

FUNDACJA
ONKOLOGIA
2025



Październik 2017

JAKOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA

NA PRZYKŁADZIE
WYTYCZNYCH
DO AKREDYTACJI
BREAST UNITS

DLACZEGO POWSTAŁ TEN RAPORT?

To, co obserwujemy w tej chwili w obszarze jakości w zdrowiu, można porównać do budowania mostu jednocześnie z obu brzegów rzeki. Z jednej strony trwają prace nad ustawą o jakości i bezpieczeństwie pacjenta oraz projekty w obszarze baz danych, rejestrów i informatyzacji w zdrowiu. Z drugiej – oddolnie, bez dodatkowych zachęt, czasem nawet wbrew systemowi – pionierzy wśród ośrodków onkologicznych podejmują ważne dla jakości inicjatywy. Jedną z nich jest tworzenie tak zwanych *breast units* i poddanie się ocenie na potrzeby międzynarodowej akredytacji.

Obie te rzeczywistości – medyczna i zarządzanie systemem – powinny się spotkać. Płaszczyzną porozumienia są dane jako narzędzie służące potwierdzeniu wysokiej jakości opieki lub punkt wyjścia do skutecznej zmiany. System wspierania jakości będzie tylko tak dobry, jak najsłabszy z jego komponentów. Dziś jednym z najsłabszych są źródła informacji – zarówno pod względem ich organizacji, stopnia złożoności, jak i rozwiązań legislacyjnych. Prawidłowe dane zbierane z poszanowaniem pracy personelu medycznego, mówiące o tym, jaką opiekę uzyskują pacjenci i czy jest ona adekwatna do ich potrzeb są warunkiem, bez którego system wspierania jakości nie będzie mógł być skuteczny.

Wiele deklaracji pada na temat zdrowia i życia pacjentów, ale by doszło do ich realizacji potrzebny jest profesjonalizm i skuteczność. Dysponujemy skutecznymi narzędziami do diagnostyki i terapii raka piersi. W przypadku tego nowotworu niezwykle istotnym jest komponent wczesnego wykrycia. Wydaje się również, że możemy szybko poprawić stan opieki onkologicznej nad pacjentkami z rozpoznaniem raka piersi poprzez zastosowanie dobrze opisanych i sprawdzonych standardów postępowania. Ze względu na to, że rak piersi należy do najpowszechniej występujących, na poziomie systemu daje możliwość zastosowania narzędzi statystycznych, które mogą być później wykorzystane w analizach w innych lokalizacjach nowotworów.

W raporcie przypominamy, że punktem wyjścia do leczenia jest dobra diagnoza. Dotyczy to również diagnozy systemu przygotowanej na potrzeby reformy. Przeciwnieństwem jest trwanie w niewiedzy oznaczające przyzwolenie na uchybienia, a przy próbie reform – ryzyko wyboru rozwiązań nieadekwatnych do problemów. Diagnoza to ustalenie stanu faktycznego, czyli rzeczywistości, z którą mamy do czynienia. Właściwa diagnoza to punkt wyjścia w systemie opartym o paradygmat jakości.

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie i Białostockie Centrum Onkologii spojrzały na własną działalność w obszarze leczenia raka piersi przez pryzmat wytycznych Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego (SIS) i podzieliły się informacją na ten temat. Oba ośrodki bez wahania zgodziły się udostępnić wyniki analizy na potrzeby tego raportu i jego publicznej prezentacji.

W medycynie dzielenie się wiedzą to naturalny i oczywisty proces. Mimo to podejście WIM i BCO zasługuje na uwagę i docenienie. To dla nas wielki zaszczyt, że mogliśmy pracować z ludźmi o otwartych horyzontach i odwadze w pokazaniu zarówno osiągnięć, jak i wyzwań.

Proszę przyjąć nasze wyrazy uznania i szacunku.

W imieniu zespołu
Fundacji Onkologia 2025

Lubomir Jurczak



CO ZAWIERA RAPORT?

CZĘŚĆ 1.

KONCEPCJA JAKOŚCI W OCHRONIE ZDROWIA OPARTA O DANE, JAWNOŚĆ STANDARDU POSTĘPOWANIA I ZMIANĘ

s. 6

Dane zawsze były drugoplanowym bohaterem dyskusji w onkologii – często negatywnym ze względu na niedoskonałość lub niedostępność baz informacji. Jeśli jakość ma stać się priorytetem w ochronie zdrowia, powinny wejść na pierwszy plan i być zarazem źródłem, inspiracją, jak i przedmiotem reformy.

CZĘŚĆ 2.

KONCEPCJA *BREAST UNITS* I WYTYCZNE DO AKREDYTACJI MIĘDZYNARODOWEGO TOWARZYSTWA SENOLOGICZNEGO (SIS)

s. 15

Wytyczne do akredytacji dla wielospecjalistycznych ośrodków senologicznych czyli *breast units*, Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego (SIS) są powszechnie uznane, spójne z zaleceniami europejskimi i amerykańskimi. Każdy ośrodek, który chce potwierdzić międzynarodową akredytacją jakość zapewnianej u siebie opieki, musi wykazać spełnienie wytycznych jakościowych. Obejmują one zarówno aspekty kliniczne, jak i organizacyjne: czas oczekiwania, tryb pracy zespołu specjalistów, kompleksowość opieki.

CZĘŚĆ 3.

DIAGNOZA W PUNKCIE „ZERO” W OPARCIU O WYTYCZNE DLA *BREAST UNITS* – PRZYKŁAD BIAŁOSTOCKIEGO CENTRUM ONKOLOGII I WOJSKOWEGO INSTYTUTU MEDYCZNEGO

s. 29

Dwa ośrodki, które jeszcze nie mają akredytacji przeprowadziły wewnętrzną analizę sprawdzając, jak wyglądają na tle wytycznych dla *breast units* SIS. W raporcie prezentujemy wyniki tej analizy oraz sam proces zbierania danych. To żywy przykład pokazujący, z jakimi wyzwaniem mierzą się ośrodki, które aspirują do zapewnienia swoim pacjentom opieki na wysokim poziomie. Podjęły one próbę oceny własnej działalności przez pryzmat międzynarodowych kryteriów, ale w otoczeniu prawnym i technologicznym, które dotychczas jakości nie promowało ani nie wspierało.

CZĘŚĆ 4.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

s. 75

Na bazie doświadczeń obu ośrodków pokazujemy obszary, których zmiana leży w gestii regulatora. Realne wsparcie jakości w ochronie zdrowia wymaga aktywnego i świadomego udziału instytucji publicznych.

CZĘŚĆ 1:

KONCEPCJA JAKOŚCI W OCHRONIE ZDROWIA

DANE-STANDARD-JAWNOŚĆ-ZMIANA

Szybka, prawidłowo postawiona diagnoza. Dostęp na czas do adekwatnej do potrzeb terapii zgodnej z aktualną wiedzą medyczną. Poszanowanie praw i godności pacjenta. Możliwie najlepsza jakość życia w trakcie leczenia, po jego zakończeniu lub u schyłku życia.

Tak najkrócej można opisać komponenty opieki onkologicznej, która ma wykorzystać szanse pacjenta ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową na powrót do zdrowia.

Postulaty związane z reformami w służbie zdrowia coraz częściej zbiegają się do wspólnego mianownika – jakości. Raport OECD *Cancer care: assuring quality to improve survival* opisuje system z punktu widzenia regulatora i wymienia ponad 60 składowych, które dopiero w całości tworzą otoczenie wspierające jakość. To, co z perspektywy pacjenta można zsumować do krótkiej listy kluczowych wartości, dla instytucji i osób odpowiedzialnych za zapewnienie choremu odpowiedniej opieki tworzy katalog zadań i wyzwań. Jak sprawić, by były one realizowane?

OD INTERWENCJI DO PROFESJONALIZACJI

Nowa odsłona dyskusji o jakości w ochronie zdrowia pojawiła się w konsekwencji spostrzeżenia, że dalsze dofinansowywanie systemu nie daje rezultatów tak dobrych, jak oczekiwane. Dotyczy to również onkologii, w której w minionych latach odnotowano znaczący wzrost wydatków.

Z ekonomicznego punktu widzenia taki przebieg zdarzeń jest bardzo logiczny. Inwestycje w obszarach zapóźnionych w początkowym etapie wykazują dużą efektywność. Dowolna kwota ulokowana w dowolnym obszarze, przynosi znaczącą poprawę. Podstawowym wyzwaniem dla organizatora systemu na takim etapie rozwoju jest znalezienie środków na nowe inwestycje lub finansowanie świadczeń.

Myślenie o zdrowiu jako o dziedzinie nieustająco wymagającej dofinansowania, w której potrzeby są tak wielkie, że każda wydana złotówka przełoży się na poprawę warunków opieki i efektu dla pacjenta, nadal dominuje w dyskusji publicznej. Tymczasem to podejście najwyraźniej się zdezak-

tualizowało. W systemach, w których podstawowe luki zostały zapełnione, żeby osiągnąć znaczącą poprawę trzeba już precyzyjniej wybierać cele. A to oznacza konieczność dobrej znajomości potrzeb, a więc **WIEDZY o systemie i wiarygodnych DANYCH, które tę wiedzę budują**. Celem jest świadome i uzasadnione potrzebami sterowanie systemem i strumieniem pieniędzy.

JAK LECZYMY PACJENTÓW? Z JAKIM EFEKTEM? CO WYMAGA ZMIANY?

Odpowiedź na te trzy pytania będzie możliwa pod warunkiem:

1. Posiadania informacji o stosowanym standardzie postępowania klinicznego.
2. Możliwości powiązania tej informacji z rozpoznaniem – w przypadku onkologii uwzględniającym stopień zaawansowania choroby.
3. Możliwości odniesienia go do aktualnego standardu postępowania klinicznego wynikającego z medycyny opartej na dowodach.
4. Monitorowania losów pacjenta i oceny stanu jego zdrowia – a więc efektów zastosowanego leczenia.
5. Świadomego wyboru rozwiązań, które poprawią sytuację w obszarach zidentyfikowanych jako wymagające zmiany.

Punktem wyjścia jest więc informacja – dane, które są zestawiane, analizowane i przetwarzane, tak by dostarczyć wiedzy o tym, na ile skutecznie system działa na rzecz pacjenta i w jakich obszarach wymaga zmiany.

WIEDZA I DANE JAKO PODSTAWA SYSTEMU WSPIERANIA JAKOŚCI

We wszystkich procesach podejmowania decyzji dane są ważne, a postulat podejmowania reform w oparciu o merytoryczne przesłanki – zawsze aktualny. Jednak w obszarze wspierania jakości dane są podstawą.

W najbardziej podstawowym schemacie opisującym proces zmian nastawionych na poprawę jakości cyklicznie po sobie następują: planowanie – działanie – kontrola – korekta (cykl Deminga: *plan-do-study-act*). Schemat jest uniwersalny i znajduje zastosowanie w każdej dziedzinie. Dane są jego siłą

napędową i integralną częścią:

- Nie można zaplanować zmiany, nie mając diagnozy opartej na mierzalnych kryteriach.
- Diagnoza jest niezbędna do ustalenia celu – bez niej pojawia się ryzyko, że cele będą oderwane od rzeczywistości, nieadekwatne do potrzeb lub niemożliwe do realizacji.
- Dane i oparte na nich mierniki pozwalają monitorować postęp i ocenić skuteczność zastosowanych rozwiązań
- W oparciu o dane ocenia się efekt i planuje kolejne zmiany.

System pozbawiony danych działa z zawiązanymi oczami. Jest skazany na nieefektywność i nieskuteczność – także finansową. Środki błędnie alokowane ze względu na brak właściwej diagnozy i monitorowania zmiany nie przynoszą efektów. W przypadku onkologii podstawowy wskaźnik skuteczności systemu to przeżywalność 5-letnia. Bez systemu mierników jakościowych efekt działań dziś podjętych, widać dopiero po kilku latach.

W dodatku nie jest pewne, która zmienna ostatecznie wpłynęła na poprawę lub pogorszenie statystyk i gdzie szukać przyczyny sukcesu lub porażki. To oznacza, że system stoi w miejscu – nie osiągnął poprawy, nie wie, jakie są przyczyny, nie jest w stanie dobrać lepszych metod na przyszłość.

DANE I ZASOBY, ZARZĄDZANIE, PROCES

Wspomniany wcześniej raport OECD grupuje czynniki decydujące o jakości w onkologii w cztery obszary. „Dane” awansowały do równorzędnej rangi z „Zasobami”, „Procesem” i „Zarządzaniem”. Ta ostatnia kategoria dodatkowo zawiera takie elementy jak *wzmocnienie monitoringu bez wzrostu biurokracji* czy *promowanie jakości przez informację zwrotną*. Dane są niezbędne, żeby móc interweniować w obszarze Zasobów, Procesu i Zarządzania, czyli świadomie wprowadzać zmiany. Jest to zatem dziedzina, o którą trzeba zadbać na równi z pozostałymi.



AKTUALNE, WIARYGODNE I DOSTĘPNE

Dane, które mają takie cechy poszerzają pole działania regulatora.

AKTUALNE:

- umożliwiające monitorowanie zmian i szybką reakcję.

WIARYGODNE:

- kompletne i zweryfikowane,
- mierzące kluczowe dla pacjenta aspekty opieki i odzwierciedlające jego rzeczywistą sytuację,
- niepodważalne – umożliwiające skuteczne i sprawiedliwe zarządzanie, w tym zastosowanie takich rozwiązań jak „nagroda za efekt” (*pay for performance*).

DOSTĘPNE:

- łatwe do pozyskania, analizy, ponownego wykorzystania,
- pozwalające na łączenie informacji z różnych baz, rejestrów i źródeł w oparciu,
- o pojedyncze rekordy pacjentów (rozwiązania prawne),
- pozyskiwane dzięki kompatybilności źródeł informacji, elastyczności systemu,
- automatyzacji (rozwiązania technologiczne).

JAKĄ RANGĘ MAJĄ DANE W SYSTEMIE?

DANE same w sobie pokazują, czy system jest zorientowany na jakość:

1. Czy zbieramy dane istotne dla oceny jakości i postępowania zgodnie ze obowiązującym standardem klinicznym?
2. Czy raz zaraportowane dane są ponownie wykorzystywane – zestawiane, analizowane, łączone, by wygenerować dodatkową wartość i wiedzę istotną dla oceny jakości?
3. Czy rozwiązania techniczne sprzyjają kompletności i rzetelności raportowania?
4. Czy prawo chroniąc dane osobowe pacjenta sprzyja jednocześnie wtórnemu wykorzystaniu danych na rzecz jakości?

System wspierania jakości będzie tylko tak dobry, jak dobre będą źródła informacji i możliwości ich analizy.

ROLA REGULATORA

Jakość realizuje się oddolnie poprzez relację lekarza i ośrodka z pacjentem, ale kształt systemu i jego priorytety mają wpływ na poziom opieki, jakiej doświadcza pacjent.



Obserwacje z funkcjonowania systemu pokazują, że istnieje co najmniej 9 obszarów, w których regulator powinien podjąć inicjatywę w zakresie jakości w ochronie zdrowia, szczególną uwagę przykładając do kwestii zbudowania bazy informacyjnej:

1. Regulator wyznacza priorytety i ma bezpośredni wpływ na to, czy system wspiera jakość – na przykład poprzez stosowanie kryteriów wyjścia (mierzenie efektywności procesu i efektu), a nie wejścia (wymogi dotyczące zasobów). Kryteria wyjścia wymagają źródła danych analizowanych na bieżąco.
2. Ze względu na efektywność finansowania zdrowia (*value for money*) lepiej jest ustanowić kryteria uwzględniające jakość i koordynację świadczeń niż samo wykonanie świadczenia. Onkologia jest jedną z tych dziedzin medycyny, które dostarczają przekonujących argumentów. Te same elementy ścieżki pacjenta – diagnostyka, poszczególne etapy leczenia przyniosą lepszy finalny efekt, pod warunkiem, że będą skoordynowane. Realizacja tego postulatu nie będzie możliwa bez skutecznego systemu zbierania i analizowania informacji o leczeniu
3. Regulator odpowiada za kształt rozwiązań prawnych umożliwiających (lub utrudniających) wykorzystanie danych na potrzeby analizy jakościowej. Do niedawna powiązanie informacji choćby z dwóch baz: NFZ i Krajowego Rejestru Nowotworów nawet dla Ministerstwa Zdrowia było dużym wyzwaniem. Nie prowadzona jest taka analiza na bieżąco. Nie mogą jej zrealizować niezależni badacze czy ośrodki naukowe.
4. Regulator może kreować reguły dotyczące zbierania i weryfikacji danych; aspekty techniczne bezpośrednio przekładają się na **jakość, kompletność, wiarygodność, dostępność** danych. Potwierdzona ostatecznie niekompletność danych w rejestrze nowotworów wynika w dużej mierze z potrzeby ponownego wprowadzenia informacji na temat pacjenta do karty zgłoszenia nowotworu.
5. Na poziomie centralnym realizowane są projekty informatyzacji w zdrowiu, które dla analizy czynników jakościowych są kluczowe – pod wa-

runkiem, że będą budowane z nastawieniem na zadania związane z monitorowaniem efektywności leczenia

6. Systemy szpitalne są podstawowym źródłem informacji o terapii – konfiguracja i wykorzystanie funkcjonalności zależą w dużej mierze od ośrodka, ale ich kształt jest wprost pochodną systemu. Najbardziej kompletne, ustandaryzowane i generowane w schemacie umożliwiającym analizę są informacje niezbędne do raportowania na potrzeby finansowe. Problemem jest rozproszenie informacji o zastosowanej terapii w różnych systemach, format ich wprowadzania, brak przepływu informacji między systemami, ograniczenia w generowaniu zbiorczych raportów. Priorytety systemu ustanowione na poziomie centralnym wpłynęły na funkcjonalności systemu informatycznego, którym posługują się lekarze i personel medyczny w swojej codziennej pracy. Aktualnie mogą stanowić barierę we wspieraniu jakości.
7. Płatnik dysponuje największą, najbardziej kompletną bazą informacji na temat zastosowanych procedur medycznych w oparciu o system raportowania na potrzeby rozliczeń finansowych,
8. Założenie, że jakość będzie kreowana i wspierana oddolnie jak dotąd działa w bardzo ograniczonym zakresie: nie wykształcił się system wyłaniania i promowania ośrodków doskonałości w oparciu o merytoryczne, zweryfikowane przesłanki; ograniczona jest wymiana dobrych praktyk, nie istnieją źródła informacji umożliwiające porównania i analizy na dużą skalę – dysponuje nimi płatnik
9. Pacjent ma prawo dostępu do informacji na temat jakości opieki oraz świadomego wyboru dokonanego w oparciu o merytoryczne przesłanki. Tego prawa nie może w tej chwili zrealizować. Obecnie system opieki zdrowotnej nie dostarcza lub nie wykorzystuje w odpowiednim stopniu informacji o tym, jak leczony jest pacjent i jakie aspekty jego ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej mają największy wpływ na efekt terapii.

DIAGNOZA W OPARCIU O DANE – JAWNOŚĆ STANDARDU POSTĘPOWA- NIA – AKCEPTACJA ZMIANY

Opisany poniżej teoretyczny schemat działania jest oparty na sprawdzonych metodach poprawy jakości. Stanowi propozycję strategicznego podejścia do tego tematu z poziomu regulatora w momencie, gdy decyduje się przyszły kształt systemu w obszarze wspierania jakości.

• KROK WSTECZ CZYLI DIAGNOZA W OPARCIU O DANE

Przyjmujemy, że z poziomu systemowego o jakości i poziomie realizacji założonych celów, można powiedzieć tylko tyle, ile pokazują dane i tylko w takim stopniu można na nią skutecznie wpłynąć. Dlatego zbudowanie wiarygodnej bazy informacji jest priorytetem na równi z poprawą jakości. Oba procesy są od siebie zależne i toczą się jednocześnie. Punktem ZERO jest diagnoza stanu wyjściowego. Niezależnie od niedoskonałości źródeł danych, w oparciu o istniejące bazy informacji podejmujemy próbę oceny sytuacji wyjściowej. Jednocześnie weryfikujemy same źródła danych.

• JAWNOŚĆ STANDARDU POSTĘPOWANIA

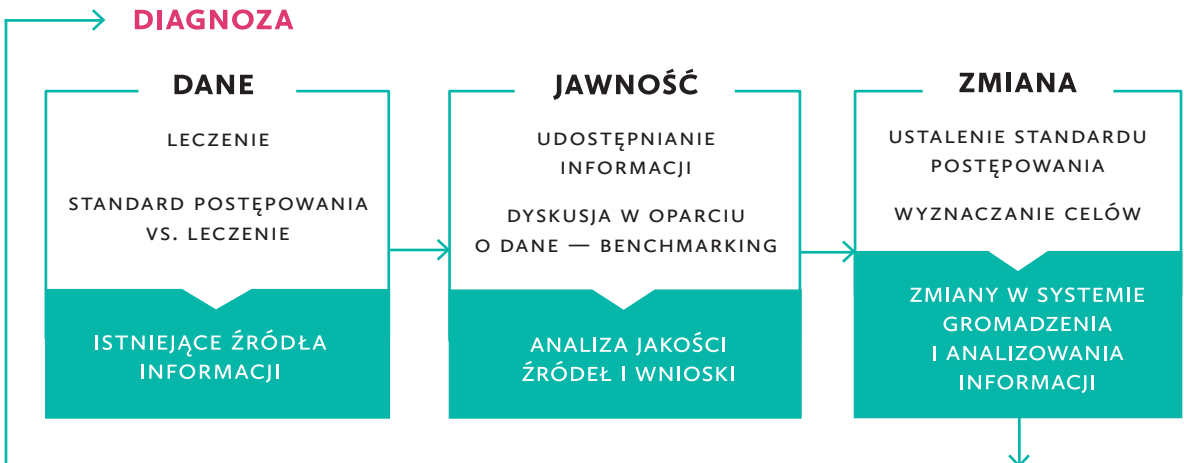
Przedmiotem analizy jest standard postępowania klinicznego i jego adekwatność do potrzeb pacjentów. Efekt diagnozy (na poziomie kraju, ośrodka, oddziału, zespołu medycznego) można:

- odnieść do potwierdzonego medycyną opartą na dowodach modelowego standardu postępowania;
- porównać jednolitość jego stosowania w ramach puli wykonawców danego świadczenia.

Polityka otwartości i jawności standardu postępowania może wesprzeć i przyspieszyć proces zmiany. **Benchmarking, czyli porównanie dokonane w oparciu o jednolite kryteria** to podstawowe narzędzie służące poprawie jakości, działające w oparciu o dane i zasadę przejrzystości. Ma służyć pokazaniu różnic i wzbudzeniu dyskusji o ich przyczynach. Docelowo – doprowadzić do wymiany dobrych praktyk, a w efekcie poprawy i ujednoczenie poziomu opieki.

Z co najmniej kilku powodów, otwartość dyskusji w oparciu o realne dane jest warta upowszechnienia:

1. Są problemy, z którymi radzenie sobie z poziomu



ośrodka jest trudne. Otwarta dyskusja na ten temat w oparciu o udokumentowane fakty powinna być motywatorem do udzielenia wsparcia z poziomu regulatora.

2. Dzielenie się dobrymi praktykami – zarówno w obszarze medycznego standardu postępowania, jak i rozwiązań organizacyjnych. Poprzez jawność praktyk, dobre rozwiązania uzyskują większe szanse wyjścia poza mury pojedynczych ośrodków.
 3. Docenienie wysiłków tych, którzy z korzyścią dla pacjenta zawsze wykraczali poza standard minimalny określony ramami płatnika, czy niedoskonałych przepisów. Pora by centra doskonałości i naturalni liderzy zajęli należne im miejsce.
- Jawność jest również istotna dla prawidłowego ustanowienia celów. Muszą być one realistyczne i zrozumiałe dla uczestników systemu, których dotyczy. Dlatego diagnoza powinna być jawna.
 - Z punktu widzenia regulatora jawność jest także wykonaniem prawa pacjenta do podjęcia decyzji o wyborze terapii w oparciu o obiektywne informacje.
 - Jeśli chodzi o dane: niekompletność informacji, niemożność zbadania istotnych parametrów jakościowych jest wskazówką, co należy udoskonalić w obszarze bazy informacyjnej.

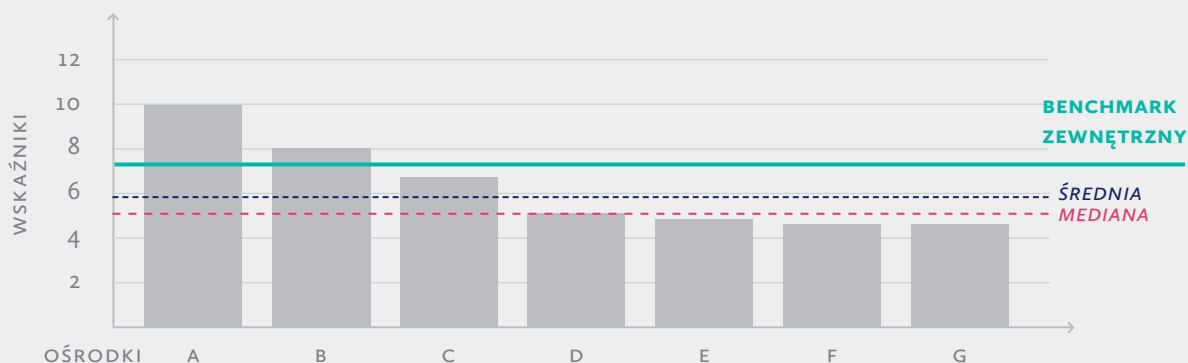
• ZARZĄDZANIE ZMIANĄ JAKO SPOSÓB DZIAŁANIA Z WYBORU

W polskim systemie opieki zdrowotnej dyskusja zaczyna się najczęściej na etapie rozwiązań. Wiele reform zostało wprowadzonych bez diagnozy lub jej ujawnienia – podczas gdy powinny być ich logiczną konsekwencją. Reformy rzadko mają wpisany plan weryfikacji i dostosowania zależnie od osiągniętych rezultatów – przyjmując, że w ogóle są monitorowane.

Z drugiej strony istnieje oczekiwanie gotowych, perfekcyjnie działających rozwiązań i pod takim kątem recenzowane są reformy. Korekta traktowana jest jak porażka i przyznanie się do błędu projektodawcy. Tymczasem nie istnieją w praktyce procesy, które nie podlegają same z siebie zmianom. W systemie wspierającym jakość korekta nie jest porażką, tylko możliwością doskonalenia w zmieniających się warunkach.

Po pierwsze proces doskonalenia sam w sobie zakłada zmianę. Po drugie – jeśli system wspierania jakości ma wejść na pole medycyny i standardów postępowania klinicznego, musi uwzględniać, że jest to obszar, który podlega zmianom w miarę rozwoju nauki. Nie może i nie powinien hamować innowacji, co oznacza, że w uzasadnionych przypadkach musi dopuszczać wyjście poza standard. Z tego samego powodu powinien równolegle zakładać jawność zastosowanego postępowania oraz cykliczną weryfikację standardu opisanego jako powszechnie obowiązujący.

BENCHMARKING — PRZYKŁAD TEORETYCZNY



W ten sposób będzie sprzyjał wymianie wiedzy i postępowi w nauce.

W praktyce oznacza to, że podejście do jakości w medycynie musi być elastyczne i właściwie od samego początku zakładać zmiany i zaplanować weryfikację. Kryteria, wytyczne, wskaźniki, narzędzia będą się zmieniać i doskonalić. I nie jest to błąd założeń czy wykonania, ale dowód zrozumienia systemu jakości.

W przypadku systemu wspierania jakości zmiana, to:

- sposób działania z wyboru, wynikający z cyklu doskonalenia, który zakłada powtarzalność: diagnozy, poszukiwania rozwiązań, analizy wykonania, oceny skutków;
- uznanie niedoskonałości jako punktu wyjścia do poszukiwania rozwiązań, których adekwatność potwierdzana jest w działaniu i korygowana w miarę potrzeb;
- niezbędny element systemu rozwoju w medycynie – dziedzinie, w której stale pojawiają się nowe rozwiązania.

Schemat cyklicznej pracy nad jakością ma zastosowanie zarówno na poziomie systemu, jak i pojedynczej organizacji. Przykładem jego działania w praktyce, na poziomie pojedynczego ośrodka są przypadki BCO i WIM opisane w dalszej części opracowania. Przedstawiona w CZĘŚCI 3 analiza danych to próba dokonania diagnozy w punkcie ZERO stosowanego standardu opieki – w tym wypadk zrealizowana pod kątem skoordynowanej opieki w raku piersi. Punkt odniesienia stanowią wytyczne programu akredytacji dla wielospecjalistycznych ośrodków senologicznych (breast units) Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego (SIS). Wnioski w obszarze jakości źródeł danych, z których część dotyczy rozwiązań na poziomie całego systemu, zostały przedstawione w CZĘŚCI 4.

CZĘŚĆ 2:

KONCEPCJA BREAST UNITS.

WYTYCZNE DO AKREDYTACJI MIĘDZYNARODOWEGO TOWARZYSTWA SENOLOGICZNEGO (SIS)

All women across the world should have access to fully equipped, quality assured, dedicated breast centers/units, that provide competent and comprehensive care.

2nd International Congress of Breast Disease Centres –
Paris, February 2012

Approved by the Chairmen of:

ISS/SIS (International School of Senology of the Senologic
International Society)

NAPBC (National Accreditation Program of Breast centers, USA)

EUSOMA (European Society of Breast Specialists)

WIZJA

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.

Taką deklarację złożyli wspólnie szefowie trzech, współpracujących ze sobą międzynarodowych organizacji zajmujących się chorobami piersi. SIS, EUSOMA i NAPBC tworzą rekomendacje i wytyczne będące podstawą dla programów akredytacyjnych dla *breast units*. Paryska deklaracja z 2012 roku była kolejnym etapem w długiej historii starań o zapewnienie dostępu do wysokiej jakości opieki kobietom chorującym na raka piersi. Momentami przełomowymi na tej drodze były: publikacja przez EUSOMA minimalnych wskaźników jakościowych dla *breast units* oraz dwie rezolucje Parlamentu Europejskiego wzywające kraje członkowskie do zapewnienia kobietom skoordynowanej opieki w procesie diagnostyki i leczenia raka piersi. Tekst rezolucji opiera się na ustaleniach EUSOMA – to w istocie apel o wsparcie zmian prawnych i organizacyjnych, które wynikają z ustaleń naukowych potwierdzających, że opieka zapewniana przez wyspecjalizowane jednostki przynosi lepsze rezultaty. To również poruszające stanowisko podkreślające prawo pacjentów do równego, jednakowo wysokiego poziomu opieki zwiększającego szanse na wyzdrowienie.

Sama koncepcja *breast units* czyli wielodyscyplinarnych ośrodków senologicznych wyrosła z obserwacji ogromnych różnic w sposobie prowadzenia terapii raka piersi. W Stanach Zjednoczonych jeszcze w 2007 roku obserwowano 50% odchylenia od średniej w odsetku wykonywanych mastektomii pomiędzy poszczególnymi stanami. Tamtejszy krajowy program akredytacyjny (NAPBC) zaczął działać w 2005 roku, a powodem jego stworzenia były między innymi dysproporcje między wymaganym standardem opieki a rzeczywistymi sposobami postępowania.

W krajach rozwiniętych, które aktywnie realizują własną strategię walki z rakiem (*cancer*

plan), istnieją wewnętrzne systemy akredytacji i kontroli jednostek typu *breast unit*. Wspierają je zespoły specjalistów odpowiedzialnych za analizy, audyty w ośrodkach oraz publiczne raportowanie wyników (m.in. Niemcy, Dania, Kanada).

KONCEPCJA

Systemy akredytacji oparte o wymogi minimalne i wskaźniki jakości mają pomóc w osiągnięciu powszechności i jednolitości opieki. Wytyczne EUSOMA, NAPBC i SIS są zbieżne i oparte na podobnej koncepcji.

W związku z tym kryteria i wskaźniki jakościowe wynikają ze:

- zgodności ze standardem postępowania klinicznego,
- doświadczenia specjalistów,
- eliminacji opóźnień.

Breast unit powinien działać niezależnie, zatrudniać specjalistów, którzy znaczącą część swojego czasu poświęcają pacjentkom diagnozowanym i leczonym pod kątem raka piersi.

Kluczowa jest kompleksowość i koordynacja opieki. Proces diagnostyczno-leczniczy powinien przebiegać w oparciu o aktualne protokoły. Podstawą do oceny utrzymywania odpowiedniego poziomu opieki są dane, które ośrodek powinien w tym celu gromadzić, analizować i wykorzystywać do poprawy swoich wyników.

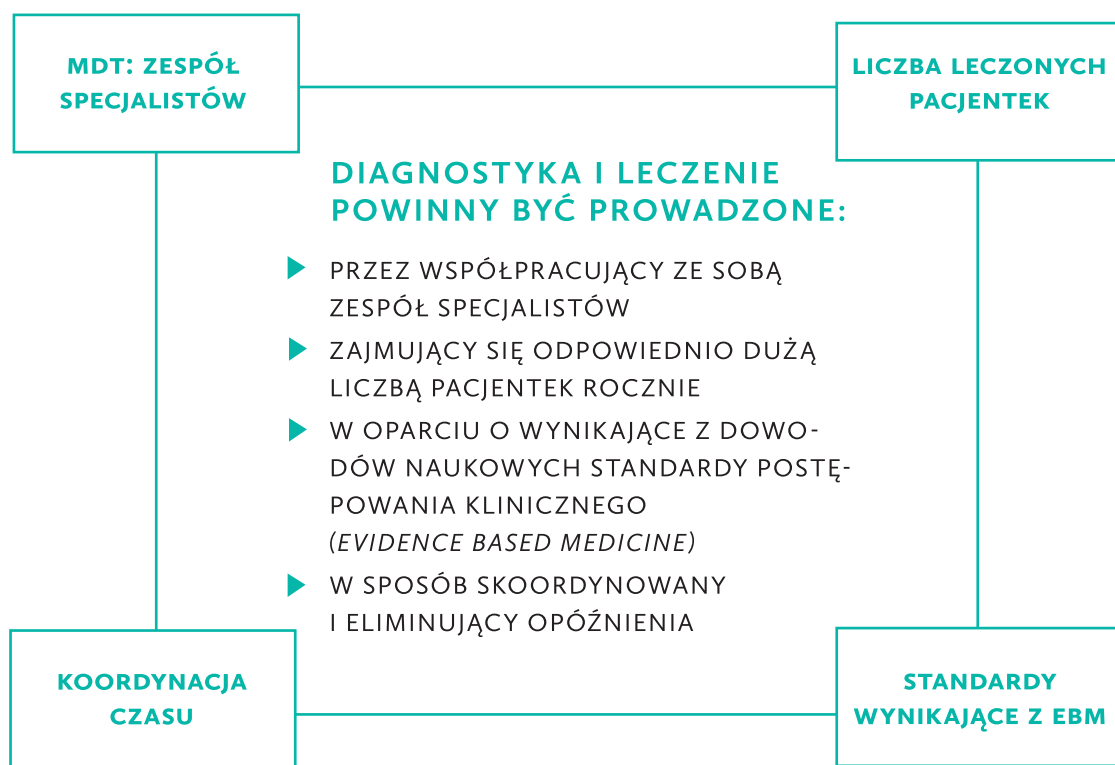
System raportowania do akredytacji i dalszego monitorowania zbudowany jest w oparciu o wskaźniki jakości dla całego, skoordynowanego procesu diagnostyki i leczenia pacjentek. Wskaźniki lokalizują kluczowe punkty w procesie i mają pomóc w kontroli jakości.

Akredytacja przyznawana jest na 5 lat. Ośrodek zobowiązuje się do utrzymywania poziomu opieki oraz corocznego raportowania wskaźników jakości.

W wytycznych do programu akredytacyjnego dla ośrodków senologicznych SIS szczególnie ważne i interesujące są:

- Wysoka ranga zespołów wielospecjalistycznych (konsylium; MDT – *multidisciplinary team*) w procesie diagnozy i planowania leczenia, która pod-

KONCEPCJA BREAST UNITS



kreśla znaczenie kultury współpracy stojącej u podstaw koncepcji *breast units*. Posiedzenia MDT powinny odbywać się regularnie i z udziałem pacjentki. Leczenie dla właściwie wszystkich pacjentek (90%) powinno być planowane przez MDT. W trakcie wizyty w ośrodku Komisja Akredytacyjna bierze udział w posiedzeniu MDT.

- Konieczność działania w oparciu o aktualne protokoły diagnostyczne, lecznicze i monitorowania; SIS nie precyzuje oczekiwań co do zawartości protokołów postępowania, w niezbędnym zakresie standardy zawarte są we wskaźnikach jakości, które powinny być uwzględnione – protokoły muszą jednak być uzasadnione, wynikać z medycyny opartej na dowodach, spisane i realnie stosowane w ośrodku.
- Oczekiwanie, by specjaliści stale podnosili swoje kompetencje i brali udział w szkoleniach – w tym w szkoleniach z komunikacji uważanej

za podstawę współpracy zespołowej i dobrego kontaktu z pacjentką. Szkolenie powinno być potwierdzone certyfikatem.

- Brak wymogu, aby *breast unit* samodzielnie realizował wszystkie świadczenia w ramach ścieżki pacjentki – ośrodek ma zapewnić do nich dostęp, koordynację, uwzględniać je w protokołach postępowania, ale niekoniecznie posiadać je „pod jednym dachem”. Również EUSOMA podkreśla, że *breast unit* to „zintegrowana grupa specjalistów w dziedzinie raka piersi pracujących razem w ramach MDT, mająca dostęp do wszelkich zasobów niezbędnych, by zapewnić wysokiej jakości opiekę w toku całej ścieżki pacjenta. Grupa ta nie musi być zorganizowana w ramach pojedynczego podmiotu, ponieważ *breast centre* może powstać na bazie świadczeń i specjalistów z więcej niż jednego szpitala zlokalizowanych na tym samym obszarze geogra-

ficznym umożliwiającym wielospecjalistyczną współpracę i gwarancję dostępu do wszystkich niezbędnych usług”.

- Minimalne wymogi sprzętowe – ośrodek nie musi ich posiadać – ma wykazać do nich dostęp, a przede wszystkim ich użycie zgodnie z potrzebami klinicznymi.
- Znaczenie danych jako narzędzia umożliwiającego rozwój i poprawę jakości.
- Część wskaźników ma charakter rekomendacji, nie są one niezbędne do otrzymania akredytacji. SIS oczekuje ich realizacji w średnim okresie. Podkreśla jednak potrzebę wprowadzenia ich na listę wskaźników monitorowanych.

Takie podejście do wskaźników pokazuje filozofię stojącą za *breast units*: dane mają funkcję służebną i wspierającą. Wskaźniki to w większym stopniu narzędzie monitoringu niż kontroli. Pomiar i pokazanie pozytywnego trendu jest potwierdzeniem, że ośrodek świadomie używa wytycznych akredytacyjnych do poprawy jakości opieki.

Badania porównawcze pokazały, że prowadzenie opieki z udziałem MDT czy przy zaangażowaniu dedykowanych specjalistów z odpowiednim doświadczeniem, skutkuje lepszymi wynikami przeżywalności. Wykazano również, że użycie wskaźników jakości, regularne wewnętrzne i zewnętrzne audyty działalności *breast units* oraz *benchmarking* wspierają poprawę jakości. Nauka ugruntowuje więc i potwierdza założenia stojące za *breast units*.

PACJENTKA W BREAST UNITS – STANDARDY I WSKAŹNIKI

Wyspecjalizowany ośrodek senologiczny sprawuje pieczę nad zdrowiem kobiet z regionu, dba o prewencję, profilaktykę, badania przesiewowe, edukację. Pacjentki prowadzi przez cały proces diagnostyczno-leczniczy zapewniając im dostęp do niezbędnych świadczeń realizowanych przez doświadczonych specjalistów, ale też udziela im wsparcia, zapewnia kontrolę i śledzi ich losy po zakończeniu leczenia.

Ścieżka pacjentki diagnozowanej pod kątem raka piersi jest złożona i wieloetapowa. Koordynacja sprzyja skróceniu czasu, gwarantuje kompletność

i właściwą sekwencję zdarzeń – oraz ogranicza zjawiska takie jak powtarzanie badań generujące nieefektywność finansową i opóźnienia.

OŚRODEK

Każdy ośrodek senologiczny powinien objąć opieką około **500 tysięcy** mieszkańców i leczyć minimum **150** pacjentek z rozpoznanym rakiem piersi rocznie. Minimalna liczba rozpoznań ma zapewnić odpowiednie doświadczenie zespołu.

Ośrodek musi posiadać opracowane i skodyfikowane algorytmy postępowania klinicznego: diagnostycznego, leczniczego i monitorowania. Standardy powinny być zgodne z wytycznymi *evidence based medicine* (EBM) dla diagnostyki i terapii raka piersi oraz wskazywać na monitorowanie wskaźników jakości wymaganych przez jednostkę akredytującą. Standardy i wytyczne powinny być dostępne dla wszystkich specjalistów.

Breast unit powinien być jednostką autonomiczną zatrudniającą specjalistów ze wszystkich dziedzin diagnostyki i leczenia. Na jej czele stoi kierownik, koordynator lub lider. Za prowadzenie bazy danych gromadzącej informacje o rozpoznaniach, leczeniu i wskaźnikach z minimum ostatnich 3 lat odpowiada dedykowana osoba (case manager), której zadaniem jest również reagowanie na opóźnienia i odchylenia od normy.

Ośrodek powinien realizować programy prewencji pierwotnej, wczesnego rozpoznawania, edukacji i promocji zdrowia piersi.

PORADNIA I DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

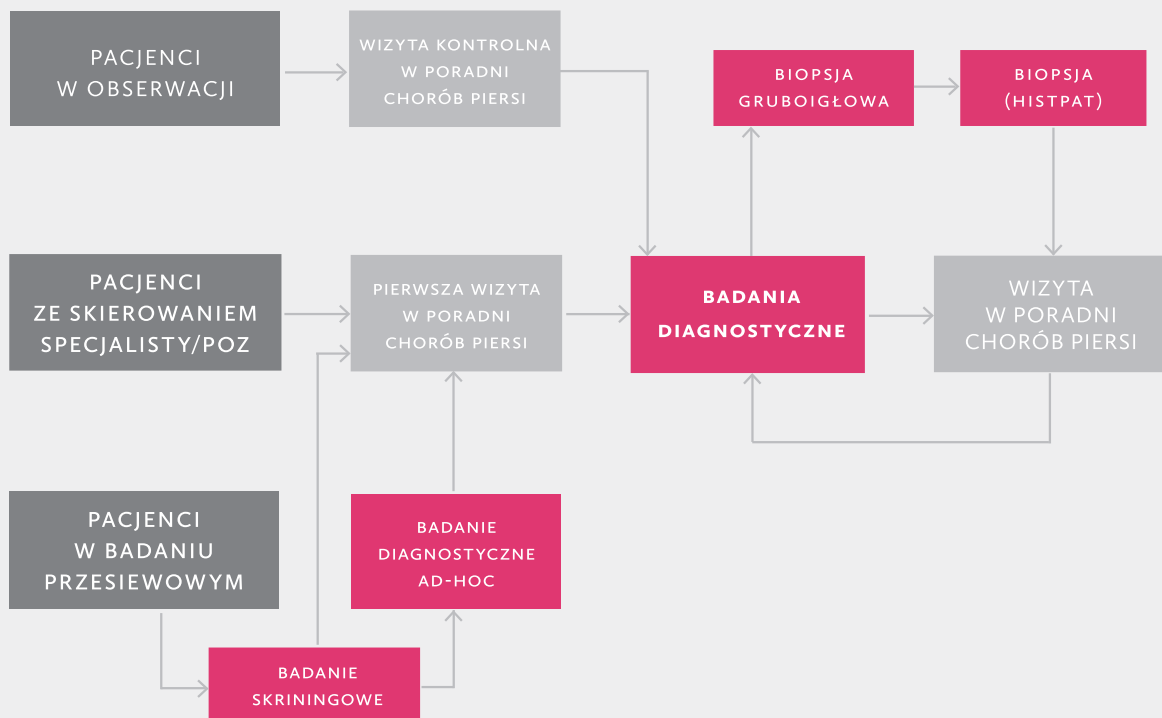
Pierwszy kontakt z *breast unit* pacjentka nawiązuje przez poradnię chorób piersi lub badanie przesiewowe realizowane w ośrodku. Preferowane jest powołanie dedykowanej poradni dla pacjentek podejrzeniem i rozpoznaniem raka piersi.

Czas oczekiwania na konsultację powinien być maksymalnie kilkudniowy, szczególnie dla pacjentek objawowych.

1. PORADNIA

Statystyki przyjęć pacjentek:

1. PORADNIA



2. DIAGNOSTYKA

- Pierwszorazowych
- W obserwacji

W podziale na zmiany:

- Łagodne
- Złośliwe

Maksymalne czasy oczekiwania:

- Pierwsza wizyta dla podejrzenia zmiany łagodnej w czasie poniżej 10 dni
- Pierwsza wizyta dla podejrzenia raka w czasie poniżej 5 dni

Breast unit zapewnia dostęp do wszystkich metod diagnostycznych – w tym mammografii i biopsji wykonywanych pod kontrolą różnych technik obrazowania. Preferowana jest biopsja gruboigłowa. Powtórzenia badań powinny być rzadkością i wymagają specjalnych procedur kontrolnych. Pracownia mammografii wykonuje kilka tysięcy badań rocznie. Pacjentka objawowa powinna otrzymać wynik w przeciągu 5 dni. Szczególna waga przykładana jest do pracy techników radiologicznych odpowiadających za jakość badania.

Badania obrazowe z biopsją powinny zamknąć się w 2 tygodniach. Wymogi dotyczące czasów oczekiwania według SIS są dość surowe dla wszystkich badań diagnostycznych. Zakładają czas niezbędny na wykonanie badań i ich opracowanie z niewielkim marginesem. Akredytacja wymaga więc dużej kultury organizacyjnej i sprawności zarządczej od ośrodków.

2. DIAGNOSTYKA

2.1 DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Pracownia diagnostyki obrazowej:

- co najmniej 2000 mammogramów rocznie
- monitoring danych i wyników mammogramów i biopsji
- dopuszczalne powtórzenie badania MMG ze względu na jakość – do 3% badań

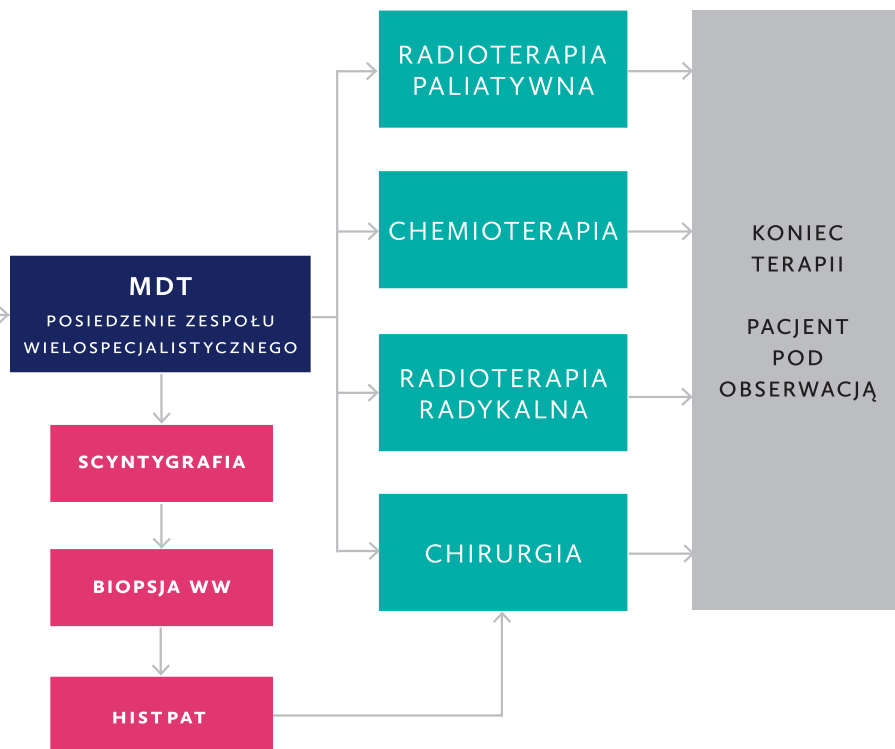
Maksymalne czasy oczekiwania:

- przekazanie pacjentce wyniku mammografii w czasie krótszym niż 5 dni
- Zdiagnozowanie 90% objawowych pacjentek w ciągu 2 tygodni (rozpoznanie histologiczne)

3. MDT

4. LECZENIE

5. OBSERWACJA



PATOMORFOLOGIA

Decyzje o stosowaniu konkretnej terapii zależą od stopnia zaawansowania choroby i biologii raka. Postawienie diagnozy i zaplanowanie leczenia wymaga bardzo precyzyjnej i szczegółowej informacji z badania histopatologicznego, dlatego kompletność i terminowość realizacji badania stoi wysoko na liście priorytetów akredytacji SIS. Ze względu na złożoność i obszerność informacji, zalecane jest użycie wystandaryzowanych formularzy. SIS podobnie jak Polskie Towarzystwo Patologów zaleca szablony oparte na protokole *College of American Pathologists (CAP)*. Szczegółowe wytyczne ujęte we wskaźnikach mówią między innymi o konieczności oceny marginesów.

SIS wymaga szybkiego przekazania informacji o rozpoznaniu po biopsji. Dlatego też raport z badania po biopsji powinien zostać przygotowany w 5 dni. Natomiast z badania materiału pooperacyjnego – do 10 dni.

Czasy oczekiwania na wyniki na etapie całej diagnostyki są krótkie – uwzględniają niezbędne

czynności, których nie można przyspieszyć ze względów technologicznych. Akredytacja zakłada więc, że opóźnienia wynikające z przepływu informacji i koordynacji kolejnych etapów będą minimalne.

Wraz z rozpoznaniem pojawia się wątek odpowiedniego kodowania przy opisie zdiagnozowanych przypadków raka. Standardem powinno być użycie klasyfikacji TNM zgodnej z zaleceniami UICC (*Union for International Cancer Control*), czyli jednolitego, powszechnie stosowanego systemu oceny zaawansowania choroby.

2.2 PATOMORFOLOGIA

- Szczegółowość i kompletność opisu zgodnie z bieżącymi wymogami
- Użycie szablonu zapewniającego przekazanie kompletnej i ustrukturyzowanej informacji – zalecany szablon CAP
- Histologiczna ocena marginesów w 100% przypadków
- Użycie klasyfikacji UICC (TNM) do oceny stopnia

zaawansowania

Maksymalne czasy oczekiwania:

- Wynik badania histopatologicznego po biopsji – do 5 dni, by umożliwić przekazanie badania w tym terminie
- Wynik badania materiału pooperacyjnego opisany w mniej niż 10 dni.

DIAGNOZA I PLANOWANIE LECZENIA

Kluczowym momentem jest przekazanie informacji o diagnozie. SIS zaleca, by zawsze odbyło się to w rozmowie bezpośredniej z pacjentką. W przypadku rozpoznania nowotworu, kolejnym etapem jest planowanie leczenia przez wielospecjalistyczny zespół.

Zespół wielospecjalistyczny planuje i realizuje kompleksową i skoordynowaną opiekę na wszystkich etapach choroby. W skład zespołu wchodzi najczęściej: radiolog, patomorfolog, chirurg onkolog, chirurg plastyk, onkolog kliniczny, radio-terapeuta i wykwalifikowana pielęgniarka. Zespół specjalistów podczas regularnych cotygodniowych spotkań omawia wyniki badań obrazowych i opcje terapeutyczne dla co najmniej 90% pacjentek leczonych w ośrodku. Zaleca się, by pacjentka brała udział w takim posiedzeniu.

3. ZESPÓŁ WIELOSPECJALISTYCZNY (MDT) – PLANOWANIE LECZENIA

- Planowanie leczenia przez zespół wielospecjalistyczny dla 90% pacjentek, rekomendowana jest obecność pacjentki
- Regularność spotkań – min. 1 raz w tygodniu
- Ocena przed i po leczeniu dokonana przez zespół

LECZENIE

W leczeniu raka piersi istnieje wiele modeli terapeutycznych możliwych do zastosowania i co roku są one uzupełniane o nowe, innowacyjne technologie prowadzące do wyleczenia lub coraz skuteczniej poprawiające jakość i wydłużające życie chorych. Najczęściej jest to leczenie skojarzone: chirurgia, radioterapia i terapia systemowa. Zgodnie z wymaganiem SIS 80% pacjentek z lokalnie zaawansowanym rakiem piersi powinno być poddanych leczeniu skojarzonemu. Podstawową metodą lecze-

nia w przypadku nowotworu lokalnie zaawansowanego jest chirurgia. W przypadku zabiegu oszczędzającego niemal zawsze powinna jej towarzyszyć radioterapia, co potwierdzone jest odpowiednim wskaźnikiem jakości. Trzecią metodą jest leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia). W przypadku guzów o dużym rozmiarze leczenie rozpoczyna się od chemioterapii (leczenie neoadjuwantowe). Zabiegi chirurgiczne powinny być poprzedzone diagnostyką węzła wartownika. Rodzaj terapii i kombinacja metod uwarunkowana jest przede wszystkim zaawansowaniem choroby nowotworowej oraz innymi czynnikami rokowniczymi i preferencją pacjentki. Określenie stopnia zaawansowania jest kluczowe do wyboru terapii i jest jedną z podstawowych informacji, która powinna być gromadzona i dostępna w postaci opisu z użyciem klasyfikacji TNM w bazie danych *breast unit*.

• CHIRURGIA

Postępowanie chirurgiczne w raku piersi zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania choroby. Stosowane warianty to zabieg amputacji piersi (mastektomia) oraz operacja oszczędzająca, w której najkorzystniejszą dla pacjentki opcją jest wybór techniki polegającej na usunięciu guza z odpowiednim marginesem zdrowych tkanek.

Jeśli stopień zaawansowania, czynniki prognostyczne i rozmiar guza na to pozwalają operacją z wyboru powinien być zabieg oszczędzający. Stosunek operacji oszczędzających i mastektomii przy niskim zaawansowaniu choroby jest jednym z podstawowych mierników jakości w ośrodkach onkologicznych. Wskazaniem do zabiegu mastektomii jest duży rozmiar guza, wysokie ryzyko nawrotu choroby lub preferencje pacjentki.

W ponad 90% przypadków rozpoznanie histopatologiczne powinno być znane przed zabiegiem chirurgicznym. Takie postępowanie pozwala na zmniejszenie liczby niepotrzebnych zabiegów chirurgicznych, jak również na lepszą koordynację całego procesu leczenia i omówienie go z pacjentką. Pacjentki z potwierdzonym rozpoznaniem nowotworu piersi powinny być poddane tylko jednemu zabiegowi chirurgicznemu.

Pacjentka powinna zostać poinformowana o moż-

liwości rekonstrukcji piersi w trakcie lub po zabiegu chirurgicznym.

4. LECZENIE: PODSUMOWANIE

- 80% – leczenie skojarzone w przypadku pacjentek z lokalnie zaawansowanym rakiem piersi
- ocena protokołów postępowania klinicznego
- **2 tygodnie dla 90%** – od diagnozy do zabiegu (pierwszego leczenia)

4.1 CHIRURGIA

Operacja oszczędzająca vs. mastektomia:

- 65% – optymalny wskaźnik leczenia oszczędzającego dla pacjentek z niskim zaawansowaniem choroby – przy dostępności do radioterapii i chirurgii rekonstrukcyjnej.
- 70–80% – optymalny wskaźnik leczenia oszczędzającego dla pacjentek z niskim
- zaawansowaniem choroby – przy dostępności do wszystkich metod terapeutycznych.

POWTÓRZENIA:

- 90% – maksymalnie jedna operacja w celu usunięcia guza pierwotnego.

PROCEDURA SCYNTYGRAFICZNEJ OCENY WĘZŁA WARTOWNIKA (SLNB):

- 85% – odsetek chorych z rozpoznaniem inwazyjnego raka piersi, u których usunięto węzły chłonne dołu pachowego i wykonano badanie patologiczne (co najmniej 10 węzłów)
- <5% Odsetek niewykrywalności węzła chłonnego wartowniczego
- w 90% przypadków pobranie min. 10 węzłów przy limfadenektomii
- Wynik histopatologiczny znany przed zabiegiem w 90% przypadków (odpowiednio: liczba biopsji chirurgicznych poniżej 10%)

• RADIOTERAPIA

Pacjentki z rozpoznaniem raka piersi, u których zastosowano chirurgię oszczędzającą, powinny być leczone uzupełniająco radioterapią. Zapewnienie dostępu do radioterapii jest warunkiem wyboru chirurgii oszczędzającej. W określonych sytuacjach radioterapię stosuje się u pacjentek po zabiegu mastektomii oraz u pacjentek w terapii paliatywnej. Schematy terapii powinny być zgodne z EBM. Istnieje możliwość ich oceny na bazie informacji

z systemów weryfikacji i zarządzania (R&V) gromadzących dane o zastosowanym leczeniu.

Wytyczne akredytacji określają również minimalne wymogi sprzętowe w radioterapii. Ich dostępność ma zapewnić ciągłość terapii i możliwość planowania leczenia zgodnie z aktualnymi wytycznymi. Wymogi mają charakter minimalny: pracownia radioterapii powinna być wyposażona w minimum 2 akceleratory, system tomografii komputerowej i symulacji oraz system planowania komputerowego.

4.2 RADIOTERAPIA: PODSUMOWANIE

- 90% – odsetek pacjentek po operacji oszczędzającej poddanych radioterapii uzupełniającej

Wyposażenie:

- minimum 2 akceleratory
- system tomografii komputerowej i symulacji
- system planowania komputerowego

• LECZENIE SYSTEMOWE

Oceni komisji akredytacyjnej podlegają przede wszystkim protokoły postępowania klinicznego dla chemioterapii i hormonoterapii, które muszą być aktualizowane zgodnie z zaleceniami krajowymi i międzynarodowymi (EBM). W przypadku leczenia systemowego ustanowiono również wskaźnik mówiący o możliwości włączenia min 10% pacjentek do badań klinicznych.

4.3 LECZENIE SYSTEMOWE

Ocena protokołów postępowania dla chemioterapii i hormonoterapii – aktualizowane zgodnie z zaleceniami krajowymi i międzynarodowymi (EBM)

Inne: 10% pacjentek – możliwość włączenia do badań klinicznych.

WSPARCIE

Oprócz diagnostyki i leczenia, *breast unit* powinien zapewnić pacjentkom dostęp do **poradnictwa genetycznego** oraz świadczeń wspierających powrót do sprawności i jakości życia:

• REHABILITACJA

Zakres podstawowych świadczeń z zakresu rehabilitacji obejmuje: zwiększenie zakresu ruchu,

utrzymanie prawidłowej siły mięśniowej, zapobieganie zastojowi chłonki, poprawienie warunków oddychania, korygowanie zmian w zaburzonej postawie i statyce. Terapia powinna być dostępna dla wszystkich pacjentek bezpośrednio po leczeniu, głównie chirurgicznym.

• PSYCHOONKOLOGIA

Włączenie pomocy psychologicznej powinno być możliwe na każdym etapie leczenia onkologicznego dla pacjentki i jej bliskich. Rekomendowane są formularze do oceny stanu psychicznego pacjentki. Ocenie podlega dostępność do terapii indywidualnej i grupowej.

• PROGRAM ZACHOWANIA PŁODNOŚCI

Kobiety poniżej 35 roku życia z nowotworem piersi z ryzykiem utraty płodności w następstwie leczenia powinny być kwalifikowane do programu zachowania płodności. Podobnie jak kobiety z dobrym rokowaniem co do przeżycia wyrażające chęć posiadania potomstwa w przyszłości.

PROTOKOŁY POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO

Procedury te powinny:

- zawierać wszystkie elementy związane ze ścieżką pacjentki diagnozowanej i leczonej pod kątem raka piersi – w tym schematy postępowania klinicznego zgodne z medycyną opartą na dowodach oraz ruch chorych
- uwzględniać wymagania i świadczenia opisane w programie akredytacji w tym monitorowanie wskaźników jakościowych
- pokazywać tryb postępowania w przypadku świadczeń, które nie są realizowane przez Ośrodek. Nie ma takiego wymogu, aby Ośrodek realizował wszystkie świadczenia w ramach swoich zasobów. Powinien jednak mieć ustalony sposób postępowania i nawiązaną współpracę z innymi placówkami, które taką opiekę mogą pacjentkom zapewnić.

KOMPETENCJE SPECJALISTÓW: PODSUMOWANIE

Ocenie podlegają kwalifikacje i doświadczenie

specjalistów wchodzących w skład zespołu **BU**. Mierzone są one przede wszystkim liczbą wykonywanych rocznie procedur oraz czasem poświęcanym przez specjalistę na leczenie pacjentek z rozpoznaniem raka piersi.

- Zespół podstawowy zajmujący się rozpoznaniem i leczeniem raka piersi obejmuje: **chirurga, radiologa, patologa, onkologa klinicznego i radioterapeutę**.
- W posiedzeniach zespołu wielodyscyplinarnego uczestniczą zwyczajowo również: **chirurg plastyk i pielęgniarka**. **SIS** zaleca, by w posiedzeniach brał udział również technik radiolog
- **Pielęgniarka onkologiczna** pełni szczególną rolę – jest stałym członkiem zespołu, wykwalifikowanym pracownikiem ośrodka pełniącym funkcję koordynatora, doradcy i przewodnika dla pacjentki.
- Zespół podstawowy powinien mieć możliwość współpracy ze specjalistami: **genetykiem klinicznym, psychoonkologiem, specjalistą medycyny paliatywnej, rehabilitantem, ginekologiem**. Wsparcie zapewniają koordynatorzy i pielęgniarki onkologiczne.
- Wymagane jest, aby specjaliści aktywnie uczestniczyli w kształceniu medycznym oraz prowadzili działalność naukową w tym obszarze. Zespół musi również uczestniczyć w okresowych kursach w zakresie komunikacji z pacjentem onkologicznym i poradnictwa.
- Na potrzeby akredytacji potrzebne jest stworzenie szczegółowej listy wszystkich specjalistów zaangażowanych w pracę *breast unit* ze wskazaniem ich doświadczenia, działalności naukowej, danych dotyczących liczby realizowanych rocznie zabiegów w odniesieniu do wskaźników **SIS**. Na każdym etapie podkreślana jest waga współpracy i komunikacji w zespole oraz z pacjentem.

OBSERWACJA PO LECZENIU I EFEKTYWNOŚĆ

Breast unit zapewnia pacjentkom również opiekę po zakończeniu leczenia. Wszystkie kobiety leczone chirurgicznie z powodu raka piersi powinny być badane co najmniej raz na rok Ośrodek powi-

nien również prowadzić dla wszystkich pacjentek statystyki dotyczące nawrotów i przeżywalności 5 – i 10-letniej.

OBSERWACJA PO LECZENIU:

- Minimum 1 raz na rok – kontrola wszystkich pacjentek leczonych chirurgicznie
- Statystyki przeżywalności całkowitej i okresu bez objawów po 5 i 10 latach we wszystkich przypadkach

Wskaźniki:

- <5% dla IDC (rak wewnątrzprzewodowy) i <10% dla CIS (rak przedinwazyjny) – częstość nawrotów miejscowych **po leczeniu oszczędzającym po 5 latach**
- < 5% – częstość nawrotów miejscowych **po mastektomii po 5 latach**
- <5% – częstość nawrotów w dole pachowym po limfadenektomii pachowej **przy N+** (przerzuty do węzłów chłonnych)
- <3% – częstość nawrotów w dole pachowym po limfadenektomii pachowej **przy NO** (węzły chłonne bez przerzutów).

DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWO-BADAWCZA

Akredytowany ośrodek kompleksowego leczenia pacjentek z rozpoznaniem raka piersi powinien wykazać się aktywnością naukowo-badawczą z tego obszaru. Należy opisać działalność Ośrodka w tym zakresie, przedstawić wykaz publikacji i badań.

BREAST UNITS W POLSCE

Jako pierwsze w Polsce akredytację otrzymało Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w 2014 roku. W kolejnym roku – *breast unit* działający w Świętokrzyskim Centrum Onkologii. W 2016 roku Szpital Uniwersytecki w Krakowie. W lipcu 2017 nadeszła wiadomość o akredytacji dla ośrodka w Bydgoszczy.

Jak dotąd są to jedyne ośrodki, które udokumentowały i potwierdziły akredytacją prowadzenie skoordynowanej opieki nad pacjentkami z rozpoznaniem raka piersi. Zważywszy na skalę potrzeb, wydaje się to niewiele.

Przyjmując, że jeden *breast unit* powinien przypadać na 500 tysięcy mieszkańców, w Polsce powinno funkcjonować około 76 takich ośrodków.

Jak wiele innych krajów europejskich Polska nie zdołała wprowadzić w życie rezolucji Parlamentu Europejskiego rekomendującej, by do 2016 roku opieka nad pacjentkami z podejrzeniem i rozpoznaniem raka piersi odbywała się w oparciu o sieć wyspecjalizowanych ośrodków koordynujących proces diagnostyki i leczenia. Co roku na tę chorobę zapada w Polsce ponad 20 tysięcy kobiet. Jakość leczenia ma bezpośrednie przełożenie na długość i komfort życia. Jest to temat aktualny, ważny społecznie i dobrze ilustruje problem jakości w zdrowiu.

Źródła (wybrane):

- „Program akredytacyjny dla ośrodków senologicznych (APBC)” Senologic International Society; źródło: rakpiersi.org.pl/getfile.php?id=60 (wersja polska); www.sisbreast.org

org/wp-content/uploads/2014/10/SIS-SCHOOL-BREAST-CENTERS-ACCREDITATION-PROGRAM-I.pdf (wersja angielska)

ZESPÓŁ PODSTAWOWY

• CHIRURG	<ul style="list-style-type: none"> — doświadczony specjalista; przeprowadza minimum 50 zabiegów rocznie — dyżur w poradni minimum 1 raz w tygodniu — chirurg wykonujący procedurę scyntygraficznej oceny węzła wartownika (SLNB) – przeszkolony i poddawany ocenie — aktywne uczestnictwo w szkoleniach i pracach badawczych
• RADIOTERAPEUTA	— minimum 30% stanowią pacjentki z rozpoznaniem raka piersi
• ONKOLOG KLINICZNY	— poświęca minimum 40% czasu pracy na leczenie pacjentek z rozpoznaniem raka piersi
• RADIOLOG	— ocenia ok. 1000 mammogramów rocznie (lub 5000 mammogramów rocznie, jeśli działa w ramach programów przesiewowych)
• PATOLOG	— opisuje minimum 150 badań z rozpoznaniem raka piersi rocznie
TECHNIK RADIOLOG	— wykonuje co najmniej 20 mammografii tygodniowo
PIELĘGNIARKA ONKOLOGICZNA	
CHIRURG PLASTYK	

GENETYK KLINICZNY
 PSYCHOONKOLOG
 SPECJALISTA MEDYCYNY PALIATYWNEJ
 REHABILITANT
 GINEKOLOG
 KOORDYNATORZY

KIEROWNIK JEDNOSTKI

CASE MANAGER

BREAST UNIT

STRUKTURA

- **AKTUALNE PROTOKOŁY** postępowania klinicznego
 - **min. 150** leczonych pacjentek w ciągu roku
 - **500 tys.** — populacja w zasięgu opieki
 - gromadzenie i audyt danych (3 lata); **CASE MANAGER**
 - *breast unit* jako autonomicznie działająca jednostka z liderem
 - prewencja, promocja, edukacja
-

PROCES

PORADNIA → DIAGNOSTYKA

Raportowanie liczby chorych

- ▶ pierwszorazowych/w obserwacji
- ▶ zmiany łagodne/złośliwe

Czas oczekiwania

- ▶ **do 10 dni** — podejrzenie zmiany łagodnej
- ▶ **do 5 dni** — podejrzenie raka

2.1 OBRAZOWA

Mammografia

- ▶ **min. 2000** MMG/r.
- ▶ **max. 3%** powtórzeń
- ▶ **do 5 dni** — przekazanie wyniku
- ▶ monitoring wyników

Biopsje 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 wg UICC
- ▶ **90% wynik histpat** znany przed zabiegiem

ZESPÓŁ

SPECJALIŚCI

CHIRURG

- ▶ min. 50 zabiegów rocznie

ONKOLOG KLINICZNY

- ▶ min 40% czasu

PATOLOG

- ▶ min 150 rozpoznań/r.

RADIOLOG

- ▶ min 1000 opisów MMG/r.
lub 5000 opisów MMG/r.
w badaniach przesiewowych

RADIOTERAPEUTA

- ▶ min 30% pacjentów

CHIRURG PLASTYK

PIELĘGNIARKA ONKOLOGICZNA

TECHNIK RADIOLOG

- ▶ min 20 MMG/tydz.

WSPARCIE

REHABILITACJA

- ▶ dostępna dla wszystkich pacjentek bezpośrednio po terapii

PSYCHOONKOLOGIA

- ▶ dostęp na każdym etapie;
- ▶ zalecany formularz oceny stanu psychicznego

PROGRAM ZACHOWANIA PŁODNOŚCI

- ▶ kwalifikacja pacjentek zgodnie z zaleceniami

PORADNICTWO GENETYCZNE

GINEKOLOG

SPECJALISTA MED. PALIATYWNEJ

CASE MANAGER

➤ MDT + PACJENTKA

- dla min 90% pacjentek z ośrodka
- min 1 x/tyg.

➔ LECZENIE

- 80% leczenie skojarzone (rak 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.)
- ▶ **mastektomia** - przy zaawansowanej chorobie, dużym ryzyku nawrotu, z wyboru pacjentki
- ▶ **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 chirurgii oszcz. – RT uzup

Wymogi sprzętowe: 2 akceleratory, system TK, system do symulacji, planowania

4.3 LECZ. SYSTEMOWE

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

OBSERWACJA

FOLLOW-UP

Min 1 x/rok badane wszystkie kobiety
leczone chirurgicznie

EFEKTY

OCENA PRZEŻYWALNOŚCI 5-10-LETNIEJ

Nawrót miejscowy po leczeniu oszcz.

po 5 latach:

<5% dla raka inwazyjnego

<10% dla DCIS

<5% nawrót miejscowy po mastektomii po 5 latach

CZĘŚĆ 3:

DIAGNOZA W PUNKCIE ZERO W OPARCIU O WYTYCZNE DLA *BREAST UNITS*

BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII

BCO.1 – ZAŁOŻENIA

BCO.2 – ANALIZA WSKAŹNIKÓW

BCO.3 – KOMENTARZ BADACZY
DO WYNIKÓW

BCO.4 – OMÓWIENIE ŹRÓDEŁ

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY

WIM.1 – ZAŁOŻENIA

WIM.2 – ANALIZA WSKAŹNIKÓW

WIM.3 – OMÓWIENIE ŹRÓDEŁ

**PODSUMOWANIE –
WSKAŹNIKI VS. ŹRÓDŁA**

BCO.1 – ZAŁOŻENIA

Białostockie Centrum Onkologii jest największą placówką prowadzącą leczenie onkologiczne w regionie. Dysponuje kompletnym zapleczem diagnostyczno-lecznicznym i jako jedyne w województwie prowadzi leczenie radioterapeutyczne. Jak wynika z „Map potrzeb zdrowotnych dla województwa podlaskiego” 35% wszystkich pacjentów z regionu, u których rozpoznaje się chorobę nowotworową, trafia do Białostockiego Centrum Onkologii.

• BCO A BREAST UNIT

Co roku u ponad 500 mieszkanek województwa rozpoznawany jest rak piersi. Leczenie jest scentralizowane. Ponad 86% pacjentek trafiło do jednej z placówek w Białymstoku.

W analizowanym w ministerialnych mapach okresie (2012 rok) 479 pacjentek z tym rozpoznaniem leczono w BCO. Stanowiły wówczas najliczniejszą grupę (19%) wśród wszystkich podopiecznych centrum.

Ośrodek odgrywa więc ważną rolę, jeśli chodzi o profilaktykę, diagnostykę i leczenie raka piersi. W BCO działa też regionalne Biuro Rejestracji Nowotworów gromadzące informacje o zachorowaniach z całego Podlasia, a także Wojewódzki Ośrodek Koordynujący – odpowiedzialny za nadzór nad programem profilaktyki raka piersi w regionie.

Skoordynowanie diagnostyki i leczenia raka piersi w BCO wydaje się pod każdym względem uzasadnione. Dostęp na miejscu – w ramach własnych zasobów – do wszystkich niezbędnych metod diagnozowania i leczenia, powinno stanowić znaczne ułatwienie w osiągnięciu tego celu.

Źródła (wybrane):

- „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa podlaskiego”; Ministerstwo Zdrowia; dane dotyczą 2012 roku, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl

• PIERWSZY KROK - ANALIZA W PUNKCIE ZERO

Celem dla ośrodka jest przede wszystkim zapewnienie opieki na wysokim poziomie pod względem standardu postępowania klinicznego i organizacji ścieżki pacjenta. Dlatego myśląc o stworzeniu *breast unit* BCO w pierwszym kroku zdecydowało się na przeprowadzenie analizy najważniejszych wskaźników jakościowych związanych z prowadzoną u siebie diagnostyką i leczeniem raka piersi.

Wytyczne dla *breast unit* opracowane przez SIS stanowią dobry punkt odniesienia w takiej analizie. Pozwalają zweryfikować standard opieki zapewniany przez ośrodek dla największej grupy pacjentek wobec wskaźników wynikających z medycyny opartej na dowodach.

W przyszłości, w oparciu o tę samą bazę informacji zaktualizowaną o bieżące dane, można ubiegać się o akredytację. Przede wszystkim jednak wytyczne stanowią opartą na merytorycznych przesłankach podstawę do wprowadzenia usprawnień w pracy ośrodka oraz zorganizowania *breast unit* w BCO.

• ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE

Analiza obejmowała okres ostatnich trzech lat – od początku 2014 do połowy 2017 roku. Raportowanie za taki okres wymagane jest przy udzielaniu akredytacji SIS. Analiza została przeprowadzona wyłącznie w oparciu o elektroniczne bazy informacji dostępne z poziomu ośrodka.

BCO.2 – ANALIZA WSKAŹNIKÓW

INFORMACJE OGÓLNE I ZAKRES ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH W BCO

Zasób informacji dostępnych w bazach danych BCO okazał się duży i pozwolił na ocenę większości wskaźników jakościowych. Choć nie wszystkie parametry udało się precyzyjnie określić, ośrodek uzyskał analizę swojej działalności w obszarze diagnostyki i leczenia raka piersi przez pryzmat wytycznych SIS.

• ZAKRES

W BCO realizowana jest większość procedur związanych z diagnostyką, leczeniem, wsparciem dla pacjentek z podejrzeniem i rozpoznaniem raka piersi. Wielospecjalistyczny charakter i zasoby umożliwiają BCO organizację breast unit w ramach aktualnie istniejących struktur.

• LICZBA PACJENTÓW

Ośrodek ma w zasięgu region o populacji około 1,19 mln mieszkańców. Liczba pacjentek BCO diagnozowanych i leczonych na raka piersi rocznie wynosi:

- **Poradnia:** około 3000 nowych pacjentek z podejrzeniem zmian łagodnych i złośliwych około 6000 pacjentek w obserwacji
- **Chirurgia:** około 350–400 operowanych pacjentek
- **Radioterapia:** około 460 nowych kursów terapeutycznych

• WSPARCIE

Rehabilitacja i psychoonkologia realizowane są w ramach własnych zasobów Ośrodka.

Brak jest informacji na temat aktywności prowadzonej w obszarze programu zachowania płodności u młodych kobiet oraz oceny ryzyka genetycznego.

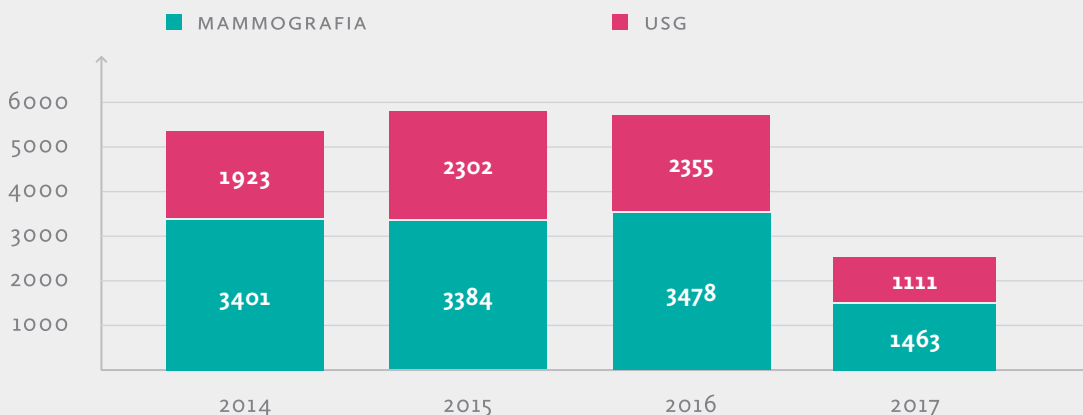
• PROTOKOŁY POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO

Na potrzeby analizy nie dostarczono tego rodzaju dokumentacji.

• PREWENCJA I EDUKACJA W ZAKRESIE RAKA PIERSI

BCO prowadzi działania w zakresie prewencji, promocji i edukacji.

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA (HIS)



DIAGNOSTYKA

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Radiologia w szpitalu BCO realizuje badania diagnostyczne w pełnym zakresie: mammografia, USG, TK, rezonans magnetyczny. Na podstawie raportów przygotowanych na potrzeby analizy możliwe było podsumowanie procedur diagnostyki obrazowej. Dodatkowo, na bazie informacji zawartych w systemie RIS, Ośrodek ma możliwość przygotowania raportu na temat doświadczenia i bieżącej aktywności lekarzy radiologów. Są one niezbędne do określenia wskaźników mówiących o liczbie badań realizowanych rocznie przez specjalistów oraz liczbie badań powtórzonych. Brak natomiast informacji o czasie oczekiwania na otrzymanie wyniku badania mammograficznego.

• STATYSTYKA PROCEDUR

Badania realizowane na bazie skierowania od specjalisty („mammografie diagnostyczne”) oraz badania przeprowadzone w ramach programu przesiewowego („mammografie skriningowe”) rozpatrywane są osobno.

• MAMMOGRAFIE DIAGNOSTYCZNE

Liczba procedur mammografii **diagnostycznej** w BCO wynosi ponad 3000 rocznie. Pracownia spełnia więc kryterium dotyczące liczby wykonywanych badań. Na wykresie dodatkowo zaznaczo-

no liczbę wykonanych badań USG.

Na potrzeby bardziej pogłębionej analizy przygotowano raport z systemu RIS (*Radiology Information System*) dla badań mammograficznych. Objął on okres od lutego do sierpnia 2017. Liczba ocenionych badań w tym okresie to w sumie **2095**. Podstawowym celem przygotowania pogłębionego raportu była ocena czasu, w jakim przygotowane zostają wyniki badań MMG.

• CZAS OCZEKIWANIA – PRZEKAZANIE WYNIKÓW BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

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

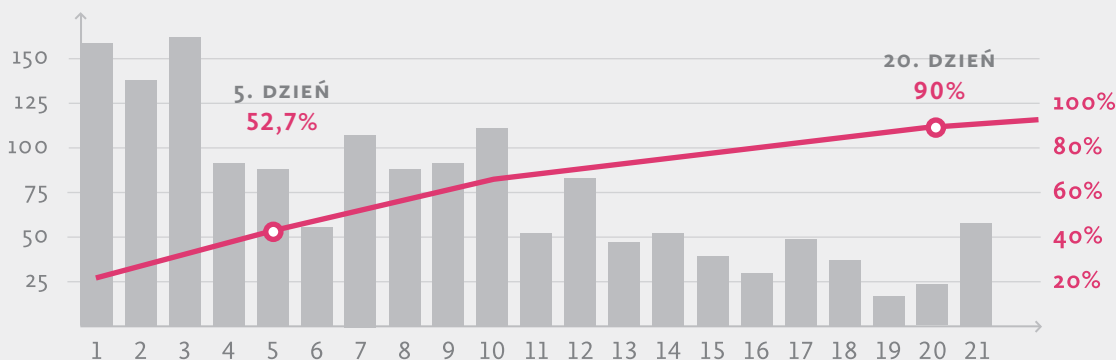
Ze względu na brak informacji w systemach o dacie *przekazania pacjentce opisu badania obrazowego*, nie można precyzyjnie ocenić tego parametru.

Na podstawie raportu z systemu RIS o wykonanych procedurach w pracowni mammografii możliwe było natomiast określenie czasu pomiędzy wykonaniem badania MMG, a *wprowadzeniem opisu do systemu*. W zalecany przez SIS terminie przygotowanych jest około 52% badań mammograficznych.

Zalecana wartość wskaźnika – **90%**, osiągnięta zostaje w 20 dni.

Aby móc precyzyjnie monitorować parametr wskazany przez SIS konieczne byłoby wprowa-

CZAS OCZEKIWANIA — WYNIK MAMMOGRAFII DIAGNOSTYCZNEJ



dzenie raportowania informacji o przekazaniu wyniku mammografii. Kluczowe jest jednak samo efektywne skracanie czasu oczekiwania i likwidowanie przestojów w ścieżce pacjenta. Zapewne na wstępnym etapie samo skrócenie czasu przygotowania opisu do 5 dni byłoby wystarczające.

Raport z systemu RIS wygenerowany został przez producenta oprogramowania na prośbę badaczy i Ośrodka. Do momentu zamknięcia opracowania udało się uzyskać informacje w opisanym powyżej zakresie i tylko dla ograniczonego przedziału czasowego. Możliwości raportowania w oparciu o RIS są jednak większe i powinny dać w przyszłości możliwość pozyskania bardziej szczegółowych i pogłębionych informacji.

• LICZBA BADAŃ NA SPECJALISTĘ

W ramach systemu RIS powinno być możliwe przygotowanie szczegółowej analizy dotyczącej liczby badań opisanych przez poszczególnych specjalistów – także w podziale na badania diagnostyczne i skriningowe. Taki przykładowy raport został wygenerowany na potrzeby analizy. Pokazał on liczbę badań zrealizowanych w danym przedziale czasowym, medianę i średnią czasu, jaki zajmowało przygotowanie wyniku. Specjalista, który w okresie luty-sierpień 2017 opisał najwięcej badań miał ich odnotowanych w systemie ponad 1000 i zarazem jeden z najkrótszych średnich czasów oczekiwania. Wytyczne SIS mówią o 1000 badań

diagnostycznych rocznie na specjalistę.

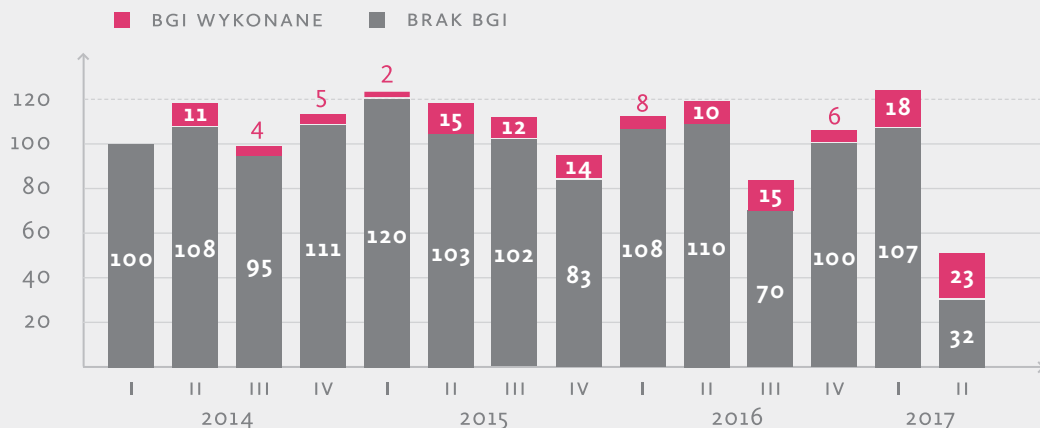
• MAMMOGRAFIE SKRININGOWE

W przypadku BCO jedynym źródłem informacji na temat mammografii skringowej mógł być system SIMP (System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki). Zespół badawczy miał ograniczony dostęp do danych w tym systemie, dlatego też niemożliwa była precyzyjna analiza wyników w podziale na lata, specjalistów, czasy oczekiwania i inne parametry. Przede wszystkim jednak niemożliwa była ocena ścieżki pacjentki i czasy oczekiwania, jeśli po badaniu mammograficznym następowały kolejne procedury medyczne. Raporty zbiorcze z SIMP nie zawierały informacji o czasach realizacji poszczególnych elementów diagnostyki. Na chwilę obecną można potwierdzić jedynie, że w BCO w ostatnich 3 latach realizowano średnio **4–5 tysięcy** mammograficznych badań skriningowych rocznie. Z poziomu Ośrodka możliwa jest jednak bardziej szczegółowa analiza.

• CZAS OD PODEJRZENIA NOWOTWORU DO DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ

Zalecane jest aby 90% pacjentek poddawanych było pogłębionej diagnozie w czasie 14 dni od podejrzenia nowotworu. Trudność metodologiczna w ustaleniu poziomu realizacji tego wskaźnika polega na braku oznaczenia daty początkowej (podejrzenie) w systemie. Wobec braku informacji

BIOPSJE GRUBOIGŁOWE WYKONANE W BCO PRZED OPERACJĄ



o dokładnym momencie pojawienia się podejrzenia choroby nowotworowej, na potrzeby oceny tego parametru można by przyjąć, że każde badanie mammografii skriningowej, po którym następuje badanie USG lub biopsja piersi, było podstawą podejrzenia nowotworu.

Pozwoliłoby to na oszacowanie czasu oczekiwania pacjentek na diagnostykę pogłębioną. Jest to pośrednie rozwiązanie najbardziej zbliżone do ram czasowych określonych wskaźnikiem. Należy jednak zaznaczyć, że ta metoda nie uwzględnia pacjentek, u których podejrzenie choroby nowotworowej nie powstało w oparciu o badania skriningowe lub inne badanie wykonane poza BCO. W systemie szpitalnym (HIS) brak jest informacji na temat terminu zgłoszenia się pacjentki do Ośrodka i czasu oczekiwania na zbadanie, które mogłoby być innym, zastępczym punktem do oceny.

• BIOPSJE DIAGNOSTYCZNE

W BCO badania biopsji cienko- i gruboigłowej realizowane są przez specjalistów chirurgii onkologicznej. Badaniem dominującym u pacjentek, u których zdiagnozowano chorobę i które następnie leczyły się w BCO była biopsja cienkoigłowa. Widać jednak zmianę trendu, rozpoczynającą się w Q4 2016 i narastającą w kolejnych okresach. W porównaniu do lat 2015 i 2016 nastąpił niemal trzykrotny wzrost liczby badań BGI.

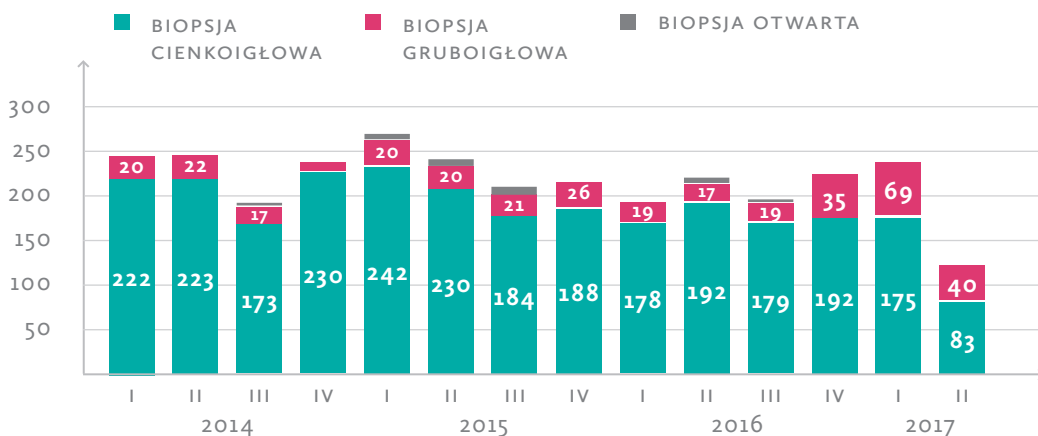
Jak wynika z konsultacji w Ośrodku, jest to efek-

tem świadomej decyzji o zmianie sposobu postępowania, którą w wyniku wspólnych ustaleń podjęli specjaliści.

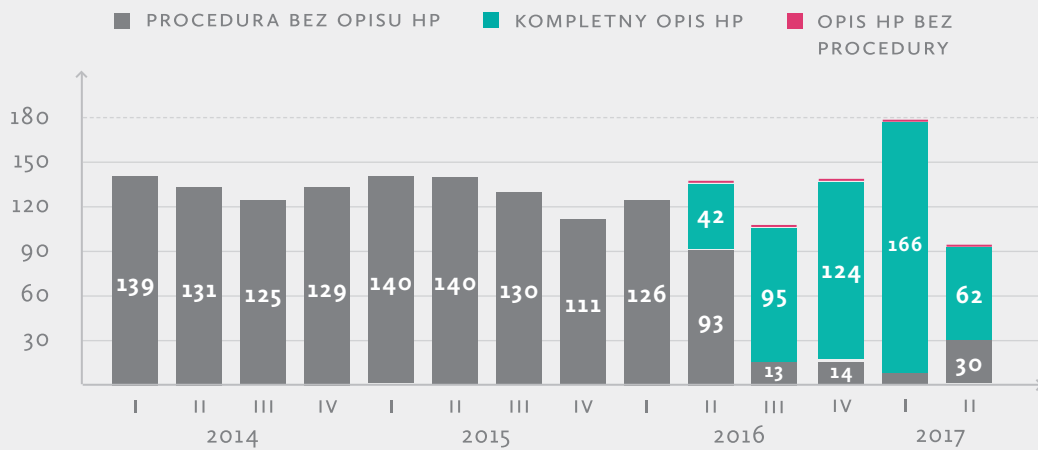
Nietypową i wymagającą głębszej analizy okazała się informacja o liczbie pacjentek, które przeszły w ośrodku operację, ale wcześniej nie odnotowano w systemie informacji o biopsji. Przegląd przykładowych przypadków w oparciu o dokumentację HIS potwierdził lukę. Pacjentki realizują wstępne badania diagnostyczne w BCO i przechodzą leczenie. W danych dokumentujących ścieżkę pacjenta w systemie brak jest jednak kodu procedury odpowiadającej biopsji. Nie ma wyniku badania histopatologicznego.

Ze wszystkich pacjentek, które w BCO przeszły chirurgię, w systemie odnotowano biopsje dla 35%. Z wewnętrznych konsultacji wynika, że pacjentki mogą wykonywać badanie poza Ośrodkiem. W systemie szpitalnym ta informacja nie jest wprowadzana – tego gdzie, w jakim trybie i w jakim czasie pozostałe pacjentki realizują to badanie, nie można w oparciu o bazy elektroniczne potwierdzić.

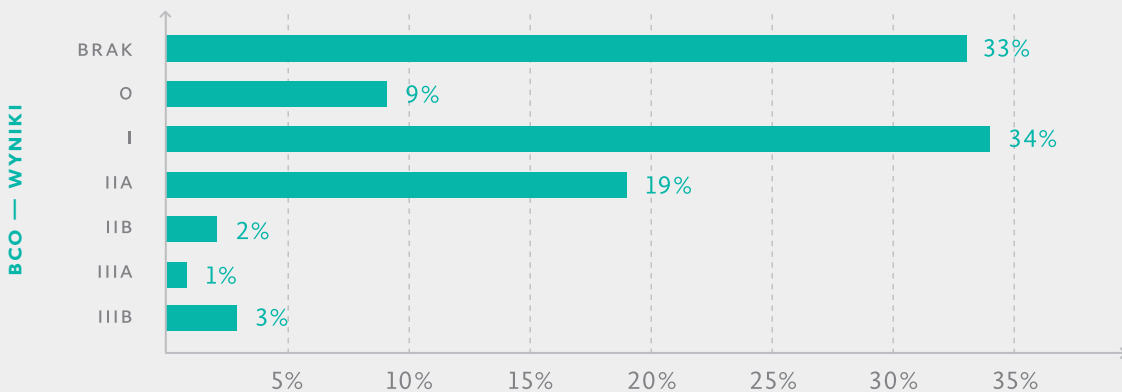
BIOPSJE DIAGNOSTYCZNE



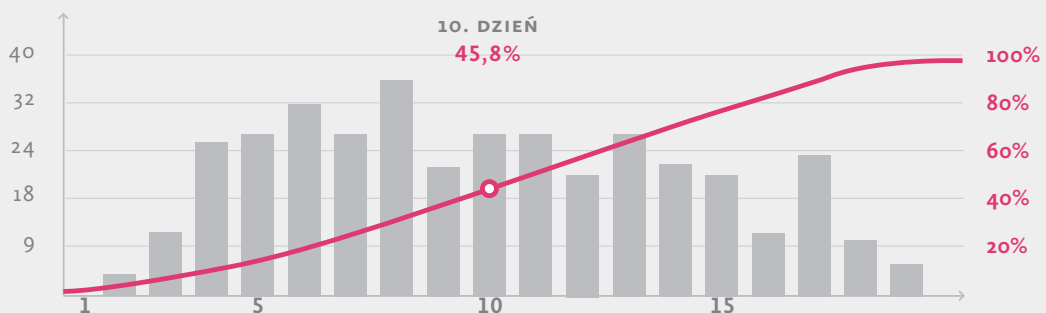
DOSTĘPNOŚĆ WYNIKÓW BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH W HIS



ROZKŁAD STOPNI ZAAWANSOWANIA U PACJENEK PODDANYCH CHIRURGII W OPARCIU O WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO



CZAS OCZEKIWANIA NA WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO PO OPERACJI



PATOMORFOLOGIA

• DOKUMENTACJA BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH

Źródłem informacji na temat badań histopatologicznych w BCO jest HIS. Dane z opisem pojawiły się w module histopatologii systemu dopiero od Q2 2016 i dotyczą wyłącznie biopsji gruboigłowej oraz badania materiału pooperacyjnego. Za wcześniejsze okresy można potwierdzić sam fakt wykonania badania.

Zakres analizy dotyczący biopsji jest ograniczony ze względu na brak wyników biopsji cienkoigłowej w module histopatologii. Ponadto tylko część pacjentek miała w BCO wykonaną biopsję gruboigłową.

Na obecnym etapie w Zakładzie Patomorfologii dane histopatologiczne w HIS wprowadzane są jako pola tekstowe nieustrukturyzowane. Utrudnia to możliwość wprowadzania jednolitego zestawu obowiązkowych danych, prowadzi do różnic w opisach pomiędzy specjalistami, uniemożliwia generowanie automatycznej statystyki. Z rozmów ze specjalistami z Zakładu Patomorfologii wynika, iż obecna konfiguracja systemu HIS nie pozwala na przygotowanie bardziej zaawansowanego i posiadającego odpowiednią strukturę formularza dla badania histopatologicznego gwarantującego jednolitość raportów.

• KOMPLETNOŚĆ BADAŃ

Niezależnie od formy raportowania, Zakład wykonuje komplet niezbędnych badań. Standardowo wykonywana jest ocena receptorów HER2, PR, ER,

co znajduje potwierdzenie w analizowanych poszczególnych opisach badań histopatologicznych.

Na potrzeby akredytacji nie jest konieczne przedstawienie zbiorczych analiz, czyli np. rozkładu diagnoz wg oceny receptorów hormonalnych. Wykorzystanie zalecanego formularza mogłoby jednak poprawić raportowanie, usprawnić pracę zespołu, ułatwić komunikację między specjalistami oraz prowadzenie prac analitycznych.

• KOMPLETNOŚĆ OKREŚLENIA STOPNIA ZAAWANSOWANIA TNM

Bazując wyłącznie na informacjach dostępnych w systemie szpitalnym można stwierdzić, że stopień zaawansowania na podstawie badania histopatologicznego został określony w przypadku 67% pacjentek z rozpoznaniem raka piersi, które przeszły w BCO zabieg chirurgii. Dane te obejmują okres od Q2 2016 do Q2 2017, co związane jest z momentem rozpoczęcia raportowania w systemie HIS wyników badań histopatologicznych.

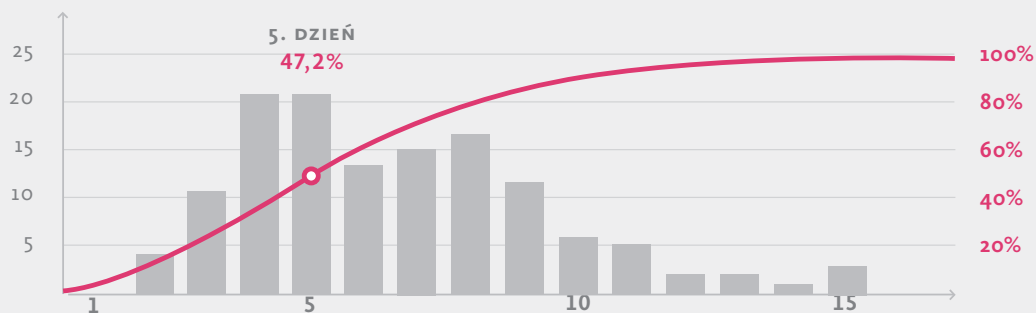
Podobnie jak kompletność opisu, rozkład stopnia zaawansowania określono analizując pojedynczo rekordy pacjentów i pola tekstowe z wynikami badania histopatologicznego.

• CZAS OCZEKIWANIA: WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

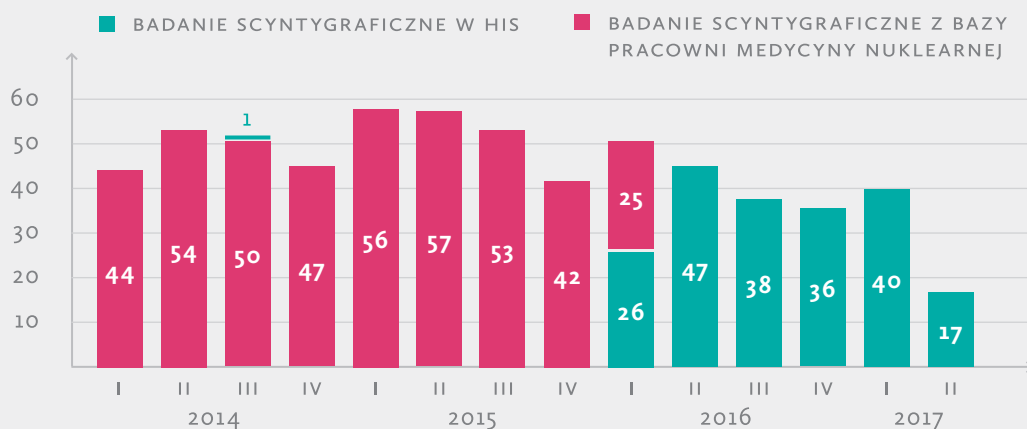
Na podstawie danych o dacie zlecenia, rejestracji i opisu badania możliwe było przygotowanie histogramów czasu oczekiwania na wyniki badań. Wyniki obejmują okres od Q2 2016 do Q2 2017.

W przypadku BCO wynik po zabiegu chirurgicznym przygotowano dla 46% pacjentek w czasie 10

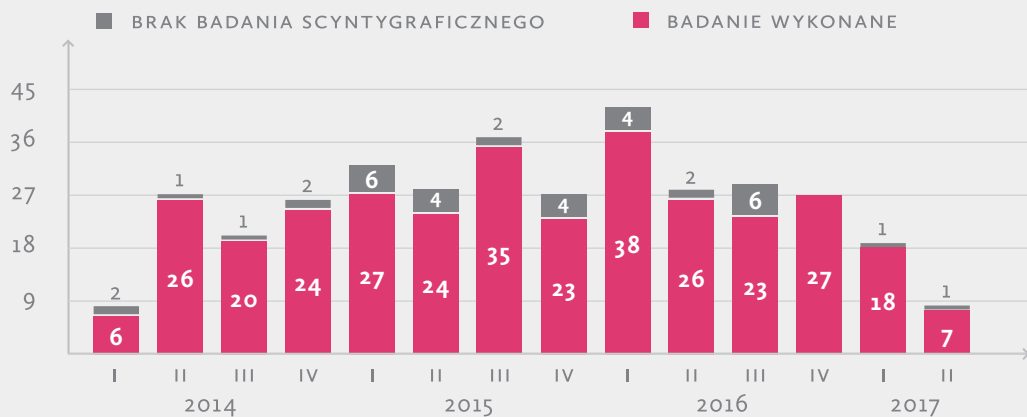
CZAS OCZEKIWANIA NA WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO PO BIOPSJI



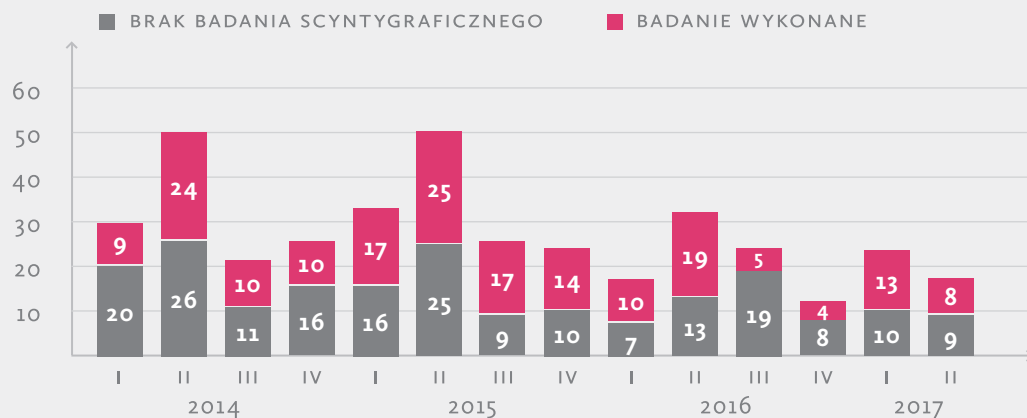
LICZBA PROCEDUR SCYNTYGRAFICZNEJ LOKALIZACJI WĘZŁA WARTOWNICZEGO



SCYNTYGRAFICZNA OCENA WĘZŁA WARTOWNICZEGO PRZED WYCIĘCIEM GUZA



SCYNTYGRAFICZNA OCENA WĘZŁA WARTOWNICZEGO PRZED MASTEKTOMIĄ



dni roboczych.

Czas przygotowania wyniku dla 90% pacjentek to 18 dni roboczych.

Badania histopatologiczne materiału biologicznego pobieranego w wyniku biopsji powinny być przekazane 90% pacjentek w czasie 5 dni roboczych. Wyniki dotyczą wyłącznie biopsji gruboigłowej – w systemie brak jest szczegółowych informacji na temat biopsji cienkoigłowej. W BCO w czasie 5 dni roboczych od badania wynik przygotowany jest dla 47% pacjentek. Średni czas oczekiwania na wynik to 7 dni. Parametr ten został zweryfikowany i potwierdzony przez pracowników Zakładu z dokumentacją papierową.

Opisy dla 90% pacjentek przygotowane są w ciągu 11 dni.

• WYKRYWALNOŚĆ WĘZŁA WARTOWNICZEGO

W systemie HIS informacja o procedurze scyntygraficznej oceny położenia węzła wartowniczego jest wprowadzana od marca 2016 roku. Liczba procedur dla lat 2014–2015 została sprawdzona na podstawie raportu z systemu informatycznego zakładu medycyny nuklearnej.

Dane te zestawiane są z informacjami na temat chirurgii. Na chwilę obecną potwierdzone wskaźniki można przedstawić dla procedury poprzedzającej operację oszczędzającą – wycięcie guza (ICD 9 85.26) i mastektomię.

89% pacjentek poddawanych operacji wycięcia guza ma wykonywaną lokalizację węzła wartowniczego (2016 rok). Lokalizacja węzła wartowniczego jest wykonywana w BCO najczęściej jeden dzień przed operacją.

W przypadku pacjentek poddanych mastektomii – 41% ma wykonywaną lokalizację węzła wartowniczego (2016 rok). Zwyczajowo w tej grupie pacjentek zabieg ten jest rzadziej wykonywany.

Na podstawie wyników badań histopatologicznych dostępnych w systemie szpitalnym HIS nie było możliwe ustalenie, czy zlokalizowano węzeł wartowniczy. Dane na ten temat wprowadzone były w okresie od Q2 2016 do Q2 2017 dla niewielkiej grupy pacjentek. Brak informacji nie pozwala na ocenę 5-procentowego wskaźnika niewykrywalności węzła wartowniczego. Podobnie jak statystyki związanej z liczbą pobranych i zbadanych węzłów.

CHIRURGIA RAKA PIERSI

Procedury chirurgicznie wprowadzane do systemu HIS zapewniają dobrą podstawę do oceny zakresu realizowanych zabiegów.

• STATYSTYKA: LICZBA PROCEDUR CHIRURGICZNYCH

Według danych raportowanych w systemie szpitalnym, w BCO w roku 2016 wykonano 357 zabiegów chirurgicznych łącznie u pacjentek z rozpoznaną zmianą złośliwą, w 2017 (Q1, Q2) – 116 zabiegów.

• OPERACJE OSZCZĘDZAJĄCE I MASTEKTOMIA

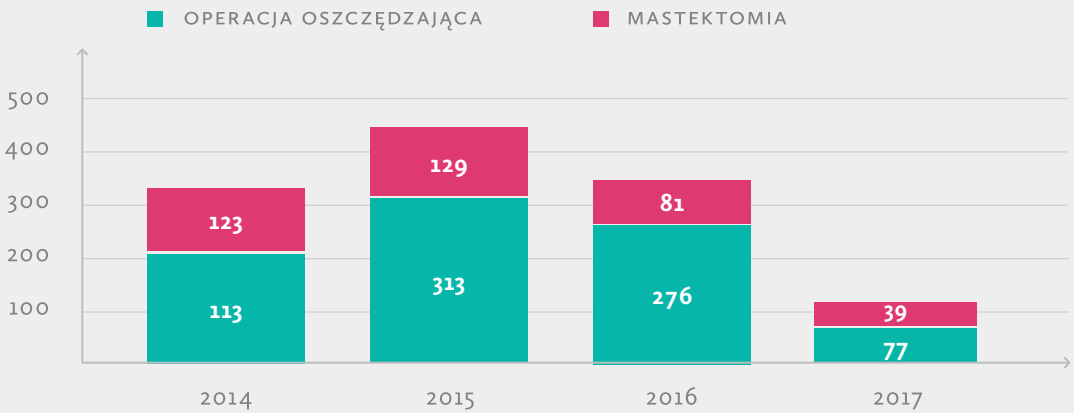
Jednym z najważniejszych wskaźników jakości leczenia chirurgicznego podlegającego ocenie SIS jest odsetek operacji oszczędzających u pacjentek z niskim zaawansowaniem choroby.

Na podstawie analizy danych BCO można ocenić tylko procentowy udział chirurgii oszczędzającej wobec mastektomii **bez wskazania stopnia zaawansowania**. Prawdopodobnie wpływa to niekorzystnie na wynik dla Ośrodka.

Dla BCO odsetek operacji oszczędzających utrzymuje się na poziomie 77% w 2016 i 66% w 2017 (Q1 i Q2). Dominującymi technikami chirurgii oszczędzającej są wycięcie guza i resekcja kwadrantu piersi.

Trzeba jednak zaznaczyć, że wobec braku określenia w systemie stopnia zaawansowania i nieprecyzyjnym określeniu diagnozy wg klasyfikacji ICD-10 część pacjentek w analizowanym zbiorze mogą stanowić kobiety, które miały usuwaną zmianę łagodną. Ten fakt z kolei może zawyżać wskaźnik. Badacze dokonali przeglądu danych w oparciu o wynik badania histopatologicznego w możliwym do przeanalizowania okresie (Q3 2016–Q2 2017). Wykres dla roku 2016 i 2017 został skorygowany. Miało to wpływ na wyniki – dla roku 2016 przed weryfikacją odsetek wynosił 80%. Po weryfikacji spadł do 77%. Przy najbardziej rygorystycznym podejściu do danych – akceptacji wyłącznie tych rekordów, które jednoznacznie mają opisaną diagnozę wg klasyfikacji ICD-10 jako C50, odsetek może spaść do około 63%. To wykluczałoby jednak z analizy znaczącą część pacjentek. Zważywszy na takie rozbieżności konieczny wydaje się szczegó-

ZABIEGI CHIRURGICZNE

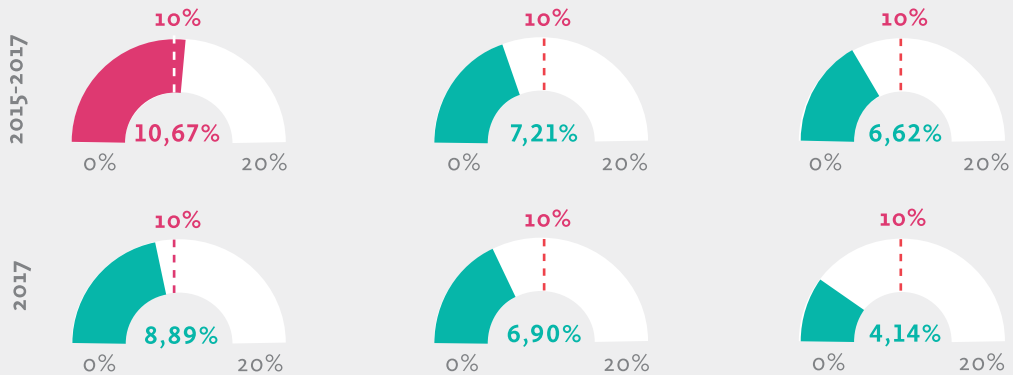


OPERACJE POWTÓRNE

WSZYSTKIE POWTÓRNE
OPERACJE

PONOWNA OPERACJA
OSZCZĘDZAJĄCA PO
OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ

MASTEKTOMIA PO
OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ



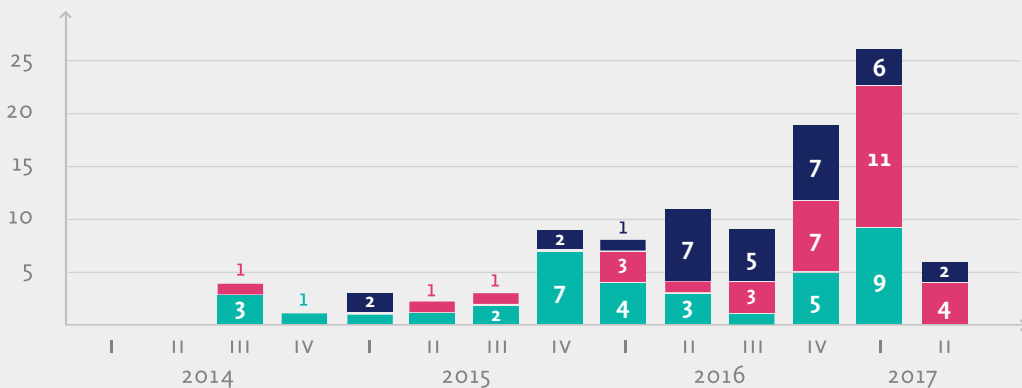
BCO — WYNIKI

ZABIEGI CHIRURGII REKONSTRUKCYJNEJ

PACJENTKI BEZ
WYKONANEJ CHIRURGII
RAKA PIERSI W BCO

ZABIEG JEDNOCZASOWY

ZABIEG REKONSTRUKCYJNY
PO CHIRURGII RAKA PIERSI
W BCO



łowy przegląd dokumentacji pacjentek, które nie miały jednoznacznie określonej diagnozy ICD-10.

• OPERACJE POWTÓRNE

Wskaźniki dla BCO obejmują ostatnie 3 lata. Niemniej warta odnotowania jest poprawa wskaźnika zauważalna w 2017 roku, dlatego została ona uwzględniona osobno na wykresie. Ogółem we wszystkich typach chirurgii – wskaźnik wynosi 10,67%. Natomiast w roku 2017 spadł do 8,89%.

Dolny wskaźnik: chirurgia powtórzona. Wykresy powyżej pokazują odsetek pacjentek, które przeszły: ponowną operację oszczędzającą po operacji oszczędzającej (górną) i mastektomię po operacji oszczędzającej (środkową).

• POTWIERDZENIE DIAGNOZY PRZED OPERACJĄ

Źródła oceny tego wskaźnika to:

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

Na przestrzeni 4 lat zaraportowanych było zaledwie 15 przypadków biopsji operacyjnych. W 2016 roku 3 przypadki, co zdecydowanie mieści się w dopuszczalnym zakresie 10%.

Jeśli natomiast chodzi o operacje poprzedzone badaniem histopatologicznym: jak zaznaczono w podrozdziale dotyczącym diagnostyki, zaledwie 50% pacjentek operowanych w BCO miało w systemie HIS informację o wykonaniu biopsji. Scenariusz, w którym tak duży odsetek pacjentek nie miałby potwierdzonego rozpoznania przedoperacją wydaje się niemożliwy. Najbardziej prawdopodobny wariant to realizacja badania poza Ośrodkiem. Potwierdzają taką możliwość konsultacje ze specjalistami.

Przyjęto zatem, że **na podstawie danych z systemu** nie było możliwe ustalenie wskaźnika, mówiącego o rozpoznaniu przed operacją. Wyniki przygotowane w oparciu o dostępne źródła byłyby zdecydowanie niewiarygodne i sprzeczne z deklaracjami specjalistów co do stosowanej praktyki. Jest to jeden z parametrów, którego ustalenie na poziomie Ośrodka jest możliwe wyłącznie o dokumentację papierową.

• CZAS OCZEKIWANIA OD DIAGNOZY DO LECZENIA

Dane o czasie przygotowania wyników badań histopatologicznych po biopsji gruboigłowej dostępny jest tylko za okres od Q2 2016 do Q2 2017. Dodatkowo biopsja gruboigłowa stanowi w tym czasie tylko 20% wszystkich biopsji. Próbką danych była więc zbyt mała i na podstawie nie można było ocenić tego wskaźnika.

• CHIRURGIA PLASTYCZNA I REKONSTRUKCYJNA

Z danych HIS wynika, że chirurgia rekonstrukcyjna jest w BCO dziedziną rozwijającą się. Z roku na rok powoli rośnie liczba zabiegów tego rodzaju – w tym odsetek zabiegów realizowanych jednocześnie. Część pacjentek pojawiła się w BCO wyłącznie na zabieg rekonstrukcji po podstawowym zabiegu chirurgii zrealizowanym w innym ośrodku (kategoria „Nowe” na wykresie).

Zdecydowana większość pacjentek BCO, które przeszły zabieg chirurgii, nie miało następnie zabiegu rekonstrukcyjnego (w Ośrodku).

— DOŚWIADCZENIE SPECJALISTÓW

Według SIS ocenie poddaje się doświadczenie specjalisty na podstawie liczby wykonanych zabiegów chirurgii raka piersi rocznie – minimum to 50 operacji. Ze statystyk wynika, że wskaźnik ten jest wypełniony w BCO.

RADIOTERAPIA

Dane na temat radioterapii zebrane zostały głównie z systemu weryfikacji i zarządzania R&V (*record & verify*). Dodatkowo zestawiono je z danymi HIS na ten sam temat.

Wskaźnik jakości SIS w obszarze radioterapii dotyczy wyłącznie odsetka pacjentek poddawanych radioterapii po operacji oszczędzającej. Ale ilość i dostępność informacji z R&V pozwala sięgnąć po dodatkowe dane, które mogą być użyteczne z punktu widzenia organizacji pracy Zakładu Radioterapii i całego ośrodka.

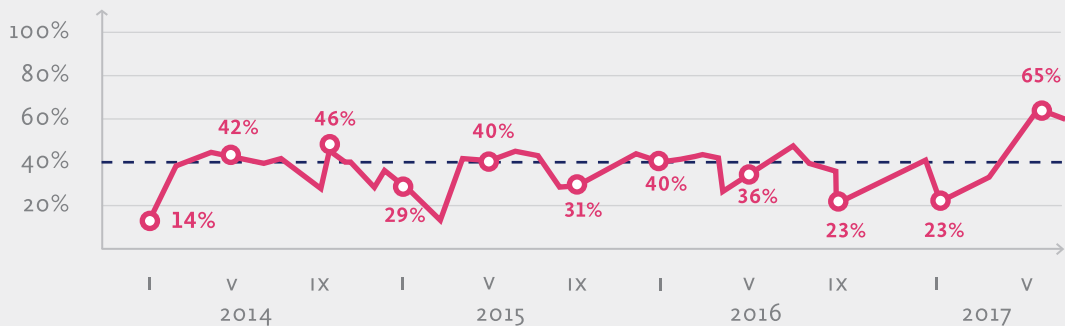
• **STOPIEŃ ZAAWANSOWANIA I KOMPLETNOŚĆ DANYCH**

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.

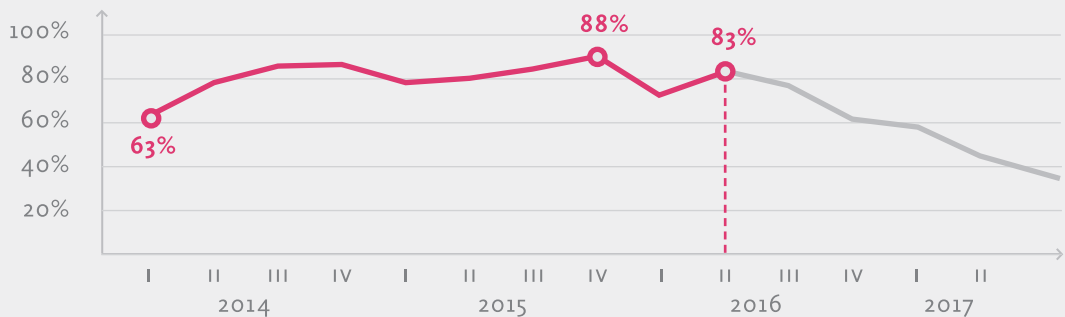
W przypadku BCO 3 lekarzy najczęściej leczących pacjentki z rozpoznaniem raka piersi, wpro-

wadzało stopień zaawansowania i TNM dla ponad 90% chorych. W przeciwieństwie do innych danych o diagnozie, wprowadzenie tej informacji nie jest jednak bezwzględnie wymagane przez system R&V. Większość **radioterapeutów** jej nie wypełnia. Ogółem zatem około 40% pacjentek leczonych w latach 2014–2017 miało wprowadzone dane o TNM, liczba ta stopniowo się zwiększa.

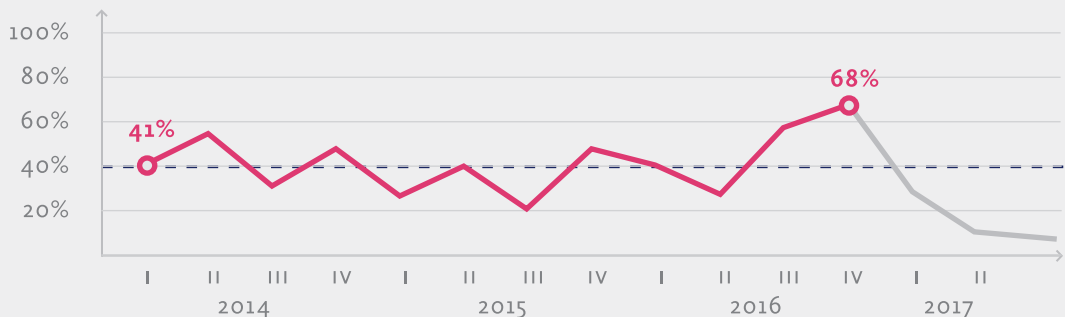
STOPIEŃ WYPEŁNIENIA TNM W SYSTEMIE R&V



RADIOTERAPIA PO OPERACJI WYCIĘCIA GUZA



RADIOTERAPIA PO MASTEKTOMII



- **RADIOTERAPIA UZUPEŁNIAJĄCA PO OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ**

W BCO wskaźnik dla pacjentek **poddanych operacji wycięcia guza** oraz radioterapii utrzymuje się na poziomie 80–85%.

Dane podane są wyłącznie dla tej grupy pacjentek osobno ze względu na zastrzeżenia dotyczące szczegółowości raportowania. Analiza jest wynikiem krzyżowania danych z dwóch systemów. Jedynym źródłem informacji o chirurgii jest system szpitalny HIS, gdzie nie zawsze pojawia się zgodność w ostatecznej diagnozie pacjentki. W systemie R&V wszystkie leczone pacjentki mają rozpoznanie z kodem C50 (klasyfikacja ICD-10 „nowotwór złośliwy sutka”).

Są przypadki, w których nie sposób z całkowitą pewnością stwierdzić rozpoznania na bazie zapisu w HIS. Czy zatem pacjentki, które przeszły zabieg nie miały radioterapii ponieważ operowano je z powodu zmiany łagodnej, czy też miały zmianę złośliwą, ale przyjęto dla nich standard postępowania bez radioterapii? Ustalenia utrudniały zasób informacji o TNM w HIS.

Brak precyzyjnego określenia ICD-10 oraz mały zasób informacji na temat TNM w analizowanych zbiorach danych tym razem działa na niekorzyść Ośrodka. Uwzględniając wszystkie pacjentki poddane jakiegokolwiek operacji oszczędzającej odsetek wynosiłby nieco ponad 50%. Po weryfikacji wyników histopatologicznych z okresu Q2 2016 – Q2 2017, wykluczono pacjentki z rozpoznaniem zmia-

ny łagodnej, u których przeprowadzono zabieg resekcji kwadrantu piersi. Po korekcie odsetek rośnie do 67% i zapewne po kolejnej weryfikacji w oparciu o kompletną dokumentację papierową podniosłby się o (kilka?) kolejnych punktów procentowych.

Spadek w końcowych częściach wykresu wynika z rozłożenia w czasie terapii onkologicznej – pacjentki, które zostały już zdiagnozowane i poddane leczeniu chirurgicznemu nie zdążyły jeszcze dotrzeć w swojej ścieżce terapeutycznej do radioterapii.

Również pacjentki po mastektomii poddawane są radioterapii. W przypadku BCO jest to około 40% pacjentek. Dla tego typu operacji nie określono wskaźnika odnoszącego się do radioterapii. Jednak niższy odsetek odpowiada poziomom standardowym.

- **WYPOSAŻENIE**

Jeśli chodzi o sprzęt diagnostyczny należy wyłącznie przedstawić zasoby Ośrodka lub udokumentować dostęp do nich. Radioterapia jest jedynym obszarem, w którym wprowadzono wytyczne dotyczące sprzętu.

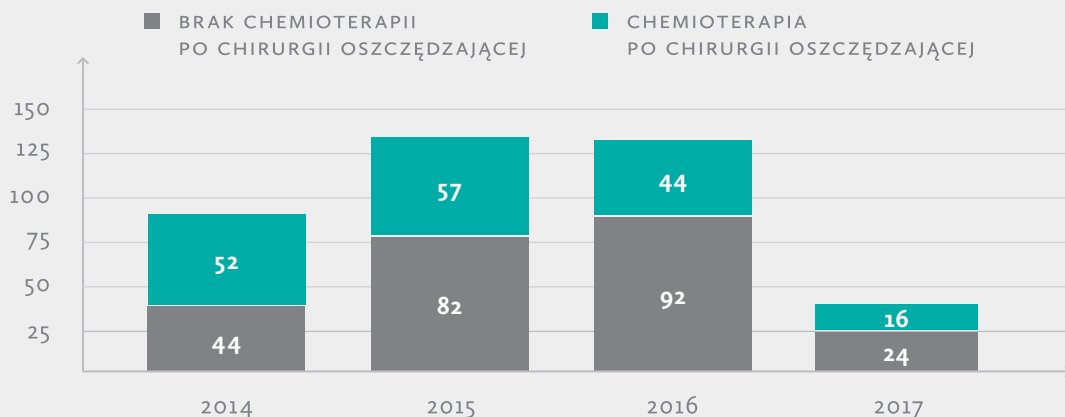
Wymogi są jednak minimalne: 2 akceleratory, system TK, symulacji i planowania.

Zasoby BCO znacznie przekraczają wymogi SIS.

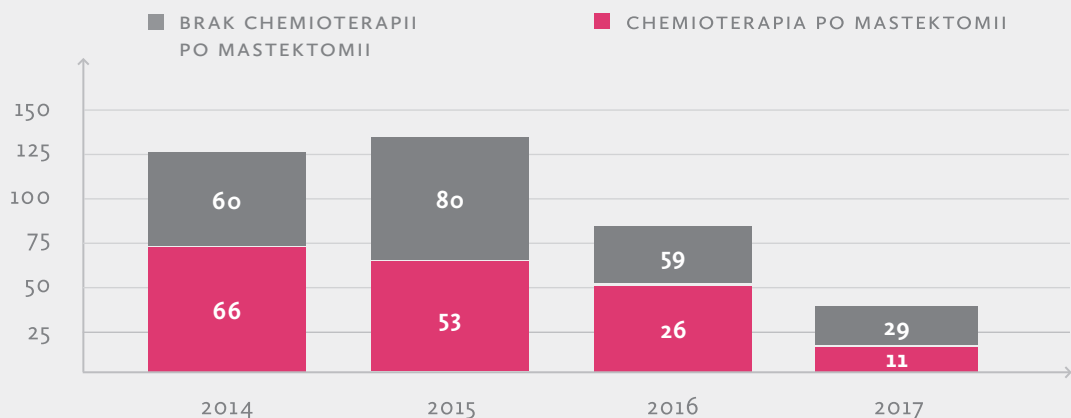
LECZENIE SYSTEMOWE

Zgodnie z wymaganiami SIS 80% pacjentek z rozpoznaniem lokalnie zaawansowanego raka

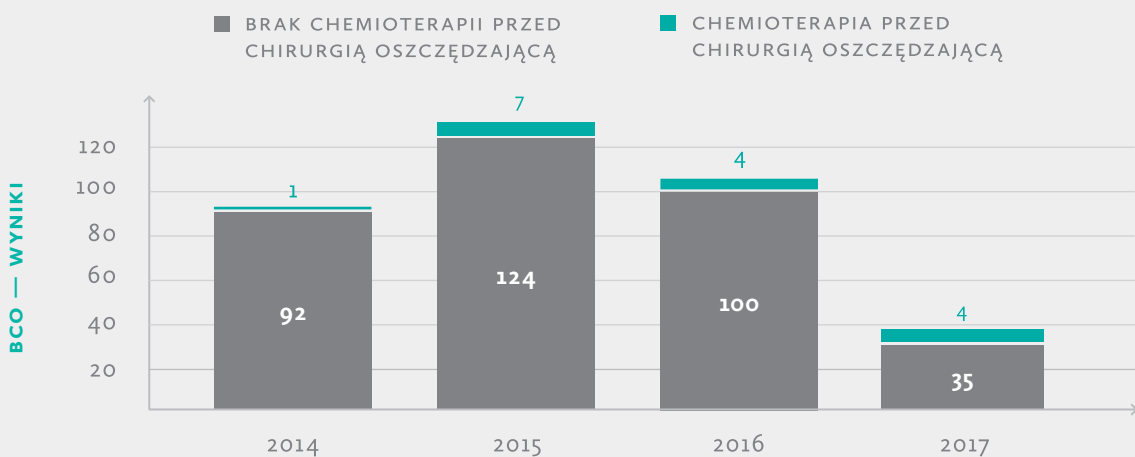
CHIRURGIA OSZCZĘDZAJĄCA Z NASTĘPUJĄCĄ CHEMIOTERAPIĄ



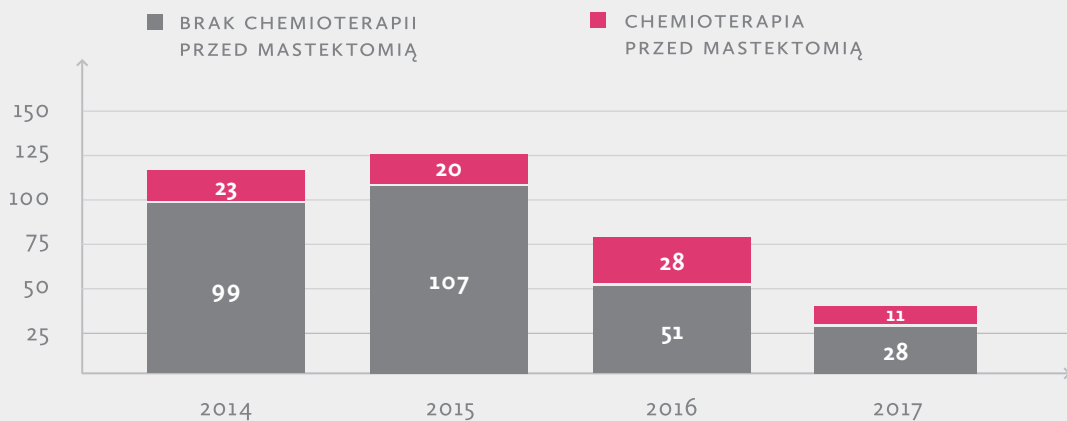
MASTEKTOMIA Z NASTĘPUJĄCĄ CHEMIOTERAPIĄ



CHEMIOTERAPIA PRZED CHIRURGIĄ OSZCZĘDZAJĄCĄ



CHEMIOTERAPIA PRZED MASTEKTOMIĄ



piersi powinno być poddane leczeniu skojarzone-
mu. Parametr ten potwierdza się w analizie danych
o radioterapii i chirurgii, jednak w zakresie lecze-
nia systemowego wymaga dodatkowej weryfikacji
i uzupełnienia danych o stopniu zaawansowania
choroby. Ze względu na kształt sytemu raportowa-
nia analiza nie uwzględnia schematów leczenia
obejmujących hormonoterapię. **Dane dotyczą więc
wyłącznie chemioterapii.**

W latach 2015 i 2016 około 30–39% pacjentek
poddanych chirurgii oszczędzającej miało podaną
chemioterapię skojarzoną w czasie do 100 dni po
operacji. W tym samym kresie 24–36% pacjentek
po mastektomii miało skojarzoną chemioterapię
w BCO. Rok 2017 nie jest możliwy do oceny z uwa-

gi na trwające terapie i brak kompletnych danych
o zakończonych kursach terapeutycznych.

Analiza procedur chemioterapii pozwoliła rów-
nież potwierdzić prowadzenie terapii *neoadjuwan-
towej* (poprzedzającej leczenie chirurgiczne).

Ze względu na brak TNM możliwość przeana-
lizowania adekwatności zastosowanej terapii są
ograniczone.

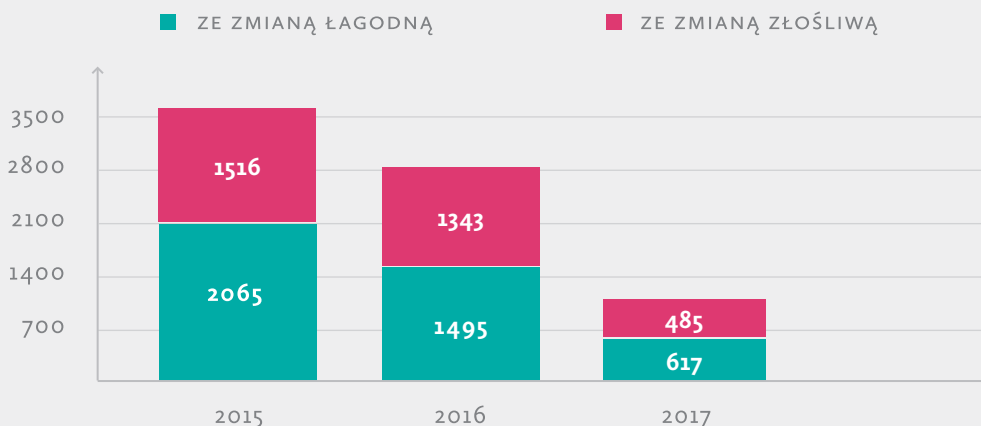
• BADANIA KLINICZNE

W systemie brak jest również danych na temat
udziału pacjentek w badaniach klinicznych.

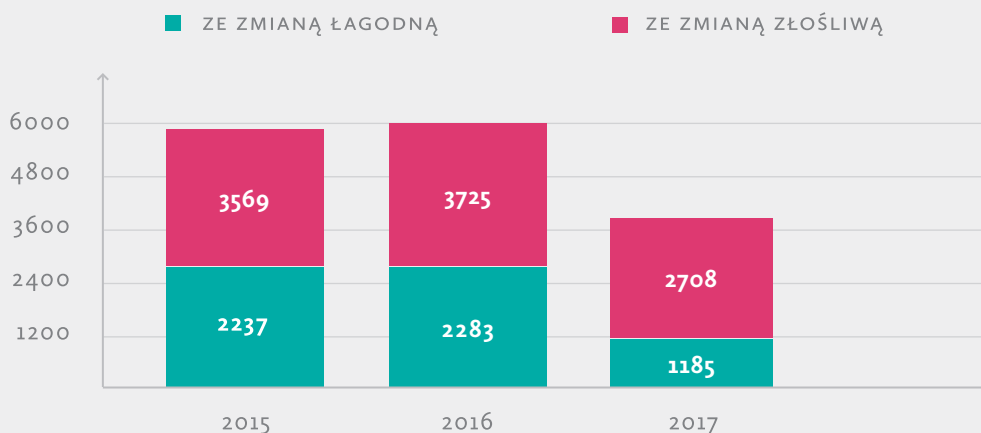
PORADNIA CHORÓB PIERSI

W BCO funkcjonuje poradnia chorób piersi.

LICZBA PACJENTÓW MAJĄCYCH PIERWSZĄ WIZYTĘ W PRZYCHODNI



LICZBA PACJENTÓW MAJĄCYCH KOLEJNĄ WIZYTĘ W PRZYCHODNI



Poza tym pacjentki konsultowane są w poradniach chirurgii, onkologii klinicznej i radioterapii. Zgromadzone w systemie dane pozwalają na ocenę aktywności poradni w latach 2015—2017 dla pacjentek z podejrzeniem i rozpoznaniem raka piersi.

Istotne mogłoby być poddanie ocenie czasów oczekiwania na poszczególne konsultacje.

W zestawieniu konsultacje podano zbiorczo z wszystkich poradni.

KONSyliUM SPECJALISTÓW (MDT)

Do akredytacji należy wykazać liczbę posiedzeń zespołu wielospecjalistycznego w tygodniu i w miesiącu, łączną liczbę godzin posiedzeń oraz liczbę omówionych przypadków.

W przypadku BCO jedynym śladem w systemie po konsylium są rozliczenia w ramach karty DILO. Konsylium (DILO) obejmowało około 52% pacjentek, które następnie przeszły zabieg operacyjny. W przypadku 75% pacjentek realizowane były w 14 dni.

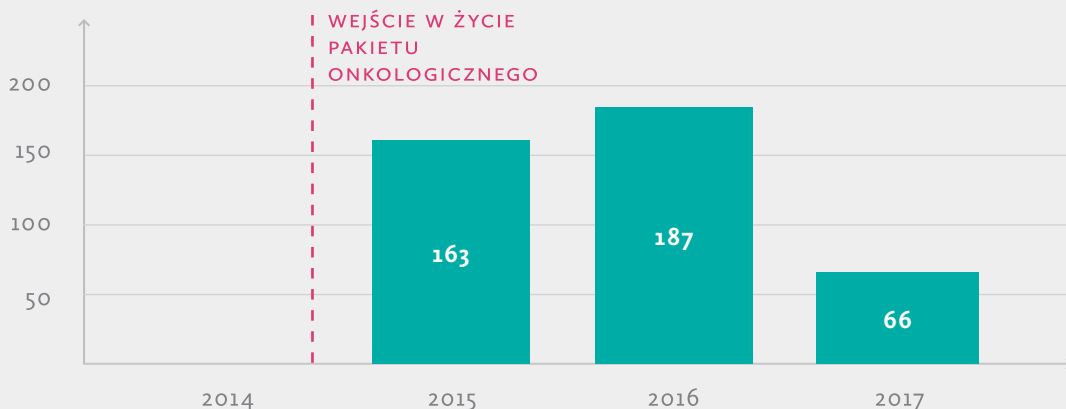
Dane te mają jednak charakter czysto rozliczeniowy i wynikają ze specyfiki działania pakietu onkologicznego. Niewiele mówią na temat praktyki spotkań zespołu wielospecjalistycznego w rozumieniu SIS. Dlatego też nie kwalifikują się do oceny wskaźnika związanego z MDT.

Częstotliwości spotkań, liczby pacjentek objętych konsylium nie można zatem w oparciu o dane

z systemu szpitalnego z całą pewnością ocenić. Z rozmów ze specjalistami wynika również, że ewentualne spotkania zespołu wielospecjalistycznego odbywają się, ale nie w rekomendowanym przez SIS składzie. Nie biorą też w nich udziału pacjentki. Standardem są konsultacje między specjalistami. Nie ma jednak ustandaryzowanej formy ich odnotowania.

W przypadku dokumentowania MDT przydatne byłoby wprowadzenie specjalnego miejsca w systemie na notatkę po konsylium, by dysponować tego rodzaju kluczową informacją niezależnie od DILO. Szczególnie że notatka ta byłaby śladem po bardzo ważnym etapie w ścieżce pacjenta. Pozwalałaby też uzupełnić brakujące informacje (np. o biopsji zrobionej poza Ośrodkiem) będące podstawą do planu leczenia.

KONSULTACJE DILO



BCO.3 – KOMENTARZ BADACZY DO WYNIKÓW

Prace nad zebraniem danych i ich opracowaniem trwały około 2,5 miesiąca. Wymagały zgromadzenia informacji z różnych źródeł, konsultacji z dostawcami systemu oraz rozmów ze specjalistami. Nawet biorąc pod uwagę, że analiza w takiej formie i skali była wykonywana po raz pierwszy, zauważalne są ograniczenia związane z systemami, które nie są przygotowane do generowania gotowych wyników.

Analiza została przeprowadzona bez jakiegokolwiek uprzedniego przygotowania ze strony Ośrodka. Do codziennej praktyki funkcjonowania i dokumentowania historii choroby przystawiono kryteria jakościowe dotyczące standardu klinicznego i organizacyjnego, które nie są systemowo wspierane w polskiej ochronie zdrowia.

W tym kontekście czytamy wyniki analizy: jako wynik eksperymentu. Wskaźniki z rzeczywistości, w której na bieżąco monitoruje się jakość, zastosowano doraźnie, a zmierzono w oparciu o istniejącą bazę informacyjną. Celem takiego działania było sprawdzenie gotowości na ewentualną zmianę zasad. Ośrodek uzyskał informacje pozwalające doce-

nić komponenty, które już teraz są zgodne z wytycznymi SIS oraz rozpoznanie co do obszarów wymagających przemyślenia i interwencji. Natomiast dla Fundacji jest to żywa ilustracja zagadnienia jakości w zdrowiu i diagnozy jako pierwszego i niezbędnego kroku do zmian.

Kryteria jakościowe nie są priorytetem w systemie ochrony zdrowia i znajduje to odzwierciedlenie w dostępności informacji niezbędnych do oceny jakości.

Wynik zatem rozpatrujemy:

- przez pryzmat kompletności danych;
- wyłącznie jako narzędzie do planowania zmian w przyszłości i ustanowienia nowych celów.

W naszej subiektywnej ocenie nie ulega wątpliwości, że BCO ma potencjał i możliwości, by powołać *breast unit* i uzyskać dla niego w przyszłości akredytację. Ewentualne zmiany musiałyby dotyczyć przede wszystkim koordynacji ścieżki pacjenta i standaryzacji raportowania, aby ułatwić monitoring wskaźników.

BCO.4 – OMÓWIENIE ŹRÓDEŁ

Analiza wskaźników SIS w BCO była próbą użycia dostępnych systemów informatycznych do raportowania danych dla *breast unit*. Systemy te nie zostały stworzone do tego celu i w ograniczonym stopniu uwzględniają potrzeby związane z monitorowaniem jakości, stąd ograniczenia w analizie.

Mimo to udało się pozyskać informacje niezbędne do oceny znaczącej części wskaźników.

1. Źródłem danych elektronicznych na potrzeby analizy były informatyczne systemy szpitalne:

- **HIS** *Hospital Information System* – informacje ogólne
- **RIS** *Radiology Information System* – radiologia
- **R&V** *record & verify* – radioterapia
- **SIMP** System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (w ograniczonym zakresie) – mammografia skriningowa

2. Bardzo istotną zaletą danych gromadzonych w BCO jest indywidualny numer pacjenta (numer kartoteki) – standardowo stosowany i wprowadzany do większości systemów. Umożliwia on sprawne łączenie raportów z różnych źródeł, ich wzajemną weryfikację i uzupełnianie.

3. Analiza opiera się niemal wyłącznie na danych elektronicznych. W dwóch przypadkach specjaliści przygotowali wyciągi informacji do wybiórczego audytu porównującego dane z różnych źródeł:

- medycyna nuklearna – badanie scyntygraficznej oceny węzła wartownika (w okresie, gdy odnotowano procedury w obu systemach, zauważalna była całkowita zgodność między danymi gromadzonymi i raportowanymi w HIS i danymi z bazy systemu obrazowania!); wyniki zostały uwzględnione w raporcie;
- badania histopatologiczne – ocena wyników dotyczących czasów realizacji badań wykonana na podstawie daty raportowania w HIS oraz dokumentacji w zakładzie patomorfologii; wyniki zostały uwzględnione w raporcie.

SYSTEMY:

INFORMATYCZNY SYSTEM SZPITALNY HIS (AMMS)

Do analizy wskaźników wykorzystano:

- informacje o procedurach kodowanych zgodnie z klasyfikacją ICD-9 – gromadzonych głównie na potrzeby późniejszego rozliczenia świadczeń i raportowania do NFZ;
- informacje z elektronicznej dokumentacji medycznej – jeśli były dostępne w wystarczającym zakresie.

• METODA:

Dane pobierano za pomocą programu raportowania, który stanowi standardowy element systemu. Raporty te cechują się jednak ograniczonymi możliwościami, jeśli chodzi o zakres i ilość pobieranych danych. Niezbędne było generowanie i pobieranie raportów częściowych, a następnie łączenie danych i ich filtrowanie.

• KOMPLETNOŚĆ I JAKOŚĆ:

- Dane wykorzystywane do rozliczeń z NFZ (część „szara” systemu – finansowa, rozliczeniowa) cechowały się dużą kompletnością. Same w sobie nie były jednak wystarczającym źródłem informacji do oceny wskaźników.
- Większość danych w części „białej” (medycznej) gromadzona jest w postaci notatek wprowadzanych przez specjalistów, co stanowi istotne ograniczenie. Dane z HIS obarczone są błędami lub nieścisłościami wynikającymi z braku odpowiedniej struktury przechowywania szczegółowych informacji o leczeniu onkologicznym. Rozważano pozyskanie ich z zastosowaniem metod automatycznej analizy tekstu. Jednak narzędzia te często są wrażliwe na niespójność wprowadzania danych typową dla notatek w języku naturalnym. Technologie w tym zakresie są dopiero w fazie rozwoju. W skrajnych przypadkach dokonano ręcznego przeglądu pojedynczych rekordów.

- **KLUCZOWE DANE – OGRANICZENIA**

Punktem wyjścia do wszelkich pogłębionych analiz jest określenie diagnozy, w tym stopnia zaawansowania. Szczególnie istotne są więc dane z etapu, gdy ustalane jest rozpoznanie i planowane leczenie.

Dane w module histopatologii systemu HIS były gromadzone od 11 kwartału 2016 roku.

Kompletność wprowadzania danych o stopniu zaawansowania utrzymuje się na poziomie około 67%. Jest to wartość opisana w polu tekstowym. Do oceny wskaźnika kompletności TNM niezbędny był przegląd poszczególnych rekordów według słów kluczowych i ich weryfikacja. Jeśli raportowanie miałyby odbywać się w ten sposób standardowo, oznaczałoby to konieczność zaangażowania w proces specjalistów zdolnych zinterpretować i zakwalifikować czytane dane – rozwiązanie nieefektywne i obciążające dla ośrodka.

Największą konsekwencją braku ustrukturyzowanych pól, jest niekompletność informacji, a także brak możliwości ich analizowania.

Mimo braku struktury i różnej formy wypełnienia danych, pojawienie się danych w module histopatologii skokowo poprawiło możliwość generowania informacji na potrzeby raportu – nie tylko w odniesieniu do patomorfologii, ale wszędzie tam, gdzie niezbędne było zweryfikowanie danych w oparciu o rozpoznanie.

W systemie HIS jedynym źródłem na temat stopnia zaawansowania TNM był moduł histopatologiczny. Ale badanie patomorfologiczne jest tylko jednym z etapów, na których w historii pacjenta powinna pojawić się informacja na temat stopnia zaawansowania.

Z informacji od specjalistów wynika, że tak zwany kliniczny stopień zaawansowania (cTNM) jest ustalany przez specjalistów na etapie diagnozy, nie ma jednak jednolitej praktyki co do jego zapisu w systemie. Brak jest więc jednego, wskazanego miejsca, w którym można go wprowadzać, a zarazem pobierać.

W najbardziej pożądaney wersji dane na temat TNM byłyby dostępne na bazie: cTNM – określonego z zapisu po konsylium lub lekarza prowadzącego,

pTNM z modułu histopatologii, cTNM dodawany w systemie R&V.

- **SYSTEM A INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ LEKARZY**

Ustrukturyzowany system ma znaczenie nie tylko ze względu na raportowanie, ale przede wszystkim jako poręczne narzędzie dla specjalistów poprawiające jakość pracy i komunikację w zespole. Opisany problem dotyczy nie tylko BCO. Najczęściej stosowane w Polsce systemy szpitalne stworzone są przede wszystkim jako narzędzie do raportowania finansowego i rozliczeń. W dużo mniejszym stopniu uwzględniają stronę medyczną. Nie są nastawione na weryfikację jakości rozumianej jako zgodność postępowania ze standardem klinicznym.

INFORMATYCZNY SYSTEM RADIOLOGICZNY RIS (ALTERIS).

RIS (*Radiology Information System*) jest oprogramowaniem standardowo dołączanym przez producenta sprzętu służącego do diagnostyki obrazowej. System ma dużą wartość informacyjną ze względu na zasób i rodzaj informacji, jakie automatycznie gromadzi.

Ośrodek ma jednak ograniczony dostęp do struktury bazy danych tego systemu – problem ten dotyczył zarówno badaczy w toku realizacji analizy, jak i działu IT szpitala w codziennej pracy.

Niemożliwe okazało się samodzielne wygenerowanie zbiorczych raportów w zakresie niezbędnym dla *breast unit*. Na cele projektu raporty były przygotowane przez producenta na podstawie specyfikacji określonej przez badaczy i Ośrodek.

Nie wszystkie informacje zostały wygenerowane zgodnie z zapotrzebowaniem. Ograniczony okres raportowania oraz brak informacji o mammografii skriningowej został zgłoszony do firmy jako błędne działanie raportu. Jednak do czasu zamknięcia opracowania nie udało się uzyskać zweryfikowanej wersji danych. Czas przygotowania raportu zbiorczego zależał od producenta oprogramowania.

Na przyszłość proces ten wymagałby usprawnienia ze względu na dużą wartość informacyjną

danych z RIS. Uzupełnienie o raport z systemu RIS pozwoliłoby zestawić bazy danych radiologicznych, co daje możliwość dalszych analiz. System RIS powinien być referencyjnym źródłem danych o diagnostyce obrazowej z uwagi na możliwość jednolitego pobierania danych zarówno o badaniach mammografii diagnostycznej i skriningowej, USG i MRI. Dodatkowo system ten zawiera pełne opisy wyników badań oraz czasu wykonania opisu ze wskazaniem specjalisty, co jest niezbędne do precyzyjnej oceny opóźnień związanych z badaniami mammograficznymi oraz powtórzeń.

SYSTEM WERYFIKACJI I ZARZĄDZANIA DLA RADIOTERAPII (R&V MOSAIQ)

System Mosaiq jest dedykowany do prowadzenia radioterapii pacjentów onkologicznych, dzięki czemu zapewnia dobre ustrukturyzowanie danych o diagnozie i stosowanym schemacie leczenia. Dane z systemu R&V charakteryzowały się najwyższą kompletnością. Częściowo mogło to wynikać z formatu ich wprowadzenia (zdefiniowane słowniki i formularze z polami wyboru, a nie pola tekstowe). Na kompletność danych w raporcie zbiorczym miał również wpływ sposób ich pobierania. Bezpośrednie zapytanie z bazy danych systemu gwarantuje największą dostępność, wymaga jednak znajomości struktury bazy. W tym wypadku współpraca z producentem systemu zapewniła bezproblemową interpretację danych.

W systemie Mosaiq lekarze mogą wprowadzać dane o stopniu zaawansowania choroby, jest to jednak jedno z nieobowiązkowych pól diagnozy. Są to informacje wprowadzane w dedykowanym formularzu ze słownikiem stopnia zaawansowania nowotworu zgodnym z UICC, co gwarantuje wysoką jakość danych. Część rozpoznań ICD-10, które wprowadzono na początku ścieżki pacjenta i nigdy nie skorygowano w HIS, została zweryfikowana na etapie radioterapii (do „poprawnego” c50). Oznacza to, że system do radioterapii może być użyty w ośrodku jako narzędzie weryfikacji także innych danych, ponieważ zawarte w nim informacje stanowią istotne uzupełnienie systemu

HIS w obszarze diagnozy. Warunkiem jest jednak kompletność wypełnienia diagnozy TNM.

Z punktu widzenia Ośrodka i Zakładu Radioterapii uzupełnienie diagnozy o TNM może być bardzo przydatne na potrzeby analizowania stosowanych schematów terapeutycznych, wymiany wiedzy i ujednolicania sposobów leczenia. Jest to najważniejszy argument za uzupełnianiem TNM w tym systemie.

SIMP – SYSTEM INFORMATYCZNY MONITOROWANIA PROFILAKTYKI

SIMP jest narzędziem informatycznym udostępnionym przez NFZ, służącym do prowadzenia dokumentacji profilaktycznych programów zdrowotnych, w tym raka piersi. W ramach umowy z NFZ, BCO uczestniczy w programie profilaktyki raka piersi, który obejmuje etap diagnostyki podstawowej i pogłębionej. Sposób gromadzenia danych nie pozwala na zestawienie informacji z systemem HIS. SIMP jest jedynym systemem w BCO użytym w analizie, który nie zawierał indywidualnego numeru kartoteki pacjenta. A jednocześnie badania mammografii skriningowej nie są raportowane w systemie szpitalnym HIS. Nie ma więc możliwości weryfikacji danych między bazami. Uniemożliwia to ocenę ścieżki diagnostycznej i umiejscowienie badania skriningowego w całym procesie leczenia. Podstawowym identyfikatorem w systemie SIMP jest numer PESEL.

Badacze nie mieli dostępu do danych z tego systemu. Raporty zbiorcze miały ograniczoną przydatność ze względu na brak przypisania dat do realizacji procedur.

Z poziomu pracownika Ośrodka (Wojewódzki Ośrodek Koordynujący) możliwe jest natomiast generowanie istotnych statystyk dotyczących:

- liczby badań MMG skriningowej;
- liczby badań opisanych w podziale na specjalistę;
- odsetka powtórzonych badań skriningowych;
- liczby pacjentów poddanych diagnostyce pogłębionej;
- do niedawna – skuteczności programu mierzonego odsetkiem odpowiedzi na zaproszenia.

- **BRAK PRZEPIYU DANYCH**

Istotne z punktu widzenia codziennej pracy ośrodka jest brak kompatybilności i ograniczony przepływ podstawowych danych między różnymi systemami. Z punktu widzenia badacza problem ten nie jest tak istotny, jeśli istnieje jednolity numer kartoteki. Ale taka funkcjonalność jest ważna z punktu widzenia pracowników Ośrodka.

niu z bazami danych KRN;

4. Brak możliwości generowania raportów zbiorczych z bazy DiLO.

OGRANICZENIA – BRAK DANYCH ZEWNETRZNYCH

Istnieje kilka kluczowych kategorii informacji, których **NIE** można wygenerować z poziomu Ośrodka ze względu na brak elektronicznej dokumentacji medycznej lub innych ogólnych źródeł informacji:

1. Niedostępne są informacje na temat leczenia i przebiegu procesu diagnostyczno-leczniczego spoza ośrodka. W przypadku BCO brak ten najbardziej jaskrawo uwidocznił się w przypadku analizy biopsji diagnostycznych. Zaledwie 35% pacjentek miało tę procedurę przeprowadzoną w BCO. Czy pozostałe zrealizowały ją poza ośrodkiem? Co przedstawiał wynik badania? Kiedy badanie było zrealizowane? Nie ma możliwości zweryfikowania tej informacji. Bazą do decyzji terapeutycznej dla zespołu BCO była dokumentacja dostarczona przez pacjentkę, ale z poziomu systemów informatycznych dostępnych w szpitalu Ośrodek nie widzi tej informacji. Nie ma możliwości prześledzenia i przeanalizowania ścieżki pacjenta, czasów oczekiwania itd. Jest to typowe ograniczenie systemowe – opóźnienie we wdrożeniu elektronicznej dokumentacji medycznej stanowi utrudnienie w codziennej pracy specjalistów, ale utrudnia również analizy istotne dla jakości.
2. Niemożliwe jest śledzenie losów pacjentek po zakończeniu leczenia, jeśli etap obserwacji odbywa się w innym ośrodku; nie można obliczyć żadnych długoletnich wskaźników przeżywalności;
3. Brak możliwości weryfikacji danych o rozpozna-

WIM.1 – ZAŁOŻENIA

U około 3 tysięcy kobiet w województwie mazowieckim rozpoznaje się co roku raka piersi. Pod względem epidemiologii region prowadzi w statystykach zachorowalności.

Wojskowy Instytut Medyczny z Centralnym Szpitalem Klinicznym Ministerstwa Obrony Narodowej (WIM) jest ważną w skali kraju wojskową jednostką badawczo-rozwojową i jednocześnie publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Onkologia jest jedną z wielu dziedzin, którymi zajmuje się Instytut. W danych przedstawionych w tak zwanych mapach potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego, WIM zajmuje drugie miejsce w regionie i trzynaste w skali kraju pod względem liczby leczonych chorych onkologicznych. Co więcej zapewnia opiekę znaczącej części pacjentów z innych regionów kraju. WIM nie dominuje na Mazowszu, ani też w Warszawie pod względem liczby chorych leczonych na raka piersi. Jest jednak pierwszą placówką, która może zapewnić pacjentkom opiekę w formule breast unit. Z punktu widzenia mieszkańek Mazowsza i okolicznych województw na mapie pojawił się Ośrodek istotnie wyróżniający się pod tym względem.

• CENTRUM TERAPII CHORÓB PIERSI WIM

Od 2015 roku trwały w WIM prace nad stworzeniem od podstaw Centrum Radioterapii, które stanowi istotne uzupełnienie działalności Instytutu w obszarze onkologii. Przygotowując się do otwarcia nowego zakładu przeanalizowano możliwości wprowadzenia skoordynowanej opieki nad pa-

cjentem z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Analiza zasobów w oparciu o dane: liczby leczonych chorych, doświadczenia specjalistów i zasobów sprzętowych wskazywały, że w pierwszym etapie należy skoordynować opiekę nad chorymi z rozpoznaniem raka piersi.

Dlatego też w połowie 2016 roku w WIM przygotowano pogłębioną analizę działalności diagnostyczno-leczniczej w oparciu o kryteria akredytacji SIS. W jej następstwie Instytut zdecydował o powołaniu *Centrum Terapii Chorób Piersi*. Z grona specjalistów wszystkich dziedzin wyłoniono dedykowany zespół. Powołano lidera, którym została dr hab. n. med. Renata Duchnowska, onkolog z dużym dorobkiem naukowym i wieloletnim doświadczeniem w pracy z chorymi na raka piersi. Skodyfikowano też procedury postępowania klinicznego, które uwzględniają wskaźniki jakości zawarte w wytycznych SIS do akredytacji Ośrodków Senologicznych.

Standardem w WIM jest planowanie leczenia przez konsylium – wielospecjalistyczny zespół współpracujących ze sobą specjalistów, zajmujących się leczeniem chorych na raka piersi.

Zmiany te następowały na przestrzeni całego ostatniego roku. Rok po pierwszej analizie zaktualizowano dane za przełom 2016/17 roku. Na potrzeby tego opracowania WIM przekazał wyniki obu analiz i wyraził zgodę na ich publikację.

Obecnie Ośrodek przygotowuje się do złożenia wniosku o akredytację SIS dla *breast unit*.

ŹRÓDŁA:

- „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego”; Ministerstwo Zdrowia; dane dotyczą 2012 roku, www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl

WIM.2 ANALIZA WSKAŹNIKÓW

INFORMACJE OGÓLNE I ZAKRES ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH W WIM

WIM dysponuje bardzo dużym zakresem informacji pozwalającym ocenić kluczowe wskaźniki – także z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby.

• ZAKRES

W WIM realizowana jest większość procedur związanych z diagnostyką, leczeniem, wsparciem dla pacjentek z podejrzeniem i rozpoznaniem raka piersi.

• LICZBA PACJENTÓW

Liczba pacjentek z rozpoznaniem raka piersi w WIM diagnozowanych i leczonych w kierunku raka piersi to:

- **Poradnia:** około 800 nowych pacjentek z podejrzeniem zmian łagodnych i złośliwych, około 1000 pacjentek rocznie w obserwacji
- **Chirurgia:** około 150–200 pacjentek operowanych rocznie

• WSPARCIE

Rehabilitacja i psychoonkologia prowadzone są w ramach własnych zasobów Ośrodka.

Brak jest informacji w systemach elektronicznej dokumentacji na temat aktywności prowadzonej w obszarze programu zachowania płodności u młodych kobiet. Z dokumentacji medycznej wynika, że chore kierowane są na konsultację ginekologiczną w ramach Poradni Ginekologicznej Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej WIM, a także do ośrodków poza WIM dysponujących poradniami leczenia niepłodności. Zabiegi rekonstrukcji piersi oraz badania genetyczne realizowane są poza WIM.

• PROTOKOŁY POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO

Leczenie w *breast unit* powinno przebiegać w oparciu o aktualne protokoły postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

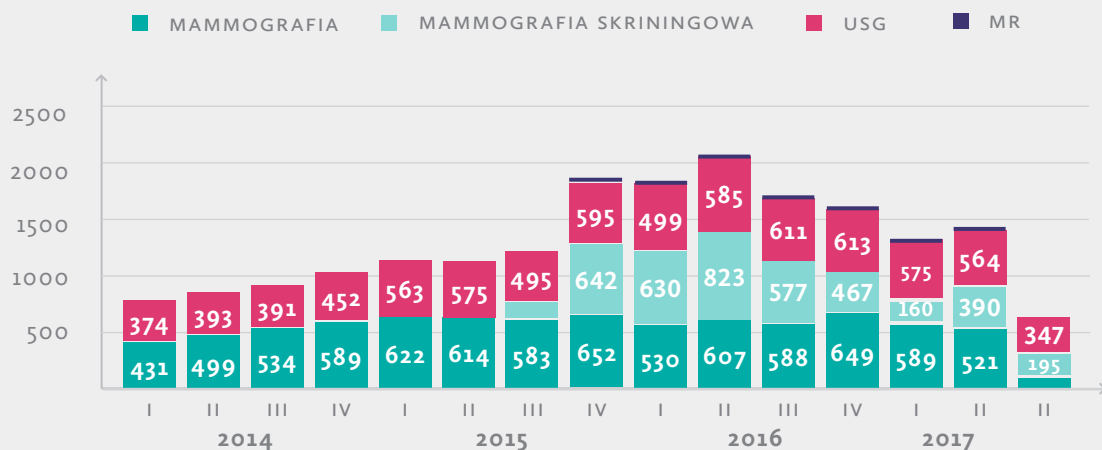
Procedury opracowane przez zespół Centrum Terapii Chorób Piersi w WIM zawierają:

- Szczegółowy opis wszystkich etapów ścieżki pacjentki z podejrzeniem lub leczonej na raka piersi – w tym schematy postępowania klinicznego. Dokumentacja przygotowana jest zgodnie z wytycznymi EBM.
- Zakres dokumentacji uwzględniający ocenę jakości historii choroby pacjentki, wymagania i świadczenia opisane w programie akredytacji.
- Instrukcje do przygotowania materiałów informacyjnych dla pacjentek i osób kierujących (w tym dane kontaktowe).

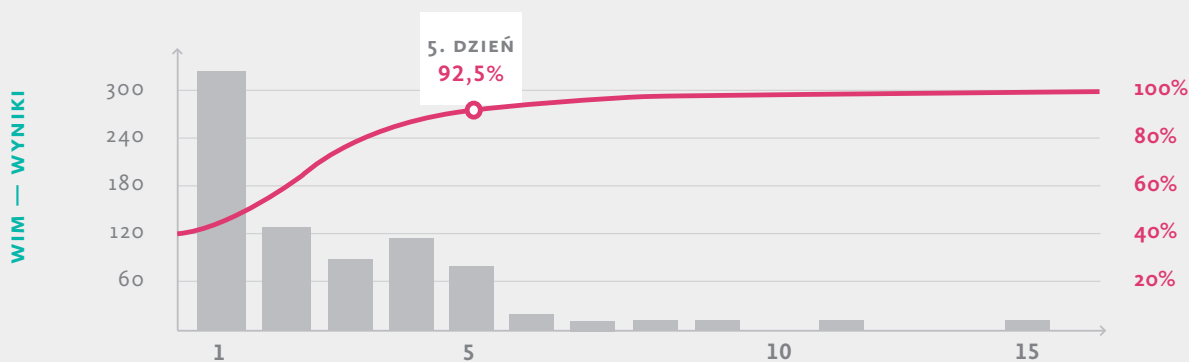
Dokumentacja opisuje szczegółowo funkcjonowanie wszystkich jednostek WIM w następującym zakresie:

- Algorytm funkcjonowania CTCP WIM.
- Informacja dla pacjenta.
- Działalność naukowa klinik WIM.
- Wykaz Klinik, Zakładów i Poradni WIM.
- Raportowanie wyników oceny HER2 wykonywanej metodą hybrydyzacji in situ wg *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) 2013.
- Stopień zaawansowania raka piersi według protokołu CAP i klasyfikacji pTNM.
- Definicja biologicznych podtypów raka piersi na podstawie oceny IHC (wg zaleceń konferencji St. Gallen 2013).
- Wybór uzupełniającego leczenia systemowego z uwzględnieniem biologicznych podtypów raka, określonych na podstawie oceny IHC (wg zaleceń konferencji St. Gallen 2013).
- Czynniki decydujące o zastosowaniu uzupełniającej chemioterapii (CTH) u chorych ER+ HER2– (wg zaleceń konferencji St. Gallen z 2009 roku).
- Zalecenia dotyczące obserwacji po radykalnym leczeniu raka piersi.
- Zakres wstępnych badań diagnostycznych u chorych na pierwotnie operacyjnego raka piersi.

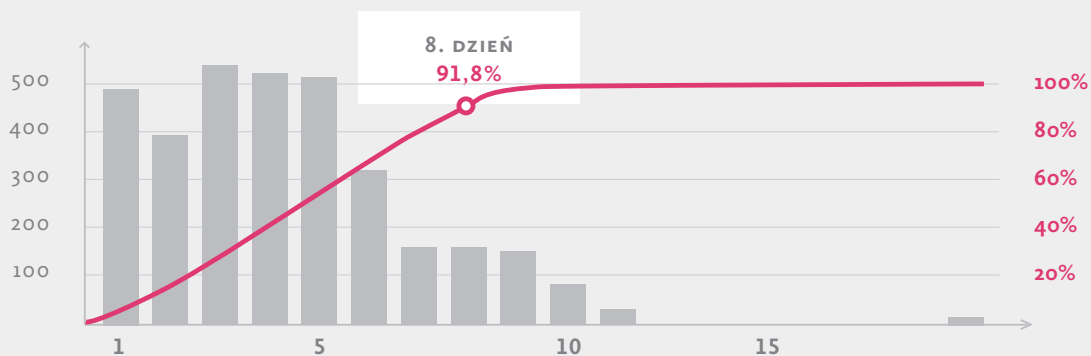
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA



CZAS OCZEKIWANIA – MAMMOGRAFIA DIAGNOSTYCZNA



CZAS OCZEKIWANIA – MAMMOGRAFIA SKRININGOWA



- Zakres badań diagnostycznych u chorych na miejscowo zaawansowanego raka piersi i w podejrzeniu rozsiewu.
- Strategia chirurgicznego leczenia wczesnego raka piersi.
- Strategia leczenia miejscowo zaawansowanego raka piersi.
- Pierwszorazowe leczenie systemowe zaawansowanego raka piersi.
- Sekwencja leczenia zaawansowanego hormonalnie wrażliwego raka piersi.
- Zakres badań diagnostycznych u chorych z nawrotem lub rozsiewem raka piersi.
- Strategia leczenia chorych z miejscowym nawrotem.
- Strategia leczenia chorych z regionalnym nawrotem.

DIAGNOSTYKA

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Radiologia w szpitalu WIM realizuje badania diagnostyczne w pełnym zakresie: mammografie, USG, MR, biopsje cienko- i gruboigłowe. W ramach standardowej pracy Zakładu Radiodiagnostyki prowadzona jest dokumentacja oceniająca zarówno liczbę wykonywanych badań, jak i liczbę badań opisywanych przez zatrudnionych radiologów.

• MAMMOGRAFIA – STATYSTYKA PODSTAWOWA

Kryterium zalecanej liczby procedur MMG diagnostycznej (powyżej 2000 badań) jest spełnione. W systemie zdefiniowane są różne typy badań MMG, w tym skryningowe. Szczegóły wraz z innymi badaniami diagnostyki obrazowej przedstawiono na wykresie.

Na podstawie danych z systemu HIS za lata 2015-2017 wykazano liczbę 3000-4000 badań MMG w pracowni Zakładu Radiodiagnostyki WIM. Liczba raportowanych w HIS badań skryningowych pacjentek diagnozowanych z podejrzeniem raka piersi (etap podstawowy) wynosi około 900 w 2015 roku i niemal 2500 w 2016 roku.

Istnieje prawdopodobieństwo, że w części ba-

dań nie jest uwzględniona w HIS. Liczba pacjentów MMG skryningowej powinna być zatem zweryfikowana z systemem SIMP. Dostęp do tych danych jest jednak ograniczony zarówno dla badaczy, jak i Ośrodka – analogicznie jak w przypadku BCO.

• CZAS OCZEKIWANIA – PRZEKAZANIE WYNIKÓW BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Ze względu na brak informacji o dacie **przekazania pacjentce opisu badania** obrazowego, nie można precyzyjnie określić tego parametru. Na podstawie raportu o wykonanych procedurach w Pracowni Mammograficznej możliwa była natomiast ocena czasu pomiędzy wykonaniem badania a **wprowadzeniem opisu**.

Analiza podzielona jest na 2 grupy: diagnostyczne i skryningowe. W przypadku mammografii diagnostycznych ponad 92% pacjentek ma przygotowany opis w przeciągu 5 dni roboczych od wykonania badania. Czy to oznacza, że pacjentki mogą otrzymać wynik w tym terminie?

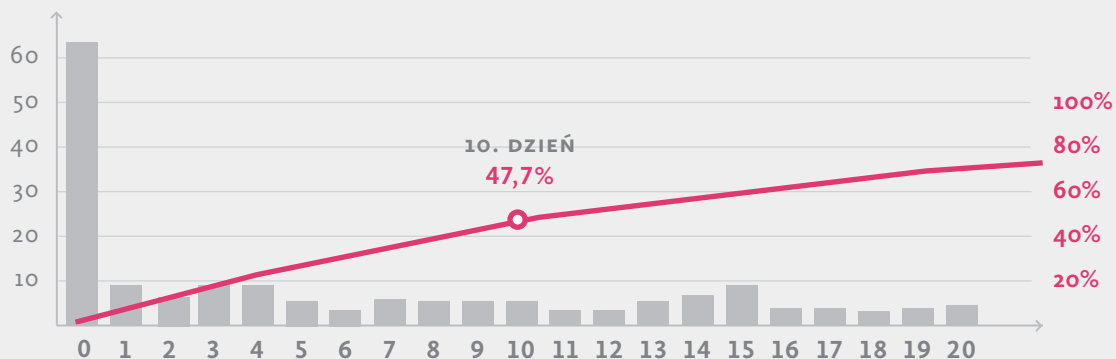
Zważywszy na fakt, że zakład opisuje większość (81%) wyników z badań diagnostycznych w dniach 0–3, w tym aż 45% tego samego dnia, spełnienie tego rygorystycznego kryterium wydaje się dla WIM w zasięgu ręki.

Jeśli chodzi o pacjentki w badaniach przesiewowych to termin przekazania wyniku nie jest określony w zaleceniach. Należy jednak monitorować i raportować okres do rozpoczęcia dalszej diagnostyki u pacjentek objawowych. Odnotowanie dat dla tej grupy pacjentek jest więc również istotne. W przypadku badań skryningowych wynik dla 90% pacjentek dostępny jest w czasie do 8 dni roboczych.

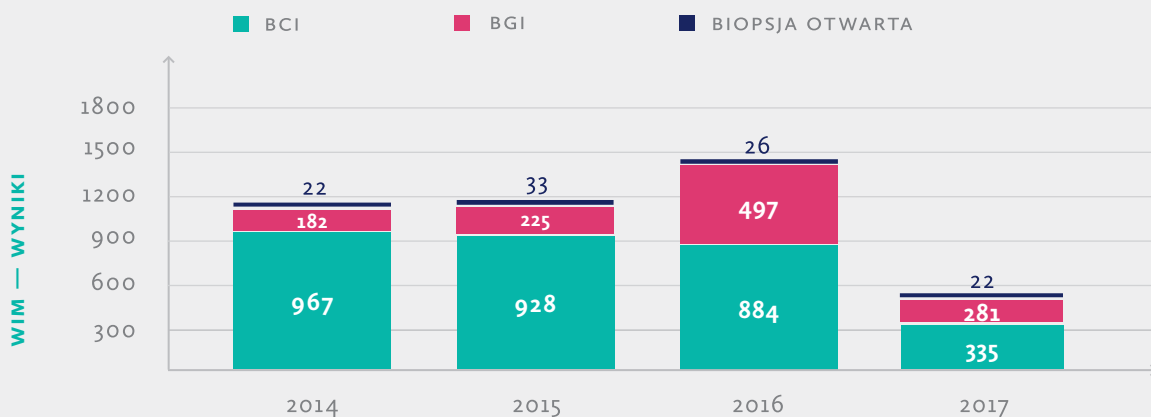
• LICZBA BADAŃ NA SPECJALISTĘ

Na bazie danych z systemu możliwe jest policzenie liczby procedur przypadających na specjalistę. W Centrum Terapii Chorób Piersi pracują specjaliści poświęcający znaczącą część swojego czasu pacjentkom z podejrzeniem i rozpoznaniem raka piersi. Skład zespołu i liczba procedur realizowanych w Pracowni zapewniają spełnienie wymogu mówiącego o liczbie badań przypadających na specjalistę (1000/rok).

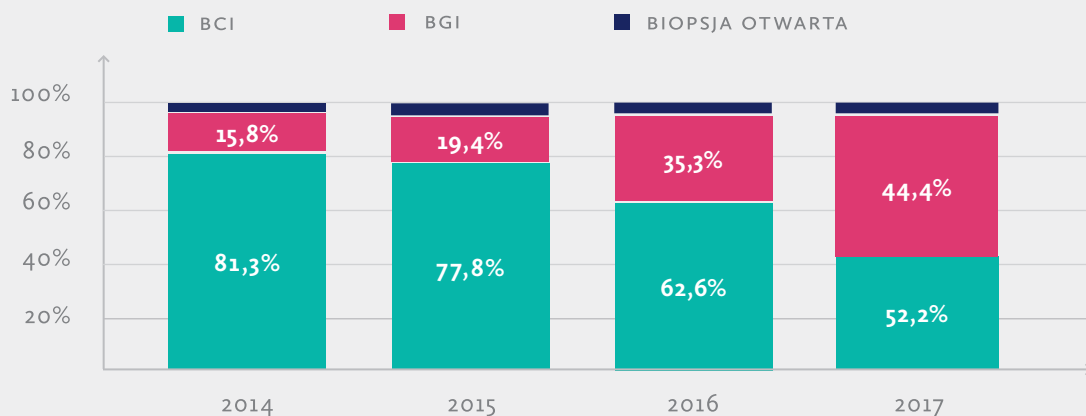
CZAS OCZEKIWANIA OD PODEJRZENIA NOWOTWORU DO PIERWSZEJ PROCEDURY DIAGNOSTYCZNEJ



BIOPSJE DIAGNOSTYCZNE



LICZBA PROCEDUR BIOPSJI PIERSI PROCENTOWO



• CZAS OD PODEJRZENIA NOWOTWORU DO DIAGNOSTYKI POGŁĘBIONEJ

Wobec braku informacji o dokładnym momencie pojawienia się podejrzenia choroby nowotworowej, na potrzeby oceny tego parametru przyjęto, że:

- każde badanie mammografii skriningowej, po którym następuje badanie USG lub biopsja piersi, było podstawą podejrzenia nowotworu
- diagnostyka pogłębiona odbyła się nie później niż 50 dni roboczych po wystąpieniu podejrzenia choroby nowotworowej.

Pozwoliło to na szacunkową analizę czasu oczekiwania pacjentek na diagnostykę pogłębioną. Należy tutaj zaznaczyć, że zaproponowana metoda nie uwzględnia pacjentek, u których podejrzenie choroby nowotworowej nie powstało w oparciu o badania skriningowe. 29% pacjentek, u których w badaniu mammografii skriningowej pojawia się podejrzenie nowotworu, rozpoczyna dodatkową diagnostykę jeszcze tego samego dnia. W ciągu 10 dni roboczych odsetek ten zwiększa się do 47%.

• BIOPSJE

Liczba raportowanych biopsji cienkoigłowych i gruboigłowych jest bardzo duża. Średnio wykonuje się w WIM około 900 procedur BC1 rocznie. Jeśli natomiast chodzi o biopsje gruboigłowe – w 2016 roku wykonano ich około 500. Wykres przedstawia wszystkie zrealizowane badania – w następstwie części z nich podjęto dalsze leczenie.

Spośród pacjentek, które miały w WIM reali-

zowaną biopsję a następnie operację – około 45% miało biopsję gruboigłową. Jednocześnie można ocenić, że zabiegowi biopsji otwartej poddanych było mniej niż 5% operowanych pacjentek.

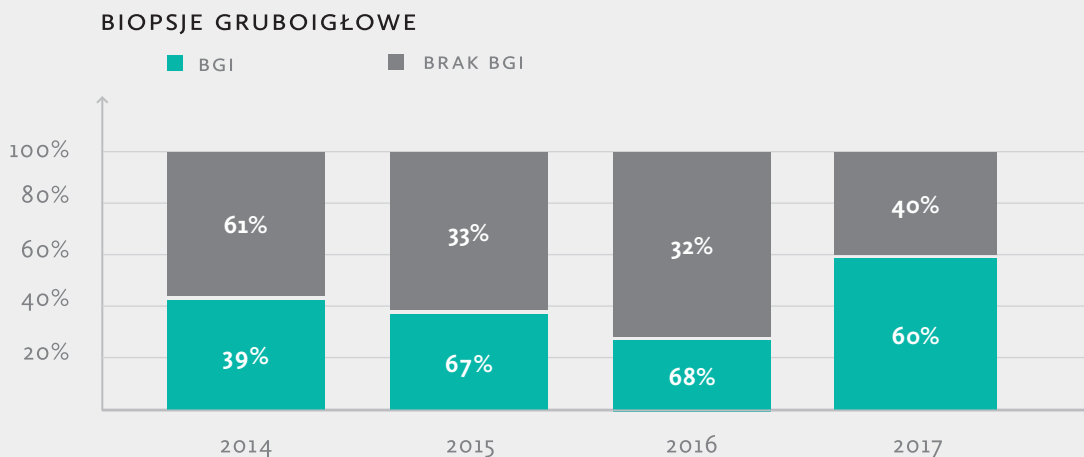
Podobnie jak w przypadku Białostockiego Centrum Onkologii, również w przypadku WIM pojawia się problem z dostępem w systemie elektronicznej dokumentacji o biopsjach, które zostały wykonane poza Ośrodkiem. W analizowanych ostatnich 3 latach, informacja o wyniku biopsji gruboigłowej dostępna jest u 60–68% chorych leczonych operacyjnie w WIM. Pozostałe pacjentki prawdopodobnie wykonały badanie poza WIM.

PATOMORFOLOGIA

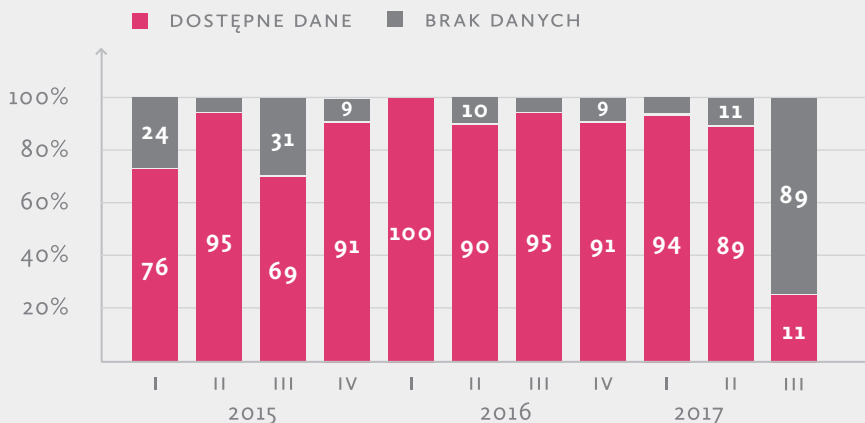
• DOKUMENTACJA BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH

Historia danych dostępna jest dla całego analizowanego okresu. Wyniki wprowadzane są w bazie HIS w module histopatologicznym. Brak jest jednolitej struktury pozwalającej na wprowadzanie danych adekwatnie do potrzeb. Dlatego dodatkowo – na podstawie danych wprowadzanych do systemu HIS – zespół Zakładu Patomorfologii przygotowuje na własny użytek szczegółową bazę informacyjną, dzięki której może analizować wyniki badań według poszczególnych parametrów.

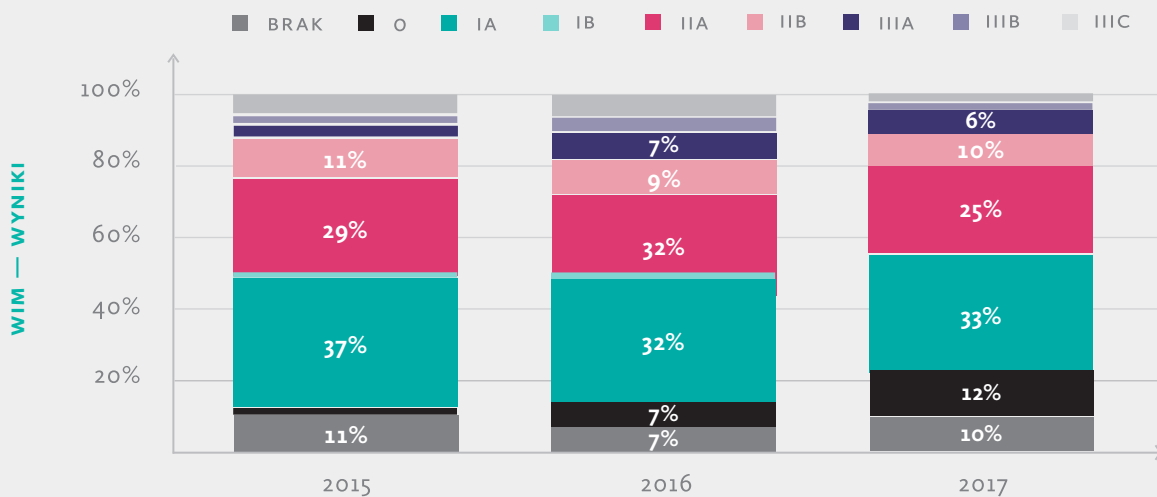
Wymaga to dużego nakładu pracy, ale wobec braku innych rozwiązań stanowi ogromne ułatwienie przy sporządzaniu analiz i przekrojowych opracowań.



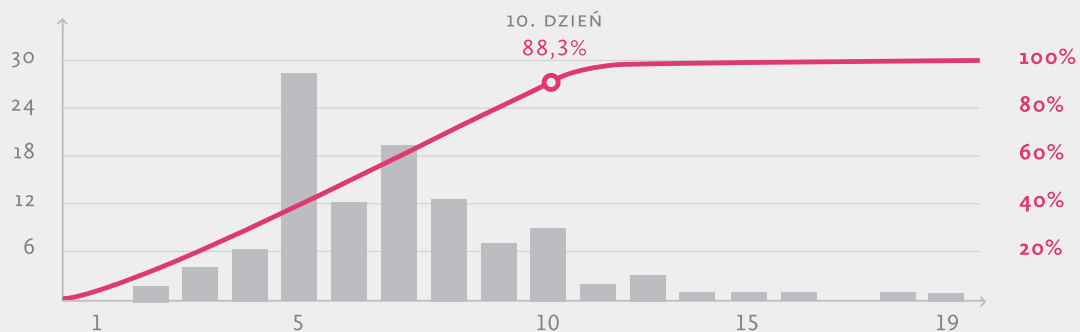
DOKUMENTACJA BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH



ROZKŁAD STOPNIA ZAAWANSOWANIA U PACJENEK PODDANYCH CHIRURGII W OPARCIU O WYNIK BADAŃ HISTOPATOLOGICZNEGO



CZAS OCZEKIWANIA NA WYNIK BADAŃ HISTOPATOLOGICZNEGO PO OPERACJI



Na wykresie przedstawiono zestawienie o wykonanych badaniach histopatologicznych po operacji pacjentek z rozpoznaniem raka piersi. Dane dla Q3 2017 nie zostały jeszcze wprowadzone do systemu.

• KOMPLETNOŚĆ BADAŃ

Wyniki badań spełniają wymóg kompletności – zawierają informacje o parametrach niezbędnych do zaplanowania leczenia.

• KOMPLETNOŚĆ OKREŚLENIA STOPNIA ZAAWANSOWANIA TNM

Stopień zaawansowania na podstawie badania histopatologicznego materiału operacyjnego został określony w przypadku ponad 90% pacjentek z rozpoznaniem raka piersi (c50 i D05). Ze względu na to, że dane pochodzą z wyników badań wykonanych w Zakładzie Patomorfologii, jest to wyłącznie pTNM, który nie obejmuje pacjentek w czwartym stopniu zaawansowania (czyli z obecnością przerzutów do innych narządów). Przy braku agregowania informacji o klinicznym TNM (cTNM) w bazie HIS jest to jedyna informacja w systemie o stopniu zaawansowania. Cechuje ją jednak duża kompletność i jest dzięki temu niezwykle cenna pod kątem pogłębionych analiz.

• CZAS OCZEKIWANIA – WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

Na podstawie danych o dacie zlecenia, rejestracji i opisu badania przygotowano histogramy

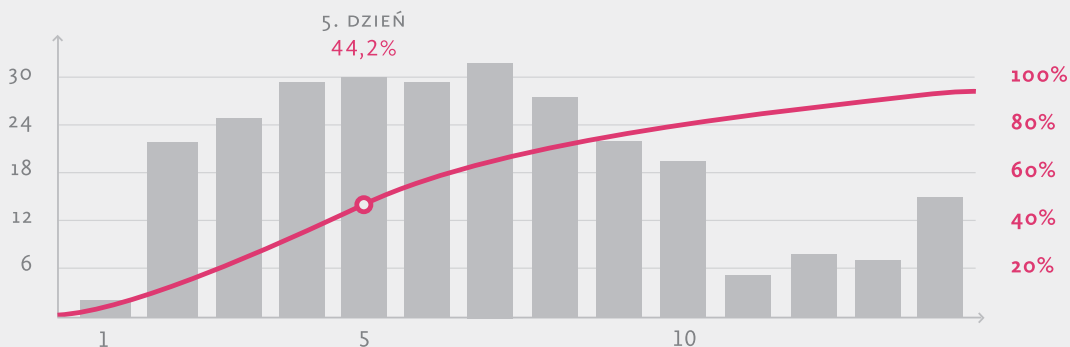
czasu oczekiwania na wyniki badań. W przypadku w1M w czasie 10 dni od zlecenia opisanych jest 88% badań. Natomiast wynik badania materiału biologicznego pobieranego w wyniku biopsji przygotowany jest w ciągu 5 dni roboczych dla 44% pacjentek. Podobnie jak w przypadku mammografii brak jest w systemie informacji o czasie przekazania wyniku z biopsji pacjentce. Zastępczo analizowany jest czas przygotowania opisu.

• WYKRYWALNOŚĆ WĘZŁA WARTOWNICZEGO

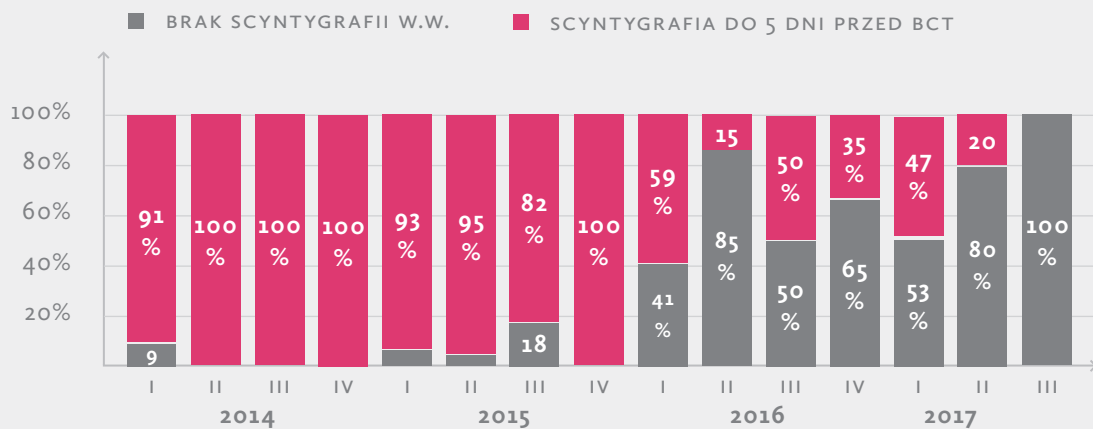
W latach 2014–2015, wśród pacjentów chirurgicznych w w1M zrealizowano (raportowano) procedury scyntygraficznej lokalizacji węzła wartowniczego dla ponad 90% pacjentek poddanych operacji oszczędzającej. Liczba raportowanych danych o badaniach węzła wartownika zaczęła spadać od 2016 roku. W tym okresie zmniejszyła się liczba pacjentek operowanych w w1M.

Przed wszystkim jednak, ze względów technicznych, zespół na potrzeby operacji vcs zaczął wykorzystywać w większym stopniu magnetyczną metodę lokalizacji węzła wartowniczego (w odróżnieniu od metody scyntygraficznej). Ta nowoczesna metoda lokalizacji węzła nie jest jednak rozliczana przez płatnika. Nie jest zakodowana w procedurach w systemie HIS. Informacja o zrealizowaniu lokalizacji węzła wartowniczego metodą magnetyczną znajduje się w wypisie pacjenta i wyniku badania histopatologicznego. Tak zrealizowana procedura wchodzi w koszt operacji oszczędzającej. Poniższy wykres pokazuje zatem tylko dane z procedury scyn-

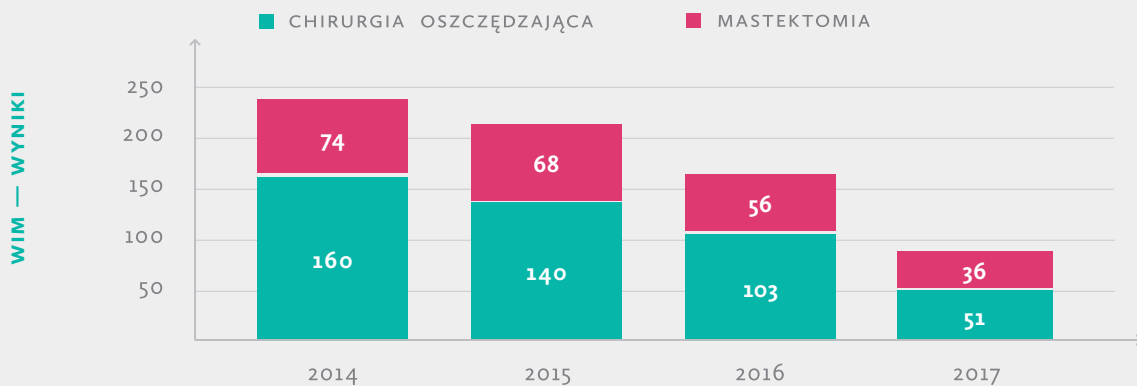
CZAS OCZEKIWANIA NA WYNIK BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO PO BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ



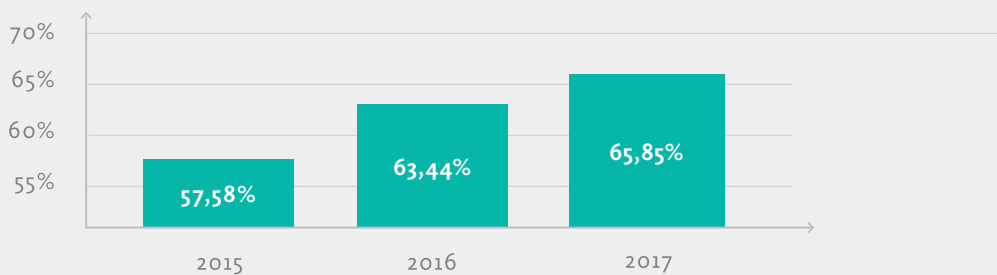
SCYNTYGRAFICZNA OCENA WĘZŁA WARTOWNIKA



ZABIEGI CHIRURGICZNE



UDZIAŁ CHIRURGII OSZCZĘDZAJĄCEJ PRZY NISKIM ZAAWANSOWANIU



tygraficznej oceny w.w. Zmiana od 2016 obrazuje zmianę metody lokalizacji węzła.

Wszystkie pacjentki mają standardowo realizowaną procedurę lokalizacji węzła wartowniczego. Badanie najczęściej realizowane jest w dniu zabiegu lub w niewielkim procencie 1 do 2 dni wcześniej.

Na podstawie wyników badań histopatologicznych przeprowadzonych w latach 2014—2015 ustalono, że w przypadku 7,6% pacjentek nie wykryto węzła wartowniczego, co oznacza nieznaczne przekroczenie rekomendowanego poziomu wskaźnika (5%).

W 90% przypadków preparaty chirurgiczne pobrane podczas limfadenektomii powinny zawierać minimum 10 węzłów. Odsetek chorych na inwazyjnego raka piersi, u których usunięto węzły chłonne dołu pachowego i wykonano badanie patologiczne co najmniej 10 węzłów dla w1m to minimum 85% (dane za lata 2014—2015).

CHIRURGIA

• STATYSTYKA – LICZBA PROCEDUR CHIRURGICZNYCH W WIM

W analizowanym okresie liczba zabiegów wynosiła 160—220 rocznie.

• OPERACJE OSZCZĘDZAJĄCE I MASTEKTOMIA

W przypadku w1m możliwa jest analiza proporcji zabiegów oszczędzających i mastektomii z uwzględnieniem stopnia zaawansowania. W ostatnich latach następowała stopniowa poprawa w tym zakresie. Dla pacjentek z 0, 1 i 11 stopniem zaawansowania, potwierdzonym w dokumentacji systemu szpitalnego, odsetek operacji oszczędzających wzrasta od 57% w 2015 roku do około 66% w 2017.

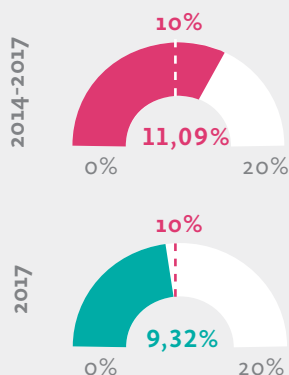
• OPERACJE POWTÓRNE

Pacjentki z potwierdzonym rozpoznaniem nowotworu piersi powinny być poddane tylko jednemu zabiegowi usunięcia guza i regionalnych węzłów chłonnych. Wskaźniki dla w1m dotyczą okresu od 2014 do 2017. Dla roku 2017 zauważalna jest poprawa wskaźnika w porównaniu z całym analizowanym okresem.

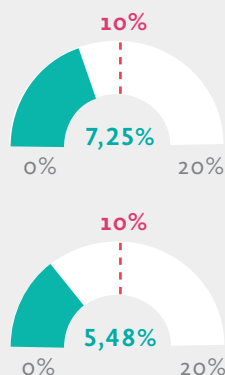
Więcej niż jedną operację przeszło mniej niż 10% pacjentek. Wykresy pokazują odsetek pacjentek, które przeszły: więcej niż jedną operację, ponowną

OPERACJE POWTÓRNE

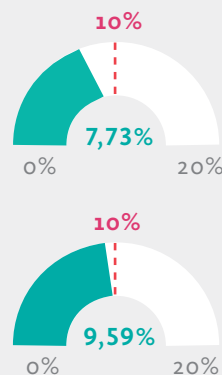
WSZYSTKIE POWTÓRNE
OPERACJE



PONOWNNA OPERACJA
OSZCZĘDZAJĄCA PO
OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ



MASTEKTOMIA PO
OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ



operację oszczędzającą po operacji oszczędzającej, mastektomię po operacji oszczędzającej.

- **POTWIERDZENIE DIAGNOZY PRZED OPERACJĄ**

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

Źródła oceny tego wskaźnika to:

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

W latach 2015–2017 ponad 60–68% pacjentek rozpoznaniem z raka piersi operowanych w WIM miało wykonaną biopsję i opis histopatologiczny przed operacją. Prawdopodobnie w przypadku pozostałych pacjentek biopsja była realizowana poza WIM. Takiej informacji jednak nie ma w dokumentacji systemu HIS - dostępna jest w dokumentacji medycznej.

Innym parametrem oceny jakości w tym zakresie jest odsetek biopsji operacyjnych. Na przestrzeni 4 lat w WIM dla pacjentek z zabiegiem chirurgicznym zaraportowano mniej niż 5% biopsji

otwartych, co zdecydowanie mieści się w dopuszczalnym zakresie 10%.

Brak danych w systemie elektronicznej dokumentacji nie pozwala jednoznacznie potwierdzić realizacji tego wskaźnika, choć wiele wskazuje na to, że standardem w WIM jest potwierdzanie diagnozy przed operacją.

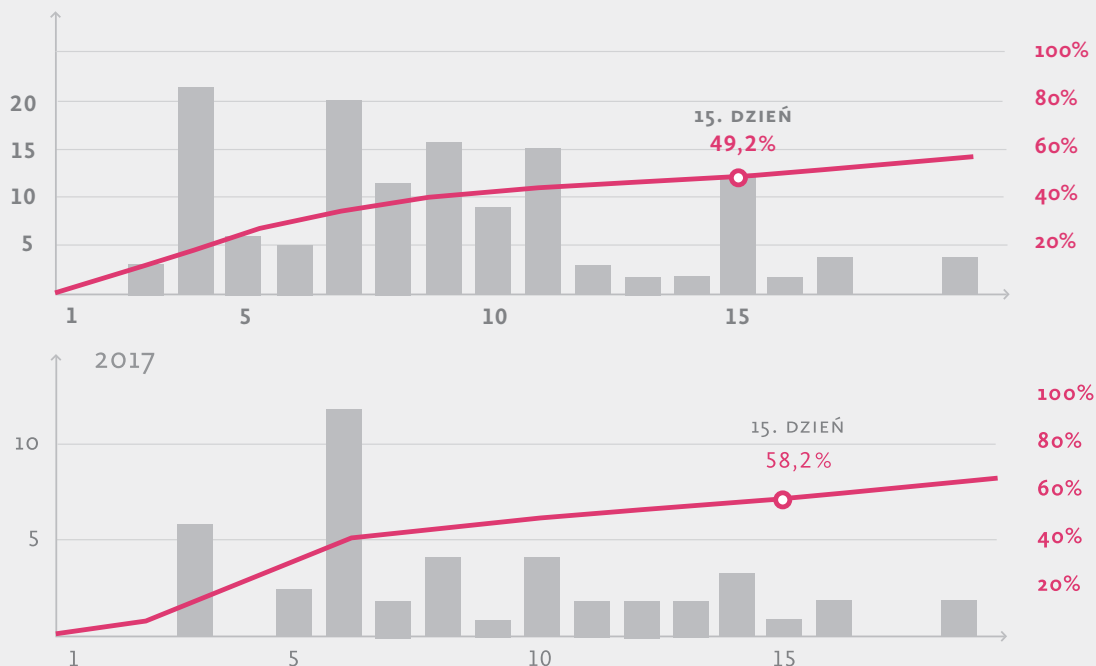
- **CZAS OCZEKIWANIA OD DIAGNOZY DO LECZENIA**

W przypadku chirurgii w zalecany czasie 2 tygodni od momentu potwierdzenia diagnozy terapię rozpoczęło 49% pacjentek z rakiem piersi (diagnoza C50). W ostatnim roku – 58%. Za początek analizy przyjęto dzień wykonania biopsji – z założeniem, że czas wykonania wyniku badania histopatologicznego to 5 dni (10 dni roboczych + 5 dni).

- **CHIRURGIA PLASTYCZNA I REKONSTRUKCYJNA**

W analizowanym okresie pacjentki nie były poddawane zabiegom chirurgii rekonstrukcyjnej w WIM.

CZAS OCZEKIWANIA POMIĘDZY BIOPSJĄ A LECZENIEM CHIRURGICZNYM 2014–2017



- **DOŚWIADCZENIE SPECJALISTÓW**

Specjaliści pracujący w ramach Centrum Terapii Chorób Piersi w WIM spełniają kryterium minimum 50 zabiegów rocznie.

RADIOTERAPIA

W 2017 roku uruchomiono w WIM Centrum Radioterapii. Infrastruktura została dostosowana do realizacji nowoczesnych technik radioterapii i brachyterapii raka piersi.

System informatyczny dla radioterapii (R&V) pozwala na raportowanie wszystkich danych o pacjentkach leczonych z rozpoznaniem raka piersi i jest zintegrowany z systemem szpitalnym HIS, co znaczenie ułatwia gromadzenie i analizę danych. Radioterapię w WIM rozpoczęto w Q2 2017 roku. W poprzednich latach lekarz radioterapeuta ze współpracującego ośrodka (Mazowiecki Szpital Onkologiczny w Wieliszewie) uczestniczył w konsyliach zespołu specjalistów, a zaplanowana terapia realizowana była poza WIM. W systemie elektronicznej dokumentacji medycznej brak informacji o szczegółach tych procedur.

Pacjentki z rozpoznaniem raka piersi, które w krótkim okresie od uruchomienia Centrum Radioterapii do sierpnia 2017 roku poddane były leczeniu, przeszły głównie terapię radykalną

- **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 według klasyfikacji TNM. Na moment zamknięcia opracowania dane o stopniu zaawansowania odnotowano dla 20% pacjentek.

- **RADIOTERAPIA UZUPEŁNIAJĄCA PO OPERACJI OSZCZĘDZAJĄCEJ**

Pacjentki, które przeszły zabieg oszczędzający w WIM są standardowo kwalifikowane do leczenia radioterapeutycznego. Jednak wskaźnik wyliczo-

ny dla tak krótkiego okresu działalności Centrum Radioterapii nie byłby wiarygodny. Jego przedstawienie po dłuższym czasie i na bazie większej grupy pacjentek nie powinno jednak stanowić problemu.

- **WYPOSAŻENIE**

Ośrodek dysponuje wymaganym przez SIS wyposażeniem w zakresie sprzętu do radioterapii i diagnostyki.

LECZENIE SYSTEMOWE

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

Ze względu na krótki okres funkcjonowania Centrum Radioterapii w WIM i brak danych na temat pacjentek, które przeszły to leczenie w innych ośrodkach nie można ocenić tego parametru dla trzech modalności leczenia.

Z kolei w zakresie danych o leczeniu systemowym dostępne są informacje wyłącznie o chemioterapii. Kod procedury jest bardzo ogólny i nie precyzuje szczegółów terapii. W systemie brak jest też procedury do rozliczenia hormonoterapii, która jest stosowana w Ośrodku zgodnie z przygotowanymi protokołami klinicznymi. Zatem informacje dotyczą wyłącznie chemioterapii. W latach 2014–17 chemioterapię przeszło 10–25% pacjentek po chirurgii oszczędzającej. W tym samym okresie dla pacjentek po zabiegu mastektomii wskaźnik ten wynosi 25–45% (na wykresie pokazano łącznie). W WIM stosuje się również terapię neoadjuwantową (chemioterapia przed chirurgią). Rok 2017 nie obejmuje kompletnych danych, ze względu na toczące się terapie.

Poniższe statystyki nie uwzględniają grupy pacjentek z IV stopniem zaawansowania choroby (wykorzystano informacje o TNM z opisów histopatologicznych po operacji).

Niemniej określenie stopnia zaawansowania daje specjalistom podstawę do oceny adekwatności terapii do standardu postępowania.

• **BADANIA KLINICZNE**

Pacjentki w WIM mają możliwość uczestnictwa w badaniach klinicznych. Odsetek 10% powinien być spełniony. Brak jest jednak informacji, które pozwoliłyby zweryfikować tę informację.

(łagodna, złośliwa).

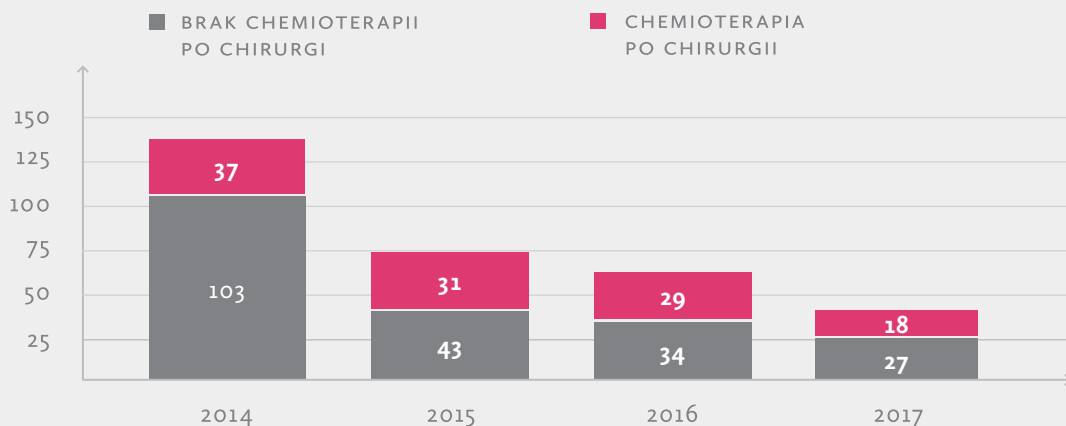
W Poradni Chorób Piersi w WIM konsultowano ponad 1500 nowych pacjentek rocznie i ponad 2 tysiące pacjentek w kontroli po leczeniu.

PORADNIA CHORÓB PIERSI

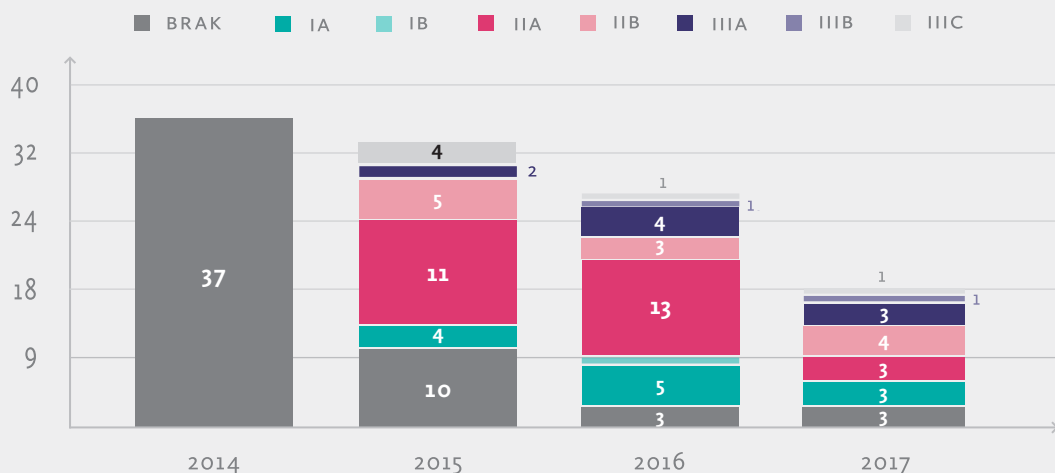
W WIM działa dedykowana Poradnia Chorób Piersi Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Torakochirurgii. Przyjmuje w niej dwóch chirurgów. Pacjentki przyjmowane są również w Poradni Ginekologicznej WIM. Raport z systemu HIS nie zawiera informacji o typie zmiany

CHEMIOTERAPIA PO CHIRURGII

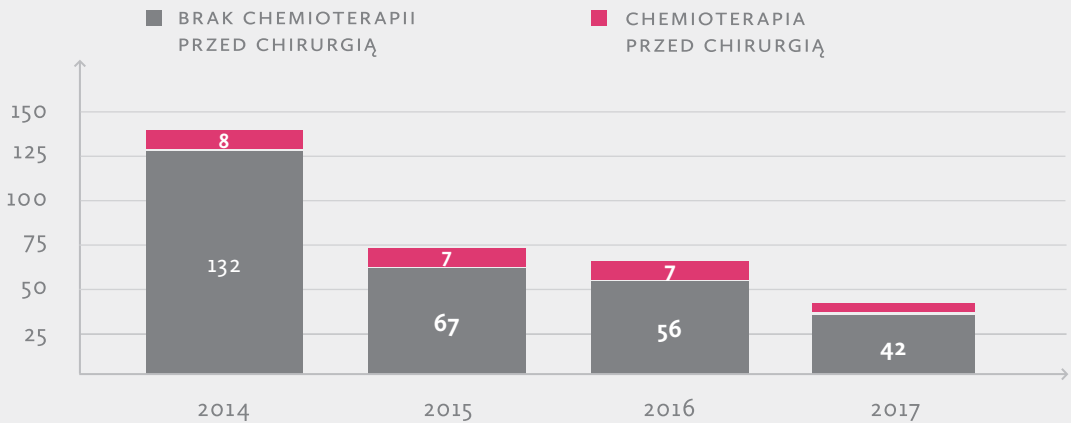
WIM — WYNIKI



CHEMIOTERAPIA PO CHIRURGII

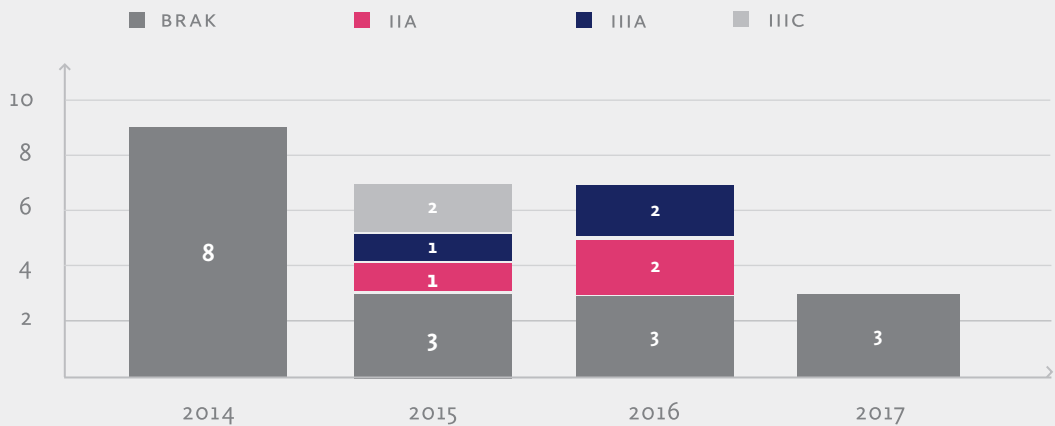


CHEMIOTERAPIA PRZED CHIRURGIĄ



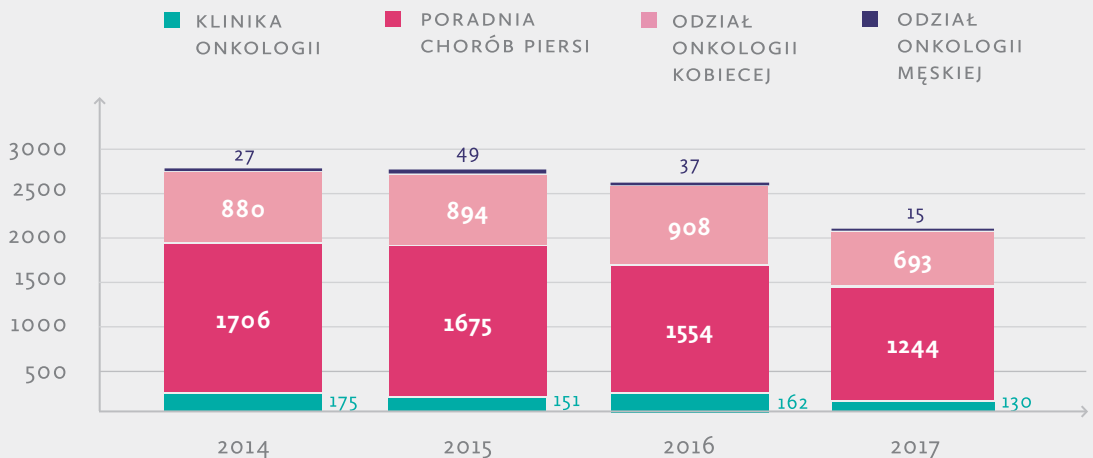
CHEMIOTERAPIA PRZED CHIRURGIĄ

WIM — WYNIKI

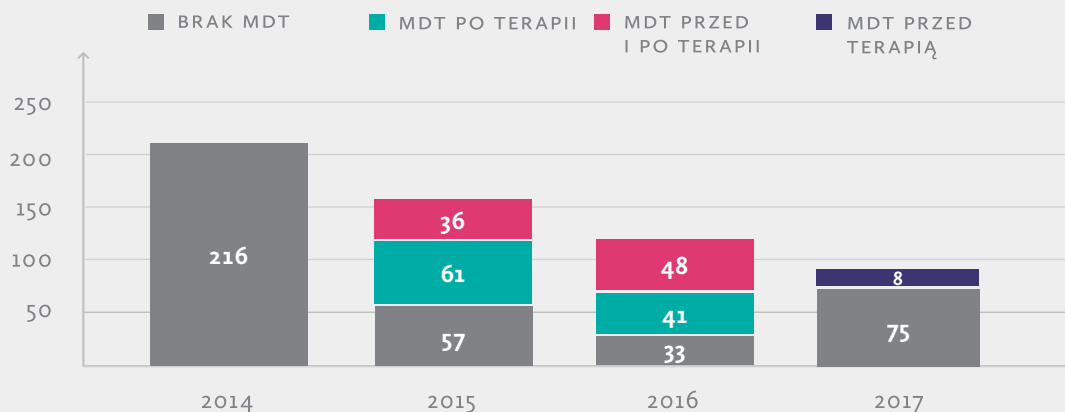


LICZBA PACJENTÓW PORADNI

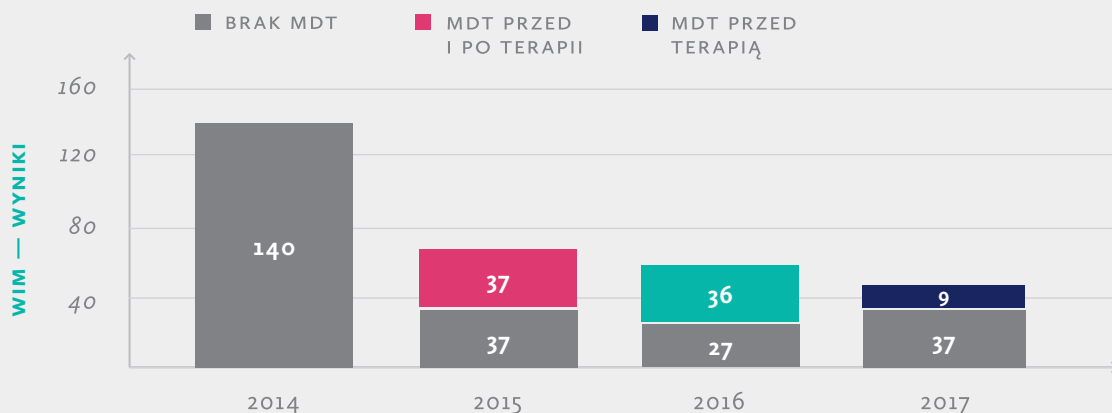
PORADNIA ONKOLOGICZNA



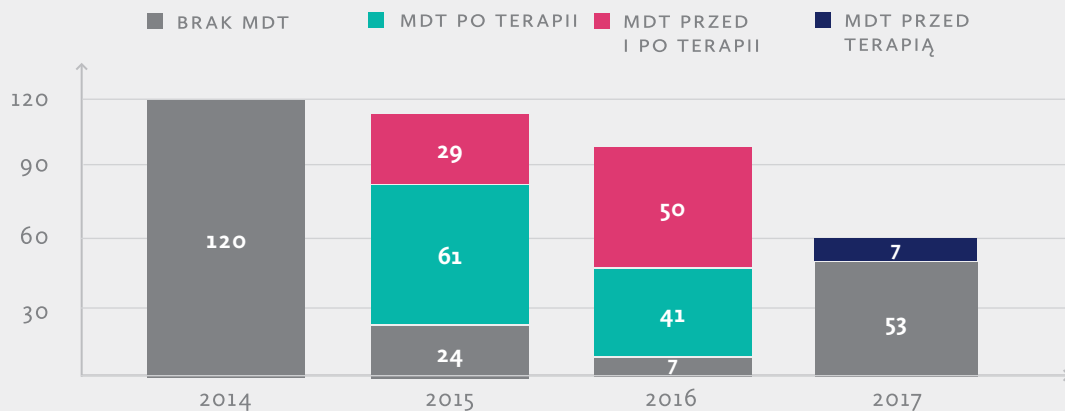
KONSYLIA — MDT — WSZYSCY PACJENCI



KONSYLIA — PACJENCI PODDANI CHEMIOTERAPII



KONSYLIA — PACJENCI CHIRURGICZNI



KONSyliUM SPECJALISTÓW MDT

W w1M na potrzeby pracy konsylium przygotowany został formularz, który zawiera szczegółowe dane z posiedzenia wraz z informacją o decyzji o leczeniu.

Spotkania zespołu wielospecjalistycznego w w1M odbywają się aktualnie raz w tygodniu w składzie: chirurg, onkolog kliniczny, radioterapeuta oraz pielęgniarka z poradni chirurgicznej.

Pacjentki mają zawsze możliwość uczestniczenia w konsylium specjalistów. W niektórych przypadkach są standardowo zapraszane na MDT.

Ponad 90% pacjentek chirurgicznych miało wpis o wykonanym MDT. Jednocześnie jedynie 57% pacjentek poddawanych chemioterapii miała odnotowaną tę procedurę. W sumie w roku 2016 ponad 75% pacjentów leczonych w w1M miało wykonane MDT – według danych z systemu. Statystyka za ten okres została uzupełniona na podstawie dokumentacji gromadzonej w Poradni Chorób Piersi w1M.

Za rok 2017 brak jest informacji w systemie. Dane dotyczą pacjentów z rozpoznaniem c50 (nowotwór złośliwy sutka).

WIM.3 – OMÓWIENIE ŹRÓDEŁ

1. Źródłem danych elektronicznych na potrzeby analizy były informatyczne systemy szpitalne:
 - **HIS** *Hospital Information System* – informacje ogólne
 - **RIS** *Radiology Information System* – radiologia
 - **R&V record & verify** – radioterapia
2. Przygotowano szereg raportów ekstrahujących kluczowe dane o procedurach medycznych. Na potrzeby raportu przedstawiono dane od początku 2014 roku. Niemniej istnieje możliwość przesłania niektórych wskaźników za okresy wcześniejsze.
3. WIM posługuje się indywidualnym numerem kartoteki. Dzięki temu możliwe było łączenie raportów z różnych źródeł, ich wzajemna weryfikacja i uzupełnianie.
4. Analiza opiera się wyłącznie na danych elektronicznych pobieranych bezpośrednio z baz informacyjnych. W przypadku patomorfologii dodatkowo zespół Zakładu przygotował odrębną bazę danych na bazie modułu histopatologicznego HIS. Wykresy na następnej stronie.

SYSTEMY

INFORMATYCZNY SYSTEM SZPITALNY HIS (CLININET)

Surowe dane były pobierane poprzez platformę analiz statystycznych (hurtownia danych) pozwalającą na wybór poszczególnych pól z systemu niezbędnych do dalszych analiz. Na tej podstawie kompilowano wyniki dla poszczególnych wskaźników.

Do analizy wskaźników wykorzystano:

- informacje o wykonanych procedurach kodowanych zgodnie z klasyfikacją ICD-9 – gromadzonych głównie na potrzeby późniejszego rozliczenia świadczeń i raportowania do NFZ oraz o rozpoznaniach ICD-10;
- informacje z elektronicznej dokumentacji medycznej – jeśli były dostępne w wystarczającym zakresie.

Jak większość systemów szpitalnych, również system szpitalny w WIM nie dysponuje modułem

analitycznym pozwalającym na pogłębioną analizę danych. Jedyną zbiorczą statystyką możliwą do wygenerowania dotyczy liczby pacjentów według rozpoznań i procedur medycznych. Analizy przeprowadzono poza systemem.

• **KOMPLETNOŚĆ I JAKOŚĆ:**

Dane wykorzystywane do rozliczeń z NFZ (część „szara” systemu – finansowa, rozliczeniowa) cechowały się dużą kompletnością. Posłużyły do analizy razem z innymi zbiorami danych.

Część „biała” – medyczna, systemu jest nieustrukturyzowana, co wynika ze specyfiki systemu. Niemniej notatki są na tyle czytelne, że umożliwiają pozyskanie informacji niezbędnych do oceny najważniejszych parametrów.

• **TNM**

W przypadku WIM źródłem informacji na temat TNM jest moduł histopatologiczny w HIS. Dzięki dużej dyscyplinie Zespołu parametr ten jest odnotowany dla ponad 90% analizowanych przypadków. Jest to zarazem jedyne źródło informacji na temat stopnia zaawansowania w źródłach dostępnych na potrzeby analizy. Tym większa ranga raportów odnotowanych w systemie przez Zespół Patomorfologii.

• **PATOMORFOLOGIA**

Oprócz danych w postaci notatek w module histopatologii, zespół Zakładu przygotował odrębną bazę informacji na bazie HIS pozwalającą analizować dane według zmiennych takich jak: stopień zaawansowania, ekspresja receptorów hormonalnych i HER2 oraz innych. Takie informacje mają dużą wartość poznawczą na potrzeby analiz, prac naukowych etc. Istotne jest jednak, że nadal do oceny wskaźnika kompletności TNM i opisu histopatologicznego niezbędny jest przegląd poszczególnych, pojedynczych rekordów pacjentek. Precyzja pozyskanych w ten sposób informacji wynika z zaangażowania w tę czynność specjalisty. Jest to jednak czasochłonne i nieefektywne.

INFORMATYCZNY SYSTEM RADIOLOGICZNY RIS (ALTERIS).

Specjaliści z Ośrodka mają możliwość samodzielnego generowania danych z systemu. System RIS funkcjonuje jako baza referencyjna dla radiologii. Raporty generowane z systemu nie zawierają jednak numeru identyfikatora pacjenta. Zestawienie ich z danymi z innych baz wymaga więc w pierwszym kroku ujednoczenia w oparciu o numer PESEL przez pracowników Ośrodka. Zważywszy na skalę działalności WIM w obszarze radiologii jest to duże wyzwanie. Ze względu na to ograniczenie część danych została przedstawiona wyłącznie za okres 2015–16.

SYSTEM WERYFIKACJI I ZARZĄDZANIA DLA RADIOTERAPII (R&V MOSAIQ).

Pracownicy WIM posługują się w Centrum Radioterapii tym samym systemem informatycznym co specjaliści w BCO. System ma te same funkcjonalności. Ograniczenie w wygenerowaniu danych wynikało z krótkiego okresu funkcjonowania Centrum. Leczenie radioterapeutyczne rozpoczęło się w WIM w 11 kwartale 2017 roku. Przy zwiększeniu kompletności wypełniania TNM w systemie, WIM będzie dysponował narzędziem do generowania analiz stosowanych schematów leczenia.

SIMP – SYSTEM INFORMATYCZNY MONITOROWANIA PROFILAKTYKI (SIMP)

Badacze nie mieli dostępu do raportów z tego systemu w WIM. (Więcej na temat właściwości SIMP i zakresu generowanych przez ten system raportów: rozdział „Omówienie danych – BCO”.

OGRANICZENIA

W toku analizy badacze natrafili na te same ograniczenia systemowe dotyczące dostępu do informacji co w przypadku BCO. W przypadku WIM niedostępne były informacje za okres przed 11 kwartałem 2017 roku dotyczące pacjentek, które po leczeniu w WIM przeszły radioterapię w innym

ośrodka, a także na temat biopsji zrealizowanych poza Ośrodkiem.

PODSUMOWANIE – WSKAŹNIKI VS. ŹRÓDŁA

Zestawienie zawiera wskaźniki wraz z oceną możliwości zgromadzenia danych niezbędnych do ich określenia. Przeanalizowano, które wskaźniki można ocenić (niezależnie od poziomu, jaki osiągają w danym ośrodku) w oparciu o obecną bazę informacji. Jest to zarazem ocena jakości źródeł z perspektywy badacza.

▲ OCENIONO NA BAZIE ISNIEJĄCYCH DANYCH

▶ NIEMOŻLIWE DO OCENY ZE WZGLĘDU NA OGRANICZENIA DOT. DANYCH

△ OCENIONO Z ZASTRZEŻENIEM: WYMAGANA WERYFIKACJA LUB UZUPEŁNIENIE

▼ NIEMOŻLIWE DO OCENY Z POWODU OGRANICZEŃ NA POZIOMIE SYSTEMU- OPIEKI ZDROWOTNEJ

WSKAŹNIKI	BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY
DIAGNOSTYKA		
Liczba MMG – diagnostyczne	▲ <ul style="list-style-type: none">Podstawowa analiza na bazie HIS.Dodatkowo możliwość weryfikacji z RIS – pod warunkiem udostępnienia kompletnych raportów przez producenta systemu.	▲ <ul style="list-style-type: none">Podstawowa analiza na bazie HISDodatkowo możliwość weryfikacji z RIS – pod warunkiem udostępnienia kompletnych raportów przez producenta systemu.
Liczba MMG – skringowe	△ <ul style="list-style-type: none">Ograniczony zakres analizy (możliwe pozyskanie dodatkowych informacji z poziomu ośrodka).Analiza i weryfikacja możliwa pod warunkiem udostępnienia raportu zbiorczego z RIS uwzględniającego podział na diagnostyczne/skriningowe oraz system SIMP.	▲ <ul style="list-style-type: none">Podstawowa analiza na bazie HISDodatkowo możliwość weryfikacji z RIS – pod warunkiem udostępnienia kompletnych raportów przez producenta systemu oraz system SIMP.
Liczba MMG na specjalistę	▲ <ul style="list-style-type: none">Oceniono na bazie raportu z RIS – dostępne pod warunkiem sprawnego udostępnienia raportów przez dostawcę systemu oraz system SIMP.	▶ <ul style="list-style-type: none">Brak danych w raportach z HIS.Możliwa analiza pod warunkiem sprawnego przygotowania raportu bezpośrednio z RIS oraz SIMP.
Powtórzone MMG	▶ <ul style="list-style-type: none">Powinno być możliwe pod warunkiem udostępnienia raportu zbiorczego z RIS.Możliwe do oceny w skringu (na bazie danych SIMP).	▶ <ul style="list-style-type: none">Powinno być możliwe pod warunkiem udostępnienia raportu zbiorczego z RIS.Możliwe do oceny w skringu (na bazie danych SIMP).
Czas oczekiwania na wynik	△ <ul style="list-style-type: none">Zastępczo oceniono datę wykonania opisu.Brak daty przekazania wyniku.	△ <ul style="list-style-type: none">Zastępczo oceniono datę wykonania opisu.Brak daty przekazania wyniku w HIS.
Biopsja cienko-/ gruboigłowa	△ <ul style="list-style-type: none">Dane na temat procedury są dostępne w HIS. Zastrzeżenie dotyczy specyficznej sytuacji ośrodka:	△ <ul style="list-style-type: none">Dane na temat procedury są dostępne w HIS. Zastrzeżenie dotyczy braku informacji o bada-

dużego odsetka badań realizowanych w innych placówkach, co tworzy problem metodologiczny dla kolejnych analiz:

- oceniono na bazie zaraportowanych procedur (HIS);
- ewentualne uzupełnienie raportowania wymaga odnotowania w Ośrodku wyników dostarczonych przez pacjentów
- w wersji optymalnej – informacja powinna być dostępna w ramach systemowego dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej (niemożliwe na chwilę obecną).

Czas oczekiwania na zbadanie pacjentek objawowych

- ▼ • Brak informacji o dacie podejrzenia (zazwyczaj poza Ośrodkiem).
- Pod warunkiem odnotowania w HIS badań skringowych lub szczegółowego raportu z RIS, można zastępczo monitorować czas od MMG skringowej do dalszych procedur diagnostycznych.
- Pod warunkiem odnotowania terminu zgłoszenia się pacjentki do Ośrodka i zapisania w kolejkę można zastępczo monitorować czas oczekiwania.

niach około 30% pacjentów, co tworzy problem metodologiczny dla kolejnych analiz:

- oceniono na bazie zaraportowanych procedur (HIS);
- ewentualne uzupełnienie raportowania wymaga odnotowania w Ośrodku wyników dostarczonych przez pacjentów
- w wersji optymalnej – informacja powinna być dostępna w ramach systemowego dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej (niemożliwe na chwilę obecną).

- ▼ • Brak informacji o dacie podejrzenia (zazwyczaj poza Ośrodkiem).
- ▲ • Oceniono zastępczo:
 - na podstawie daty z HIS o wykonanej MMG, można zastępczo monitorować czas od MMG skringowej do dalszych procedur diagnostycznych;
 - można dodatkowo monitorować termin zgłoszenia się pacjentki do poradni w Ośrodku, i wykorzystać do oceny czasu oczekiwania na diagnostykę i terapię, jako termin podejrzenia.

PATOMORFOLOGIA

Liczba badań i rozpoznanych przypadków

- ▲ • Podstawowa analiza na bazie HIS i łączenia informacji.

- ▲ • Podstawowa analiza na bazie HIS i łączenia informacji.

Użycie szablonu – kompletność i szczegółowość

- △ • Brak szablonu.
- Kompletność oceniono na bazie przeglądu pojedynczych rekordów z opisowego wyniku badania.
- Istotne ograniczenia systemu informatycznego.

- △ • Brak szablonu w wersji elektronicznej.
- Kompletność oceniono na bazie zestawienia przygotowanego przez lekarzy na podstawie opisanych wyników.
- Istotne ograniczenia systemu informatycznego.

Czas przygotowania opisu (przekazanie wyniku – biopsja i materiał operacyjny)

- △ • Oceniono czas przygotowania opisu.
- Brak daty przekazania wyniku pacjentce.

- △ • Oceniono czas przygotowania opisu.
- Brak daty przekazania wyniku pacjentce.

WSKAŹNIKI	BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY
Określenie stopnia zaawansowania TNM (UICC)	<ul style="list-style-type: none"> ▲ • Oceniono na bazie: ▶ – przeglądu pojedynczych rekordów w module histopatologicznym HIS; – danych z systemu R&V Mosaiq. 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ • Oceniono: ▶ – na bazie zestawienia przygotowanego przez lekarzy, z notatek w HIS – w niewielkim zakresie na podstawie danych z R&V.
Liczba rozpoznań na specjalistę	<ul style="list-style-type: none"> ▲ • Podstawowa analiza na bazie HIS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ • Brak informacji o osobie opisującej w przekazanym zestawie danych.

LECZENIE

Wynik histopatologiczny znany przed zabiegiem	<ul style="list-style-type: none"> ▶ • Liczba biopsji chirurgicznych oceniona w oparciu o procedury (HIS) • Problem metodologiczny związany z realizacją badań poza ośrodkiem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ • Liczba biopsji chirurgicznych oceniona w oparciu o procedury (HIS). • Problem metodologiczny związany z realizacją badań poza ośrodkiem.
Leczenie skojarzone	<ul style="list-style-type: none"> △ • Oceniono w oparciu o realizowane procedury i dane z Mosaiq i HIS. • Wskaźnik wymaga informacji o stopniu zaawansowania 	<ul style="list-style-type: none"> △ • Oceniono w ograniczonym zakresie.
Czas oczekiwania od diagnozy do leczenia	<ul style="list-style-type: none"> ▶ • Czas oczekiwania od diagnozy do leczenia – Ze względu na ograniczony zasób informacji niemożliwe do oceny. 	<ul style="list-style-type: none"> △ • Zastępczo oceniono czas od procedury biopsji z szacunkową oceną czasu realizacji badania histopatologicznego.

Chirurgia

Liczba zabiegów	<ul style="list-style-type: none"> △ • Oceniono z zastrzeżeniem dotyczącym precyzji raportowania i kompletności informacji w systemie; możliwe do weryfikacji w przyszłości pod warunkiem kompletności TNM i wyników badań histopatologicznych. 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ • Oceniono.
Proporcja chirurgia oszczędzająca/mastektomia w niskim stopniu zaawansowania	<ul style="list-style-type: none"> △ • Oceniono bez rozróżnienia niskie/wysokie zaawansowanie choroby. • Zastrzeżenia co do precyzji raportowania rozpoznania. 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ • Oceniono – również z uwzględnieniem stopnia zaawansowania.
Scyntygraficzna ocena węzła wrotnika	<ul style="list-style-type: none"> △ • Oceniono liczbę procedur u pacjentek przed wycięciem guza i mastektomią oraz czas realizacji badania (dane uzupełnione z sys- 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ • Oceniono.

WSKAŹNIKI	BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII	WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY
Doświadczenie chirurga	<p>temu informatycznego zakładu medycyny nuklearnej).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zastrzeżenie dotyczące precyzji — brak informacji w systemie o lokalizacji węzławartowniczego. ▶ • Brak informacji w systemie o liczbie usuniętych węzłów. <p>△ • Możliwe do oceny na bazie statystyki HIS; konieczna weryfikacja operatora.</p>	<p>△ • Brak przekazanych danych o lekarzu realizującym procedurę.</p> <p>▶ • Dane wskazują na spełnienie kryterium — łatwe do weryfikacji.</p>
Radioterapia		
Leczenie uzupełniające po chirurgii oszczędzającej	<p>△ • Możliwe do oceny w ponadstandardowym zakresie (łącznie ze schematem frakcjonowania).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zastrzeżenie dotyczy precyzji raportowania i kompletności informacji o chirurgii. • Dodatkowa możliwość oceny w oparciu o formularz TNM w systemie R&V. 	<p>△ • Możliwe do oceny w ponadstandardowym zakresie (łącznie ze schematem frakcjonowania).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zastrzeżenie dotyczy precyzji raportowania i kompletności informacji o chirurgii. • Ograniczone wykorzystanie systemu R&V do zaraportowania TNM.
Doświadczenie specjalisty	<p>▲ • Możliwe do oceny w oparciu o HIS i R&V.</p>	<p>▲ • Możliwe do oceny w oparciu o HIS i R&V.</p>
Leczenie systemowe		
Zgodność ze standardem	<p>▶ • Brak możliwości porównania schematu zastosowanego z procedurą przyjętą w ośrodku.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ograniczony zakres informacji na temat schematu postępowania w module raportowania HIS. 	<p>△ • Możliwość dostarczenia statystyk o pacjentach do weryfikacji zgodności ze standardem na bazie informacji o pTNM. Nie przewidziano kodów procedur dla hormonoterapii.</p>
Leczenie neoadjuwantowe zgodnie ze standardem	<p>▶ • Oceniono bez rozróżnienia na stopień zaawansowania.</p>	<p>△ • Możliwość dostarczenia statystyk o pacjentach do weryfikacji zgodności ze standardem na bazie informacji o pTNM.</p>
Możliwość włączenia 10% pacjentek do badań klinicznych	<p>▶ • Brak danych.</p>	<p>▶ • Brak danych.</p>
Doświadczenie specjalistów (czas)	<p>▶ • Definicja roli lekarza jako przyjmującego, prowadzącego itp. nie jest jednoznacznie określona dla procedury leczenia chemioterapią.</p>	<p>▶ • Brak danych o lekarzu realizującym procedurę.</p>

WSKAŹNIKI	BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII		WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY	
	MDT			
Skład	▶	• Brak odnotowania MDT poza raportem rozliczeniowym (DiLO). Potrzebne usystematyzowanie spotkań w rekomendowanym składzie.	▲	• Wewnętrzny formularz raportowania przebiegu MDT.
Spotkania min. 1 raz/tydzień	▶	• Brak odnotowania MDT poza raportem rozliczeniowym (DiLO). Potrzebne usystematyzowanie spotkań.	▲	• Wewnętrzny formularz raportowania przebiegu MDT.
Planowanie leczenia i ocena przez MDT	▶	• Brak odnotowania MDT poza raportem rozliczeniowym (DiLO). Potrzebne usystematyzowanie spotkań.	▲	• Wewnętrzny formularz raportowania przebiegu MDT w zestawieniu z danymi o procedurach leczniczych.
PORADNIA				
Statystyka zgodnie z wytycznymi	▲	• Oceniono w oparciu o liczbę porad: podstawowa analiza w oparciu o HIS.	△	• Oceniono w oparciu o liczbę porad: podstawowa analiza w oparciu o HIS, ale bez określenia pacjentki z chorobą nowotworową lub zmianą łagodną.
Czas oczekiwania	▶	• Brak danych o dacie rejestracji.	▶	• Brak danych o dacie rejestracji.
OBSERWACJA				
Badania po zakończeniu leczenia	△	• Nie oceniano w ramach analizy ze względu na ograniczony zakres czasowy; Możliwe do przeanalizowania zgodnie ze statystyką dla poradni.	△	• Nie oceniano w ramach analizy ze względu na ograniczony zakres czasowy; Możliwe do przeanalizowania zgodnie ze statystyką dla poradni.
EFEKT				
Ocena przeżywalności 5—10 letniej	▼	• Brak dostępu do danych; brak możliwości skonstruowania wskaźnika.	▼	• Brak dostępu do danych; brak możliwości skonstruowania wskaźnika.
Nawrót	▼	• Możliwość śledzenia wyłącznie pacjentek powracających.	▼	• Możliwość śledzenia wyłącznie pacjentek powracających.

CZĘŚĆ 4:

WNIOSKI I REKOMENDACJE

WSPÓLNE WNIOSKI Z ANALIZ W OBU OŚRODKACH:

- Przeprowadzenie analizy z wykorzystaniem informacji z różnych baz danych było możliwe dzięki jednolitemu identyfikatorowi pacjenta (numer kartoteki). Na poziomie systemu odpowiednikiem jest numer PESEL.
- Dane raportowane na potrzeby rozliczeń mają wysoką kompletność i same w sobie niosą dużo informacji, ale nie są wystarczające do określania najważniejszych wskaźników jakościowych.
- Dane z obszaru medycznego niezbędne do oceny wskaźników są z kolei rozproszone i nieustrukturyzowane; ich zebranie jest możliwe, ale wyłącznie na poziomie ośrodka.
- Z punktu widzenia analiz ogromną wartość mają dane tworzone na poziomie zakładów patomorfologii, ponieważ dotyczą diagnozy a więc podstawowej zmiennej dla badań przekrojowych. Patomorfologia jest jednak „niewidoczna” z poziomu płatnika i regulatora.
- Jedną z ważniejszych informacji pozyskiwanej na potrzeby analizy jest TNM określający stopień zaawansowania nowotworu. Informacja ta jest gromadzona w sposób niejednolity.

Brak struktury skutkowało niekompletnością. Głównym źródłem były opisy badania histopatologicznego, gdzie określony był pTNM. Wydaje się, że jest to informacja, która powinna być zbierana na poziomie płatnika

- W przypadku złożonej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej (typowej w wielu rozpoznaniach onkologicznych) ogromnym utrudnieniem jest brak dostępu do informacji o świadczeniach zrealizowanych poza ośrodkiem.
- Brak informacji zwrotnej – świadczeniodawcy i pracownicy medyczni przekazują dane, ale nie otrzymują informacji zwrotnych, nawet takich które pozwalałyby zadbać o kompletność raportowania (KRN). Bazy danych płatnika i regulatora są cenne, ale niedostępne dla tych, którzy je zasilają; nie uwzględniają potrzeb autoanalizy, rozwoju naukowego, nie kreują zachęt do lepszego raportowania.

- Ostateczne mierniki efektywności (przeżywalność 2-, 5-letnia, czas bez nawrotu choroby) nie są możliwe do śledzenia z poziomu ośrodka bez wsparcia instytucji centralnych. Brak jest ustalonych procedur umożliwiających bieżące lub cykliczne pozyskiwanie tego rodzaju informacji.

Analiza pokazała, że w oparciu o istniejące źródła można pozyskać bardzo wiele istotnych dla jakości informacji. Wymaga to jednak wysiłku i czasu. Dobrze przeprowadzona informatyzacja służby zdrowia rozwiązałaby część problemów związanych z oceną jakości w medycynie. Ale nawet jeśli dostępne aktualnie źródła nie są doskonałe, trzeba je ocenić i wykorzystać zbierane w nich informacje.

REKOMENDACJE – ONKOLOGIA

PUNKTOWE:

1. UWZGLĘDNIENIE INFORMACJI O STOPNIU ZA-AWANSOWANIA TNM ZAWARTEJ W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, W RAPORCIE ROZLICZENIOWYM (CZĘŚĆ SZARA HIS) – OBLIGATORYJNY ELEMENT RAPORTU DLA PŁATNIKA

Brak informacji o stopniu zaawansowania to krytyczna luka uniemożliwiająca powiązanie rozpoznania z leczeniem

2. BADANIE PATOMORFOLOGICZNE JAKO ODRĘBNE ŚWIADCZENIE

Włączenie patomorfologii w obszar możliwy do monitorowania z poziomu systemu wydaje się niezbędnym minimum. Ze względów ekonomicznych i jakości badań jest to postulat zgodny z oczekiwaniami specjalistów i ośrodków. W tym kierunku zmierzały również deklaracje regulatora i projekty rozwiązań prawnych.

Niezależnie od tego opis badania patomorfologicznego (zakres informacji, format) powinien być elementem powstających standardów postępowania. Rekomendacje w tej sprawie wypracowało PTP – na obecnym etapie mają status rozwiązania „zalecanego”.

3. RAPORT DLA OŚRODKA

Stworzenie na poziomie regulatora cyklicznych raportów na temat poszczególnych ośrodków – informacja zwrotna dla ośrodków integrująca dane gromadzone centralnie pokazująca działalność ośrodka z perspektywy jakościowej. Docelowo jako informacja jawna i ogólnodostępna. Dane dotyczące:

- liczby pacjentów w podziale na rozpoznania
- stosowanych procedur terapeutycznych
- kontroli opóźnień
- mierników jakości możliwych do wygenerowania na poziomie centralnym
- oceny przeżywalności, liczby nawrotów.

SYSTEMOWE:

1. DOKONANIE DIAGNOZY SYSTEMU W PUNKCIE „ZERO”

Zdiagnozowanie sytuacji wyjściowej przez pryzmat standardu postępowania jako sposób na:

- ocenę sytuacji w punkcie wyjścia i wyznaczenie realnych celów;
- ocenę gotowości systemu i świadczeniodawców do gromadzenia i analizy danych do oceny jakości.

Wskaźniki wynikające ze standardu postępowania (opartego na EBM) są kluczowe, ponieważ pokazują, jakie kategorie informacji powinny być zbierane i jaki poziom powinny osiągnąć docelowo. Ustanowienie ich jako wymaganych do raportowania i spełnienia na wejściu – bez diagnozy wstępnej – byłoby jednak ryzykowne. Szczególnie, jeśli okazałyby się, że system nie jest w stanie ich zweryfikować.

2. STANDARDY POSTĘPOWANIA KLINICZNEGO JAKO BAZA I PUNKT ODNIESIENIA

Wytyczne dotyczące standardu postępowania stanowią bazę dla jakości w medycynie. Powinny one wynikać z medycyny opartej na dowodach (EBM), być powszechnie obowiązujące, aktualne i dostępne. Ich wykonanie powinno być monitorowane, a wyniki stanowić podstawę do wymiany wiedzy i doświadczeń i modyfikacji. Ze względu na postęp w medycynie aktualizacja

standardów powinna być z góry wpisana w ich konstrukcję. Wykorzystanie nowoczesnych form i narzędzi komunikacji może pomóc w ich upowszechnieniu.

3. WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE RAPORTOWANIA – KOMPLETNOŚĆ I WIARYGODNOŚĆ

Dwa czynniki ryzyka, których należałoby unikać to:

- zbudowanie sztywnego katalogu wskaźników w oderwaniu od realiów gromadzenia danych; oderwanie wskaźników jakościowych od standardu postępowania (EBM) i brak ich weryfikacji w czasie.

Celem jest zbudowanie systemu gromadzenia, weryfikowania oraz analizowania danych. Dlatego wydaje się, że na początkowym etapie budowania systemu wspierania jakości wskaźniki wymagane powinny dotyczyć przede wszystkim kompletności i rzetelności informacji dotyczących standardu postępowania.

4. JAWNOŚĆ I BENCHMARKING (PORÓWNIANIA)

System wspierania jakości powinien od początku zakładać, że dane dotyczące standardów i wskaźników będą jawne. Rolą regulatora jest sprowokowanie wymiany informacji, dobrych praktyk i wewnątrzśrodowiskowej dyskusji. *Benchmarking*, czyli porównanie dokonane w oparciu o jednolite kryteria, pomaga i przyspiesza procesy poprawy jakości. Bazy wiedzy, cykliczne konferencje, warsztaty i spotkania dla specjalistów, których merytoryczną podstawę stanowią informacje dotyczące samych uczestników, to rozwiązania wykorzystujące jawność jako narzędzie zmiany.

Jednocześnie dla ośrodków i świadczeniodawców od początku jawne powinny być również intencje, cele i sposoby wykorzystania danych dotyczących standardu klinicznego i organizacyjnego.

5. STANDARD POSTĘPOWANIA JAKO BAZA DO OCENY POTRZEB I WYCENY ŚWIADCZEŃ

Temat jakości w zdrowiu jest ściśle związany z kwestią adekwatności zasobów do potrzeb

i wyceny świadczeń. Bez znajomości stosowanych standardów postępowania, system finansowania zawsze będzie oderwany od rzeczywistości. Tak więc jakość i standardy postępowania są punktem wyjścia w dyskusji o najbardziej istotnych problemach systemu opieki w onkologii.

6. BREAST UNITS W POLSCE?

Ośrodki, które stworzyły *breast units* i uzyskały dla nich akredytację nie mają z tego tytułu żadnej premii od systemu, mimo że jakość prowadzonej przez nie opieki została potwierdzona. Ich doświadczenia powinny być bazą i inspiracją do stworzenia rozwiązań zapewniających dostępną skoordynowaną opiekę onkologiczną dla wszystkich kobiet w Polsce.

**RAPORT POWSTAŁ JAKO REALIZACJA CELÓW
STATUTOWYCH FUNDACJI ONKOLOGIA 2025.**

Został w całości sfinansowany ze środków na bieżącą działalność Fundacji.

Przy cytowaniu raportu będziemy wdzięczni za podanie źródła:

**JAKOŚĆ W OCHRONIE ZDROWIA
NA PRZYKŁADZIE WYTYCZNYCH
DO AKREDYTACJI BREAST UNITS**

Fundacja Onkologia 2025, Październik 2017

**RAPORT PRZYGOTOWAŁ ZESPÓŁ
I EKSPERCI FUNDACJI ONKOLOGIA 2025:**

Ewelina Żarłok, Revelva Concept
Krzysztof Woźniak, Revelva Concept
Anna Andrzejczak
Lubomir Jurczak



Autorzy raportu wyrażają podziękowania i wyrazy najwyższego uznania dla zespołów Białostockiego Centrum Onkologii oraz Centrum Terapii Chorób Piersi Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, którzy w swojej codziennej pracy zapewniają opiekę i wsparcie pacjentkom z podejrzeniem i rozpoznaniem raka piersi.

Za pomoc w realizacji opracowania szczególne podziękowania kierujemy do:

Dr. n. med. Tomasz Filipowski, który ze strony Białostockiego Centrum Onkologii koordynował przygotowanie raportu
Gen. dyw. prof. dr. hab. n. med. Grzegorz Gieleś, Dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie
Dr hab. n. med. Renaty Duchnowskiej, koordynującej prace Centrum Terapii Chorób Piersi Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

A także do specjalistów, którzy wspierali badaczy w zebraniu i opracowaniu danych:

Białostockie Centrum Onkologii

Lek. Annie Szmigiel-Trzcińskiej
Dr n. med. Joannie Topczewskiej
Dr. hab. n. med. Waldemarowi Famulskiemu
Dr. n. med. Marcinowi Januszkiewiczowi
Lek. med. Katarzynie Porębskiej
Zespołowi informatycznemu – Adamowi Andrukowi
Pani Barbarze Lech zajmującej się „kodowaniem DiLo”

Wojskowy Instytut Medyczny

Płk. dr. inż. Piotrowi Murawskiemu
Dr. n. med. Szczepanowi Cierniakowi
Lek. Anicie Michnowskiej-Kluś
Dr. n. med. Zbigniewowi Zarębie

Kontakt i więcej informacji na temat raportu:

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

Opracowanie graficzne raportu:

Katarzyna Gęborek
Paulina Duźniak
Lena Pianowska | Livi Studio