie kobiety leczone chirurgicznie

### EFEKT

- ☐ Ocena przeżywalności 5-10-letniej
- ☐ Nawrót miejscowy po leczeniu oszczędzającym po 5 latach
  - ☐ <5% dla raka inwazyjnego
  - ☐ <10% dla CIS
- ☐ <5% Nawrót miejscowy po mastektomii po 5 latach

# OPINIA

**10**

powodów, dla których breast units (SIS/EUSOMA) powinny być upowszechnione w Polsce

# 10

1. Poprawia skuteczność leczenia chorych na raka piersi i wpływa na przeżycia wieloletnie. Udowodniony efekt, model BU jest oparty na praktyce i konsensusie naukowym (EBM)*

„Po wprowadzeniu opieki wielodyscyplinarnej śmiertelność z powodu raka piersi była o 18% niższa w ośrodkach BU”
Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women.
*BMJ* 2012; 344 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.e2718 (Published 26 April 2012)
Changes in surgical management resulting from case review at a breast cancer multidisciplinary tumor board.
Newman EA[1], Guest AB, Helvie MA, Roubidoux MA, Chang AE, Kleer CG, Diehl KM, Cimmino VM, Pierce L, Hayes D, Newman LA, Sabel MS.

2. Motywuje do aktualizacji wiedzy: wymaga posiadania protokołów wewnętrznych, czyli spójnej, spisanej informacji „jak leczymy u nas” oraz pracy z odstępstwami

3. Pokrywa całą ścieżkę pacjenta – od profilaktyki do follow-up

4. Łączy i równoważy elementy kliniczne i organizacyjne

5. Jest mierzalny i policzalny, daje jasne punkty odniesienia; kompleksowe wskaźniki adresują kwestie kliniczne, organizacji procesu, doświadczenia i efekt

6. Promuje pracę zespołową (zgodnie ze specyfiką leczenia raka piersi). Leader to funkcja, nie tylko tytuł – ma skutecznie zarządzać

7. Promuje poprawę jakości w oparciu o dane i standard zgodnie z zaleceniami towarzystw naukowych. „Udowodnij wzrost, pokaż jak zarządzasz zmianą, żeby osiągnąć wymagany poziom”

8. Wymaga tego, co niezbędne, nie tworzy barier wejścia (infrastruktury medycznej, cyfryzacji, „wszystkiego pod jednym dachem”). To nie jest model posiadania zasobów, tylko model odpowiedzialności za pacjenta

9. Pozwala na lepsze zarządzanie finansami, planowanie zasobów i wydatków. Konkurencyjność i prestiż (perspektywa systemu i szpitala)

10. Informacja dla pacjenta:

„W tym szpitalu będę dobrze leczona”

# Akredytowane Breast Units (SIS) w Polsce

**Zachodniopomorskie Centrum Onkologii**

Świętokrzyskie Centrum Onkologii

Uniwersyteckie Centrum Leczenia Chorób Piersi przy Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie

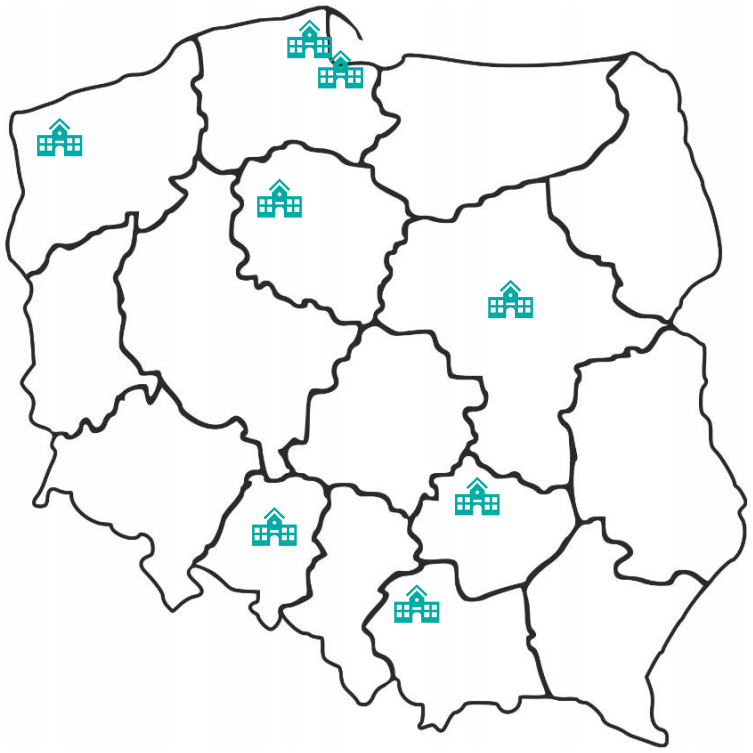
Centrum Onkologii w Bydgoszczy im. prof. F. Łukaszczyka

Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi Szpital Morski im PCK, Gdyńskie Centrum Onkologii

Opolskie Centrum Onkologii im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu

Centrum Terapii Chorób Piersi, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

COPERNICUS Mamma Centrum, Gdańsk



# „Gdzie mogę się leczyć?”

Przybywa jednostek breast unit w Polsce.

Co o nich  wiemy?

AKREDYTACJA (8) = poddane audytowi zewnętrznemu, oceniono protokoły i wskaźniki jakości

INNE (ok. 20) = ?




*Szukamy sposobu na upowszechnienie sprawdzonego modelu breast units*

# PROGRAM AKREDYTACYJNY DLA OŚRODKÓW SENOLOGICZNYCH (APBC)

*„BREAST UNITS”*

**2** OŚRODKI

DANE ZA **3-4** LATA

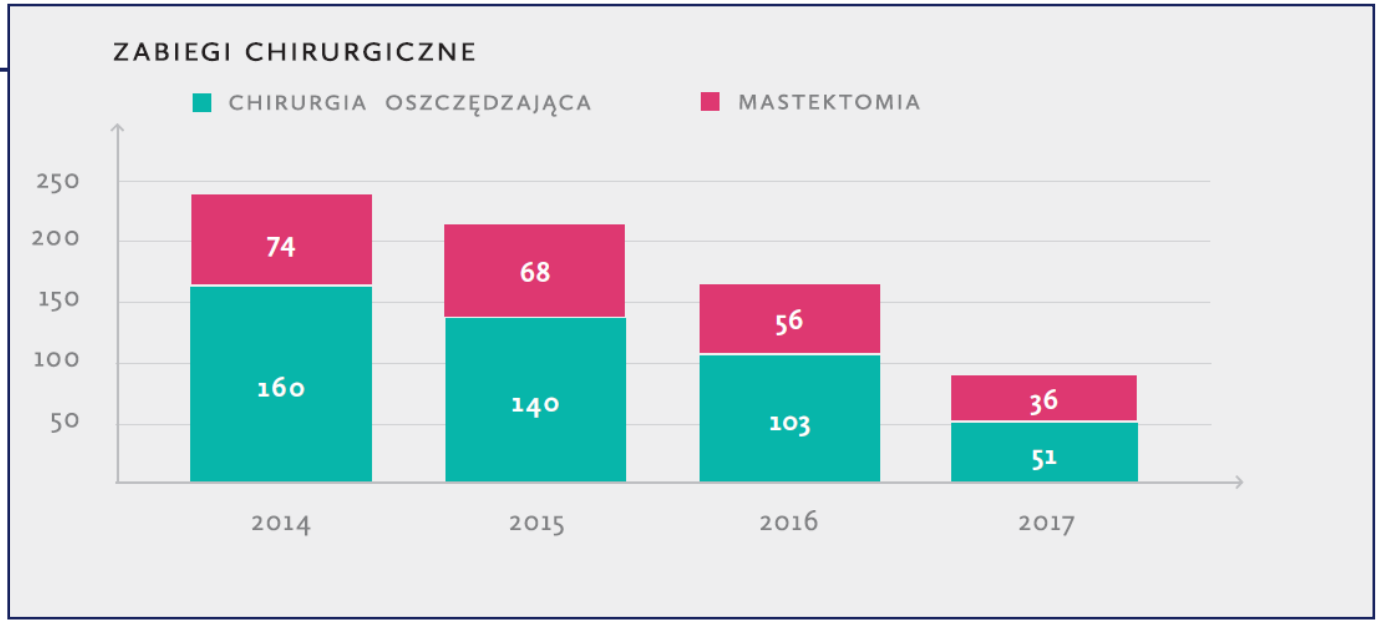
BAZY INFORMATYCZNE

**CEL:** OCENA WSKAŹNIKÓW

AUDYT ŹRÓDEŁ INFORMACJI

# Dane i ocena wskaźników

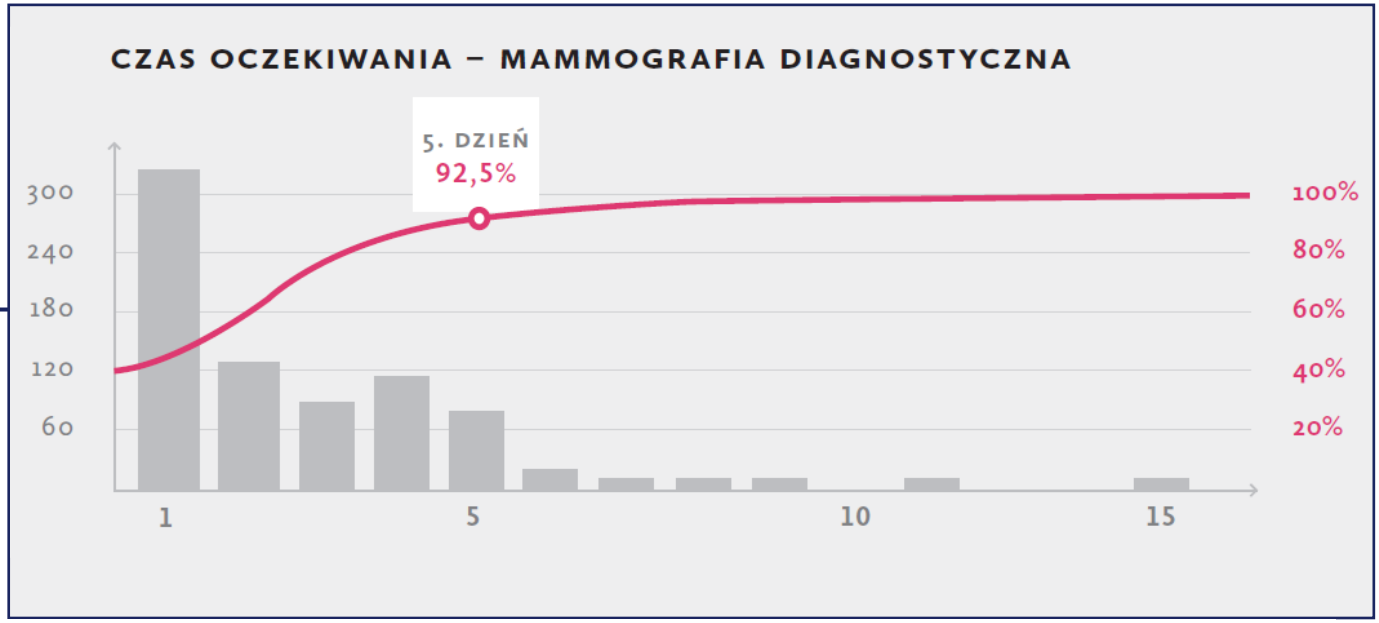
1. **LICZBA PROCEDUR**
2. **CZAS OCZEKIWANIA**
3. **STANDARD KLINICZNY**




**WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY W WARSZAWIE, *HIS***

# Dane i ocena wskaźników

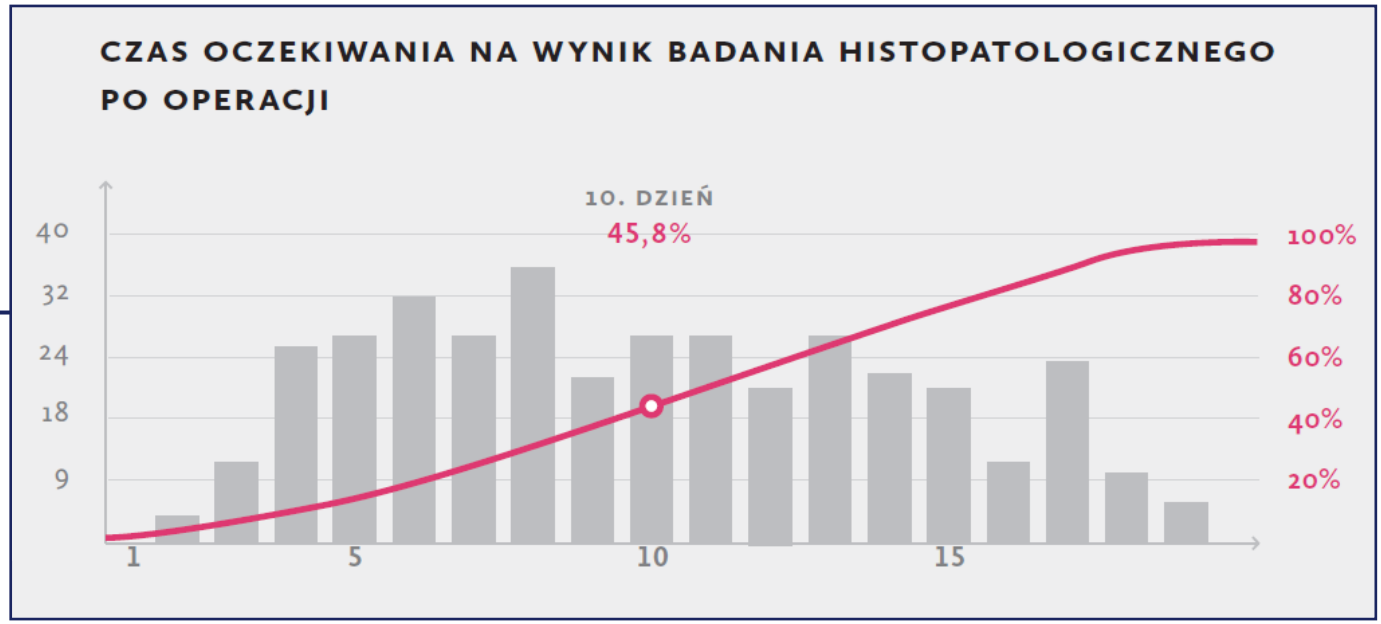
1. **LICZBA PROCEDUR**
2. **CZAS OCZEKIWANIA**
3. **STANDARD KLINICZNY**




**WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY W WARSZAWIE, *HIS/RIS 2017***

# Dane i ocena wskaźników

1. **LICZBA PROCEDUR**
2. **CZAS OCZEKIWANIA**
3. **STANDARD KLINICZNY**



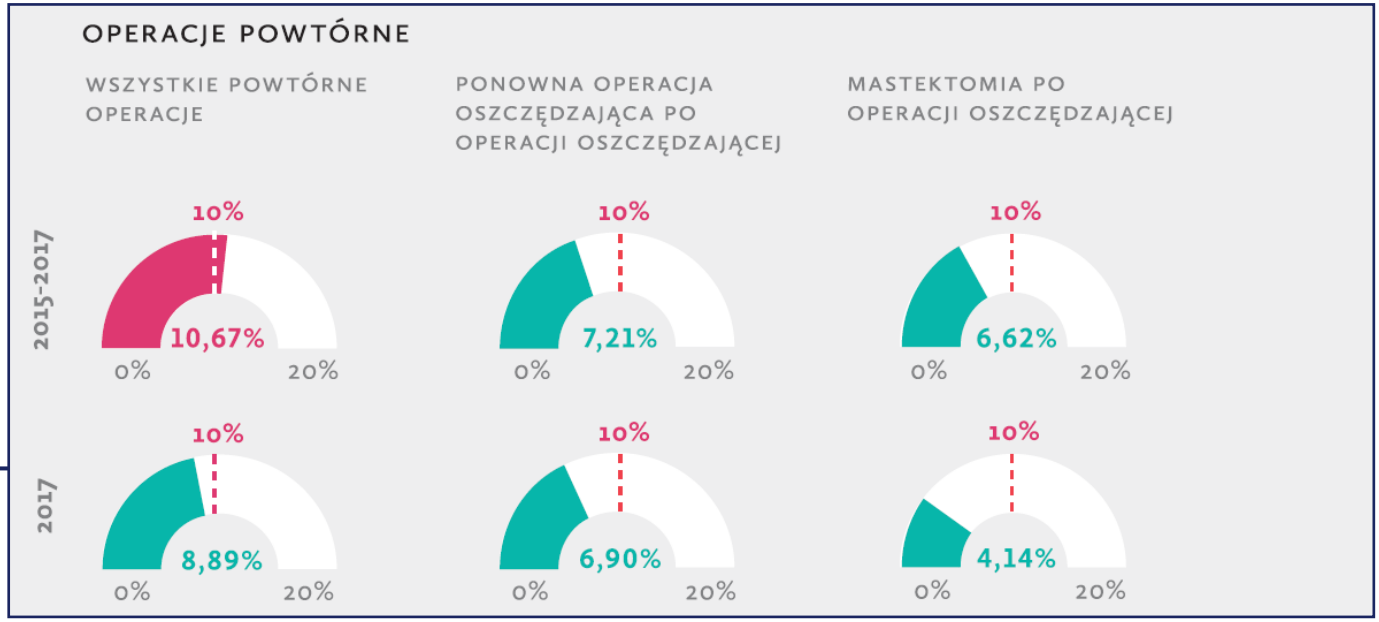

**BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII, *HIS*/RIS 2017**

# Dane i ocena wskaźników

1. **LICZBA PROCEDUR**

2. **CZAS OCZEKIWANIA**

3. **STANDARD KLINICZNY**



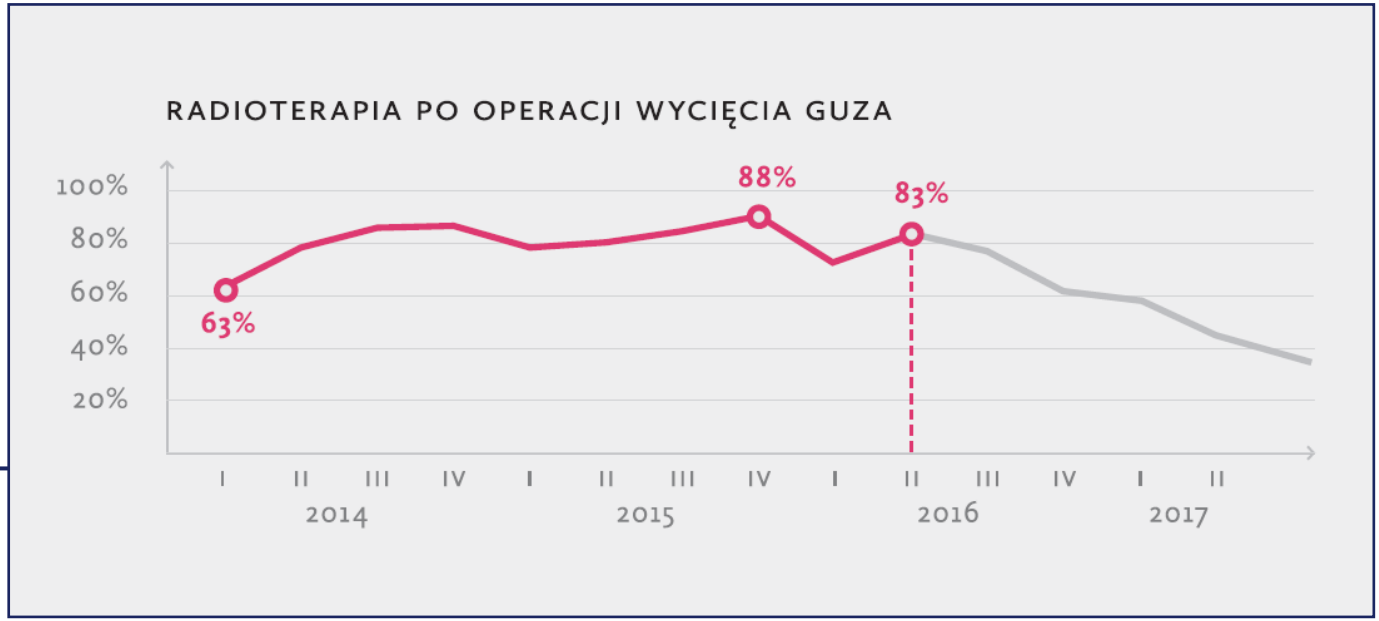

**BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII, *HIS/R&V 2017***

# Dane i ocena wskaźników

1. **LICZBA PROCEDUR**

2. **CZAS OCZEKIWANIA**

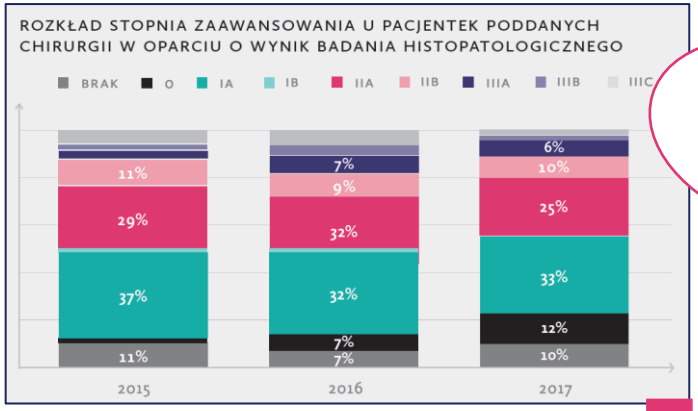
3. **STANDARD KLINICZNY**




**BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII, *HIS/R&V 2017***

# Dane i ocena wskaźników

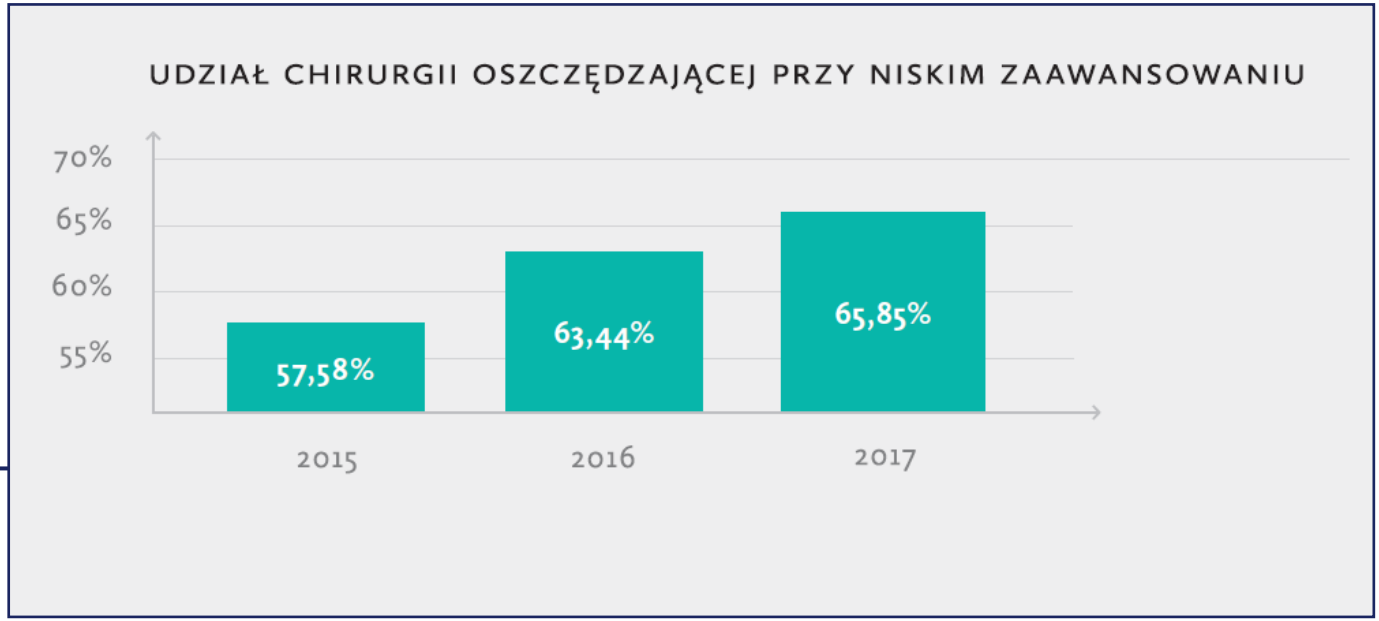
1. **LICZBA PROCEDUR**




TNM!

2. **CZAS OCZEKIWANIA**

3. **STANDARD KLINICZNY**




**WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY W WARSZAWIE, *HIS 2017***

# Dane i ocena wskaźników

## OGRANICZENIA

1. **LICZBA PROCEDUR**
2. **CZAS OCZEKIWANIA**
3. **STANDARD KLINICZNY**

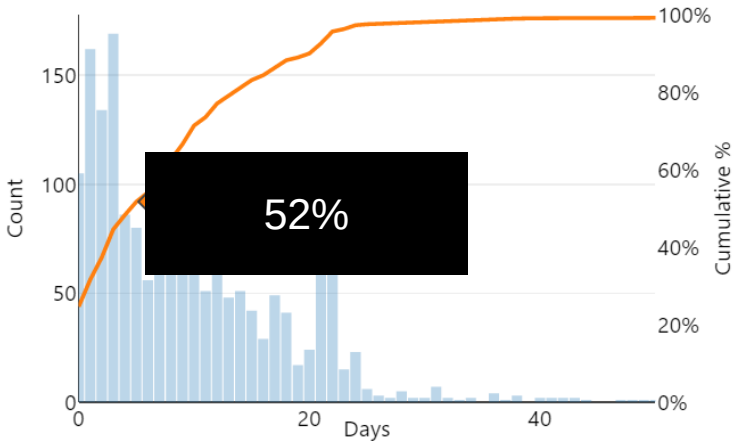
**EFEKTY**

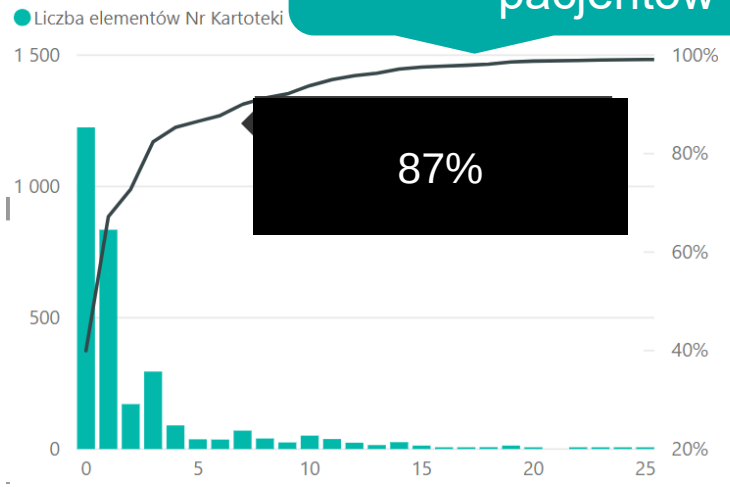
OCENA PRZEŻYWALNOŚCI 5-10-LETNIEJ

# Skuteczność audytu – BCO 1 vs. 2 edycja

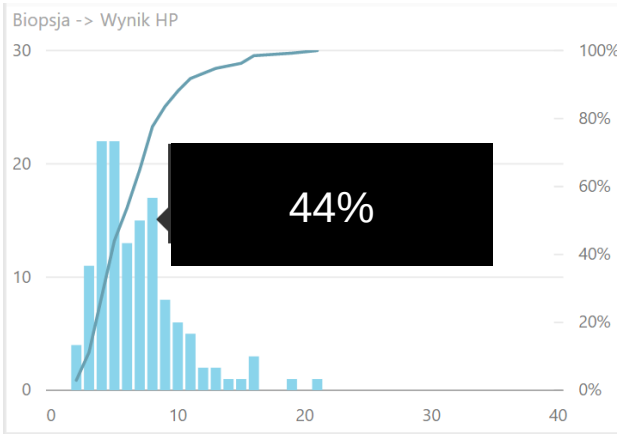
## Mammografia – wynik do 5 dni

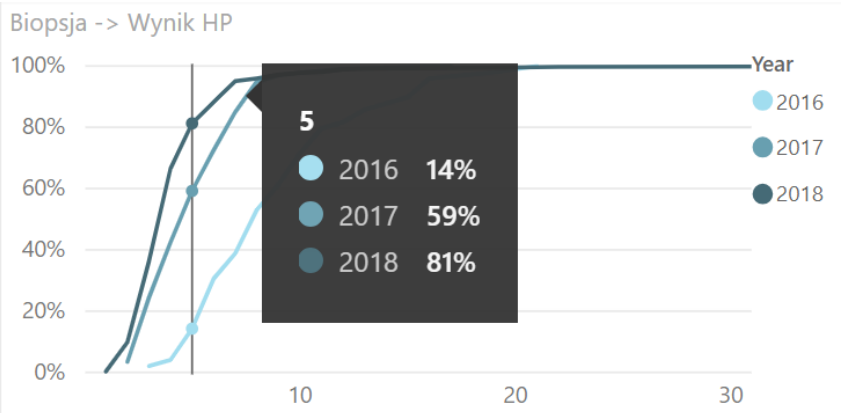
Poprawa efektywności dla pacjentów



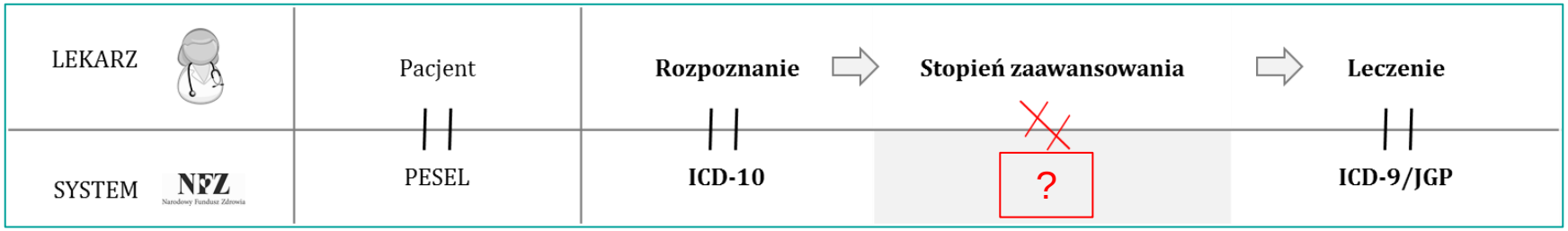




## Biopsja – wynik do 5 dni



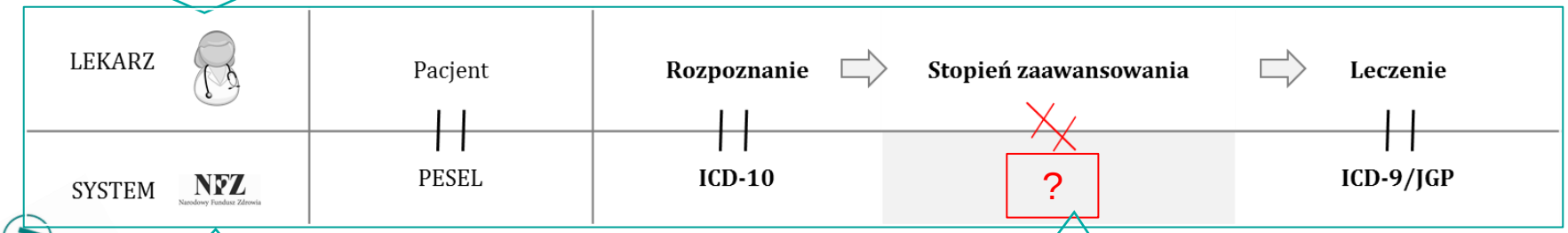
# Jakich danych potrzebujemy? vs. Co widzi system?



# Jakich danych potrzebujemy? vs. Co widzi system?

## ŹRÓDŁA DANYCH

**Systemy szpitalne**:
HIS, RIS, PACS, R&V




**Poziom centralny:**
rejestry onkologiczne,
NFZ i inne bazy danych

**TNM**
Powiązanie rozpoznania
z leczeniem
Do niedawna krytyczna
luka w systemie

*Praca nad jakością – na poziomie ośrodka i w oparciu o powszechnie uznany standard – działa*

# Akredytacja SIS
# i
# polskie breast units (MZ)

| SIS | MZ |
| --- | --- |
| Wytyczne | Rozporządzenia<br>Umowy z NFZ |
| Wskaźniki | Odwołanie do obwieszczenia z miernikami dla raka piersi |
| Wizyta komisji akredytacyjnej | X |

# OGÓLNE

| | SIS | MZ |
|---|---|---|
| KWALIFIKACJA | Min. 150 leczonych przypadków złośliwego raka piersi rocznie | 120 zabiegów chirurgicznych dla Ośrodka Raka Piersi<br>250 zabiegów dla Centrum Kompetencji Raka Piersi (!) |
| PROTOKOŁY | Pisemne protokoły odnoszące się do standardu | Pisemne protokoły odnoszące się do standardu |
| SKRINING | Realizacja badań przesiewowych; udokumentowane działania w obszarze promocji i edukacji | Brak /obwieszczenie/ |

# DIAGNOSTYKA

| | SIS | MZ |
|---|---|---|
| MMG DIAGNOSTYCZNE | 2000 badań wykonanych rocznie w ośrodku | Brak |
| LICZBA MMG NA SPECJALISTĘ | Min. 1000 MMG diagnostycznej/rok<br>Min. 5000 MMG skriningowej/rok<br>Technik radiolog – min. 20 MM/tydzień | 1000 badań MMG na specjalistę/3lata |
| MMG – BADANIA POWTÓRZONE | Do 3% badań powtórzonych ze względu na jakość | Brak |
| BIOPSJA | Diagnoza nowotworu potwierdzona przed leczeniem u 90% chorych | Brak |

# DIAGNOSTYKA

| | SIS | MZ |
|---|---|---|
| PATOMORFOLOGIA Rozpoznania i jakość | Odsetek liczby rozpoznań, dla których odnotowano czynniki prognostyczne: typ histologiczny; stopień złośliwości; ER i PR; zaawansowanie patologiczne (T i N); rozmiar w mm części inwazyjnej dla minimum 90% pacjentek | Brak |
| PATOMORFOLOGIA Liczba rozpoznań na specjalistę | Min. 150 badań rozpoznań raka piersi rocznie | Równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie patomorfologii z udokumentowanym doświadczeniem dokonania co najmniej **150 rozpoznań** pierwotnego raka piersi w grupie świadczeniobiorców w dowolnym wieku, we wszystkich stadiach zaawansowania w roku kalendarzowym **potwierdzonym przez konsultanta wojewódzkiego** |

| | SIS | MZ |
|---|---|---|
| CHIRURGIA OSZCZĘDZAJĄCA VS. MASTEKTOMIA w niskim stopniu zaawansowania | Optymalnie 70 - 80 % zabiegów oszczędzających | Brak |
| JEDNA OPERACJA w celu usunięcia guza pierwotnego | 90% | Brak wymogu /raportowanie wg obwieszczenia/ |

| | SIS | MZ |
|---|---|---|
| LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE po chirurgii oszczędzającej | Dla min. 90% pacjentek | Brak /obwieszczenie/ |
| DOŚWIADCZENIE SPECJALISTY | Pacjentki z rozpoznaniem raka piersi - 30% | W oddziale o profilu radioterapia – równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – lekarz specjalista w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz specjalista w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej oraz równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz z I stopniem specjalizacji |

# SPECJALIŚCI I MDT

| | SIS | MZ |
|---|---|---|
| SKŁAD ZESPOŁU | Specjaliści: chirurg, onkolog kliniczny, patolog, radiolog, radioterapeuta, pielęgniarka onkologiczna, case manager, ew. inni członkowie zespołu | Specjaliści: chirurg, onkolog kliniczny, patomorfolog, radiolog, radioterapeuta, pielęgniarka, psychoonkolog, fizjoterapeuta |
| SPOTKANIA ZESPOŁU | Min. 1 raz/tydzień | Min. 1 raz/tydzień |
| PLANOWANIE LECZENIA I OCENA PRZEZ MDT | Dla min 90% pacjentek; rekomendowana jest obecność pacjentki | Obligatoryjne konsylium I i II stopnia. 10 dni na przedstawienie planu postępowania klinicznego od zgłoszenia się pacjentki do ośrodka (dla 90% pacjentek). Brak rekomendacji dot. udziału pacjentek. |

# SPECJALIŚCI I MDT

| | SIS | MZ |
|---|---|---|
| OCENA PRZEŻYWALNOŚCI 5-10 LETNIEJ | Monitoring i raportowanie | Brak |
| WZNOWY PO LECZENIU | Monitoring i raportowanie (mniej niż 5%) | Brak |

Wymaga współpracy systemu

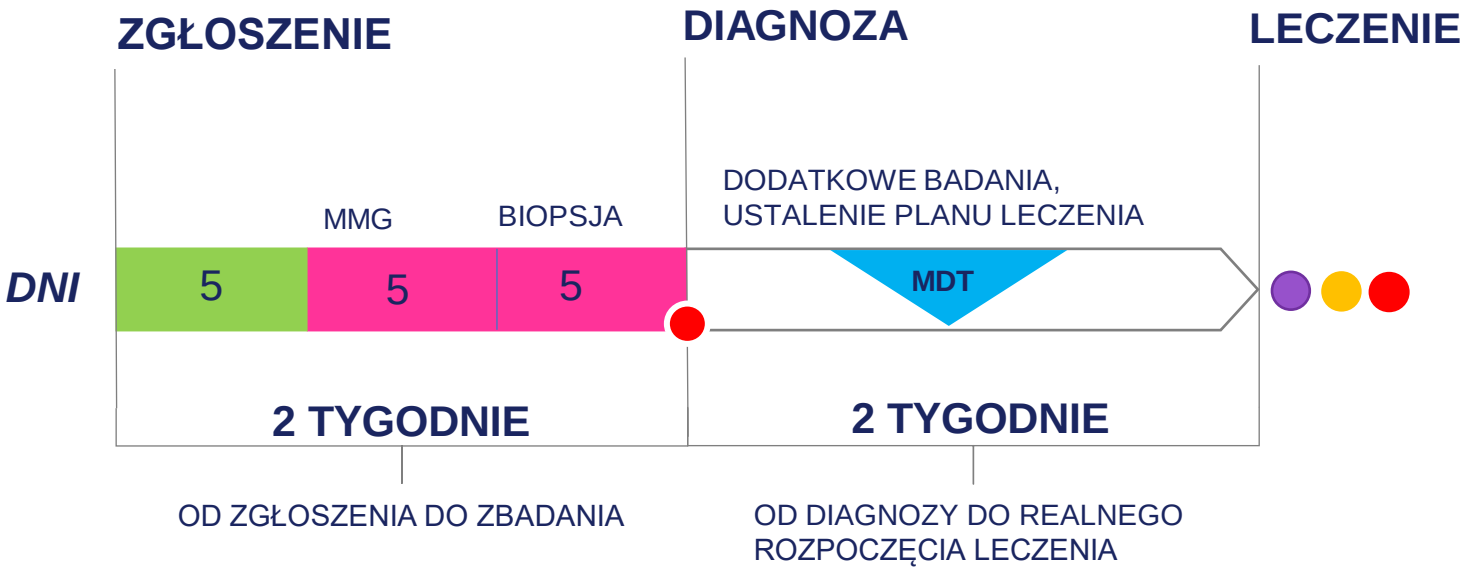
# MZ – obowiązek raportowania mierników

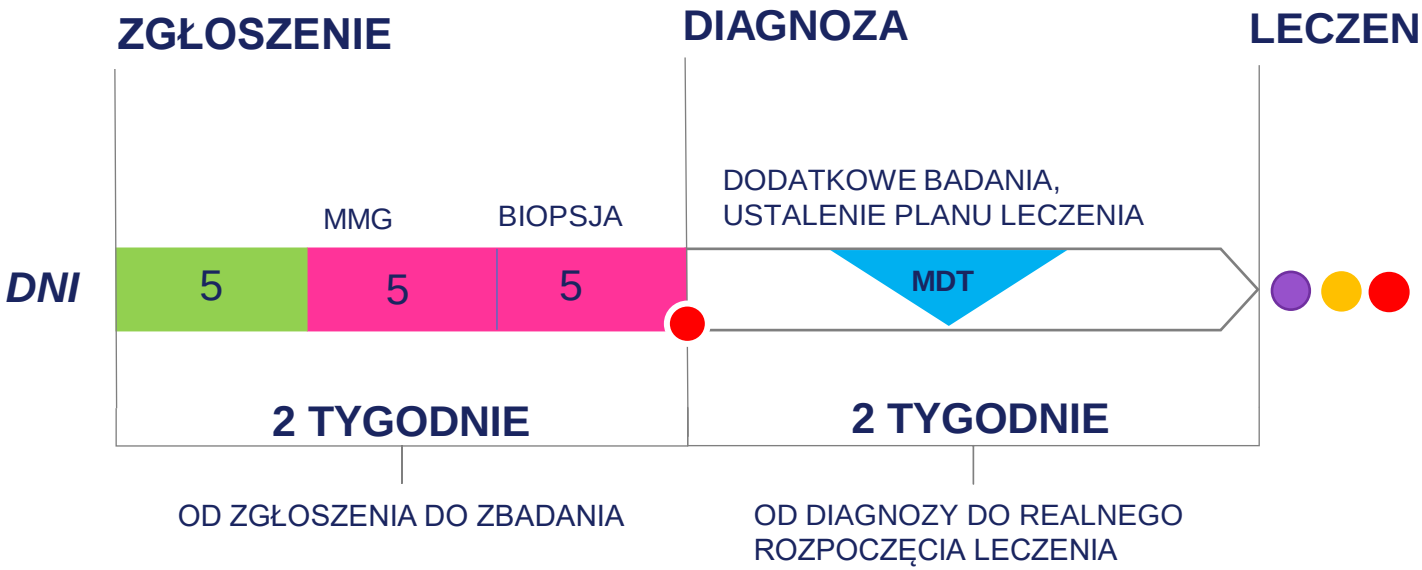
**OBWIESZCZENIE**
**MINISTRA ZDROWIA**[1)]

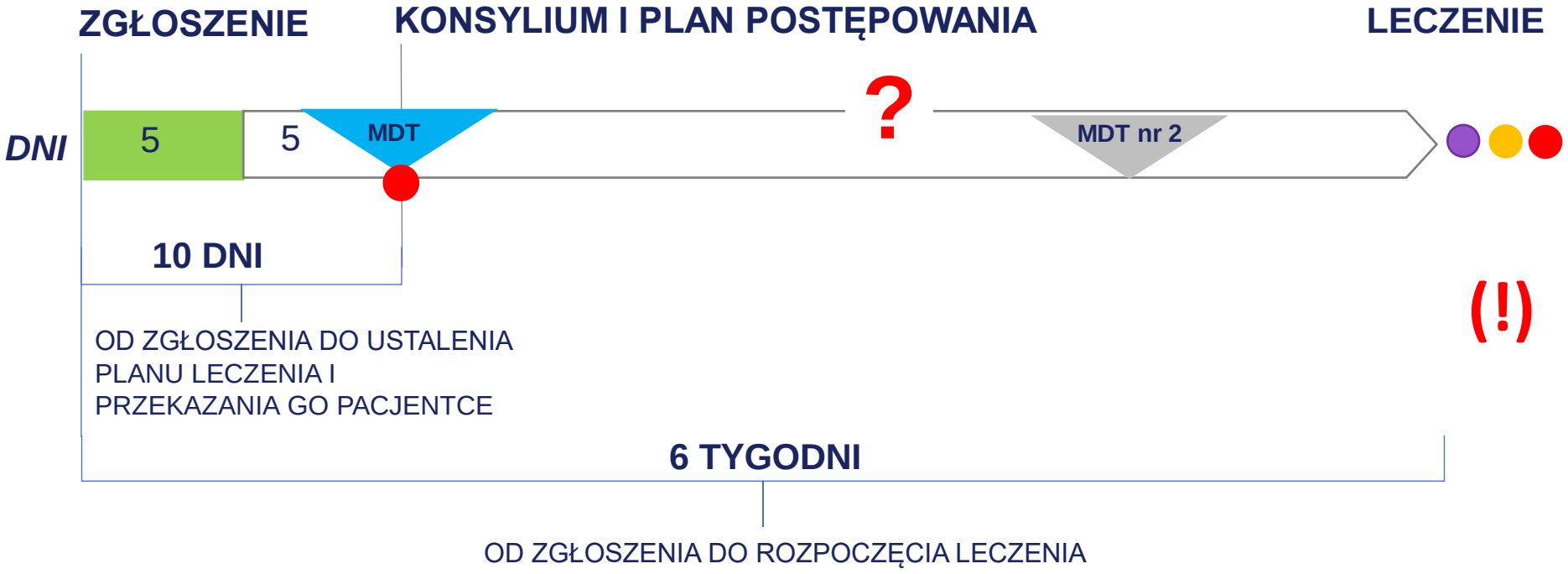
z dnia 2 lipca 2018 r.

**w sprawie mierników oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego**

- Niekompletne
- Część odwołuje się do pakietu onkologicznego (brak pomiaru realnych czasów oczekiwania)
- Nieaktualne (zmienił się zakres raportowanych danych do NFZ)
- Wyliczane i raportowane 1 raz na rok **PRZEZ OŚRODKI**


ZGŁOSZENIE
DIAGNOZA
LECZENIE
DNI
MMG
BIOPSJA
DODATKOWE BADANIA,
USTALENIE PLANU LECZENIA
5
5
5
MDT
2 TYGODNIE
2 TYGODNIE
OD ZGŁOSZENIA DO ZBADANIA
OD DIAGNOZY DO REALNEGO
ROZPOCZĘCIA LECZENIA


ZGŁOSZENIE
DIAGNOZA
LECZENIE
DODATKOWE BADANIA,
USTALENIE PLANU LECZENIA
MMG
BIOPSJA
DNI
5
5
5
MDT
2 TYGODNIE
2 TYGODNIE
OD ZGŁOSZENIA DO ZBADANIA
OD DIAGNOZY DO REALNEGO
ROZPOCZĘCIA LECZENIA


ZGŁOSZENIE
KONSYLIUM I PLAN POSTĘPOWANIA
LECZENIE
DNI
5
5
MDT
?
MDT nr 2
10 DNI
(!)
OD ZGŁOSZENIA DO USTALENIA
PLANU LECZENIA I
PRZEKAZANIA GO PACJENTCE
6 TYGODNI
OD ZGŁOSZENIA DO ROZPOCZĘCIA LECZENIA

# Największe ryzyko

Czy w efekcie projektu ministerialnego pacjent może uzyskać błędną informację na temat standardu opieki w ośrodku?

# Problem

- MZ wprowadza mylące i nieuzasadnione rozróżnienie na ośrodki 2 kategorii
- Wymogi zawarte w rozporządzeniach są wybiórcze, niepowiązane z zaleceniami klinicznymi, rozbiegają się z zalecanymi SIS/EUSOMA
- Sytuacji nie zmienia obowiązek raportowania zgodnie z obwieszczeniem MZ – mierniki są niekompletne

Do projektu weszło kilkanaście ośrodków. Większość akredytowanych przez SIS nie przystąpiła.

# Co mamy?

8 akredytowanych ośrodków

Zalecenia i mierniki SIS/EUSOMA

Zalecenia MZ

NFZ/AOTMiT – Finansowanie

Rozporządzenia o BU

Mierniki MZ

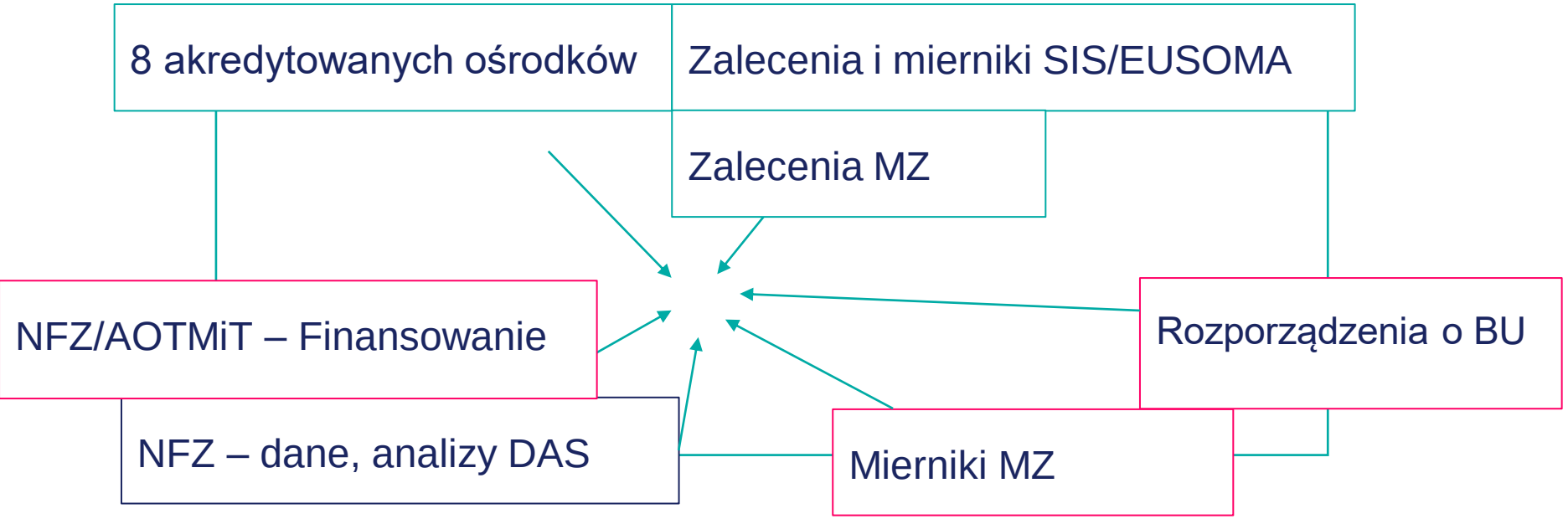
NFZ – dane, analizy DAS

Gotowość ośrodków i prestiż BU

Wsparcie interesariuszy systemu



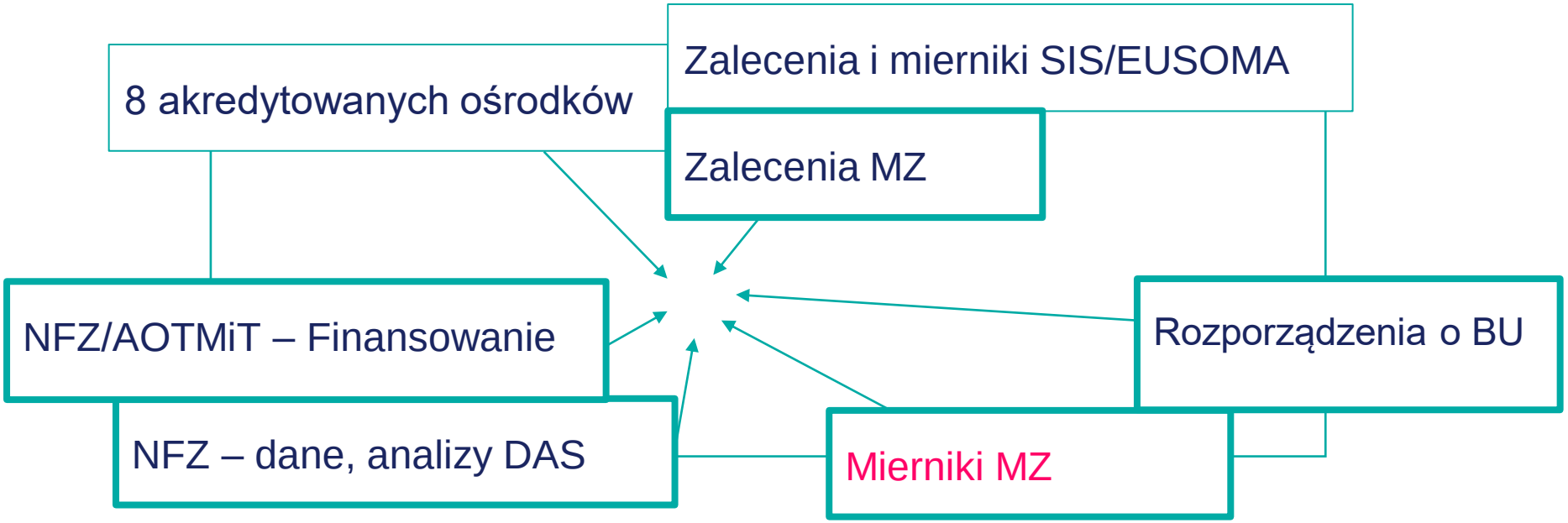
# Co dalej?




Gotowość ośrodków i prestiż BU

Wsparcie interesariuszy systemu

# Co dalej?




1. Zmiana mierników MZ – system potrzebuje dobrego punktu odniesienia
2. Mechanizm aktualizacji zaleceń MZ
3. Włączenie NFZ – dane, analizy do procesu oceny mierników
4. Usunięcie błędów z rozporządzenia, aktualizacja w stronę diagnozy i uruchomienia procesu naprawy

**Tytuł *breast unit* lub inny sugerujący wysoką jakość powinien być przyznawany tylko ośrodkom, które takie kryteria spełniają**

1. Sprawdzony konsensus naukowy
2. Gromadzenie danych - monitoring jakości
3. Kryteria włączenia – kompleksowość i odpowiedzialność za całą ścieżkę pacjenta
4. Jawność
5. Praca na poziomie systemu nad docelowym systemem oceny jakości

Breast units i inne „units” dają realną szansę na poprawę kompleksowości i koordynacji opieki

# Dziękujemy!

Fundacja Onkologia 2025 i Public Policy

Anna Andrzejczak
+48 608 68 10 78
anna.andrzejczak@onkologia2025.pl

Ewelina Żarłok
+48 600 123 458
ewelina.zarlok@revelva.com