



מלי קושא R.N.M.P.A.
יו"ר ועדת רצף טיפול בסרטן שד
ליאורה ולינסקי R.N.M.P.A.
החברה הישראלית לאיכות ברפואה



בשנת 2014 הוקמה קבוצת עבודה במסגרת ועד החברה הישראלית לאיכות ברפואה במטרה להגיש המלצות לשיפור רצף הטיפול בתהליכי האיתור המוקדם והטיפול בסרטן השד בישראל.

שלה, ובמידה והיא מבחינה בשינויים - תפנה לרופא. לנשים שזוהו כנשאיות של מוטציות בגנים BRCA1, BRCA2 מומלצת בדיקת MRI של השד לסריקה תקופתית.

בשנת 2014 הוקמה קבוצת עבודה במסגרת ועד החברה הישראלית לאיכות ברפואה במטרה להגיש המלצות לשיפור רצף הטיפול בתהליכי האיתור המוקדם והטיפול בסרטן השד בישראל. הקבוצה כללה נציגי המועצות הלאומיות לבריאות הקהילה, אונקולוגיה, בריאות האשה, האגודה למלחמה בסרטן (אונקולוגים, רדיולוגים, אחיות, מתאמת שד, אפידמיולוגית, רופאי משפחה, מטופלות חולות סרטן שד ועוד).

בישראל, כמו בארצות רבות בעולם, סרטן השד הוא הסרטן השכיח ביותר בנשים ובכל קבוצות האוכלוסייה, ומהווה כ-33% מכלל הגידולים החודרניים בנשים. מדי שנה מאובחנות כ-4,600 חולות חדשות עם סרטן שד חודרני, וכ-500 מאובחנות עם סרטן ממוקד (in situ). שיעור ההיארעות של סרטן השד בישראל מעט מעל ממוצע מדינות ה-OECD ושיעור ההישרדות מהמחלה גבוה.

ההמלצות לבדיקות סקר לגילוי מוקדם של סרטן השד עפ"י כח המשימה האמריקאי לרפואה מונעת (USPSTF) והנחיות משרד הבריאות (1,2) הן לבצע ממוגרפיה לנשים ללא גורמי סיכון אחת לשנתיים מגיל 50 עד 74. לנשים בקבוצת סיכון, להן קרובי משפחה שחלו בסרטן, מומלץ להיבדק החל מעשור לפני הפעת המחלה אצל קרובת המשפחה, בהתאמה אישית. מומלץ שכל אישה בכל גיל תכיר את השדיים

2. ההשלכות של העדר תיאום ואינטגרציה:

א. איכות הטיפול: חוסר התיאום והמעקב גורם לעיכובים בתהליך הבירור, עם השלכות על בריאות המטופלות. מסקירה מקיפה של 38 מחקרים בנושא, נמצא כי עיכוב של 3 חודשים ומעלה בתחילת הטיפול מקצר את משך ההישרדות ב-12% (3). כמו כן, המתנה ממושכת לרדיותרפיה של 12 שבועות ומעלה משפיעה על הישנות המחלה ומשך ההישרדות הכולל (4). בנוסף, נמצא כי המתנה ממושכת לרדיותרפיה וכמותרפיה, הובילה להישרדות קצרה יותר ושיעורי תמותה גבוהים יותר (5-8).

ב. תחושת המטופלות:

על פי תפיסת "חוכמת ההמון" הנושאים העיקריים שבהם נדרש שיפור משמעותי הם: טיפול תחת קורת גג אחת, מידע עדכני ומיני, פתיחות למידע שהמטופלות מביאות למטפלים, מידע על שירותים כגון "שירות למחלימים", קבלת הסבר בשפה מובנת, הקשבה לצרכים והעדפות אישיות, יחס אישי, ניהול טיפול ותיאום טיפול בין כל המטפלים. (1,900 חולות סרטן השד המאוגדות ברשת הפייסבוק "גם אני חליתי בסרטן השד").

גם על פי סקר חווית המטופל הנערך ב-2015 ע"י משרד הבריאות (9), נושא רצף הטיפול טעון שיפור. אחת מכל 5 מטופלות הרגישו שההסברים בשחרור על המחלה והמשך הטיפול בקהילה לא היו מובנים להן. חוסר האינטגרציה

והיעדר נהלים ברורים מייצרים מציאות של חוסר שליטה בקרב המטופלות, המשפיעה על יכולת קבלת ההחלטות בצורה מושכלת, ותחושת הביטחון שלהן בעצמן ובמערכת הבריאות.

מכון Picker זיהה 8 מאפייני טיפול איכותי מנקודת המבט של המטופל: כבוד לערכי המטופל, העדפותיו וצרכיו; תיאום ואינטגרציה של הטיפול; מידע והדרכה באיכות גבוהה; נוחות פיזית כולל ניהול כאב; תמיכה רגשית והקלה על חרדה ופחד; מעורבות בני משפחה וחברים לפי הצורך; רצף הטיפול במעברים בתוך אותו מוסד ובין בי"ח לקהילה ונגישות לטיפול.

ג. השלכות על המערכת חוסר הסדר בתהליכי הבירור מייצרים בזבוז משאבים: השמטות, פעילות כפולה ו/או מיותרת, ומהווה כר פורה לטעויות.

ממצאי המיפוי מצביעים על כך כי רצף טיפול באיתור ואבחון סרטן שד דורש הסתכלות כוללנית, והגדרה מחודשת של התהליך ברמה המערכתית. בעקבות כך

נבנו המלצות לשיפור רצף הטיפול תוך התייחסות ל-3 היבטים של רצף טיפול: רצף מידע (Information Continuity), רצף התקשרות (Relational Continuity) ורצף ניהול הטיפול (Management Continuity) (10).

ההמלצות מתבססות על עקרונות מערכת של Integrated care: מערכת בה "העיקרון המסדר" המנחה את תכנון ותפעול כל רכיבי המערכת הוא צרכי המטופל. במערכת זו קלינאים ומוסדות יתקשרו ביניהם לפי צרכי המטופל, כדי לוודא העברה חזימנית של כל המידע הנדרש לשם תיאום הטיפול. מכאן שההמלצות צריכות להוביל למצב בו המטופלת היא במרכז (patient-centered care), או במילים אחרות - עד כמה המטופלת מבינה את "מפת הדרכים" של הטיפול בה; מהי החוויה שלה במפגש עם המערכת, ועד כמה היא מצליחה לשפר עבודה את מדדי הבריאות האובייקטיביים שלה.

להלן עיקר המלצות קבוצת העבודה:

- צוותים מטפלים
- הרופא המטפל בקהילה יהיה מנהל הטיפול לאורך כל שלבי האיתור והאבחון.
- פיתוח תפקיד אחות מתאמת שד בקהילה
- במסגרת ההתמחות ברפואת משפחה מומלץ להוסיף כחובה סבב באונקולוגיה ומכון השד. במסגרת ההתמחות באונקולוגיה להוסיף סבב חובה ברפואת המשפחה.
- העשרת הידע של הצוותים בקהילה בנושא איתור וטיפול בסרטן שד
- המלצה לאסוף נתונים של מדדי תקשורת ברצף טיפול באמצעות שאלון מובנה (ראו להלן)
- **ברמת המערכת**
- בניית תהליכים לשיפור התקשורת בין המטפלים השונים באשה לבין רופא המשפחה באמצעות מערכות המידע
- ביצוע אבחון וטיפול במרכזי שד בהם פועל ביחד צוות רב-מקצועי.
- אקדמיציה של מרכזי השד תוך דגש על עקרון one-stop shop
- בחינת האפשרות ל"דלתות פתוחות"

לכל אשה לכל מכון/מרכז ולא רק על פי התקשרות כלכלית של הקופה

- קביעת מוקד ארצי שירכז את אורכי התורים בכל מקום, ומה הנגישות שלהם ביחס למקום מגורי המטופלת.
- הבניית תהליכי העברת תוצאות תשובות היסטולוגיות/ציטולוגיות או רלוונטיות אחרות, לרופא המטפל המשוין. בהיעדר רופא מטפל משוין, יועברו לרופא המחזי/מי מטעמו לטיפול

מחקר

- קבוצות מיקוד בקרב נשים חולות סרטן שד לבריור צרכים ותפיסת החסמים לרצף טיפול איכותי
- ביצוע מחקר לאפיון מדדי איכות ממוקדי מטופל בתחום האיתור והטיפול בסרטן שד

המלצות למדדים לשלב האבחון

ההטיפול מפורטות בטבלה מס' 1. מדדי תקשורת ברצף הטיפול יתבססו על שאלון מטופלים שיתבצע טלפונית 7-14 ימים לאחר השחרור למדגם מייצג של חולות סרטן שד (טבלה מס' 2). השאלון מבוסס על מדדים מומדלים לשחרור מתוכנן (11,12,13).

להלן רשימה של היגדים המהווים

"הצהרות איכות" (14)

(List of quality statements):

- התייחסות למטופלת ומלווייה בכבוד, טוב לב, חמלה, אדיבות, הבנה ויושרה.
- המטופלת חווה ממשקים עם צוות בעל מיומנויות בתקשורת בין-אישית רלוונטית
- בכל ממשק מול המטופלת אנשי הצוות מציגים את עצמם ותפקידם למטופלת ניתנת ההזדמנות לדון בדאגות, העדפות ואמונות שלה סביב החלטות טיפוליות
- למטופלת ניתנת תמיכה המאפשרת לה להבין את החלופות הטיפוליות, כולל תועלות, סיכונים והשלכות אפשריות. (יתרון להכרות עם האחות המתאמת בקהילה כבר בשלב הראשון על מנת לסייע במהלכים בתוך הקופה וכן להכרות על מנת שבשלבים הבאים תהיה נגישות נוחה יותר).
- המטופלת מעורבת באופן פעיל בתהליך קבלת ההחלטות לגבי אלטרנטיבות לבדיקות וטיפול תוך תמיכה מאנשי הצוות, והבנה כי היא זכאית לקבל או לסרב כל התערבות וידיעה כי החלטתה תכובד
- המטופלת מבינה כי היא זכאית לקבל חוות דעת שניה.
- המטופלת חווה טיפול המותאם לצרכיה, העדפותיה ונסיבות חייה, נגישות לטיפול ומצבה הבריאותי.

- המטופלת עוברת הערכה מתמדת של של צרכים פיזיים ונפשיים על בסיס קבוע, כולל תזונה, שיכון כאב, היגינה אישית ורמת החרדות.
- המטופלת חווה רצף טיפול הניתן ע"י אותו מטפל/צוות מטפלים במידת האפשר, בכל סבב טיפולי בבי"ח ובקהילה.
- המטופלת חווה טיפול מתואם תוך חילופי מידע ברורים ומדויקים בין המטפלים.
- שיתוף המידע הרפואי של המטופלת עם משפחתה/קרוביה נידון באופן שוטף, והצוות מכבד את רצונה בנושא המטופלת מקבלת מידע ברור לגבי מתי, איך ועם מי יכולה ליצור קשר בנוגע לצרכים הטיפוליים שלה

לסיכום

כל ההמלצות אושרו ע"י המועצה הלאומית לאונקולוגיה והועברו למשרד הבריאות ליישום. מקווים לראות את הפירות כבר בשנה הקרובה.

מקורות

- Final Update Summary: Breast Cancer: Screening. U.S. Preventive Services Task Force. September 2016. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/breast-cancer-screening1?ds=1&s=breast-cancer-screening>
- טבנקין, ח. ולהד, א.(עורכים), המלצות כוח המשימה הישראלי בנושא: קידום בריאות ורפואה מונעת. הנחיות קליניות. ההסתדרות הרפואית בישראל, האגף למדיניות רפואית ואיגוד רופאי המשפחה בישראל, 2013 .
- Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet. 1999 Apr 3;353(9159):1119-26.
- Lohrisch C1, Paltiel C, Gelmon K, Speers C, Taylor S, Barnett J, Olivotto IA. Impact on survival of time from definitive surgery to initiation of adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. J Clin Oncol. 2006 Oct 20;24(30):4888-94. Epub 2006 Oct 2.
- Hébert-Croteau N, Freeman C, Latreille J, Brisson J. Delay of radiation therapy and outcomes of breast cancer. J Clin Oncol. 2004 Apr 1;22(7):1342-3; author reply 1343-4.
- Hébert-Croteau N1, Freeman CR, Latreille J, Rivard M, Brisson J.

A population-based study of the impact of delaying radiotherapy after conservative surgery for breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2004 Nov;88(2):187-96.

7. Hershman DL1, Wang X, McBride R, Jacobson JS, Grann VR, Neugut AI. Delay of adjuvant chemotherapy initiation following breast cancer surgery among elderly women. Breast Cancer Res Treat. 2006 Oct;99(3):313-21. Epub 2006 Apr 1.

8. Mikeljjevic JS1, Haward R, Johnston C, Crellin A, Dodwell D, Jones A, Pisani P, Forman D. Trends in postoperative radiotherapy delay and the effect on survival in breast cancer patients treated with conservation surgery. Br J Cancer. 2004 Apr 5;90(7):1343-8.

9. עקה-זוהר, ע' וחב'. סקר חווית המטופל, משרד הבריאות, פברואר 2015.

10. Haggerty JL1, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003 Nov 22;327(7425):1219-21.

11. AHRQ Discharge measures - <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/redtool-other.html>

12. National Quality Forum Care Transitions Measure (CTM) Specifications <http://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/08/CTM3Specs0807.pdf>

13. Institute for Healthcare Improvement- State Action on Avoidable Rehospitalizations <http://www.ihl.org/engage/initiatives/Completed/STAAR/Documents/STAAR%20State%20Based%20Strategy.pdf>

14. <http://www.nice.org.uk/guidance/QS15/chapter/List-of-quality>

חברי הוועדה לרצף טיפול בסרטן השד, לפי סדר א-ב: פרופ' רן בליצר, ד"ר נעה בן ברוך, גב' שרה בן עמי, ד"ר איריס ברשק, גב' דורית גולדמן, ד"ר אורלי וויינשטיין, גב' ליאורה ולינסקי, גב' מירי זיו, ד"ר מירי סקלייר- לוי, ד"ר מנחם פישר, גב' טלי פרי, פרופ' אברהם קוטן, גב' מלי קושא, ד"ר תמי קרני, ד"ר מיכל שני.

טבלה מס' 1: הצעה למדדי איכות לשלב האבחון והטיפול

התחום	רשימת המדדים
ממוגרפיה ואולטרסאונד	<ul style="list-style-type: none"> ביצוע ממוגרפיה ואולטרסאונד בגוש חשוד (נמוש או התגלה בבדיקת סקר) תוך 14 ימים מגילוי הממצא. (בנשים צעירות עדיפות ל-US) ביצוע ממוגרפיה ואולטרסאונד בגוש לא חשוד תוך 30 יום. מתן תשובת הדמייה לגוש חשוד תוך 24 ש'. מתן תשובת הדמייה לגוש לא חשוד 72 ש' בדיקת כירורג -עד שבועיים ביצוע ביופסיה תחת הדמייה בגוש חשוד תוך שבוע ביצוע ביופסיה בגוש לא חשוד תוך 30 יום תשובה פתולוגית ראשונית תוך 7 ימים. תשובת רצפטורים עד 3 שבועות תשובת פרפרט ניתוחי תוך 10 ימים עד 3 שב' מסירת הפרפרט מחדר ניתוח לפתולוגיה תוך שעה
ביצוע MRI	<ul style="list-style-type: none"> ביצוע MRI בנשים עם שד לובולארי, שד סימין לפני ניתוח עקב סרטן שד או ממצא חשוד, נשים בסיכון גבוה עם קרובה חולת סרטן בדרגה ראשונה נשאיות BRCA
בדיקות נוספות לפני ניתוח	<ul style="list-style-type: none"> מתן תשובת MRI בחולה שמיועדת לניתוח ועונה על הקריטריונים לעיל תוך 7 ימים התייחסות להדמייה לפני ניתוח ע"י כירורג. באמצעות רשימת תיוג שתתועד ברשומת החולה הכוללת הדמייה: ממוגרפיה, US, MRI סימון גוש לפני ניתוח בכל גוש שאינו נמוש צילום פרפרט בסוף ניתוח מידת התאימות בין ממצאים לאחר הניתוח לפתולוגיה
ניתוח	במידה והוחלט על ניתוח, ביצוע הניתוח עד 45 יום מקבלת התשובה הפתולוגית
צוות רב מקצועי	מפגש של האישה בתקופת האבחון עם המטפלים הבאים: רופא משפחה, רופא כירורג, רופא רדיולוג, אחות מתאמת שד בבי"ח ובקהילה, רופא אונקולוג, ע"ס
קבלת תשובה פתולוגית	קבלת תשובה פתולוגית מהניתוח עד 14 יום
טיפול	<ul style="list-style-type: none"> קביעת תור לאונקולוג בעת כניסה לניתוח התחלת טיפול תוך 6 שבועות - עד 3 חודשים ביקור אצל אונקולוג תוך 14-28 יום, בהתאם למאפיינים ההיסטולוגיים. בכל מקרה של טריפל נגטיב תוך 14 יום על דגימת הביופסיה צריך לבצע בדיקת רצפטורים, בישיבה הקדם ניתוחית יוצגו תוצאות הרצפטורים + Her2 רשימת תיוג לבדיקה ע"י האונקולוג: תשובה פתולוגית מלאה רצפטורים מהביופסיה ו/או מהניתוח + Her2 דו"ח ניתוח בדיקות ההדמייה (דיסקים ותשובות) מכתב מרופא משפחה: סיכום מצב בריאות ופירוט מחלות רקע קבלת החלטה טיפולית בדיון צוות טיפול כימי תוך 4 שבועות מהניתוח +HER2 וטריפל נגטיב טיפול כימי כשהרצפטורים חיוביים עד 3 חודשים ניתוח לאחר טיפול נאודגוונטי תוך-30 יום קרינה תוך 12-6 שבועות מסיום טיפול כימי/כירורגי מכתב לרופא מטפל לאחר כל מפגש בביה"ח באמצעות מערכת ממוחשבת (מצריך פיתוח ממשק)
מעקב לאשה מחלימה	<ul style="list-style-type: none"> הדמייה ובדיקת כירורג שד לאחר ניתוח שד פעם בשנה מעקב אונקולוג פעם בשנה מכתב מפורט להמלצות להמשך טיפול ע"י רופא משפחה ומוקד למחלימים(בכל מקום בו קיים מוקד) פגישה עם רופא משפחה לפחות פעמיים במהלך הטיפול בסרטן שד מעקב רופא משפחה לפחות אחת לחצי שנה אצל מטופלת שסיימה טיפול
חווית המטופלת	<ul style="list-style-type: none"> המטופלת מבינה את כל שלבי הטיפול רופא המשפחה יודע ומכיר את המידע אודות המחלה של המטופלת הטיפול מתואם ויש המשכיות טיפול הרופא המטפל מסייע וקשוב לצורכי המטופלת המטופלת שומרת על קשר עם המטפלים המפחיתים פחד וחרדה המטופלת מקבלת מידע מספק בנוגע לשינויים רגשיים המטופלת מקבלת מידע מספק בנוגע לשינויים במערכות יחסים המטופלת מקבלת מידע מספק בנוגע למיניות

טבלה מס' 2: שאלון מדדי תקשורת ברצף הטיפול

מס' שאלה	כן	לא
1		במהלך האשפוז ההסברים שניתנו לי ע"י האחיות היו ברורים לי
2		במהלך האשפוז ההסברים שניתנו לי ע"י הרופאים היו ברורים לי
3		בתכנון השחרור הצוות התייחס לתמיכה שהייתה לרשותי בקהילה
4		כשעזבתי את ביה"ח הבנתי מה האבחנה שלי ומה ההשלכות שלה
5		כשעזבתי את ביה"ח קיבלתי תכנית טיפול כתובה בשפה מובנת
6		לקראת השחרור קיבלתי מידע כתוב אודות התסמינים או הבעיות העלולים להופיע אחרי השחרור ומה עלי לעשות במקרה ומתעוררת בעיה
7		הצוות התחשב בהעדפות שלי ושל הסובבים אותי בהחלטות לגבי המשך הטיפול בקהילה
8		כשעזבתי את ביה"ח היה לי ברור מה נדרש ממני בניהול הטיפול שלי
9		כשעזבתי את ביה"ח היה לי מאד ברור למה אני לוקח כל אחת מהתרופות שלי, ומה תופעות הלוואי שלה
10		נקבע לי תור לרופא שלי בקהילה אחרי השחרור
11		הרופא שלי ידע שהייתי מאושפז והיה לו המידע הדרוש כדי להמשיך את הטיפול
12		הצרכים שלי אחרי השחרור (תרופות, ביקורים, טיפולים, בדיקות) היו מתואמים בקהילה