

JAKOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA

NA PRZYKŁADZIE
WYTYCZNYCH
DO AKREDYTACJI
BREAST UNITS

CO ZAWIERA RAPORT?

| | |
|---|-----------|
| RAPORT O BREAST UNITS ROK PÓŹNIEJ | 2 |
| CO SIĘ ZMIENIŁO W BCO? PODSUMOWANIE | 3 |
| WYNIKI SZCZEGÓŁOWE | 5 |
| Diagnostyka obrazowa | 5 |
| Patomorfologia..... | 9 |
| Chirurgia raka piersi | 15 |
| Radioterapia | 19 |
| Leczenie systemowe | 23 |
| Poradnia chorób piersi..... | 23 |
| Konsylium specjalistów (MDT) | 23 |
| KOMENTARZ ZESPOŁU DO WYNIKÓW | 26 |
| AKREDYTACJA SIS DLA BREAST UNIT WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY W WARSZAWIE | 29 |
| WNIOSKI KOŃCOWE I REKOMENDACJE DLA SYSTEMU..... | 33 |

CO SIĘ ZMIENIŁO? RAPORT O *BREAST UNITS* ROK PÓŹNIEJ

PIERWSZY RAPORT

W pierwszej edycji projektu wspólnie z dwoma ośrodkami sprawdzaliśmy, czy w oparciu o dane z systemów szpitalnych można ocenić wskaźniki jakości opieki onkologicznej. Za punkt odniesienia przyjęliśmy wytyczne do akredytacji dla *breast units* Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego (SIS). Program ten opisuje zasady, jakimi powinna kierować się jednostka zapewniająca wielospecjalistyczną opiekę w raku piersi i wymienia mierniki, które mają pomóc w ocenie i doskonaleniu jakości. W projekcie wzięły udział dwa ośrodki: Białostockie Centrum Onkologii (BCO) oraz Wojskowy Instytut Medyczny (WIM) w Warszawie.

Projekt zakładał, że informacje będą zbierane bez dodatkowego raportowania czy przepisywania danych – wyłącznie w oparciu o systemy szpitalne i gotowe bazy danych. W BCO okazało się, że bez jakichkolwiek kroków przygotowawczych po stronie ośrodka można ocenić znaczącą część wskaźników. Choć nie wszystkie parametry udało się przeanalizować, ośrodek uzyskał analizę swojej działalności w obszarze diagnostyki i leczenia raka piersi.

WIM, gdy realizowaliśmy nasz projekt, był już na ścieżce przygotowawczej do akredytacji. Nasz raport był drugim podejściem do analizy wskaźników. Dzięki zmianom, jakie wcześniej przeprowadzono, mogliśmy zaprezentować w raporcie wyniki ośrodka spełniającego wszystkie kryteria opisane miernikami SIS, a oceny wszystkich tych mierników dokonać w oparciu o systemy szpitalne i bazę danych zakładu patomorfologii.

W połowie 2018 roku WIM uzyskał akredytację Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego dla *breast units*. Jest pierwszą i póki co jedyną tego typu jednostką w województwie mazowieckim i jedną z siedmiu w całym kraju.

ROK PÓŹNIEJ – RAPORT NR 2 DLA BCO

Po publikacji raportu Białostockie Centrum Onkologii potwierdziło decyzję o potrzebie stworzenia *breast unit*. W międzyczasie w ośrodku zaszły zmiany na głównych stanowiskach kierowniczych, mimo to decyzja o powołaniu *breast unit* została podtrzymana. Nowy zarząd zdecydował o kontynuacji prac. Powołano dedykowany zespół, ustrukturyzowano pracę konsylium dla pacjentek ze zdiagnozowanym rakiem piersi. W ramach swoich zakładów zespoły specjalistów wprowadziły zmiany, które znalazły odzwierciedlenie w poziomie wskaźników jakości. Pierwszy raport spełnił funkcję „diagnozy w punkcie zero” i był przyczynkiem do precyzyjnie ukierunkowanych zmian. Rok po pierwszej edycji po raz drugi przeanalizowaliśmy poziom wskaźników i prześledziliśmy zmiany, które zaszły w ośrodku.

Natomiast WIM na potrzeby tego opracowania podzielił się z nami wrażeniami z procesu przygotowania do akredytacji. Rozmowę z liderem *breast unit* w WIM, dr hab. n. med Renatą Duchnowską zamieszczamy w drugiej części raportu.

*Raport nr 1 zawierający szczegółowy opis założeń projektu, wymogów akredytacji dla *breast unit* SIS, a także wyniki pierwszej edycji projektu można znaleźć na stronie www.onkologia2025.pl.*

CO SIĘ ZMIENIŁO W BCO?

PODSUMOWANIE

NA PLUS

Zmiany organizacyjne i dotyczące praktyki klinicznej znalazły odzwierciedlenie w danych i wskaźnikach jakości:

- Zespół i konsylium – w BCO wyłoniono zespół dedykowany do wielospecjalistycznej opieki nad pacjentkami diagnozowanymi i leczonymi na raka piersi.
- Zespół ma rekomendowany w zaleceniach skład, konsylia zespołu odbywają się regularnie i w ustalonych terminach, pacjentki mają możliwość wzięcia w nich udziału.
- Wsparcie dla konsylium i pacjentek zapewniają koordynatorki, które ponadto prowadzą notatki po spotkaniach będące źródłem ważnych informacji.
- Mammografia – nastąpiło znaczące skrócenie czasu oczekiwania na przygotowanie opisu badania.
- Stopniowo i zauważalnie wzrasta liczba biopsji gruboigłowych w stosunku do biopsji cienkoigłowych.
- Patomorfologia – doszło do koncentracji pracy w ramach zespołu, większość badań dla pacjentek diagnozowanych w kierunku raka piersi realizuje 3 dedykowanych specjalistów.
- Wynik histopatologiczny po biopsji gruboigłowej – znacząco skrócił się czas oczekiwania na przygotowanie wyników.
- Radioterapia a dane o TNM – nastąpił istotny wzrost odsetka danych o TNM raportowanych w systemie dedykowanym do radioterapii.
- Zakład Radioterapii opracował protokoły postępowania klinicznego.
- Ośrodek rozpoczął realizację wielu akcji w obszarze edukacji i profilaktyki.
- Większość wskaźników, które mieściły się w limitach rekomendowanych przez SIS, zostało zachowanych na podobnym poziomie.

NA MINUS

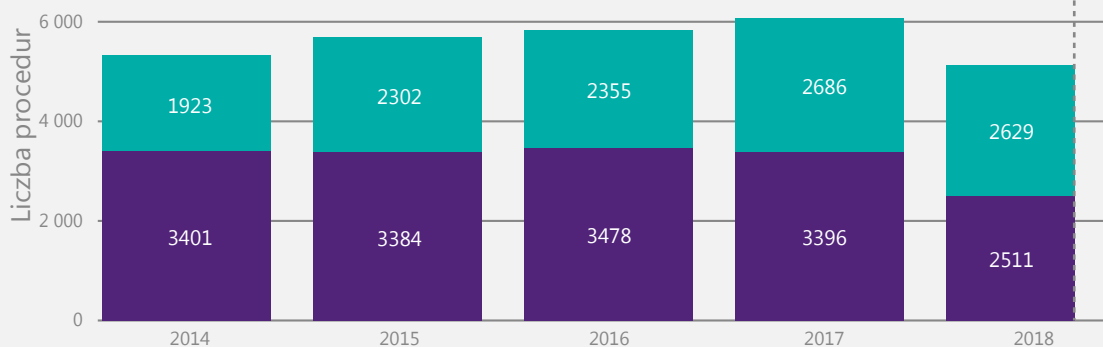
W dwóch obszarach dostrzegalna jest zmiana na gorsze – oba dotyczą dostępności danych na potrzeby analizy:

- W stosunku do poprzedniej edycji nastąpiło pogorszenie dostępności danych dotyczących funkcjonowania poradni.
- Nie udało się również wygenerować raportów z systemu HIS na temat klinicznego stopnia zaawansowania (cTNM), który zgodnie z informacjami od specjalistów otrzymał w I połowie 2018 roku dedykowane miejsce w systemie.
- Poza zespołem radioterapeutów, Ośrodek nie dysponował na etapie przygotowania analizy spisanyymi wewnętrznymi protokołami postępowania klinicznego i organizacyjnego.
- Przeanalizowany po raz pierwszy wskaźnik czasu oczekiwania od diagnozy do terapii pokazał przekroczenie rekomendowanych limitów.

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA (HIS)

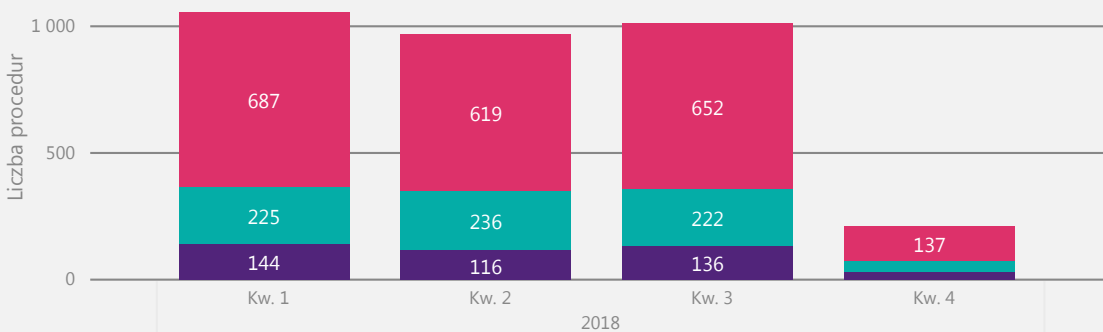
● Mammografia ● USG Piersi

Dane do połowy października 2018



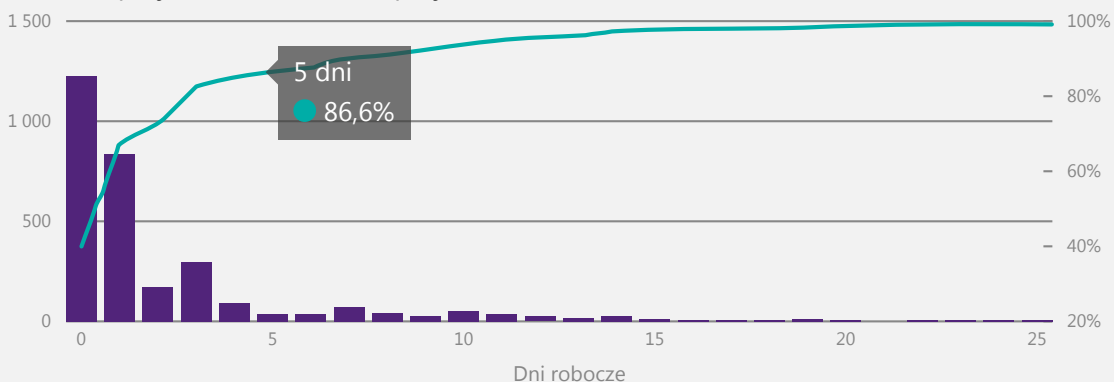
LICZBA PROCEDUR MAMMOGRAFII Z SYSTEMU HIS

● Mammografia ● Mammografia jednej piersi ● Mammografia obu piersi



CZAS OCZEKIWANIA - WYNIK MAMMOGRAFII DIAGNOSTYCZNEJ (2018)

● Liczba pacjentów ● Procent pacjentów



WYNIKI SZCZEGÓŁOWE – CO SIĘ ZMIENIŁO PO ROKU?

Raport prezentuje zaktualizowane wyniki dla wskaźników jakościowych rekomendowanych przez SIS. Dane zostały zaktualizowane. W 2 edycji uzupełniono je o okres od zakończenia ostatniej analizy (ok. połowy 2017 roku) do III kwartału 2018 roku.

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Radiologia w szpitalu BCO realizuje badania diagnostyczne w pełnym zakresie: mammografia, USG, rezonans magnetyczny.

■ STATYSTYKA PROCEDUR ZA OSTATNIE 4 LATA

W procesie akredytacji należy przedstawić statystyki za okres 3 lat.

Ocenie poddawane są parametry dotyczące liczby wykonywanych badań: minimum 2000 mammografii (MMG) rocznie wykonywanych w pracowni, jak również liczba badań opisanych przez zatrudnionych specjalistów.

Badania realizowane w oparciu o skierowanie od specjalisty („mammografie diagnostyczne”) oraz badania przeprowadzone w ramach programu przesiewowego („mammografie skriningowe”) rozpatrywane są osobno.

Według rozliczeń liczba procedur mammografii diagnostycznej w BCO utrzymuje się na poziomie ponad 3000 rocznie. Dane na temat mammografii skriningowej gromadzone są osobno w systemie SIMP.

Dane na temat procedur diagnostycznych pozyskano niezależnie z dwóch różnych systemów – RIS (radiologia) i HIS (system szpitalny). Informacje w zakresie liczby procedur z obu systemów okazały się zgodne. Dodatkowo system RIS pozwala na pozyskanie bardziej szczegółowych informacji na temat typów przeprowadzonych badań mammograficznych, szczegółowych terminów realizacji i wykonania opisów badań.

Na bazie danych z systemu RIS przygotowano pogłębioną analizę dla 2018 roku. Wygenerowano dane na temat liczby procedur - 3207 mammografii w okresie styczeń–październik 2018 roku klasyfikowanych według kategorii stosowanych w RIS (mammografia/mammografia jednej piersi/mammografia obu piersi). Podstawowym celem przygotowania pogłębionego raportu była ocena czasu oczekiwania na wynik badania.

■ CZAS OCZEKIWANIA – PRZEKAZANIE WYNIKÓW BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

W wymaganiach akredytacyjnych SIS zalecane jest, aby zagwarantować pacjentce otrzymanie badania diagnostycznego w czasie krótszym niż 5 dni roboczych.

W systemach brak jest informacji o dacie **przekazania** pacjentce opisu badania obrazowego. Nie można zatem ocenić tego parametru precyzyjnie według wskazań SIS.

Możliwe było natomiast określenie czasu pomiędzy wykonaniem badania a **wprowadzeniem opisu do systemu**.

W stosunku do poprzednio analizowanego okresu dane pokazują ogromną poprawę. Obecnie w 5 dni roboczych przygotowanych jest około 86% opisów badań mammograficznych.

Wyniki są bliskie docelowej wartości (90% osiągnięte jest po 7 dniach).

Poprzednio w analogicznym czasie gotowych było 50% wyników, a poziom 90% osiągnięto po 20 dniach.

Wartość wskaźnika będzie zapewne obniżona po dodaniu informacji na temat terminu przekazania wyniku. Niemniej w dniu realizacji badania i do 1 dnia po nim przygotowana jest zdecydowana większość (67%) opisów. Sugeruje to, że większość pacjentek ma szansę otrzymać wynik w rekomendowanym czasie 5 dni od badania.

Ponadto dane dotyczące terminu wykonania biopsji (omówione w dalszej części raportu) wskazują na dość szybkie następowanie po sobie tych procedur, co również potwierdza prawdopodobieństwo, że w BCO pacjentki szybko otrzymują wynik po badaniu mammograficznym.

Aby móc precyzyjnie monitorować wskaźnik czasu oczekiwania konieczne byłoby wprowadzenie raportowania informacji o przekazaniu wyniku. Wymagałoby to dodatkowego nakładu pracy i ręcznego wprowadzania danych.

Jak pokazano powyżej, już informacja przybliżona w oparciu o dostępne dane pozwala na wartościową ocenę. Dodatkowo pomocne byłoby przedstawienie protokołów postępowania pracowni – jakie są wewnętrzne wytyczne dotyczące limitów czasu na wezwanie i informowanie pacjentki.

Kluczowe jest samo efektywne skracanie czasu oczekiwania i likwidowanie przestoju w ścieżce pacjenta. Chodzi o stwierdzenie, jak wygląda czas oczekiwania na tym konkretnym etapie jako elemencie składowym całego procesu. Wskaźnik dotyczący mammografii ma wartość informacyjną przede wszystkim dla zakładu radiologii. Ma pomóc w ocenie procesu i wprowadzeniu ewentualnych usprawnień. Z punktu widzenia ośrodka ostatecznym celem jest zapewnienie możliwie szybkiej diagnozy

i rozpoczęcia leczenia. Czas oczekiwania na wynik mammografii jest zatem traktowany jako składowa innego wskaźnika – 2 tygodnie na zbadanie pacjentek objawowych. To ten wskaźnik jest najważniejszym celem, jeśli chodzi o mierzony czas oczekiwania dla diagnostyki.

■ LICZBA BADAŃ NA SPECJALISTĘ

Wytyczne SIS mówią o 1000 badań diagnostycznych rocznie na specjalistę. Monitorowana powinna być liczba badań powtórzonych (do 3%) oraz jakość opisów.

W ramach systemu RIS powinno być możliwe przygotowanie szczegółowej analizy dotyczącej liczby opisów badań realizowanych przez poszczególnych specjalistów – także w podziale na badania diagnostyczne i skriningowe.

W 2018 roku (do połowy października) trzech wiodących specjalistów odpowiadało za większość badań przeprowadzonych w zakładzie. Realizują oni opisy badań (dla 80-93% pacjentów) w rekomendowanych 5 dniach.

Bazując wyłącznie na informacjach z RIS nie można natomiast potwierdzić odsetka badań powtórzonych. Jeśli z danych wynika, że dana pacjentka miała powtórzone badanie, nie ma pewności co do przyczyny takiego powtórzenia.

Zespół nie podejmował się również oceny jakości opisu. Ta kwestia powinna być

LICZBA BADAŃ NA SPECJALISTĘ

| Specjalista | Liczba badań 2018 | Średni czas oczekiwania [dni] | Mediana czasu oczekiwania [dni] |
|-----------------------|-------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Specjalista 1 | 1586 | 2,7 | 1 |
| Specjalista 2 | 843 | 1,3 | 0 |
| Specjalista 3 | 656 | 4,0 | 2 |
| Pozostali specjaliści | 69 | 4,6 | 7 |
| Suma | 3154 | 2,6 | 1 |

wewnętrznie regulowana w oparciu o uzgodniony w ośrodku standard przygotowania wyniku poparty zaleceniami towarzystw naukowych a także wewnętrzną procedurę kontroli i weryfikacji wyników.

■ MAMMOGRAFIE SKRININGOWE

Podobnie jak w minionym roku ze względu na ograniczony dostęp do systemu SIMP (System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki – NFZ) dla zespołu badawczego, niemożliwa była precyzyjna analiza wyników dotyczących mammografii skriningowej.

Wcześniejsze raporty wykazywały średnio **4-5 tysięcy** badań skriningowych rocznie.

■ CZAS OD PODEJRZENIA NOWOTWORU DO DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ

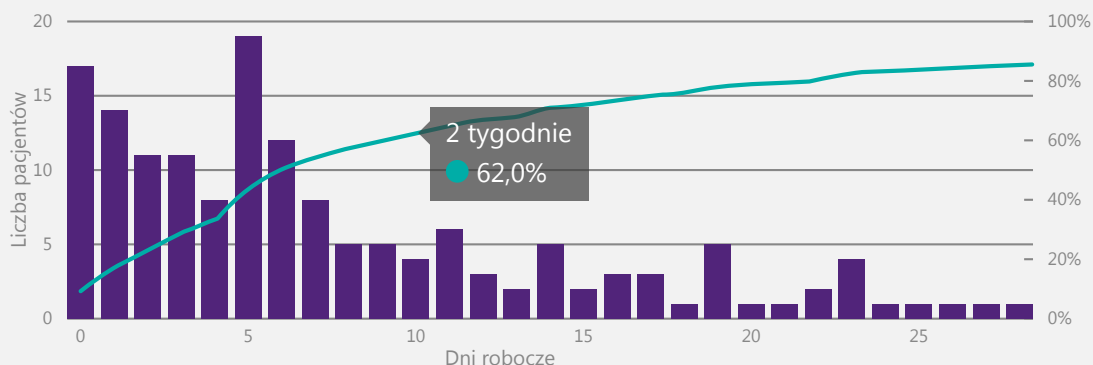
Zalecane jest, aby 90% pacjentek objawowych poddawanych było pogłębionej diagnozie w ciągu 2 tygodni od podejrzenia nowotworu.

Ustalenie tego wskaźnika w oparciu o aktualne dane nadal było utrudnione ze względu na niewystarczające oznaczenie dat w systemie.

Wobec braku informacji o dokładnym momencie pojawienia się podejrzenia choroby nowotworowej, można sprawdzić inne dane o dostępnych czasach oczekiwania składających się na okres diagnozowania choroby. Na przykład

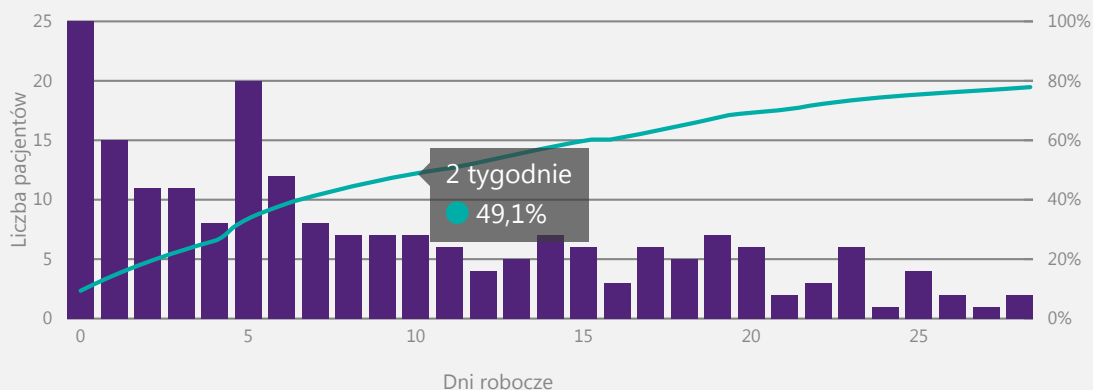
CZAS OD MAMMOGRAFII DO BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ

● Liczba pacjentów ● Procent pacjentów



CZAS OD MAMMOGRAFII DO BIOPSJI (BGI I BCI)

● Liczba pacjentów ● Procent pacjentów



przeanalizować mammografie, po których następuje biopsja piersi. Takie założenie pomija czas od podejrzenia do wykonania badania. Jednak z braku innych danych też będzie wartościowe. Jeśli czas od mammografii do biopsji jest dłuższy niż 2 tygodnie, wiadomo że potrzebna jest interwencja, jeśli chodzi o organizację pracy i czasy oczekiwania.

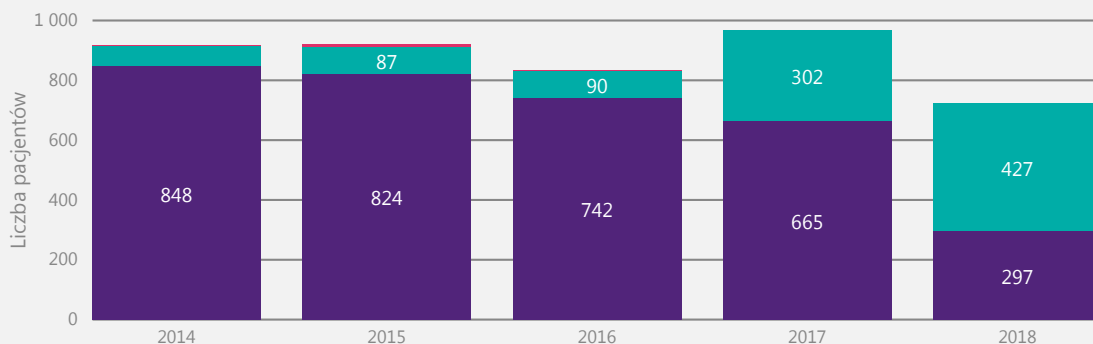
W poprzedniej edycji badania ocena także tego zastępczego wskaźnika była niemożliwa ze względu na niewielki odsetek danych na temat biopsji gruboigłowej. Jednak po roku liczba tych procedur i danych na ich temat w systemie zwiększyła się do poziomu pozwalającego na wiarygodną analizę.

Około 62% pacjentek w BCO ma realizowaną biopsję gruboigłową do 2 tygodni od mammografii. Sumarycznie, wszystkie typy biopsji realizowane są w 2 tygodnie dla 49% pacjentek.

Grupą, dla której precyzyjnie można by określić czas od podejrzenia do diagnostyki pogłębianej, są pacjentki z badań przesiewowych. Ocena dotycząca dat od realizacji mammografii skriningowej (korzystając z systemu SIMP) do biopsji powinna być możliwa do realizacji na poziomie Ośrodka. Ocena tego parametru przez zespół przygotowujący raport wymagałaby dostępu do numeru PESEL (w systemie SIMP brak

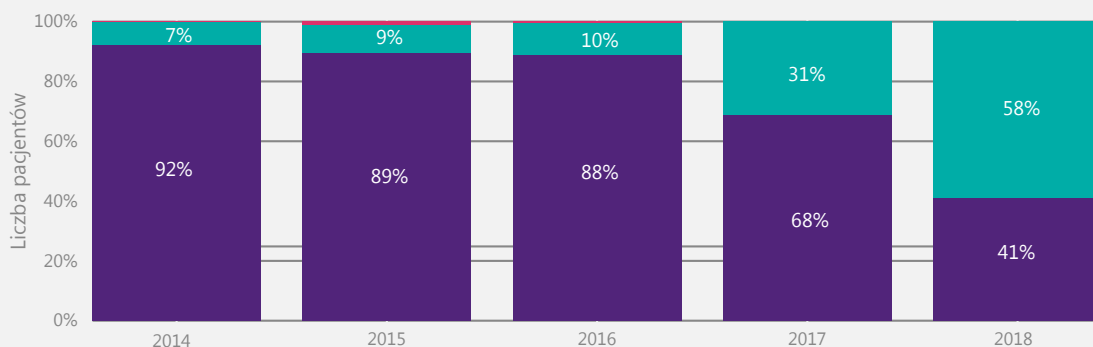
BIOPSJE DIAGNOSTYCZNE (RODZAJE PROCEDUR)

● BCI ● BGI ● Biopsja otwarta



BIOPSJE DIAGNOSTYCZNE (PODZIAŁ PROCENTOWY)

● BCI ● BGI ● Biopsja otwarta



jest numeru kartoteki szpitalnej), co ze względu na ochronę danych osobowych nie jest możliwe. To ograniczenie nie dotyczy jednak samego Ośrodka ani NFZ.

■ BIOPSJE DIAGNOSTYCZNE

Zalecane jest, aby w diagnostyce raka piersi standardowo stosowana była biopsja gruboigłowa.

W poprzedniej edycji badania dane pokazywały, że dominującą metodą badania była biopsja cienkoigłowa. Widoczna była jednak zmiana trendu od końca 2016 roku i narastająca liczba biopsji gruboigłowych (trzykrotny wzrost BGI na przełomie 2016/17 w porównaniu do okresów wcześniejszych). Trend ten był kontynuowany w 2018 roku. Obecnie biopsje gruboigłowe przeważają już nad cienkoigłowymi.

Biopsje otwarte, które sporadycznie pojawiały się w poprzednich okresach, zniknęły całkowicie ze sprawozdań.

Specyficznym problemem ujawnionym w poprzedniej edycji raportu było „znikanie” pacjentek z systemu między mammografią a procedurą chirurgiczną. Dane z HIS pokazywały biopsję dla zaledwie 35% pacjentek, które przeszły w BCO operację raka piersi.

Jest to o tyle istotne, że zestawienie informacji o biopsji i chirurgii pozwala ocenić wskaźnik rozpoznawania choroby przed operacją. Wytyczne SIS rekomendują minimalny odsetek 90% dla tego miernika. Jest to ważny wskaźnik pokazujący zgodność praktyki klinicznej z aktualnymi zaleceniami.

Wartość odnotowana w BCO wydawała się zatem mała – a zarazem mało prawdopodobna. Scenariusz, w którym tak duży odsetek pacjentek nie miałyby potwierdzonego rozpoznania przed operacją wydawał się niemożliwy. Podobnie jak zgłoszenie się tak dużego odsetka pacjentek już po diagnostyce na samo leczenie.

W oparciu o konsultacje ze specjalistami ustalono, że prawdopodobną przyczyną była realizacja biopsji gruboigłowej poza ośrodkiem.

Zatem zapewne problem w Ośrodku wynikał z braku dostępu do danych na temat całej ścieżki pacjentki (także realizowanej poza ośrodkiem), a nie z praktyki klinicznej. Niemniej było to nietypowe zawirowanie w przebiegu ścieżki pacjenta wskazujące na nieefektywność wymuszającą na pacjentkach poszukiwanie pomocy poza Ośrodkiem. Specjaliści zgodzili się, że przyczyny tego zjawiska powinny być ustalone.

Po roku dane pokazały, że mimo wzrostu liczby biopsji gruboigłowych problem ten nadal występuje, ale w dużo mniejszej skali. Aktualne dane pokazują, że 58% pacjentek, które przeszły w BCO operację miało również wykonaną w Ośrodku biopsję.

Rozwiązanie na potrzeby oceny jakości stanowiłoby odnotowanie w ustalony i jednolity sposób w szpitalnym systemie faktu dostarczenia przez pacjentkę wyniku z biopsji lub realizacji tego badania poza Ośrodkiem.

Takich informacji ponownie nie udało się znaleźć. Miernik pozostaje zatem nieprecyzyjnie określony.

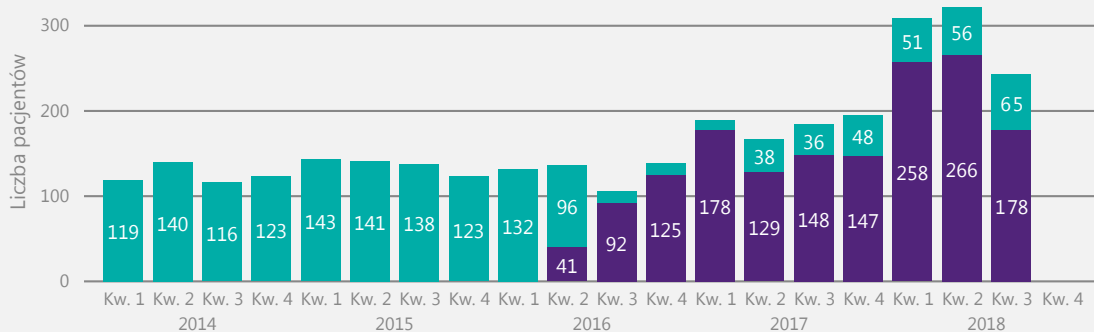
PATOMORFOLOGIA ■ DOKUMENTACJA BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH

Polskie Towarzystwo Patologów oraz SIS zalecają stosowanie ustandaryzowanych formularzy do opisu badań histopatologicznych w diagnostyce nowotworów piersi. Zalecany szablon oparty jest na protokole College of American Pathologists (CAP).

Źródłem informacji na temat badań histopatologicznych w BCO jest HIS. W porównaniu z minionym rokiem nie zmienił się zasadniczo zakres dostępnych informacji. Dane dotyczą biopsji gruboigłowej oraz badania materiału pooperacyjnego. Brak jest w systemie informacji o biopsjach cienkoigłowych. Przed II kwartałem 2016 roku nie było w systemie opisów badania histopatologicznego.

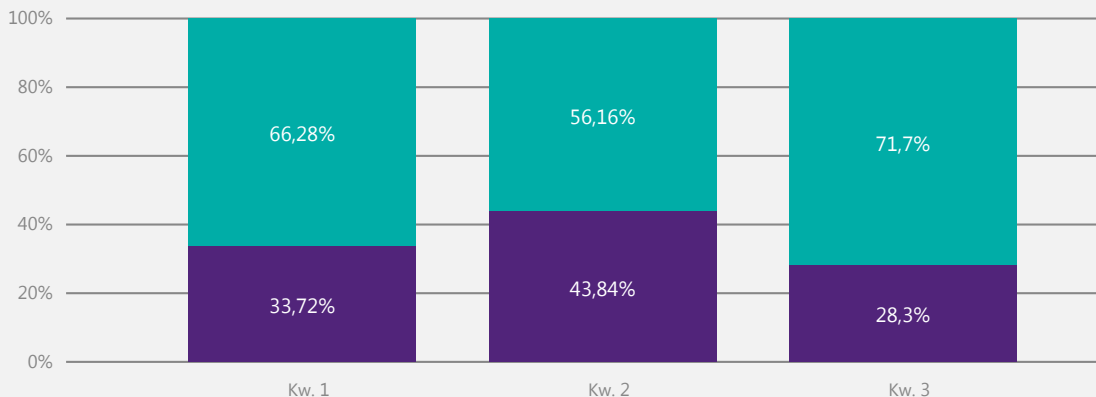
DOSTĘPNOŚĆ WYNIKÓW BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH W HIS

● HP Kompletny ● Procedury bez opisu HP

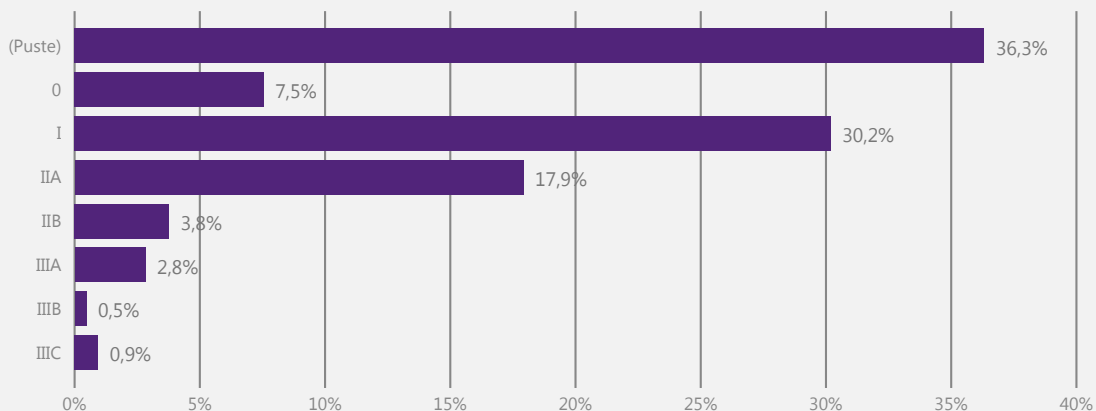


KOMPLETNOŚĆ WYNIKU HISTOPATOLOGICZNEGO - TNM (2018)

● (Puste) ● Kompletny



ROZKŁAD STOPNI ZAAWANSOWANIA U PACJENEK PODDANYCH CHIRURGII W OPARCIU O WYNIK BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH (2018)



Dane nadal wprowadzane są w systemie HIS jako pola tekstowe nieustrukturyzowane (notatka). Utrudnia to możliwość wprowadzania jednolitego zestawu obligatoryjnych danych, prowadzi do różnic pomiędzy specjalistami, które są problematyczne dla użytkowników oraz uniemożliwia generowanie automatycznej statystyki i raportowanie.

Jak wynika z rozmów ze specjalistami z Zakładu Patomorfologii obecna konfiguracja systemu HIS nie pozwala na przygotowanie bardziej zaawansowanego i posiadającego odpowiednią strukturę formularza dla badania histopatologicznego (sytuacja nie uległa zmianie).

Wykorzystanie zalecanego formularza mogłoby poprawić raportowanie. Rekomendowane w pierwszej edycji badania ustrukturyzowanie opisów i wypracowanie jednolitych narzędzi dla Zakładu Patomorfologii może usprawnić pracę zespołu, ułatwić komunikację między specjalistami oraz prowadzenie prac analitycznych.

■ KOMPLETNOŚĆ BADAŃ

Brak struktury wprowadzania danych utrudnia analizę na potrzeby raportu, ale nie wpływa na kompletność i jakość opisu.

W BCO wykonywane są standardowo badania oceny receptorów HER 2, PR, ER, co znajduje potwierdzenie w przeglądzie dostępnych w HIS opisów badań histopatologicznych.

Zakład wykonuje więc komplet niezbędnych badań. Na potrzeby bieżącej pracy i komunikacji między specjalistami w sprawie pojedynczych pacjentów okazuje się to wystarczające. Jednak szersza ocena jakości czy wsparcie pracy naukowej, które wymagają generowania zestawień zbiorczych i porównań jest już ogromnie utrudniona bez struktury wprowadzania danych.

■ KOMPLETNOŚĆ OKREŚLENIA STOPNIA ZAAWANSOWANIA TNM

Jak wynikałoby z dostępnych w HIS danych stopień zaawansowania na podstawie badania histopatologicznego został określony w 2018 roku dla 64% przypadków.

Oznaczałoby to utrzymanie poziomu podobnego do poprzedniej edycji raportu (66%).

Jedynym źródłem danych jest Zakład Patomorfologii (brak jest więc danych o pacjentkach z IV stopniem zaawansowania czy danych na temat klinicznego stopnia zaawansowania określonego przed rozpoczęciem leczenia - cTNM).

Podobnie jak kompletność opisu, rozkład stopnia zaawansowania określono analizując pojedynczo rekordy pacjentów i pola tekstowe z wynikami badania histopatologicznego. Grupa obejmuje pacjentki z rozpoznaniem C50 oraz D48.6, dla których nie znaleziono w opisach parametrów określających je jako pacjentki ze zmianą łagodną.

Liczba przypadków, dla których określono stopień zaawansowania rośnie na przestrzeni lat, ale nadal nie osiąga poziomu umożliwiającego ocenę standardu postępowania klinicznego.

Stopień zaawansowania jest składową diagnozy warunkującą wybór leczenia. Informacja na ten temat znajduje się w historii choroby, ale nie jest to jednoznaczne z jej dostępnością na potrzeby analizy.

Zgodnie z informacjami od specjalistów od pewnego czasu informacje na temat klinicznego stopnia zaawansowania (cTNM) mają swoje miejsce w systemie – co było jedną z rekomendacji dla ośrodka.

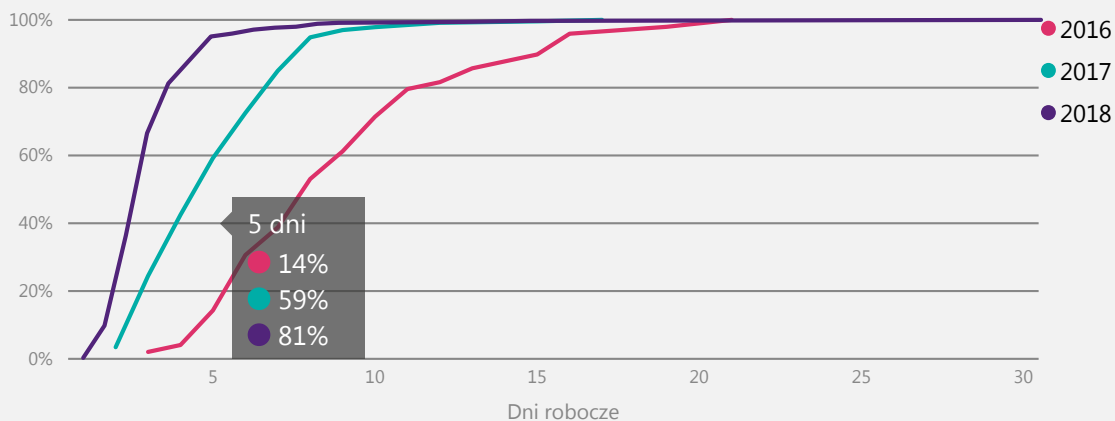
Nie udało się jednak na potrzeby nowej edycji raportu wygenerować tych danych z systemu.

■ CZAS OCZEKIWANIA – WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

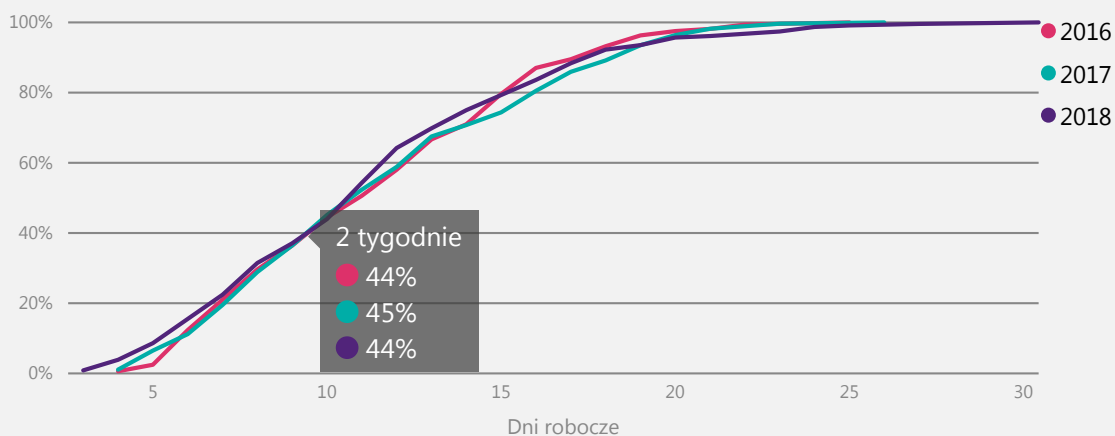
W przypadku oceny materiału operacyjnego SIS zaleca, aby 90% pacjentów otrzymało wynik badania histopatologicznego w czasie nie dłuższym niż 2 tygodnie.

Badania histopatologiczne materiału biologicznego pobieranego w wyniku biopsji powinny być przekazane 90% pacjentów w czasie 5 dni roboczych.

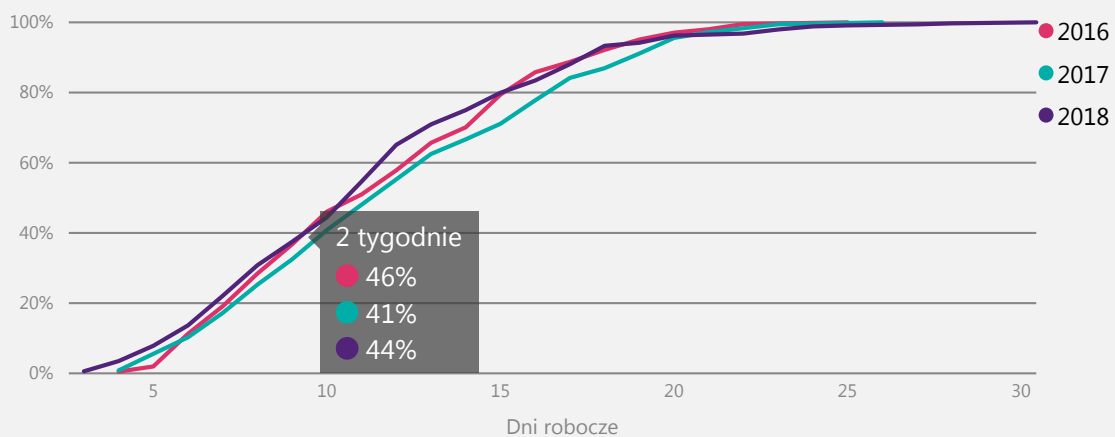
CZAS OCZEKIWANIA NA WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO PO BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ



CZAS OCZEKIWANIA NA WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO PO OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ



CZAS OCZEKIWANIA NA WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO PO MASTEKTOMII



Podobnie jak w poprzedniej edycji na podstawie danych o dacie zlecenia, rejestracji i opisu badania powstały histogramy czasu oczekiwania na wyniki badań.

Dane zostały zaktualizowane i obejmują okres od II kwartału 2016 do III kwartału 2018.

OCENA MATERIAŁU POOPERACYJNEGO

Wartości te nie zmieniły się zasadniczo w porównaniu do poprzedniej edycji. W zalecanym czasie 2 tygodni przygotowano wynik dla około 44% pacjentek po zabiegu chirurgii oszczędzającej i podobnie - dla 44% w przypadku po mastektomii.

W przypadku obu typów operacji czas przygotowania wyniku dla 90% pacjentek to około 18-19 dni roboczych.

■ OCENA MATERIAŁU PO BIOPSJI

W tym obszarze nastąpił ogromny postęp. Obecnie w zalecanym czasie 5 dni wykonywany jest opis dla 81% pacjentek. To ogromnie ważny parametr, który wpływa na ogólny czas oczekiwania na leczenie. Zatem i zmiana, która nastąpiła na przestrzeni ostatnich 2 lat jest niezwykle istotna.

Jak wspomniano wcześniej dane obejmują wyłącznie ocenę materiału po biopsji gruboigłowej.

W poprzedniej edycji badania dostrzeżono ogromne różnice w czasie opracowania wyników badania w Zakładzie zależnie od specjalisty wykonującego badanie.

W tym aspekcie również nastąpiła zmiana. Po pierwsze doszło do podziału zadań i skupienia tego obszaru w rękach kilku specjalistów. Wyraźnie widać, że oceną materiału dla pacjentek z rozpoznawanym rakiem piersi zajmuje się obecnie głównie trzech specjalistów. Spełniają oni kryterium SIS (rozpoznawania minimum 150 przypadków raka piersi rocznie).

W poniższej tabelce przedstawiono wyniki z podziałem na specjalistę (dane skumulowane od 2016).

■ WYKRYWALNOŚĆ WĘZŁA WARTOWNICZEGO

Wytyczne SIS mówią, że odsetek niewykrywalności węzła nie powinien przekraczać 5%.

W 90% przypadków preparaty chirurgiczne pobrane podczas limfadenektomii powinny zawierać minimum 10 węzłów.

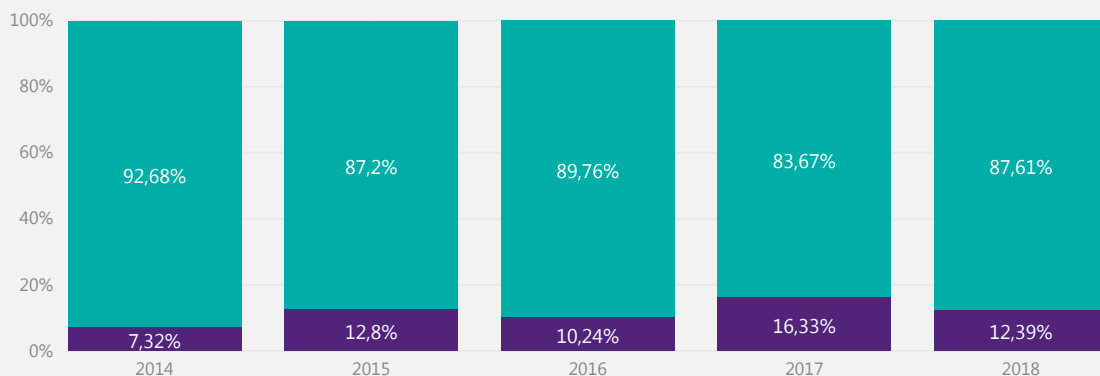
Odsetek chorych z rakiem inwazyjnym, u których usunięto węzły chłonne dołu pachowego i wykonano badanie patologiczne co najmniej 10 węzłów – minimum 85%.

Lokalizacja węzła wartowniczego jest wykonywana w BCO najczęściej jeden dzień przed

| Procedura | Biopsja gruboigłowa | | Chirurgia oszczędzająca | | Mastektomia | |
|-----------------------|---------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------|--------------|
| | Średni czas | Liczba badań | Średni czas | Liczba badań | Średni czas | Liczba badań |
| Specjalista 1 | 4,9 | 297 | 9,6 | 247 | 10,7 | 97 |
| Specjalista 2 | 5,1 | 152 | 14,5 | 187 | 14,2 | 78 |
| Specjalista 3 | 4,7 | 126 | 11,5 | 79 | 12,9 | 25 |
| Pozostali specjaliści | 7,3 | 67 | 11,7 | 163 | 12,9 | 37 |
| Suma | 5,2 | 642 | 11,7 | 676 | 12,4 | 237 |

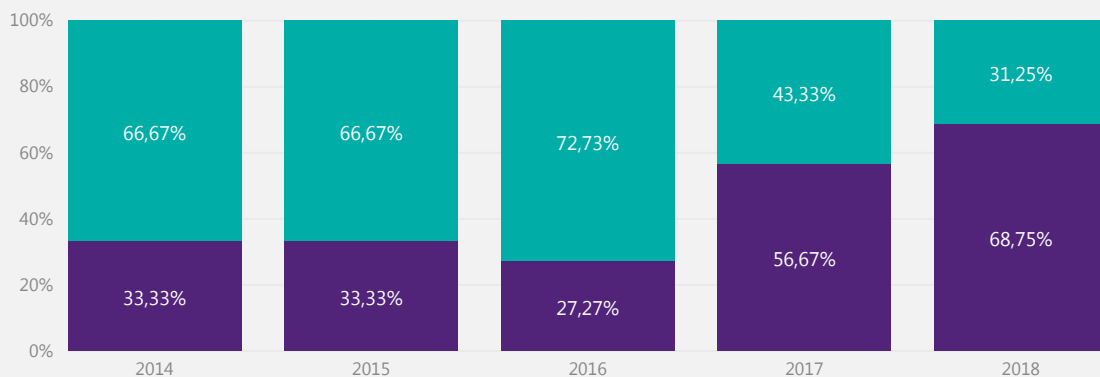
SCYNTYGRAFICZNA OCENA WĘZŁA WARTOWNIKA PRZED OPERACJĄ OSZCZĘDZAJĄCĄ

● Brak badania scyntygraficznego ● Scyntygrafia wykonana



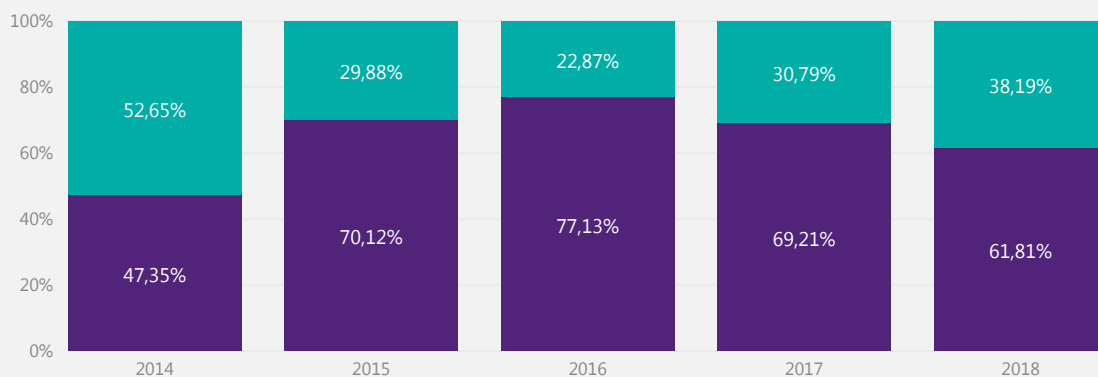
SCYNTYGRAFICZNA OCENA WĘZŁA WARTOWNIKA U PACJENTEK Z POWTÓRZONYM ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM

● Brak badania scyntygraficznego ● Scyntygrafia wykonana



ZABIEGI CHIRURGICZNE

● Chirurgia oszczędzająca ● Mastektomia



operacją. W 2018 roku około 87% pacjentek poddawanych operacji oszczędzającej BCS (ICD9 85.26) miało przeprowadzoną lokalizację węzła wartowniczego. Analizę – podobnie jak w minionym roku – przedstawiono wyłącznie dla pacjentek poddanych operacji wycięcia guza.

Wskaźnik niemal się nie zmienił. Nadal do zalecanych 5% brakuje zaledwie kilku punktów procentowych.

Na podstawie wyników badań histopatologicznych trudno ustalić, czy zlokalizowano węzeł wartowniczy. Brak informacji nie pozwala na ocenę wskaźnika o nieprzekraczaniu 5% niewykrywalności węzła wartowniczego dla wszystkich pacjentów.

BRAK PROCEDURY WĘZŁA WARTOWNIKA A OPERACJE POWTÓRZONE?

W nowej edycji raportu przeprowadzono dodatkową analizę. Nie jest ona wymagana do akredytacji. Jednak mając dostępne dane, można pokusić się o zestawienia ujawniające zależności między różnymi zjawiskami z obszaru praktyki medycznej.

W tym wypadku analiza dotyczy grupy pacjentek, dla których nie przeprowadzono procedury wykrycia węzła wartownika (12,39% z omówionego powyżej wskaźnika). Jak się okazało w grupie tej ponad połowa pacjentek w 2017 i 2018 roku (57%; 69%) miała powtórzoną operację chirurgii oszczędzającej.

Choć wskaźnik dotyczący badań scyntygraficznych jest bliski rekomendowanemu poziomowi, dane te przedstawiono specjalistom pod dyskusję

CHIRURGIA RAKA PIERSI

Minimalna liczba operacji chirurgicznych raka piersi w breast unit to 150. We wczesnych stopniach zaawansowania odsetek operacji oszczędzających powinien wynosić 70-80% przy dostępności wszystkich opcji terapeutycznych.

■ STATYSTYKA – LICZBA PROCEDUR CHIRURGICZNYCH

Według danych raportowanych w systemie szpitalnym, w BCO w roku 2018 wykonano 343 zabiegi chirurgiczne (dane za niepełny rok). W 2016 - 328, w 2017 – również 328.

■ OPERACJE OSZCZĘDZAJĄCE I MASTEKTOMIA

Jednym z najważniejszych wskaźników jakości leczenia chirurgicznego podlegającego ocenie SIS jest odsetek operacji oszczędzających u pacjentek z niskim zaawansowaniem choroby.

Na podstawie analizy danych BCO zasadnie można ocenić tylko procentowy udział chirurgii oszczędzającej wobec mastektomii **bez wskazania stopnia zaawansowania**. Wpływa to niekorzystnie na wynik dla Ośrodka (pacjentki z wyższym stopniem zaawansowania zostały siłą rzeczy uwzględnione w statystyce, która powinna składać się wyłącznie z przypadków z niskim stopniem zaawansowania). Przy tak określonych kryteriach 62% zabiegów stanowią operacje oszczędzające

Przy próbie oceny typów operacji dla pacjentek z niskim stopniem zaawansowania pojawia się kwestia kompletności i precyzji danych.

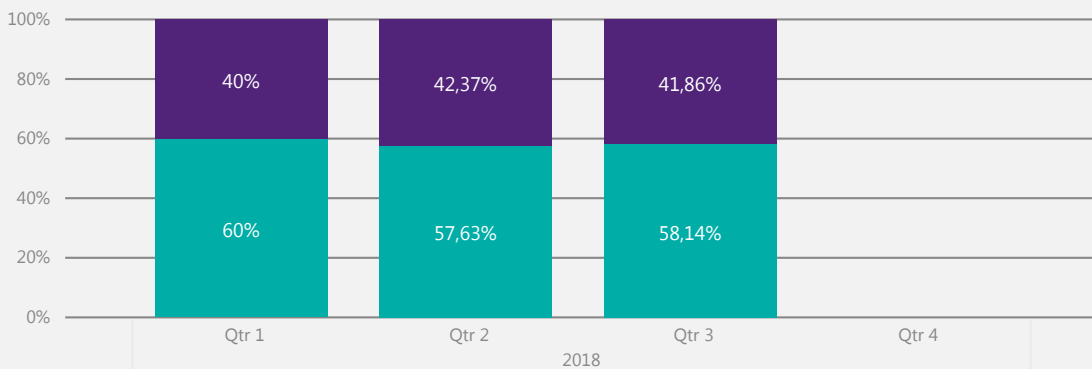
W zestawie danych dotyczących pacjentek poddanych chirurgii raka piersi pojawiają się kody diagnozy C50 (Nowotwór złośliwy sutka) i D48.6 (Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze – sutek). Oba zostały uwzględnione, ale dokonano przeglądu i weryfikacji pacjentek z kodem D48.6. Część z nich została zidentyfikowana jako pacjentki ze zmianą łagodną i wyłączona z analizy.

Jeśli za punkt wyjścia przyjąć wyłącznie przypadki oznaczone w systemie kodem C50 mające

UDZIAŁ CHIRURGII OSZCZĘDZAJĄCEJ PRZY NISKIM ZAAWANSOWANIU (2018)

● Chirurgia oszczędzająca ● Mastektomia

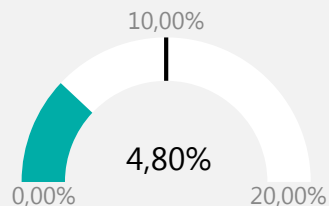
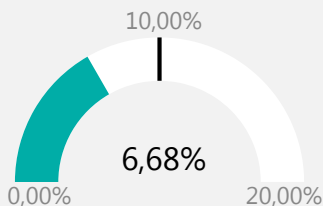
Analiza przykładowa pokazująca ograniczenia wynikające z braku danych o stopniu zaawansowania (TNM)



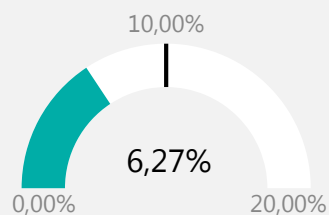
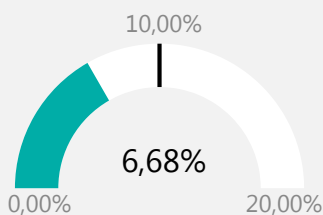
2015-2018

2018

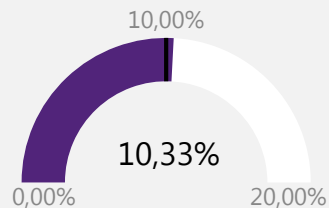
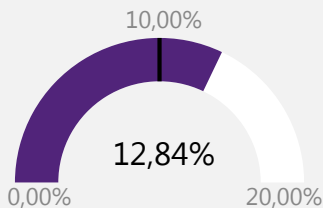
Operacja oszczędzająca po operacji oszczędzającej



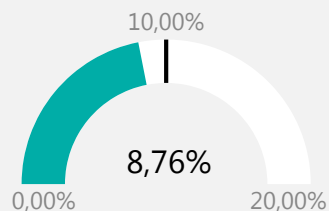
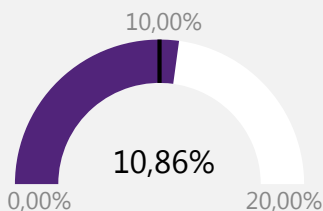
Mastektomia po operacji oszczędzającej



Operacja po operacji oszczędzającej



Operacja po operacji



określony TNM (w systemie szpitalnym HIS lub systemie do radioterapii R&V) pojawia się wynik w granicach 59% operacji oszczędzających. Trudno uznać go za wiarygodny. Po pierwsze w takiej analizie brakuje pacjentek, dla których nie skorygowano rozpoznania D48.6 do C50. Po drugie na wynik nadal wpływałaby niekompletność danych o TNM.

Analizę tę przedstawiamy jako negatywną ilustrację, pokazującą jak duże znaczenie ma stopień zaawansowania w ocenie jakości, a także jakie są skutki braku tej informacji dla oceny kluczowego dla *breast unit* parametru.

Gdyby w systemie szpitalnym był wyraźnie oznaczony TNM i informacja ta byłaby dostępna na potrzeby analizy, nawet bez korekty D48.6 do C50, wyodrębnienie pacjentek z rozpoznaniem złośliwego raka piersi i precyzyjne określenie wskaźników uwzględniających stopień zaawansowania byłoby możliwe.

■ OPERACJE POWTÓRNE

Pacjentki z potwierdzonym rozpoznaniem nowotworu piersi powinny być poddane tylko jednemu zabiegowi usunięcia guza. Wskaźnik jakości dla tego parametru to 90% jednorazowo przeprowadzonych zabiegów.

Wskaźniki dla BCO dotyczą ostatnich 4 lat. Osobno przedstawiono wskaźnik dla roku 2018.

- Główny wskaźnik chirurgii powtórzonej („operacja po operacji”) mieści się w dopuszczalnym odsetku 10% i po okresie istotnej poprawy zatrzymał się na poziomie około 9% (w roku 2017 – 8,91%). W całym analizowanym okresie wynosi około 11%
- Po chirurgii oszczędzającej – w analizowanym okresie liczba powtórnych operacji wynosi prawie 13%, co przekracza zalecane 10%. Ale w roku 2018 wskaźnik osiągnął podobny poziom jak w roku 2017 – około 11%.

Dane siłą rzeczy dotyczą wyłącznie pacjentek wracających na powtórzną operację w BCO. Jaka jest skala odejść pacjentek i powtórek operacji poza Ośrodkiem nie można stwierdzić. Jest to jednak odrębny problem dostępności danych w polskim systemie opieki zdrowotnej.

■ POTWIERDZENIE DIAGNOZY PRZED OPERACJĄ

Zgodnie z zaleceniami 90% pacjentek powinno mieć potwierdzoną badaniem diagnozę przed operacją.

Źródła oceny tego wskaźnika to:

- liczba procedur biopsji operacyjnych.
- liczba zabiegów operacyjnych poprzedzonych badaniem histopatologicznym.

Jak zaznaczono w podrozdziale dotyczącym biopsji tylko 58% pacjentek operowanych w BCO miało w systemie HIS informację o wykonaniu biopsji.

Jeśli chodzi o odsetek biopsji operacyjnych, to stanowi on niewielki margines wszystkich biopsji (a w ostatnim roku wręcz zniknęły one z systemu), co zdecydowanie mieści się w dopuszczalnym zakresie 10%.

Przyjmujemy zatem ponownie, że na podstawie danych z systemu nie było możliwe ustalenie, czy rozpoznanie było znane przed operacją. Wyniki przygotowane w oparciu o przeanalizowane źródła wydają się zdecydowanie zaniżone.

Jest to bardzo istotny wskaźnik, ale dostępność informacji na ten temat nie zmieniła się przez ostatni rok. Odnotowanie wyniku biopsji – niezależnie od rozliczeń i tego, gdzie procedura została zrealizowana pozwoliłoby ocenić ten wskaźnik.

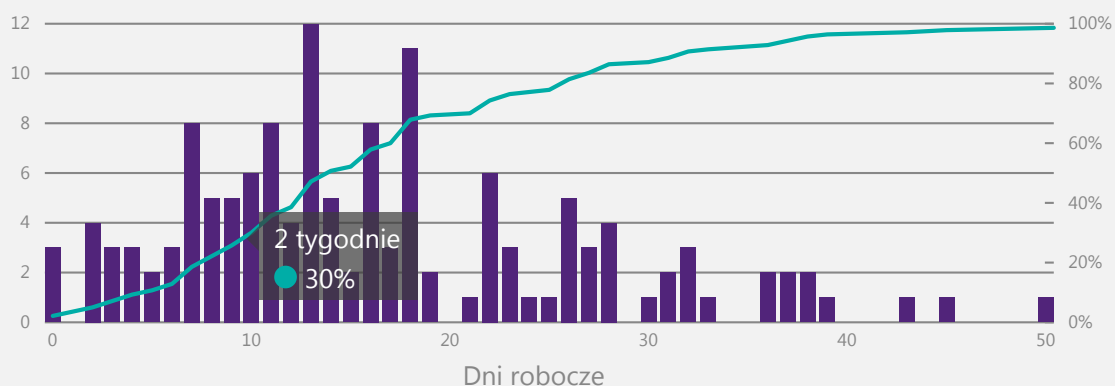
■ CZAS OCZEKIWANIA OD DIAGNOZY DO LECZENIA

Czas od zdiagnozowania do rozpoczęcia leczenia nie powinien przekraczać 2 tygodni

W poprzedniej edycji badania nie można było ocenić tego parametru ze względu na małą liczbę danych na temat biopsji. W obecnej edycji danych jest więcej, co pozwala po raz pierwszy spojrzeć na ten parametr. W terminie 2 tygodni od zdiagnozowania choroby leczenie rozpoczyna mniej niż połowa pacjentek (około 30%). W międzyczasie pacjentka otrzymuje informację o wyniku i odbywa się konsylium decydujące o trybie postępowania. Podobnie jak inne wskaźniki

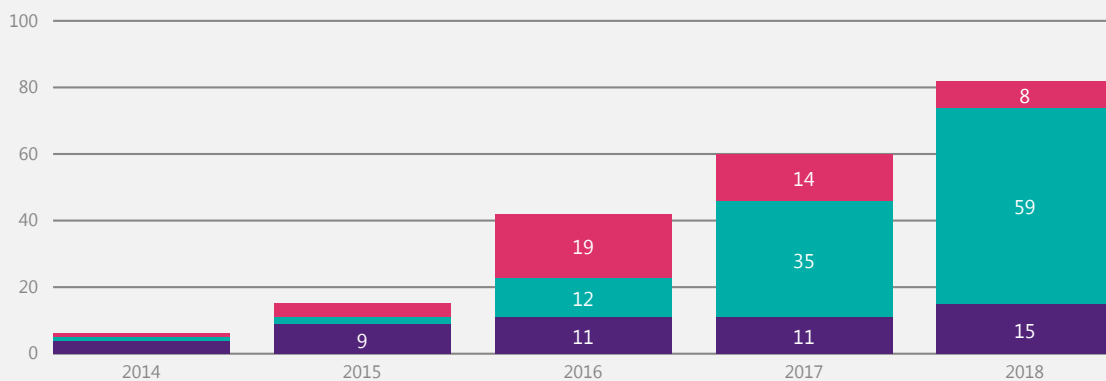
CZAS OCZEKIWANIA OD DIAGNOZY DO LECZENIA

● Liczba pacjentów ● Procent pacjentów

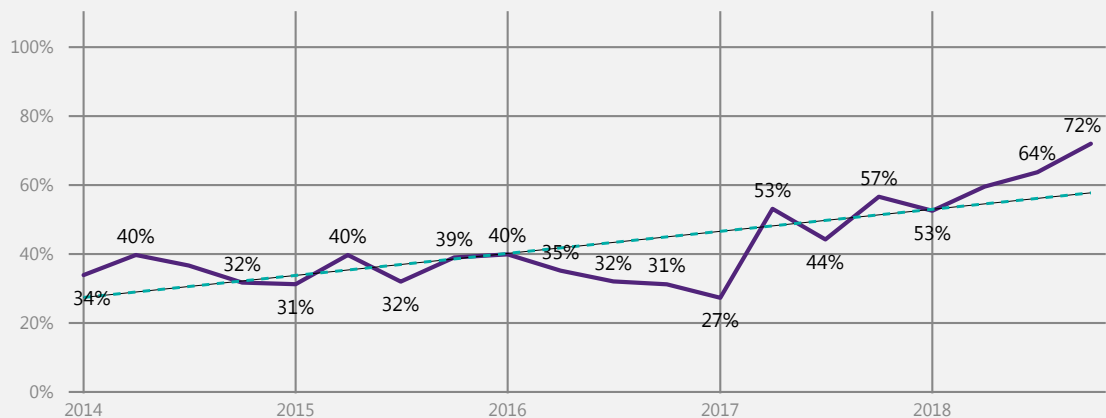


ZABIEGI CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ

● Brak chirurgii raka piersi w BCO ● Zabieg po chirurgii raka piersi w BCO ● Zabiegi jednoczasowe



STOPIEŃ WYPEŁNIENIA TNM W SYSTEMIE R&V



dotyczące czasu oczekiwania zmierzone po raz pierwszy w BCO, także ten wymagałby interwencji, a na początek sprawdzenia, jakie zjawiska powodują, że czas oczekiwania przekracza rekomendowane limity. Ile czasu upływa od przygotowania wyniku z biopsji do przekazania go pacjentce? Jak wygląda proces umawiania pacjentek na konsylium? Czy częstotliwość spotkań konsyliów jest wystarczająca?

Trzeba przy tym zaznaczyć, że ośrodek spełnia wymogi pakietu onkologicznego w obszarze czasów oczekiwania. Wymogi pakietu i akredytacji nie są zbieżne. Pakiet onkologiczny inaczej definiuje punkty, w których dokonuje się pomiaru, a przede wszystkim nie pokrywa całej ścieżki pacjenta. W efekcie nie sprzyja choćby monitorowaniu czasu oczekiwania od diagnozy do leczenia. Ten istotny parametr ośrodek poznaje tylko jeśli – tak jak BCO – znajduje do tego motywację i podejmuje dodatkowy wysiłek.

Czas oczekiwania oszacowano licząc od daty wykonania biopsji (zabieg) do dowolnego typu terapii, którą zastosowano po raz pierwszy. Zważywszy na to, że ponad 98% pacjentek ma przygotowany wynik biopsji w 10 dni, czas ten odjęto od wyniku.

■ CHIRURGIA PLASTYCZNA I REKONSTRUKCYJNA

Pacjentki, które przeszły zabieg chirurgiczny, powinny mieć dostęp do chirurgii rekonstrukcyjnej i otrzymać pełną informację na ten temat.

Organizacje przygotowujące wytyczne dla breast units wskazują na potrzebę dokumentowania i prowadzenia statystyk na temat chirurgii rekonstrukcyjnej.

W poprzedniej edycji badania wykazano stopniowy wzrost liczby zabiegów chirurgii rekonstrukcyjnej. Trend ten jest kontynuowany.

Część pacjentek pojawiła się w BCO prawdopodobnie wyłącznie na zabieg rekonstrukcji po

podstawowym zabiegu chirurgii zrealizowanym w innym ośrodku (kategoria „Brak chirurgii raka piersi w BCO”).

Zdecydowana większość pacjentek, które przeszły zabieg chirurgii, nie ma w przeciągu 200 dni zabiegu rekonstrukcyjnego w BCO.

■ DOŚWIADCZENIE SPECJALISTÓW

Ocenie poddaje się doświadczenie specjalisty na podstawie liczby wykonanych zabiegów chirurgii raka piersi rocznie – minimum to 50 operacji.

Ze statystyk wynika, że wskaźnik minimum 50 zabiegów na chirurga może być wypełniony dla części specjalistów. Dane o zabiegach chirurgicznych nadal wymagają imiennej weryfikacji dotyczącej chirurga realizującego procedurę. W systemie brak jest jednoznacznego wskazania nazwiska operatora

RADIOTERAPIA

Dane na temat radioterapii zebrane zostały głównie z systemu R&V. Dodatkowo zestawiono je z danymi HIS na ten sam temat.

■ STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA I KOMPLETNOŚĆ DANYCH

Systemy R&V są dedykowane do gromadzenia danych o leczeniu nowotworów, dlatego posiadają rozbudowany moduł diagnozy z możliwością wprowadzania między innymi informacji o stopniu zaawansowania choroby.

Ze względu na stosunkową łatwość wypełnienia tej informacji a także jej rangę, kompletność tej informacji została ponownie sprawdzona.

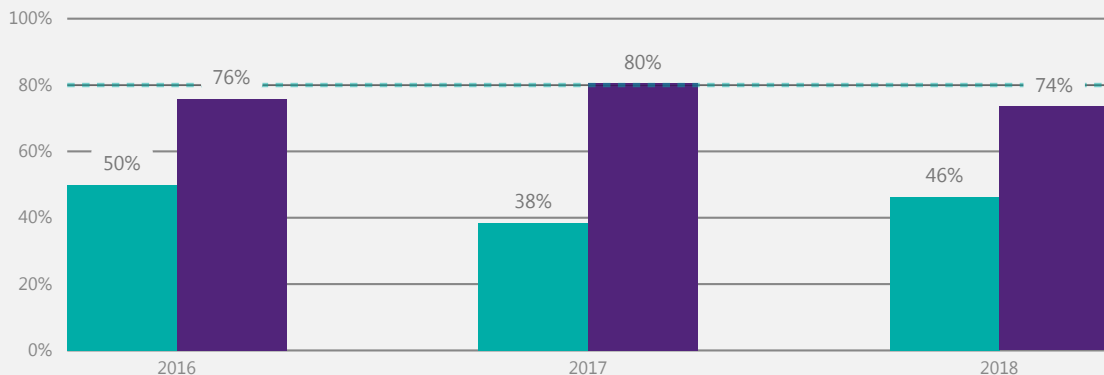
Poziom wypełnienia TNM dla radioterapii wzrósł z 35-40% za okres poprzednio analizowany do 64% w 2018 roku.

■ RADIOTERAPIA UZUPEŁNIAJĄCA PO OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ

Według zaleceń SIS 90% pacjentów poddanych chirurgii oszczędzającej powinno mieć zastosowaną uzupełniającą radioterapię.

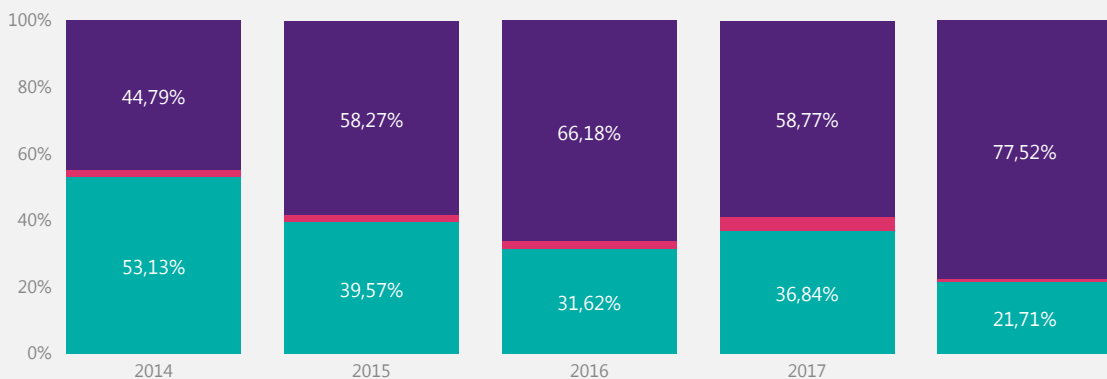
RADIOTERAPIA PO CHIRURGII OSZCZĘDZAJĄCEJ (PROCENTOWO)

● Resekcja kwadrantu piersi ● Wycięcie guza piersi - BCT



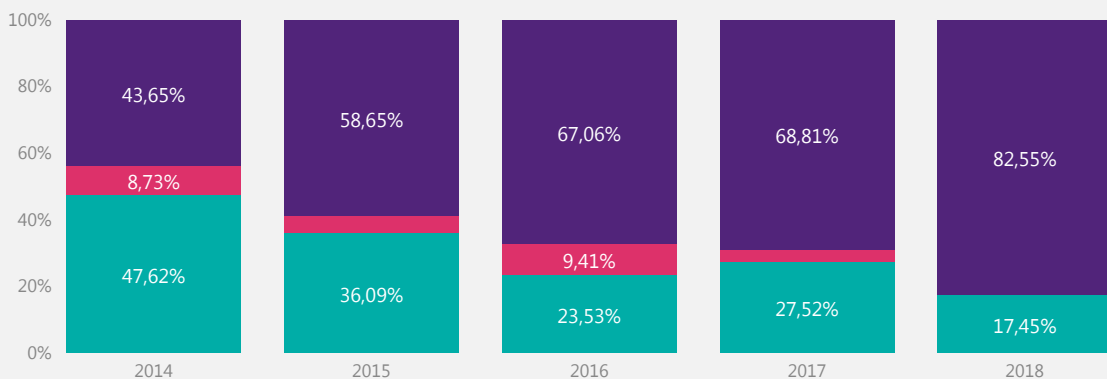
CHIRURGIA OSZCZĘDZAJĄCA Z NASTĘPUJĄCĄ CHEMIOTERAPIĄ (PROCENTOWO)

● 100 ● 100+ ● Brak



MASTEKTOMIA Z NASTĘPUJĄCĄ CHEMIOTERAPIĄ (PROCENTOWO)

● 100 ● 100+ ● Brak



RADIOTERAPIA PO CHIRURGII OSZCZĘDZAJĄCEJ WYCIĘCIE GUZA PIERSI BCT I RADIOTERAPIA

W BCO wskaźnik radioterapii utrzymuje się na poziomie około 75% dla pacjentek po operacji oszczędzającej (wycięcie guza piersi – BCT). Operacje BCT przyjmujemy jako podstawę do oceny tego parametru, choć według systemu HIS dominującą techniką operacji oszczędzających jest resekcja kwadrantu piersi.

Pojawia się tutaj jednak dylemat związany z danymi analogiczny do problemów omówionych w podrozdziale poświęconym chirurgii (odsetek operacji oszczędzających w niskim stopniu zaawansowania). Ponownie brak wyraźnego oznaczenia stopnia zaawansowania oraz nieprecyzyjne oznaczenia kodu choroby ICD-10 (C50 i D48.6) w systemie HIS powoduje problem dla oceny jakości. Jeśli bezkrytycznie uwzględnić w analizie wszystkie pacjentki, które przeszły zabieg resekcji, wskaźnik radioterapii po operacji oszczędzającej spada do 50%. Widzimy jednak, że tam gdzie diagnoza jest potwierdzona (C50), a techniką operacyjną jest BCT odsetek ten jest znacznie wyższy. Praktyka kliniczna w Ośrodku wskazuje zatem na realizację radioterapii po chirurgii oszczędzającej – nie ma żadnych podstaw, by zakładać,

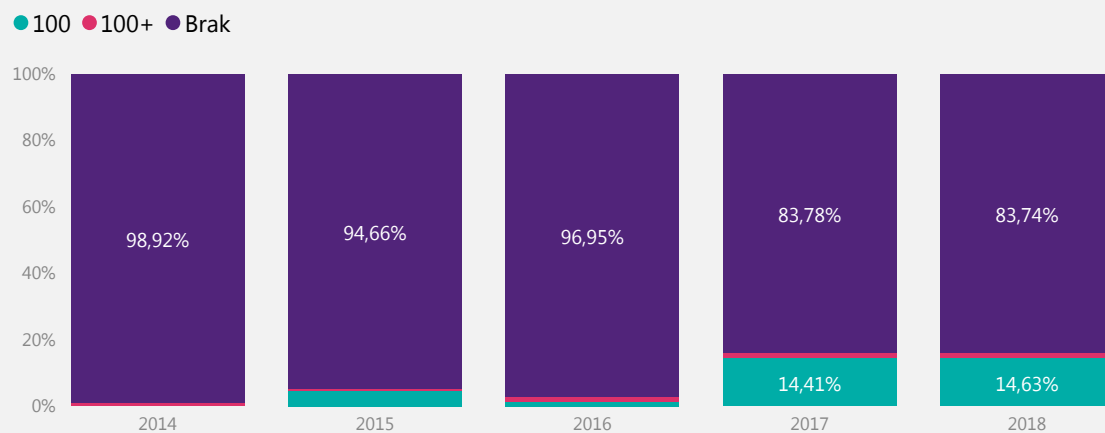
że pacjentki przechodzą inną terapię uzupełniającą zależnie od typu operacji oszczędzającej. Problem leży więc w sposobie prowadzenia dokumentacji.

Brak oznaczenia stopnia zaawansowania uniemożliwił ocenę miernika dla całej grupy pacjentek, które powinny zostać uwzględnione w analizie.

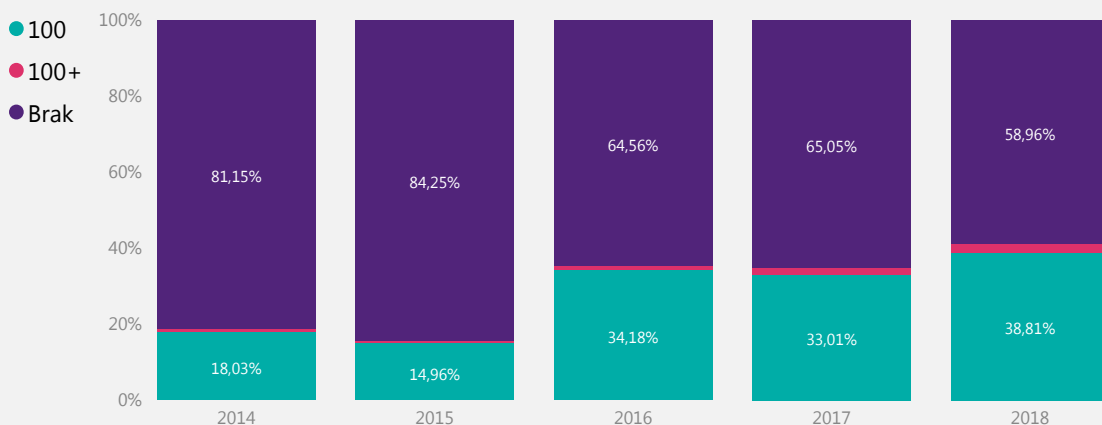
PROTOKOŁY POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO – RADIOTERAPIA

Specjaliści Zakładu Radioterapii w BCO przygotowali szczegółowe wewnętrzne protokoły kliniczne opisujące zastosowanie radioterapii u pacjentek z rozpoznaniem raka piersi. Protokoły odwołują się do polskich i międzynarodowych zaleceń towarzystw naukowych. Zawierają: szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych rodzajów terapii, wytyczne dotyczące frakcjonowania, dawek, technik realizacji, a także zalecenia w formie schematów. Tak przygotowanie protokoły stanowią bazę do pracy całego zespołu - lekarzy, fizyków medycznych, techników. Ułatwią one dążenie do ujednolicenia zasad prowadzenia terapii w ramach ośrodka i analizę zgodności zastosowanego leczenia z wytycznymi.

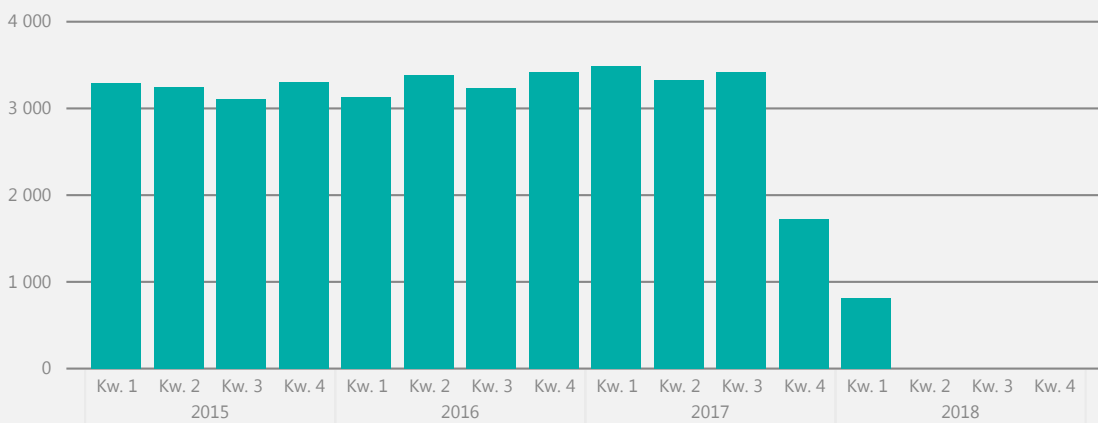
CHEMIOTERAPIA PRZED CHIRURGIAŃ OSZCZĘDZAJĄCĄ (PROCENTOWO)



CHEMIOTERAPIA PRZED MASTEKTOMIĄ (PROCENTOWO)

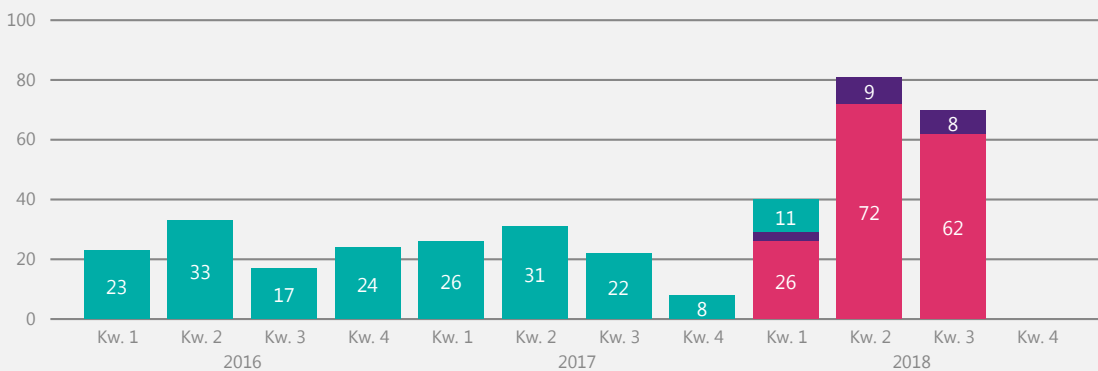


LICZBA RAPORTOWANYCH PIERWSZYCH WIZYT W PORADNI



KONSYLIA MDT

● Konsylium BreastUnit ● Konsylium BreastUnit - Brak decyzji ● Konsylium DILO



LECZENIE SYSTEMOWE

Zgodnie z wymaganiami SIS 80% pacjentek z lokalnie zaawansowanym rakiem piersi powinno być poddanych leczeniu skojarzonemu.

Dane o radioterapii i chirurgii pozwalają na ocenę parametru mówiącego o terapii skojarzonej. Jednak w zakresie leczenia systemowego wymaga on dodatkowej weryfikacji po uzupełnieniu danych o stopień zaawansowania choroby.

Ponadto dane nie uwzględniają informacji na temat hormonoterapii.

W latach 2015-17 około 30-39% pacjentek poddanych chirurgii oszczędzającej miało podaną chemioterapię skojarzoną w czasie do 100 dni po operacji. W tym samym okresie 24-34% pacjentek po mastektomii miało skojarzoną chemioterapię w BCO.

Na wyniki w roku 2018 wpływają trwające jeszcze w trakcie zbierania danych terapie.

Analiza procedur chemioterapii pozwoliła również potwierdzić prowadzenie terapii neoadjuwantowej. Ze względu na brak TNM nie można jednak potwierdzić adekwatności zastosowanej terapii ani jej zgodności ze standardem.

PORADNIA CHOROÓB PIERSI

Parametry dotyczące poradni chorób piersi były jedynymi, które ustalono w poprzedniej

edycji badania, ale nie udało się ich zaktualizować w 2018 roku.

W raportach generowanych tą samą metodą, co w poprzedniej edycji, procedury zaczęły zanikać od przełomu 2017/18 roku, mimo że z wywiadu ze specjalistami wynika, iż sposób kodowania i rozliczania nie zmienił się. Mimo kilkukrotnych prób pozyskania informacji na ten temat, dane pozostały niedostępne.

Nie można zatem zaktualizować informacji na temat aktywności poradni.

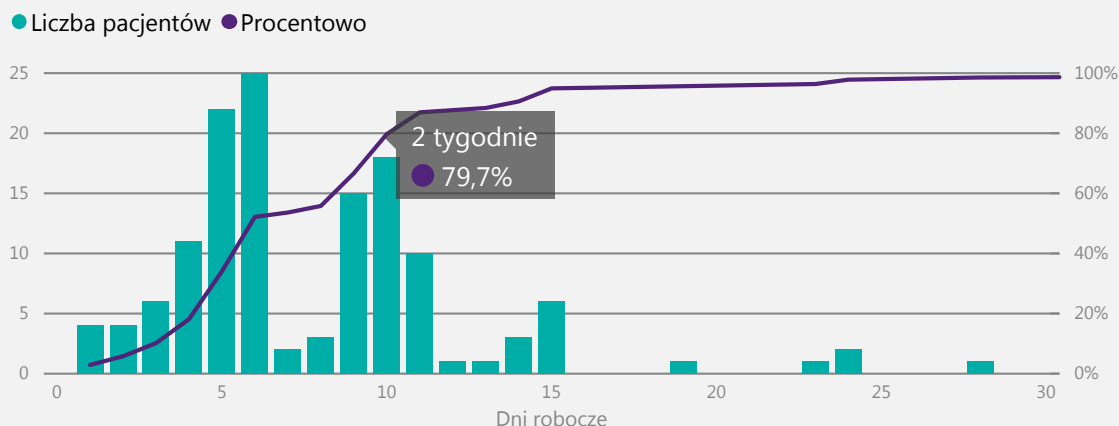
KONSYLIMUM SPECJALISTÓW (MDT)

Dla 90% pacjentek planowanie leczenia powinno odbywać się w ramach zespołu wielospecjalistycznego spotykającego się co najmniej raz w tygodniu i omawiającego przypadki pacjentek przed rozpoczęciem leczenia i po jego zakończeniu. Minimalny skład zespołu jest również określony w wytycznych. W spotkaniach powinna brać udział pacjentka.

W obszarze konsyliów nastąpiła bardzo duża zmiana – zarówno jeśli chodzi o praktykę, jak i dostępność informacji.

Powołany został zespół dedykowany do **breast unit** i wybrano jego lidera. Spotkania zespołu odbywają się regularnie – co najmniej 1 raz w tygodniu. W konsylium biorą udział pacjentki.

CZAS OD KONSULTACJI MDT DO ROZPOCZĘCIA TERAPII



Spotkania są dokumentowane przez koordynatorów pakietu onkologicznego. Po każdym spotkaniu powstają notatki, których zawartość – początkowo skrótowa - z miesiąca na miesiąc staje się bardziej rozbudowana. Po zanonimizowaniu, zespół analityczny mógł skorzystać z gromadzonych w nich informacji.

Pierwotną intencją dokumentowania konsyliów w BCO w nowej formie były rozliczenia finansowe w ramach pakietu onkologicznego. Brak jest zatem w notatkach niektórych informacji istotnych dla oceny pracy MDT, na przykład danych o konsylium po leczeniu. Mimo to dokumentacja prowadzona przez koordynatorów okazała się wartościowa. Dzięki tabelom prowadzonym przez koordynatorki możliwe było określenie liczby konsyliów.

Rozliczenia w ramach karty DiLO były poprzednio jedyną informacją w systemie na temat spotkań zespołu wielodyscyplinarnego. Konsylium obejmowało wówczas około 52% pacjentek, które następnie przeszły zabieg operacyjny.

Obecnie w oparciu o zestawienie konsyliów z operacją chirurgiczną można stwierdzić, że konsylia odbyły się dla około 60% pacjentek. Do akredytacji należy wykazać liczbę posiedzeń zespołu wielospecjalistycznego w tygodniu i w miesiącu, łączną liczbę godzin posiedzeń oraz liczbę omówionych przypadków.

CZAS OCZEKIWANIA OD KONSyliUM DO LECZENIA

Dodatkowo oceniono czas od konsylium do rozpoczęcia leczenia. Parametru tego nie ma na liście wytycznych SIS. Niemniej precyzyjne informacje na temat terminu przeprowadzenia konsylium, pochodzące z zestawień przygotowanych przez koordynatorów, pozwalają na ocenę tego parametru jako składowej wskaźnika „czas oczekiwania od diagnozy do leczenia”. W 2018 roku 80% pacjentek rozpoczęło leczenie w ciągu 2 tygodni od konsylium. Za początek terapii przyjęto termin realizacji procedury (bardziej restrykcyjna definicja w stosunku do pakietu onkologicznego). Statystyka dotyczy wyłącznie pacjentek poddanych chirurgii, które objęło konsylium (60%).

PREWENCJA I EDUKACJA

BCO prowadzi działania w zakresie prewencji, promocji i edukacji w zakresie raka piersi. Od 2017 zintensyfikowało działania w tym zakresie. Realizuje również aktywności z obszaru profilaktyki.

KOMENTARZ ZESPOŁU DO WYNIKÓW

Poprzednia edycja projektu poświęcona była w równym stopniu pomiarowi wskaźników, jak ocenie dostępności danych z systemów szpitalnych. Celem drugiej edycji było prześledzenie zmian w obszarze praktyki klinicznej, organizacyjnej oraz dostępności danych w ośrodku białostockim.

DANE – METODA PRACY

Wytyczne SIS nie mówią nic na temat sposobu gromadzenia danych. Musi jednak istnieć jednolite prowadzona baza, w której odnotowane są przypadki wszystkich pacjentek leczonych z danym rozpoznaniem w ośrodku oraz zdarzenia pozwalające na ocenę mierników – daty, procedury, dane dotyczące specjalistów. Według wytycznych SIS w ośrodku powinien również działać „opiekun danych” – *case manager* dbający o kompletność i spójność informacji.

Teoretycznie taką bazę można prowadzić w dowolnej formie – w oparciu o odrębnie uzupełniane formularze, tabele, arkusze i bazy danych.

Do naszego projektu wybraliśmy formułę, która zakładała skorzystanie z istniejących baz informacyjnych. Raport powstał w oparciu o dane z systemów HIS (szpitalny), RIS (radiologiczny), R&V (radioterapia) oraz z arkuszy kalkulacyjnych używanych przez koordynatorów opieki onkologicznej do notatek i rozliczeń konsyliów. Analizy dokonano krzyżując dane w oparciu o jednolity identyfikator pacjenta. Przeprowadzenie analizy nie wymagało dodatkowego raportowania od pracowników Ośrodka.

OGRANICZENIA I SZANSE

Bazowa i kompletna wersja dokumentacji znajduje się zazwyczaj w papierowych teczkach pacjenta. Nie wszystkie informacje niezbędne do oceny jakości znajdują się w źródłach elektronicznych lub nie mają one struktury pozwalającej na zbiorczą analizę. Tak dzieje się w BCO i zakładamy, że podobna sytuacja ma miejsce w innych ośrodkach w Polsce.

Diagnoza prezentowana w raporcie jest więc na tyle zgodna z praktyką realną, na ile praktyka ta znalazła odzwierciedlenie w danych w systemach elektronicznych i dane te udało się wygenerować w formie zbiorczych raportów.

W przypadku BCO niektóre parametry wymagają uzupełnienia lub zweryfikowania w oparciu o inne źródło. Każdorazowo, jeśli pojawiły się wątpliwości co do kompletności lub jednoznaczności danych, zostało to odnotowane w raporcie. Szczegółowo omawiamy metodę pracy zakładając, że może to być pomocne i inspirujące dla osób zainteresowanych tematem. **Przypadek WIM omówiony w poprzedniej edycji projektu pokazał jednak, że docelowo całość analizy można oprzeć na danych ze źródeł elektronicznych.**

„RAZ A DOBRZE”

Zespół realizujący projekt po zakończeniu pierwszej edycji rekomendował w kilku przypadkach weryfikację i uzupełnienie danych dotyczących pacjentów BCO w oparciu o dokumentację papierową, a następnie stworzenie dla tych samych danych struktury w systemach elektronicznych. Proponowaliśmy zatem zmianę sposobu wprowadzania danych u źródła, tak by zwiększyć ich dostępność na potrzeby analizy jednocześnie nie obciążając dodatkową pracą administracyjną lekarzy. Stworzenie odpowiedniej struktury do wprowadzania danych sprzyja też kompletności i czytelności danych, a więc jakości pracy specjalistów. Dotyczy to na przykład opisu wyników badań radiologicznych czy patomorfologicznych. Promujemy metodę pracy, w której dane wprowadzane są „raz a dobrze”.

CZY POTRZEBUJEMY ZMIANY SYSTEMÓW SZPITALNYCH?

Oczywiście byłoby dużo łatwiej, gdyby lekarze mieli do dyspozycji przyjazne systemy z prostymi interfejsami i ułatwieniami uwzględniającymi specyfikę pracy klinicznej. Dla szpitala ważne

byłyby moduły umożliwiające generowanie zbiorczych analiz. Jest to z pewnością opcja do rozważenia przy ewentualnych zmianach czy aktualizacjach systemów. Poprawa jakości opieki i możliwość jej monitorowania nie może być jednak zakładnikiem systemów informatycznych. Nasz projekt udowodnił, że przy niedużych zmianach wiele można zdziałać używając powszechnie dostępnych już w szpitalach narzędzi informatycznych.

„ŻABI SKOK”

Polski system opieki w niewielkim zakresie interesował się dotychczas jakością opieki onkologicznej rozumianej jako zgodność ze standardem postępowania klinicznego. Nie mierzy też systemowo efektów i nie analizuje przyczyn gorszych wyników wyleczalności.

Z przeglądu praktyk stosowanych na świecie wynikałoby, że ocena jakości opieki realizowana jest najczęściej dzięki rozbudowanej administracji. Dedykowane do tego celu systemy zasilane są „ręcznie” w oparciu o jednolite, ogólnie narzucone formularze, które trzeba uzupełniać.

Metoda działania użyta w tym projekcie – gromadzenie danych w oparciu istniejące źródła i krzyżowanie informacji z różnych systemów – dopiero zaczyna się upowszechniać na świecie. Zmiana ta możliwa jest też dzięki rozwojowi technologii.

Paradoksalnie dostrzegamy zalety tej sytuacji. Nasze lokalne zapóźnienie w obszarze analizy jakości pozwala przeskoczyć mniej efektywny etap przepisywania danych do tabel.

PO CO?

Dyskusja o tym, jak zbierać dane jest ważna, ale jednak wtórna w stosunku do kluczowego zagadnienia – celu.

Najważniejsze, co wynieśliśmy z naszego projektu to potwierdzenie, że dobre dane są zapalnikiem do zmian w jakości opieki. Dokładnie tak stało się w BCO, wcześniej w WIM.

Pomiar istotnych parametrów opieki onkologicznej był punktem wyjścia, który uruchomił poprawę standardu opieki onkologicznej. Specjaliści w Ośrodkach postawili sobie cele – poprawić konkretne parametry, z których nie byli zadowoleni. Dzięki ich pracy, dobrej woli, zaangażowaniu i wsparciu kierownictwa do tej zmiany doszło. Dane pozwoliły ocenić sytuację „w punkcie zero” i skonkretyzować cele. W przyszłości pozwolą stale monitorować kolejne zmiany – utrzymanie lub poprawę kolejnych wskaźników jakości.

Zmiana jest realna i namacalna. Została zmierzona i można ją powiązać z konkretnymi działaniami. I co najważniejsze – dotyczy istotnych dla pacjenta aspektów.

AKREDYTACJA SIS DLA *BREAST UNIT* WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY W WARSZAWIE

W ostatniej części raportu głos oddaliśmy dr hab. n. med. Renacie Duchnowskiej, kierującej Kliniką Onkologii WIM a zarazem liderowi pierwszego na Mazowszu akredytowanego przez SIS *breast unit*.

Jak doświadczenie zmiany, która zaowocowała przyznaniem międzynarodowej akredytacji, wyglądało z punktu widzenia lidera i uczestnika zespołu?

■ Dlaczego WIM zdecydował się na powołanie *breast unit*?

Opieka nad chorym z rozpoznaniem raka piersi ma wielodyscyplinarny charakter, musi być zorganizowana i skoordynowana. Na Mazowszu, mimo że to ogromny region, nie było dotychczas akredytowanego *breast unit*. Motywem naszych działań było więc dobro chorych i lokalne potrzeby. Dla *breast unit* stworzono międzynarodowe rekomendacje - standardy postępowania, które wynikają z aktualnych zaleceń klinicznych, czyli naszej wiedzy na temat tego, jak skutecznie diagnozować i leczyć tę chorobę. Mieliśmy więc wartościową pomoc w postaci wytycznych, jak taką skoordynowaną, wielospecjalistyczną opiekę zorganizować. Nie bez znaczenia były również zapowiedzi stworzenia specjalnych rozwiązań dla *breast unit* premiujących wysoką jakość opieki, o które od lat zabiega środowisko medyczne i pacjenci. Zakładaliśmy, że ministerstwo zdrowia oprze się na sprawdzonych rozwiązaniach rekomendowanych przez towarzystwa naukowe SIS i EUSOMA. Chcieliśmy być gotowi.

■ Na jakim szczeblu w Instytucie zapadła decyzja, aby stworzyć *breast unit* i ubiegać się o akredytację? Czy to była inicjatywa własna zespołu czy raczej decydujący był głos dyrekcji?

Te dwie perspektywy musiały się spotkać. BU wymaga realnego zaangażowania każdego członka wielodyscyplinarnego zespołu. Nie

osiągnęlibyśmy takiego rezultatu bez kompetentnych, gotowych współpracować ze sobą specjalistów. Ale zrozumienie dla koncepcji musiało być również po stronie Dyrekcji. Jasne stanowisko w tej sprawie popierające ten pomysł oraz realne wsparcie ze strony dyrektora, prof. Grzegorza Gieleraka miało decydujące znaczenie dla powstania *breast unit* w WIM.

■ Czy pojawiały się głosy przeciw?

Tak, mieliśmy wiele dyskusji wewnętrznych na ten temat. Pojawiały się między innymi takie argumenty, że chorych w obserwacji będzie tak dużo, że sparaliżują szpital. Nie są to obawy bezpodstawne, widzimy ten problem, dlatego też konieczna jest współpraca z lekarzami Podstawowej Opieki Zdrowotnej i edukacja chorych. Decydując się na działania w trybie *breast unit* zobowiązaliśmy się do zapewnienia chorym opieki na każdym etapie diagnostyki, leczenia i właściwej koordynacji opieki po leczeniu.

■ WIM to szpital wielospecjalistyczny o bardzo rozbudowanej strukturze. Diagnostyka i leczenie raka piersi to zaledwie wycinek działalności Instytutu. Dlaczego zatem powołali Państwo akurat *breast unit*?

Onkologia zajmuje znaczące miejsce w działalności WIM. Leczymy bardzo wielu chorych z tym rozpoznaniem. A sam szpital niezależnie od swojej działalności badawczo-rozwojowej i ważnych funkcji, które pełni jako centralna jednostka kliniczna Ministerstwa Obrony Narodowej, ma duże znaczenie dla lokalnej społeczności. Mamy pod opieką mieszkańców tej części Warszawy i okolic. Konsultujemy też wielu chorych z całej Polski. Realizujemy więc pewną misję, o której mowa jest również w zasadach dla *breast unit*. Od lat w WIM prowadzono diagnostykę i leczenie chorych na raka piersi. Powołanie *breast unit* polegało na rozwinięciu kompetencji, które szpital już posiadał.

■ Co się zatem zmieniło?

Istotą **breast unit** jest szybka diagnostyka i zgodne ze standardem leczenie. Musieliśmy się „zmierzyć” – sprawdzić jak wypadamy na tle międzynarodowych standardów a następnie zorganizować tak, by spełniać te kryteria i działać zgodnie z wytycznymi dla **breast unit**. Zapewniamy ten sam rodzaj świadczeń, które oferują inne ośrodki leczenia onkologicznego w Polsce. Obowiązuje nas to samo prawo, pakiet onkologiczny, ta sama lista refundacyjna i te same programy lekowe. Nie o dostępność do takiej albo innej technologii czy leków chodzi, ale o współpracę i organizację. U nas specjaliści działają jak zespół. Są to ludzie, którzy mają określone doświadczenie, opieka nad pacjentkami jest skoordynowana i monitorujemy parametry dotyczące czasu oczekiwania oraz zgodności z zaleceniami kliniczno-organizacyjnymi.

■ Limity czasu i konieczność planowania leczenia przez konsylium wprowadził również pakiet onkologiczny. Jaka jest relacja między pakietem a zasadami, którymi Państwo się kierują?

Pakiet z pewnością upowszechnił zwyczaj organizowania konsylium. U nas takie posiedzenie odbywa się zarówno na etapie planowania, jak i po leczeniu chirurgicznym. Są to realne, wypełnione dyskusją spotkania służące ustaleniu najlepszej ścieżki postępowania dla danego pacjenta. To drugie konsylium już nie jest oczywiście uznawane przez system i nie można go rozliczyć, ale uważamy je za niezbędne dla podjęcia decyzji i zaplanowania dalszego leczenia, więc je robimy. Poza tym pakiet jest raczej zestawem zasad służącym rozliczeniom.

■ Jako jednostka akredytowana macie Państwo również własne protokoły opisujące zasady prowadzenia opieki nad pacjentkami. Jaka jest relacja między nimi a zaleceniami ministerialnymi?

W części klinicznej są one oczywiście zgodne z wytycznymi europejskimi oraz polskimi

zaleceniami diagnostyki i leczenia raka piersi przygotowanymi przez ekspertów i ogłoszonymi przez ministra zdrowia. Tak powinno być. Dodatkowo takie protokoły zawierają część organizacyjną, która dotyczy ścieżki pacjenta u nas w Instytucie. Jest to efekt naszych wewnętrznych ustaleń.

■ Dojście do akredytacji przebiegło u Państwa bardzo szybko. Już w 2017 roku, gdy publikowaliśmy raport o **breast unit** z kompletem wskaźników jakościowych zmierzonych u Państwa, osiągały one poziom wymagany przez SIS. Powołanie **breast unit** i dojście do tego poziomu świadczeń zajęło Państwu około 1,5 roku. Jak Państwo to zrobili?

To kwestia dwóch wspomnianych wcześniej czynników: wsparcia Dyrekcji i pracy zespołu specjalistów. Ludzie to według mnie decydujący czynnik sukcesu. A my mamy fantastycznych specjalistów, którzy są zaangażowani, oddani swojej pracy i działają w poczuciu odpowiedzialności. Wszystko opiera się na zespole i ludziach, którzy umieją się porozumieć.

■ W Polsce działa zaledwie kilka akredytowanych **breast units**. Wydaje się to niewiele w stosunku do potrzeb. Dlaczego tak jest Pani zdaniem?

Trzeba sobie zdawać sprawę, że powołanie **breast unit** to spory wysiłek, który całkowicie wykracza ponad to, czego oczekuje system. W dodatku pozostaje on kompletnie przez system niezauważony. Póki co żaden z ośrodków akredytowanych nie został w jakikolwiek sposób doceniony za akredytację, a przecież jest ona potwierdzeniem wysokiej jakości opieki. Za naszą akredytację otrzymaliśmy wiele słów uznania i gratulacje, także w ramach WIM. Koledzy z innych oddziałów z niedowierzaniem przyjęli jednak informację, że poza prestiżem i satysfakcją z dobrze wykonywanej pracy nic za taką akredytacją póki co nie idzie.

■ **Czy Pani zdaniem ośrodki akredytowane powinny otrzymywać z tego tytułu jakiś bonus finansowy?**

Oczywiście że tak. Wymiar finansowy jest bardzo ważny. Niestety sama pasja w codziennym życiu w dłuższej perspektywie nie wystarczy. Działamy przecież na coraz bardziej konkurencyjnym rynku, gdzie niedobór specjalistów jest ogromny. Lepsze finansowanie świadczeń dałoby możliwość lepszego wynagrodzenia pracowników: lekarzy, pielęgniarek, jak i personelu pomocniczego - koordynatorów, sekretarek medycznych, bez których w dobie rozbudowanej dokumentacji medycznej i systemów sprawozdawczości praca jest niemożliwa.

■ **Pod koniec roku ukazały się projekty rozporządzeń dla *breast units*? Jak Pani je ocenia jako lider działającego już *breast unit*.**

Żałuję, że w większym stopniu nie odzwierciedlają one wytycznych SIS i EUSOMA, właściwie je ignorują. Te wzorce są gotowe, wystarczyło z nich skorzystać. Tymczasem wprowadzono zasady, które odbiegają od tego, co mówią międzynarodowe zalecenia i nie do końca mają uzasadnienie. Kluczowe pytanie brzmi, czy dzięki takim przepisom ośrodki w Polsce znajdą motywację, by monitorować opiekę nad pacjentkami i ją poprawiać? Czy dzięki temu pacjent otrzyma lepszą opiekę?

Wprowadzony już wcześniej przez NFZ mnożnik dla procedur chirurgicznych jest oderwany od wytycznych. SIS i EUSOMA mówią o minimum 150 „nowych” chorych na raka piersi leczonych w roku jako jedno z kryterium ubiegania się o akredytację dla BU. NFZ premiuje ośrodki, które przeprowadziły minimum 250 zabiegów chirurgicznych w roku. Nie wiadomo z czego wynika akurat taka liczba. My nie leczymy tak wielu pacjentek, ale wiemy, jaki standard opieki zapewniamy i spełniamy kryteria międzynarodowe.

■ **W poprzedniej edycji projektu bez wahania zgodziliście się Państwo upublicznić wskaźniki jakościowe pokazujące działalność WIM w obszarze raka piersi. Czy Pani zdaniem takie wskaźniki powinny być standardowo dostępne, także dla pacjentów?**

Tak. I takie mierniki powinny być liczone i publikowane centralnie. Przekazujemy przecież masę danych do NFZ, bo w onkologii raportujemy bardzo dużo i w oparciu o te dane powinny być wyliczane określone wskaźniki. Tymczasem mierniki ministerialne musimy wyliczać sami. Nie ma gwarancji, że są one wyliczane jednakowo przez wszystkie ośrodki i że są porównywalne. Dla pacjenta niewiele z tego wynika. Obiektywne wskaźniki, wyliczane w oparciu o dane przekazywane przez ośrodki powinny być analizowane i udostępniane na poziomie centralnym.

WNIOSKI KOŃCOWE I REKOMENDACJE DLA SYSTEMU

Pierwszym odbiorcą wyników projektu są Ośrodki, których dane opracowaliśmy. To od ich decyzji i działań zależy utrzymanie poziomu opieki lub jego dalsza poprawa. Jednak doświadczenia z przeprowadzenia projektu pozwalają nam sformułować kilka opinii dotyczących zmian na poziomie systemu:

1. Parametry, które zostały zmierzone w naszym projekcie wynikały z powszechnie uznanych w środowisku medycznym standardów postępowania klinicznego. W przypadku raka piersi standardy te są bardzo precyzyjne i ujęte w programie akredytacyjnym. Istnieje co do nich konsensus i mają one potwierdzenie w nauce. Dzięki temu mieliśmy pewność, że mierzymy wskaźniki, które są istotne z punktu widzenia efektu dla pacjenta. Zarówno dla nas, jak i dla Ośrodków uczestniczących w projekcie były one wspólnym, niekwestionowanym punktem odniesienia.

Rekomendacja dla systemu: Odpowiednikiem standardów EUSOMA i SIS, do których się opieraliśmy są zalecenia kliniczno-organizacyjne publikowane w formie obwieszczenia ministra zdrowia. Prace nad zaleceniami oraz towarzyszącymi im miernikami jakości w poszczególnych rozpoznaniach onkologicznych powinny być kontynuowane. Rolą regulatora jest ustanowienie reguł ich tworzenia i aktualizacji – w tym zagwarantowanie odniesienia do *evidence based medicine* i aktualnego zakresu świadczeń.

2. Praca nad danymi tylko dla dwóch ośrodków uświadomiła nam, jak ważne są jednolicie stosowane kryteria w analizie i prezentowaniu wyników. Jest to bezwzględny warunek porównywalności i wiarygodności danych.

Rekomendacja dla systemu: wyliczanie mierników jakości przez Ośrodki a następnie raportowanie ich do regulatora wiąże się z ogromnym ryzykiem nieporównywalności wyników. Wyliczenie mierników wiąże się z wieloma dylematami, które trzeba rozstrzygnąć i ryzykiem błędów – część z nich omówiliśmy na

przykładach (np. wyliczenia dotyczące typu zabiegu chirurgicznego w sytuacji braku kompletności danych o TNM). Z podobnymi dylematami z pewnością mierzą się ośrodki przygotowujące raporty dla ministerstwa zdrowia.

Skoro zapis ustawowy nakazuje użyć danych raportowanych do płatnika oczywistym wydaje się, że również wyliczenia mierników powinien dokonywać NFZ stosując jednolitą metodologię.

Mamy świadomość, że ta sama ustawa nakazuje, by to właśnie Ośrodki wyliczały i raportowały mierniki. Doświadczenie z życia pokazało, że zapis ten jest niefortunny i nieefektywny. Powinien zostać zmieniony.

Docelowo świadczeniodawcy powinni raportować niezbędne surowe dane na potrzeby oceny jakości. Ich analiza powinna odbywać się na poziomie centralnym w oparciu o jednolicie stosowane kryteria. Ośrodek powinien mieć prawo odniesienia się do wyniku.

3. Dane medyczne, które są obojętne z punktu widzenia rozliczania świadczeń, nie mają również odpowiedniej rangi w informatycznych systemach szpitalnych. Gromadzone są bez uporządkowanej struktury. Jako takie nie poddają się łatwo analizie. Jeśli są to dane istotne do oceny jakości, oznacza to dla Ośrodka utrudnienie w zmierzeniu wskaźników jakości. Daną krytyczną w naszym projekcie okazał się stopień zaawansowania choroby nowotworowej (TNM).

Rekomendacja dla systemu: włączenie danych o stopniu zaawansowania do katalogu informacji sprawozdawanych do NFZ. Informacja ta jest istotna nie tylko dla ośrodków, ale również dla regulatora. Bez danych o stopniu zaawansowania wiarygodność danych epidemiologicznych jest dużo niższa, brak jest podstaw do planowania wydatków, oceny efektywności programów profilaktycznych, oceny efektywności wydatków i innych.

Z różnych powodów ta sama informacja jest ważna zarówno na poziomie centralnym, jak na poziomie ośrodka.

UWAGI KOŃCOWE

Poprawa jakości opieki nad pacjentem odbywa się dzięki zmianom na poziomie ośrodka. Składa się na nią szereg decyzji i konkretnych działań podjętych przez pracowników i zarząd. Obecnie reguły systemowe pozostają wobec nich kompletnie obojętne.

Projekt, który został zrealizowany wspólnie z BCO i WIM jest działaniem całkowicie ponadstandardowym. To samo dotyczy wszystkich ośrodków, które powołały *breast unit* zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi oraz innych inicjatyw sprzyjających jakości. Potrzeba gratyfikacji za dodatkowy wysiłek podjęty w związku z realnym działaniem na rzecz jakości wydaje się oczywista. Ale naszym zdaniem rola ministerstwa i NFZ sięga dużo dalej niż ustanawianie zasad kontraktowania i udzielanie bonusów za jakość. Przede wszystkim powinna w większym stopniu uwzględniać zalecenia kliniczno-organizacyjne.

Jeśli chodzi o wspieranie jakości to funkcją instytucji centralnych powinno być dostarczanie wiarygodnej informacji zwrotnej dla ośrodków i opinii publicznej. Raport o ośrodku dla ośrodka ma ogromną moc sprawczą. Taka informacja, jak pokazał nasz projekt, jest podstawą do wewnętrznej analizy procesów i dokonania zmiany tam, gdzie jest ona konieczna. Gdyby taki raport został uzupełniony o pokazanie wyników na tle średniej oraz wyników innych ośrodków, miałyby jeszcze większą moc.

Płatnik nie ma potrzeby ani zasobów, by wymusić przestrzeganie zaleceń kliczniczo-organizacyjnych w trybie wyrwykowych kontroli i kar. W ten sposób nie sprowokujemy zmiany jakościowej w odpowiednio dużej skali. To ośrodki muszą znaleźć wewnętrzną motywację do przemyślenia wewnętrznych zasad i procesów. Dobrze byłoby, aby była to również motywacja pozytywna – potrzeba wyróżnienia się i potwierdzenia wysokiej jakości opieki.

- Stwórzmy zasady, do których się odnosimy – zalecenia kliniczno-organizacyjne.
- Ustanówmy katalog danych niezbędnych do oceny jakości
- Dostarczajmy cyklicznie informację zwrotną – analizę ważnych wskaźników w oparciu o dane, które ośrodki raportują do NFZ.
- Pozwólmy na uruchomienie wewnętrznych procesów analizy i zmiany.
- Wprowadźmy reguły jawności – *benchmarking* między ośrodkami i upublicznienie ważnych danych dla pacjentów.

*Raport przygotował zespół
Fundacji Onkologia 2025*

*Ewelina Żarłok, Revelva Concept
Krzysztof Woźniak, Revelva Concept
Anna Andrzejczak, Fundacja Onkologia 2025*

*Opracowanie graficzne raportu:
Barbara Siwek
Lena Pianowska|Livi Studio*



*Kontakt i więcej informacji:
Anna Andrzejczak
anna.andrzejczak@onkologia2025.pl
+ 48 608 68 10 78*

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

