



בית הספר למדיניות ציבורית
הפקולטה למדעי החברה
האוניברסיטה העברית בירושלים

נייר מדיניות

אבחון מאוחר של סרטן שד בקרב צעירות

מאת : טל דביקו

מוגש לידי :

שרת הבריאות, יעל גרמן.

מנחי הסדנה :

ד"ר ענת גופן

גב' ענבל הקמן

מר רן כהן.

יולי, 2014

תוכן עניינים

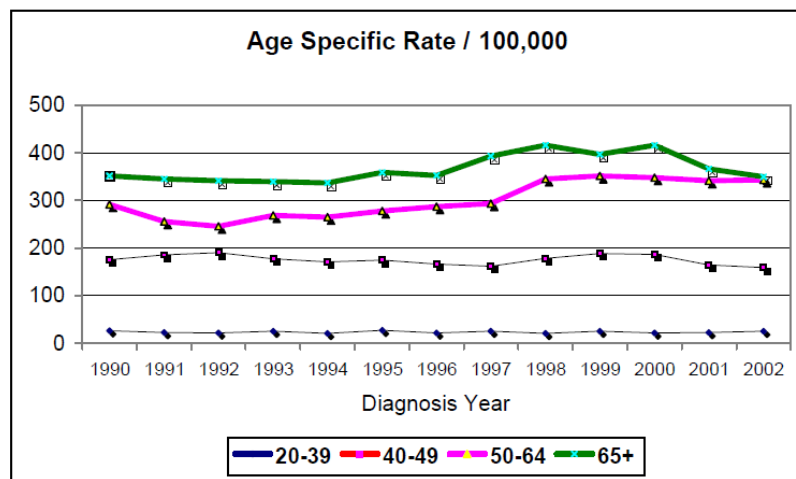
3	תקציר מנהלים
4	רקע
11	חלופות
12	חלופה א: מומחים בתחום סרטן השד
13	חלופה ב: איגודים מקצועיים
14	חלופה ג: מרכז סרטן השד בצעירות
15	הערכת החלופות
18	שקלול החלופות
19	נספח אסטרטגי
27	נספחים
39	ביבליוגרפיה
42	מיפוי שחקנים

תקציר מנהלים

סרטן השד נחשב לגורם תמותה העיקרי בטווח גילאים 25-50. הנחה רווחת בקהילה הרפואית שאבחון מוקדם מעלה את סיכויי ההישרדות מסרטן בכל גיל. למרות זאת, עולה כי יותר ממחצית מהנשים הצעירות החולות בסרטן שד מאובחנות בשלב מאוחר יחסית. ככלל, ניכר כי שיעור היישום של הנחיות הקליניות לאבחון מוקדם של סרטן שד הוא נמוך. סיבה מרכזית לכך היא העדר מודעות בקרב הקהילה הרפואית לסרטן שד בחדר גילאים זה. לפיכך, הנייר מציע להיעזר באיגודים המקצועיים כמנהיגי דעה בקהילה הרפואית ובכך לחזק את המודעות ותשתית הידע הקליני בנושא בקרב הרופאים. מדיניות זו בעלת פוטנציאל להציל 232 נשים צעירות בממוצע בשנה.

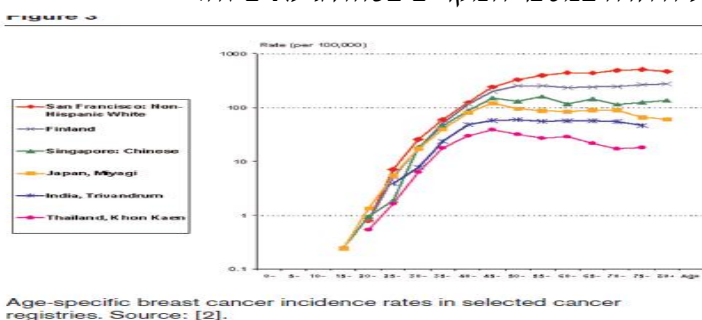
רקע

מדיי שנה מתגלים בישראל כ 3,500 מקרים חדשים של סרטן השד.¹ למרות התפיסה שסרטן השד נפוץ בעיקר בקרב נשים מבוגרות מעל גיל חמישים, בפועל כרבע ממקרי סרטן השד בישראל מופעים בקרב נשים צעירות מתחת לטווח גילאים זה, מדו"ח של משרד הבריאות מ-2010 עולה כי מספר הנשים הצעירות שחלו בסרטן שד עומד על כ-937 נשים המהוות בממוצע כ-26 אחוזים מכלל הנשים החולות בסרטן שד.² מתוך הדו"ח העדכני ביותר של משרד הבריאות מ-2003, מספר מקרי המוות בקרב נשים צעירות עמד על 975 המהווה שיעור של כ-19 אחוזים מתוך כלל מקרי המוות מסרטן השד.³



תרשים א היארעות כתלות בגיל: התפלגות (באחוזים) של מקרי התחלואה בסרטן השד לפי חתך גיל. מתוך: מיכא בחנא (2003), סרטן השד בקרב צעירות בישראל, דו"ח מטעם רישום הסרטן הלאומי, משרד הבריאות.

גם בעולם נרשמת מגמה דומה באשר לאחוזי גילוי הסרטן בנשים צעירות וכמו כן השיפוע החד של הגרף מתחת לגיל חמישים מעיד על עליה חדה במספר המקרים בטווח גילאים זה.⁴



תרשים ג': שיעור החולות בסרטן שד מתוך 100,000 לפי גיל במדינות נבחרות: יפן, פינלנד, סאן פרנסיסקו, סינגפור, הודו, תיילנד. נרשמת עלייה חדה בשיעור הנשים בטווח גילאים 15-50. (מתוך: Bray, F., McCarron, P., & Parkin, D. M. (2004). The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *childhood*, 4(5)p232)

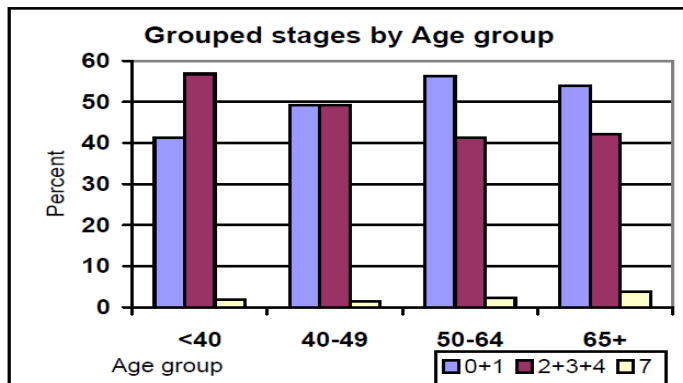
¹ גדי רנרט (2002) גילוי מוקדם של סרטן השד בארץ ובעולם, במה: ביטאון לעובדי בריאות בנושאי מחלת הסרטן והשלכותיה, 13: 13-19

² דו"ח משרד הבריאות בנושא סרטן (1995) פרק 5, משרד הבריאות, ד"וח המרכז לרישום הסרטן 2010 סרטן שד.

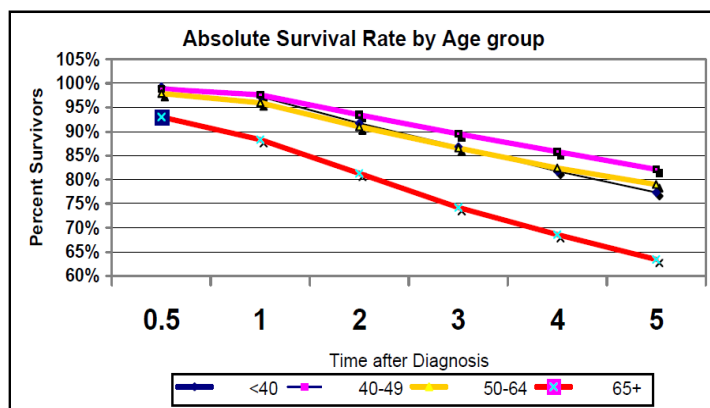
³ מיכא בחנא (2003), סרטן השד בקרב צעירות בישראל, דו"ח מטעם רישום הסרטן הלאומי, משרד הבריאות.

⁴ Bray, F., McCarron, P., & Parkin, D. M. (2004). The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *childhood*, 4(5) p.232.

מלבד העובדה שסרטן השד נפוץ בקרב נשים צעירות, הוא מהווה את סיבת המוות העיקרית של נשים בחתך הגילאים 25-55 ועל כן דורש התייחסות מיוחדת.⁵ הסיבה המרכזית לשיעורי התמותה הגבוהים היא שסרטן השד בקרב צעירות מאובחן בשלב מאוחר של המחלה.⁶ נתוני דו"ח משרד הבריאות מראים כי יותר ממחצית הנשים הצעירות החולות בסרטן שד בישראל אובחנו בשלבים יחסית מאוחרים.⁷ הנחת יסוד הרווחת בקהילה הרפואית כי גילוי מוקדם של סרטן השד מעלה את הסיכוי לשרוד את המחלה בכל גיל.⁸



תרשים ד': שלב גילוי המחלה כתלות בגיל. ניתן לראות כי מתחת לגיל ארבעים, המחלה מאובחנת בשלבים מאוחרים. מגמה זו מתהפכת בחתך גילאים 50-64 ו 65+. (מתוך: דו"ח משרד הבריאות בנושא סרטן השד בקרב צעירות, מיכא בחנא, 2003.)



תרשים ה': אחוזי הישרדות מסרטן שד כתלות בשלב גילוי המחלה וקבוצות גיל. ניתן לראות כי היחס ההפוך בין אחוזי שרידות לשלב הגילוי נשמר בכל קבוצת גיל. (מתוך: דו"ח משרד הבריאות בנושא סרטן השד בקרב צעירות, מיכא בחנא, 2003.)

מלבד הטרגדיה האישית והמשפחתית של נשים המאובחנות בסרטן שד בגיל כה צעיר, תחלואה ותמותה מסרטן בקרב נשים צעירות יוצרות עלויות ישירות ועקיפות אשר פוגעות ברווחת החברה כולה ומסתכמות בהפסד של סכום כולל למשק של כ 70,981,425 מיליון שקלים בשנה (ראה נספח מספר 2).

⁵ דו"ח משרד הבריאות בנושא סרטן פרק 5, משרד הבריאות

⁶ שם, עמ' 22.

⁷ רויטל וקסלר (1994) סרטן השד בקרב נשים צעירות, חיבור לשם קבלת תואר דוקטור, האוניברסיטה העברית בירושלים

⁸ מיכל שונברון (1996), גילוי מוקדם של סרטן השד בישראל, בתוך אסופה סרטן השד בישראל, האגודה למלחמה בסרטן, עמ' 70.

טבלה מספר 1: עלויות ישירות ועקיפות בשנה לאבחון מאוחר של סרטן שד בקרב נשים צעירות

מדינה	עלויות ישירות	עלויות עקיפות	סה"כ
תשלומי קצבאות	אובדן הכנסה ממיסים : סה"כ 3,222,658 ש"ח	10,129,918 ₪	
סייעוד, תרופות וטיפולים : 28,032,000 ש"ח	אובדן יכולת ההשתכרות: 11,011,320 ש"ח	39,043,320 ₪	
פיצויי פיטורין ודמי מחלה של האשה בן זוגה 20,061,589 ₪.	עלות הכשרה וגיוס של עובד חדש: 1,746,598 ₪	21,808,187 ₪	
55,000,849 ₪	15,980,576 ש"ח	70,981,425 ₪.	סה"כ

הדיון בסוגיית הגילוי המאוחר של סרטן שד בקרב נשים צעירות יוצא מתוך נקודת הנחה לגבי העדר כלי סקירה אשר יעילותו מוכחת בהפחתת תמותה עבור נשים מתחת לגיל חמישים, הנחה זו רווחת אף בקהילה המדעית בעולם.¹¹⁰⁹ עקב מגמה זו לא נהוג בישראל ובעולם לבצע בדיקת ממוגרפיה מתחת לגיל 50 (ראה נספח מספר 1).¹² בהלימה, הנחיות משרד הבריאות לגילוי מוקדם של סרטן השד כוללת בדיקת ממוגרפיה אחת לשנתיים רק לגבי נשים מעל גיל 50, או לנשים מגיל ארבעים המוגדרות כקבוצה בסיכון (ראה נספח מספר 6).¹³

העדר כלי סקירה יעיל לגילוי מוקדם של סרטן השד בנשים צעירות, מעצים את החשיבות ביצירת מודעות בקרב נשים צעירות לסימפטומים של המחלה.¹⁴ העובדה כי 80% מקרב הנשים הצעירות

⁹ הנחה זאת קיבלה רוח גבית בכינוס בנושא סרטן שד בקרב צעירות בדבלין שם נאמר כי קיים קונצנזוס לא קיימת שיטת סקירה יעילה עבור נשים מתחת לגיל ארבעים מתוך Partridge, A. H., Pagani, O., Abulkhair, O., Aebi, S., Amant, F., Azim Jr, H. A., ... & Cardoso, F. (2014). First international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY1). *The Breast*, 23(3), p.212 <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2014.03.011>.

¹⁰ Lesnick, G. J. (1977). Detection of breast cancer in young women. *JAMA*, 237(10), 967-969.

¹¹ גד רנרט, "הגילוי המוקדם והטיפול המונע – מבוא כללי", בתוך: אסופה סרטן השד בישראל (ירושלים, האגודה למלחמה בסרטן, 2002). עמ' 58.

¹² Shapiro S¹, Coleman EA, Broeders M, Codd M, de Koning H, Fracheboud J, Moss S, Paci E, Stachenko S, Ballard-

Barbash R. Breast cancer screening programmes in 22 countries: current policies, administration and guidelines. International Breast Cancer Screening Network (IBSN) and the European Network of Pilot Projects for Breast Cancer Screening. *Int J Epidemiol*. 1998 Oct;27(5): p.739

¹³ הנחיות משרד הבריאות בנוגע לגילוי מוקדם ומניעה של מחלות ממאירות, 2013. מתוך אתר משרד הבריאות (19.5.2014):

http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/04022013_2.aspx

¹⁴ המלצה זו הולמת את המלצת המרכז לבקרה ומניעת מחלות בארה"ב, ואת ההמלצות של האגודה למלחמה בסרטן הישראלית.

גילו את תסמיני המחלה בגילוי עצמי, מעצימה את החשיבות של מודעות הנשים לגופן. בהלימה עולה כי בישראל רמת המודעות של נשים צעירות למחלה ולתסמיניה אינה גבוהה.¹⁵

יחד עם זאת מודעות הנשים לא תהיה אפקטיבית בהקטנת אחוזי הגילוי המאוחר כל עוד הנשים נתקלות בחסמים מצד הרופאים הן בשלב המניעה והן בשלב האבחון. באשר לשלב המניעה, עולה כי למרות העובדה שלא קיים כלי לבדיקת סקר שיעילותו הוכחה בהפחתת תמותה, ישנם כלים והנחיות לאבחון של סרטן שאינן מיושמות על ידי רופאי המשפחה והגניקולוגים.¹⁶ איגוד הכירורגים והרדיותרפיה בישראל בהלימה להנחיות ארגון הבריאות העולמי (WHO), איגוד הסרטן האמריקאי, החברה האמריקאית לסרטן ואיגוד הגניקולוגים האמריקאי מורה לכל אישה החל מגיל 20 לעבור בדיקת שד קלינית פעם בשנה עד שלוש שנים כחלק מהבדיקות הגופניות הכלליות וללא קשר להיסטוריה רפואית. בהמשך לכך, מרבית האיגודים בארה"ב ממליצים על בדיקת שד קלינית מגיל 40 (ראה נספח).¹⁷ גם פרופ' אליעזר רובינזון יו"ר האגודה למלחמה בסרטן בישראל ממליץ לכל אישה לעבור בדיקת שד קלינית לפחות פעם בשנה.¹⁸ חשוב לציין כי בארה"ב אחוזי היישום של הבדיקה הקלינית הוא 91 אחוזים בקרב נשים מגיל 40, ובחלימה ההישרדות מסרטן השד הם מהגבוהים בעולם (ראה נספח 1).¹⁹ למרות החשיבות של הבדיקה הקלינית עולה כי רבים ממתמחי רפואת הנשים והמשפחה מצינים כי הכשרה בתחום בדיקות קליניות לאבחון של סרטן אינה מקיפה דיו.²⁰ בהתאם לכך, איגוד הגניקולוגים ממליץ על הכשרה מקיפה לשיפור המיומנות הבדיקה הקלינית בקרב הרופאים.²¹ על פי מומחים בתחום עולה כי העדר ההכשרה מונע מרופאי המשפחה והגניקולוגים לבצע אותה כחלק מהבדיקה הכללית בנשים צעירות אפילו שהאישה עצמה מבקשת זאת.²² כתוצאה מכך עולה כי שיעורי הביצוע של הבדיקה הקלינית נמוכים מאוד: מחקר הבוחן את מאפייני הנשים שעברו בדיקה קלינית של סרטן השד מעלה כי 60 אחוזים לא עברו בדיקת

15 ריין סמדר, פולג, רוני, (2013). ידע ועמדות בקרב נשים: גישות מניעתיות בסרטן השד. Israel journal of Family Practice. גיליון 178.

16 הסבר להבחנה בין בדיקת סקר לבדיקת אבחון ראה נספח מספר 9

17 אתר ארגון הבריאות העולמי (25.5.2014): <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>
18 אתר ארגון הסרטן האמריקאי (25.5.2014): <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-detection>

19 אתר האגודה למלחמה בסרטן (2.7.2014) <http://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PagelD=6403>
20 Saslow, D., Hannan, J., Osuch, J., Alciati, M. H., Baines, C., Barton, M., ... & Coates, R. (2004). Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting. *CA: a cancer journal for clinicians*, 54(6), 327.

21 Youlten, D. R., Cramb, S. M., Dunn, N. A., Muller, J. M., Pyke, C. M., & Baade, P. D. (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer epidemiology*, 36(3), 237.

22 מתוך שיחה עם פרופ' תמר פרץ, ודבריה של פרופ' בלה קאופמן בועדת הכנסת "לסרטן השד אין גיל".

23 שיחה עם פרופ' תמר פרץ, מנהלת המחלקה האונקולוגית בהדסה עין כרם.

24 דיווח מתמחים ברפואת משפחה על הכשרתם ועמדותיהם כלפי רפואה מונעת וצמצום גורמי סיכון למחלות סרטן ולב 2005:

<http://www.medicalmedia.co.il/publications/ArticleDetails.aspx?artid=161&sheetid=20>

25 מתוך ראיון אישי עם ד"ר ליטל קינן ופרופ' תמר פרץ.

שד מעולם, בעוד שרק 29 אחוזים עברו בדיקת שד קלינית בשנתיים האחרונות בחתך גילאים 30-49.²⁶ בהתאמה, מחקר חדש שערך מכון הלאומי לחקר שירותי בריאות מראה כי יש לייחס תשומת לב להעדר יישום של בדיקות שד קליניות בקרב נשים צעירות.²⁷

הבט מהותי נוסף המניעה הוא איתור אוכלוסיות הנחשבות בסיכון. לאיתור אוכלוסיות בסיכון חשיבות גבוהה לגילוי מוקדם שכן נשים המוגדרות בסיכון גבוהה עוברות סדרת בדיקות ייחודיות (בדיקה גנטית, בדיקה קלינית של השד, ובדיקת MRI) בגיל צעיר, והסיכוי שלהן לחלות בסרטן השד לפני גיל 50 נאמד על כ-33 אחוזים.^{28, 29, 30} בנוסף, מחקרים מראים כי פעולות מניעתיות לנשים הנושאות את הגן לסרטן שד כגון כריתת שדיים מפחיתות את שיעור התמותה של נשים אלה בתשעים אחוזים.³¹ מומחים בתחום סרטן השד בישראל מעידים כי ככלל רופאים אינם פועלים בהתאם להנחיות לאיתור של אוכלוסיות בסיכון (להגדרה של אוכלוסיות בסיכון ראה נספח 6). כראיה, עולה מתוך חישובים של אונקולוגים בכירים כי מתוך 30,000 נשאות פוטנציאליות של הגן לסרטן השד רק 5,000 מתוכם עברו את הבדיקה הגנטית.³² ישנו יסוד סביר להניח כי השיעור הנמוך של הבדיקות הקליניות אינו נובע מסיבות הקשורות לנשים. הנחה זו מבוססת על מחקר חדש שנעשה בישראל המראה כי מרבית הנשים מעידות כי אם היו נמצאות כנשאות לגן היו מעוניינות להיות במעקב רפואי, והביעו עניין במידע אודות הבדיקה הגנטית.^{33, 34}

קבוצת סיכון נוספת הן נשים שעברו הקרנות לבית החזה, במסגרת טיפולים רפואיים, נשים אלה מוגדרות בסיכון באותה מידה כמו נשאות הגן ועל כן צריכות מעקב בגיל מוקדם אולם בפועל מומחים מתחום הרפואה מעידים שהנחייה זו לא מיושמת וקוראים למאמץ מרוכז באיתור נשים אלה.³⁵

²⁶ נטע בנטור, רויטל גרוס, איילת ברג (1998) בדיקות גילוי מוקדם של סרטן השד בקרב נשים בישראל- מאפייני הנבדקות, מכון ברוקדייל, עמ' 426

²⁷ ענת פוינד, פייסל עאזיזה, מירי כהן. גורמים המאפשרים ומעכבים בדיקות למניעה של סרטן השד בקרב נשים, המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות, 2014. <http://www.israelhpr.org.il/advertising/951.htm>

²⁸ אתר האגודה למלחמה בסרטן 25.5.2014: <http://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=5964>

²⁹ רויטל וקסלר (1994), סרטן השד בקרב נשים צעירות. עבודה לשם קבלת תואר דוקטור, האוניברסיטה העברית בירושלים.

³⁰ מיכאל בחנא (2003), סרטן השד בקרב צעירות בישראל, דו"ח מטעם רישום הסרטן הלאומי, משרד הבריאות.

³¹ דו"ח משרד הבריאות בנושא סרטן פרק 5, עמ' 15.

³² מתוך דבריה של ד"ר בלה קאופמן פרוטוקול ישיבת הכנסת "לסרטן אין גיל" מתאריך 6.5.2013

³³ ריינ סמדר, פולג, רוני, (2013). ידע ועמדות בקרב נשים: גישות מניעתיות בסרטן השד. Israel Journal of Family Practice. גיליון 178. המחקר נעשה על נשים מגיל 40.

³⁴ מגמה זו מאוששת בדבריו של פרופ' איתן פרידמן, המחלקה האונקולוגית בבית החולים שיבא. <http://www.nrg.co.il/online/29/ART2/470/226.html>

³⁵ פרוטוקול ישיבת הכנסת לסרטן השד אין גיל, 6.5.2013

באשר לאבחון לאחר הופעת התסמין חשוד, מחקרים מראים כי קיימת קורלציה בין גיל צעיר לעיכוב מצד הרופא. עיכוב מצד הרופא מוגדר כפרק הזמן בין הייעוץ עם הרופא לבין תחילת הטיפול. מחקר שהשווה בין עיכוב באבחנה מצד הנשים לעיכוב באבחנה מצד הרופאים גילה כי קיימת קורלציה גבוהה יותר בין גיל צעיר לעיכוב מצד הרופא בהשוואה לעיכוב מצד האישה.³⁶ מחקר ששקלל נתונים לגבי 5126 מטופלות מארה"ב הראה כי גיל צעיר וסימפטום ששונה מגוש בשד הם גורמי סיכון מרכזיים לעיכוב באבחון.³⁷ מחקר נוסף שנערך בארה"ב מחזק ממצא זה ומראה כי מתוך הנשים הצעירות שהגיעו לרופא בעקבות סימפטום לסרטן שד כרבע מתוכם חוו עיכוב מצד רופא המשפחה.³⁸ בהקשר הזה חשוב לציין כי לעיכוב בזמן האבחון השפעה קריטית על שיעורי התמותה, מחקר מראה כי איחור באבחנה ובטיפול בסרטן בארבע שבועות מעלה את שיעורי התמותה בכ-10 אחוזים לפחות.³⁹ ההסברים העולים בספרות לקורלציה בין גיל צעיר לבין עיכוב מצד הרופא הם קושי באבחנה בעקבות רקמת שד צפופה המאפיינת נשים צעירות, הטיות תפיסתיות מצד הרופאים, והעדר מודעות לכך שנשים צעירות אינן בעלות סבירות גבוהה לחלות במחלה.⁴⁰ בהלימה למגמות אלה, בספרות קיימים מחקרים רבים המצביעים על כך שרופאים פועלים מתוך הטיות תפיסתיות, הרגלים ורגשות.⁴¹ המודל הקוגניטיבי Awareness-to-Adherence מתבסס על הנחת יסוד זו ומציע מסגרת שלבים להטמעה של הנחיות קליניות בקרב רופאים ליצירת פרקטיקה רפואית נכונה (Good practice). על פי מודל זה התהליך להפנמה של הנחיות כולל מספר שלבים, וראשיתו בפיתוח מודעות בקרב הרופאים ליצירת בסיס הסכמה וגישה חיובית לגבי ההנחיות ולבסוף יישום והפנמה.⁴² המחקר נתמך בהנחה הרווחת בספרות בה קיימת השפעה גדולה

Afzelius, P., Zedeler, K., Sommer, H., Mouridsen, H. T., & Blichert-Toft, M. (1994). Patient's and doctor's delay in primary breast cancer: Prognostic implications. *Acta Oncologica*, 33(4), 345

Ramirez, A. J., Westcombe, A. M., Burgess, C. C., Sutton, S., Littlejohns, P., & Richards, M. A. (1999). Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *The Lancet*, 353(9159), 1127

Statement on the Breast Cancer Education and Awareness Requires Learning Young (EARLY) Act of 2009

Smith, E. C., Ziogas, A., & Anton-Culver, H. (2013). Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. *JAMA surgery*, 148(6), 516.

Singh, H., Sethi, S., Raber, M., & Petersen, L. A. (2007). Errors in cancer diagnosis: current understanding and future directions. *Journal of Clinical Oncology*, 25(31), 5009.

Borrell-Carrió, F., & Epstein, R. M. (2004). Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *The Annals of Family Medicine*, 2(4), 310.

Athman, D. E., Konrad, T. R., Freed, G. L., Freeman, V. A., & Koch, G. G. (1996). The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance: the case of pediatric vaccine recommendations. *Medical care*, 34(9), 873.

יותר לשינוי פנימי של התנהגות רופאים מאשר כפייה חיצונית של נהלים ואכיפתם על ידי רגולציה, וזאת בשל רמת הידע ומעמדם הגבוה של אוכלוסיה זו.⁴³

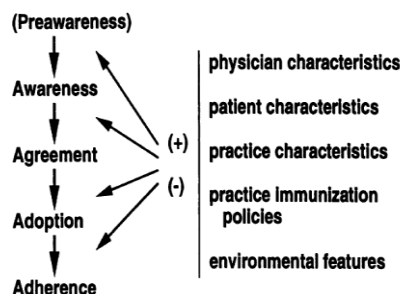


FIG. 1. Model of cognitive steps physicians make in adhering to clinical guidelines, and types of factors that facilitate or hinder movement along these steps.

תרשים ו' המודל הקוגניטיבי: ניתן לראות כי התהליך מתחל מיצירת בסיס מודעות, הסכמה, אימוץ ויישום. לצד זאת בתהליך זה ישנם גורמים מזרזים ומעכבים: מאפייני הרופא, מאפייני הפציינט, פרקטיקה, וסביבה. מתוך: *athman, D. E., Konrad, T. R., Freed, G. L., Freeman, V. A., & Koch, G. G. (1996). The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance: the case of pediatric vaccine recommendations. Medical care, 34(9), 873-889.*

העדר מודעות הינו גורם מרכזי גם ביחס לגורמים נוספים המשפיעים על התנהלות קלינית תקינה של רופאים (Good practice). מחקר מטא אנליזה שבחן את הסיבות להעדר יישום הנחיות קליניות בקרב הסגל הרפואי הראה כי החסמים המרכזיים ליישם הנחיות קליניות הם העדר מודעות והעדר

ידע.⁴⁴

חסמים	מספר המחקרים	אחוז השפעה של הגורם
העדר מודעות	46	54.5
חוסר ידע	31	56.6
חוסר הסכמה	33	46
תחושת מסוגלות	19	13
חוסר בראיות לתוצאות	8	26
עיסוק קודם של הרופא	14	42
חסמים חיצוניים	34	10

מחקרים שנערכו בארה"ב מצביעים על כך שמודעות רופאים באבחון מוקדם על שיעור

התמותה גילוי כי מודעות יכולה להפחית בכ-25 אחוזים את שיעור התמותה באוכלוסיה.⁴⁵

⁴³ אבי פורת, איכות במערכת הבריאות בעידן הגלובליזציה, הפורום איכות: אסטרטגיות לקידום האיכות ברפואה בישראל עמ' 14

⁴⁴ Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A. C., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*, 282(15), 1458

⁴⁵ Slade, E., Tamber, P. S., & Vincent, J. L. (2003). The Surviving Sepsis Campaign: raising awareness to reduce mortality. *Critical Care*, 7(1), 1.

בהלימה לספרות המחקרית המציבה את העדר המודעות כחסם מרכזי להתנהלות רפואית תקינה ניכר כי בישראל העדר מודעות בקרב הרופאים לסרטן השד בצעירות עלול להוות חסם משמעותי באבחון המחלה ומניעתה. לראיה, במרכז דיון הוועדה מיוחדת בכנסת בנושא ניצבה סוגיית העדר מודעות בקרב רופאים לנושא של אבחון סרטן שד בקרב צעירות ואבחון של אוכלוסיות המוגדרות בסיכון.⁴⁶ בהתאמה גם דמויות מפתח בקהילת רפואת השד ומחקרים שנעשו בנושא^{48,47} מצביעים כי רמת המודעות בקרב רופאים לסרטן שד בצעירות נמוכה.⁴⁹

מתוך כך עולה שיש מחד ליצור תשתית מודעות לנשים בטווח גילאים זה לסימפטומים של סרטן שד ולהגדרות של אוכלוסיות בסיכון, אולם מכון שמחקרים מראים כי החסם המרכזי בחתך גילאים זה הוא העיכוב באבחנה מצד הרופא יש להתמקד בעיקר בקידום מודעות ובמקביל חיזוק תשתית הידע בקרב רופאים.

חלופות:

כתשתית לחלופות וכבסיס ליעילותן מוצע להקים קמפיין מודעות לקהל יעד של נשים מתחת לגיל חמישים לגורמי המניעה הראשונית והשניונית (להסבר על מניעה ראשונית ושניונית ראה נספח 4) של סרטן השד הכוללים את הסימפטומים למחלה והקריטריונים להיחשב כאוכלוסיה בסיכון. הקמפיין יכלול תשדירי הסברה קצרים ברשתות החברתיות ובערוצי הטלוויזיה (פירוט בנספח האסטרטגי). חשוב לציין כי מתוך הספרות המחקרית עולה כי לקמפיין מודעות לנשים הצעירות השפעה חיצונית חיובית על מודעות הרופאים לסוגיה ובהתאמה למידת היישום של ההנחיות הקליניות בנושא (תהליך זה מכונה בספרות בספרות (Patient-mediated interventions).⁵⁰

במקביל, החלופות שיוצגו יפעלו לקידום מודעות הרופאים לאיתור אוכלוסיות בסיכון לסרטן שד בצעירות וכן יחזקו את תשתית הידע של מתמחים, רופאי המשפחה והגניקולוגים בנושא הנחיות קליניות לאבחון של סרטן שד בצעירות. כל אחת מהחלופות תעלה את רמת המודעות של הרופאים על ידי פיתוח מנגנון הנקרא "local opinion leaders" שעל פי מחקרים בארה"ב העלה

⁴⁶ מתוך דבריה של ד"ר בלה קאופמן פרוטוקול ישיבת הכנסת "לסרטן אין גיל" מתאריך ה 6.5.2013: " צריך גם אצל רופאי המשפחה וגם אצל הגניקולוגים להגביר את המודעות. אני חושבת שהדברים האלה כל הזמן קורים, אבל אולי צריך יותר. רק לפני מספר שבועות היה לנו כנס משותף עם רופאי משפחה בנצרת, יש לנו בעוד שבועיים כינוס במרכז עם רופאי המשפחה. כל הזמן יש אינטראקציה. היא צריכה לגדול."

⁴⁷ Cohen, M. (2006). Breast cancer early detection, health beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without family history of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15 p 873

⁴⁸ נטע בנטור, רויטל גרוס, איילת ברג 1998 בדיקות גילוי מוקדם של סרטן השד בקרב נשים בישראל- מאפייני הנבדקות, מכון ברוקדייל, עמ' 426

⁴⁹ שיחה עם פרופ' תמר פרץ ראש האגף האונקולוגי בהדסה עין כרם, שיחה עם ד"ר ליטל קינן וד"ר ברברה סילברמן מהמרכז לרישום הסרטן, משרד הבריאות.

⁵⁰ Robertson, R., & Jochelson, K. (2006). Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature. *NICE Guidelines: Kings Fund Literature Review*.

את אחוז היישום של הנחיות קליניות ב-46 אחוזים לפחות.⁵¹ מנהיגי דעה מקומיים מוגדרים כרופאים או מוסדות מוערכים בקהילה הרפואית בעלי מעמד בכיר ומומחים בתחומם.⁵² שימוש במנגנון מובילי הדעה הינו בעל יתרון כפול. מחד, הכרה טובה של המגבלות והאילוצים של המערכת הרפואית היות ומובילי הגעה הם חלק ממנה ופועלים בתוכה, ומאידך, הם בעלי ידע וממוחיות גבוהה דבר המקנה להם בסיס לגיטימציה רחב לחולל שינוי בקהילה בה הם פועלים. חשוב לציין כי הכנסים וימי העיון שיארגנו מנהיגי הדעה יקנו למשתתפים בהם נקודות זכות במסגרת התוכנית ללימודי המשך של הר"י (CME), דבר שיהווה תמריץ להשתתפות בהם.⁵³

כאומדן להצלחת החלופות בהקטנת שיעור הנשים המאובחנות משלב סרטני מאוחר, על משרד הבריאות לפתח מערכת מדדי ביצוע של איתור אוכלוסיות בסיכון.⁵⁴ מדדי הביצוע יפותחו במסגרת פרויקט המדדים הארצי של אגף האיכות במשרד הבריאות. (לפירוט מדדי הביצוע ראה נספח אסטרטגי).^{55 56}

חלופה ראשונה: מנהיגי דעה כמומחים בעלי שם בתחום סרטן השד

ועדה מיוחדת מטעם משרד הבריאות תמנה חמישה מומחים בתחום סרטן שד. הקריטריונים לבחירת המומחים הינם: מומחים בעלי שם המוערכים במערכת הרפואה בישראל, חוקרים מובילים בתחום סרטן השד ובעלי זיקה מובהקת לנושא. על מנהיגי הדעה להיות פעילים במקביל בכמה פורמים מרכזיים: איגודים מדעיים, בקהילת המחקר בישראל ובעולם, בבתי הספר לרפואה, וכמנהלים בכירים בבתי החולים או בקופות החולים בארץ. (לרשימת מנהיגי הדעה אפשריים ראה נספח מספר 5). כל מנהיג דעה יפעל במסגרת הפורומים שבהם הוא ממש כדמות בכירה (בתי חולים/קופות חולים/איגודים/אקדמיה) במסגרת תפקידו, ויקדם את נושא בארבע אפיקים:

(1) יקיים לפחות 3 כנסים שנתיים בנושא אבחון סרטן שד בצעירות.

(2) הטמעת הנושא במסגרת בהכשרת סטודנטים בבית ספר לרפואה.

Borbas, C., Morris, N., McLaughlin, B., Asinger, R., & Gobel, F. (2000). The role of clinical opinion leaders in guideline implementation and quality improvement. Chest Journal, 118(2_suppl), 24S-32S.

⁵² ibide,ibide

⁵³ סולם נקודות היכוי במסגרת ה CME מתוך אתר ההסתדרות הרפואית: <http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=7532>

⁵⁴ דו"ח התוכנית הלאומית למדדים ברפואת הקהילה בין השנים 2008-2010, משרד הבריאות, עמ' 34:

<http://www.health.gov.il/Publicationsfiles/qindicatorsReport2008-2010.pdf>

⁵⁵ מתוך שיחה עם דר' ליטל קינן ממטרה הרישום הארצי לסרטן עולה כי מדינת ישראל בניגוד למדינות אחרות, אין מערכת של מדדים לבדיקות גנטיות של נשאות הגנים לסרטן שד. כמו כן בוועדת הכנסת עלה הצורך לפיתוח מדדים לבדיקות קליניות של סרטן שד בצעירות. מתוך פרוטוקול ישיבת הכנסת "לסרטן השד אין גיל".

⁵⁶ מלבד התועלת של אומדן שיעורי הביצוע מחקרים מראים כי לפיתוח מדדים השפעה חיובית על יישום ההנחיות הקליניות בקרב רופאים. מתוך: אלאחיני אשר (2001), " השימוש במדדי איכות רפואיים ככלי לשיפור הביצועים במרפאות הקהילתיות". מתוך פורום איכות אסטרטגיות לקידום איכות הטיפול בישראל, עמ' 31.

(3) כתיבת מאמרים בכתבי עת רפואיים.⁵⁷

(4) העלאת הנושא לסדר היום (בישיבות צוות/ כנסי מנהלים) בבתי החולים וקופות

החולים, במרפאות נשים ובמרכזי בריאות האישה במסגרת שגרת עבודתם השוטפת.

כל מנהיג דעה יזכה לתמורה על מאמציו למענק מחקר מטעם משרד הבריאות של כ 200,000 ₪, המענק יתחדש כל שנה בכפוף להצגת תרומתו לנושא הסכום הכולל של המענק הינו : 1,000,000 ₪ בשנה.⁵⁸ עלות החלופה מורכבת מעלות המלגות ואספקת התשתית ומוערכת בסכום של כ 2,104,440 ₪ בשנה (פירוט עלויות ראה נספח 3).

איגוד הגניקולוגים ואיגוד רופאי המשפחה, כמנהיגי דעה בשיתוף איגוד האונקולוגים, ואיגוד

הכירורגיים.

אחת המטרות המרכזיות של ההסתדרות הרפואית הינה הטמעה של הנחיות קליניות בקרב רופאים בשיתוף פעולה עם האיגודים המקצועיים.⁵⁹ איגודי הרופאים המקצועיים מהווים בסיס של ידע ומעדכנים את חבריהם בחידושים מדעיים בתחום התמחותם. האיגודים מפיצים מדי חודש כתבי עת מדעיים, עלונים ניירות עמדה ויוזמים כנסים וימי עיון. החלופה תשתמש בתשתית זאת על מנת לעלות למודעות הרופאים את החשיבות של ההנחיות הקליניות בנוגע לגילוי מוקדם של סרטן השד בצעירות. איגוד הגניקולוגים ורופאי המשפחה נבחרו לאיגודים הראשים שיקדמו את המודעות בקרב חבריהם היות והם קהל היעד של החלופות. מכוון שאיגוד הגניקולוגים אינו מתמחה בנושאים אונקולוגיים ובניהם סרטן שד⁶⁰ הוא יפעל בשיתוף פעולה עם איגוד האונקולוגים, ואיגוד הכירורגיים המתמחים בתחום זה. שיתוף הפעולה נועד ליצור פלטפורמה של ידע מקצועי ויוסיף למוניטין של החלופה כפרי יוזמה של כמה איגודים מובילים. על מנת ליצור פלטפורמה לשיתוף פעולה יש להיעזר באגף למדיניות רפואית של הר"י האמון על יצירת פורומים מקצועיים יעודים בנושאי מדיניות רפואית. בנוסף יש להיעזר במחלקה לאיגודים המדעיים בהר"י אשר תתנה את הסיוע הכספי והלוגיסטי בקיום שיתוף פעולה בין האיגודים. שיתוף הפעולה נועד לקדם את מודעות הרופאים באמצעות ארבעה אפיקים מרכזיים :

⁵⁷ ההסתדרות הרפואית מוציאה כתבי עת רפואיים לקהילת הרופאים בישראל: הרפואה, זמן רפואה, אימג עיתונים אלה בעלי מוניטין רב ומופצים בתפוצה רחבה לכלל הרופאים.

⁵⁸ סכום זה הולם את סכום המלגות שמעניק משרד הבריאות לחוקרים כל מלגה מגיעה לסכום ממוצע של 450,000 ₪. מתוך קול קורא של משרד הבריאות למלגת המדען הראשי: <http://www.trdf.co.il/kolkoreinfo.php?id=429>

⁵⁹ מתוך סקירה של אתרי איגוד הרופאים עולה כי בנושא סרטן שד בצעירות היה רק כנס אחד מטעם איגוד הגניקולוגיים בשנת 2009, כמו כן איגוד הכירורגיים הפיץ נייר עמדה אחד בנושא הנחיות לבדיקות קליניות של השד בשנת 1998, מאז לא פורסמו ניירות בנושא. מכאן שהתשתית קיימת במידה מעטה ומטרת החלופה היא להרחיב אותה.

⁶⁰ משיחה עם פרופ' תמר פרץ.

- (1) קיום ימי עיון לגניקולוגים ורופאי משפחה בחסות משותפת של ארבעת האיגודים.
- (2) כתיבת מאמרים בחסות משותפת של האיגודים בכתב העת של האיגוד הגניקולוגיים ואיגוד רופאי המשפחה.
- (3) הפצה של ניירות עמדה והנחיות קליניות באתר איגוד הגניקולוגיים ורופאי המשפחה.
- (4) עידוד החברים באיגוד לעבור השתלמות אינטרנטית באמצעות שימוש בלומדה טכנולוגית הנקראת "e Doctoring" המיושמת בארה"ב ומקנה ידע תיאורטי ופראקטי בנושא יישום של הנחיות קליניות וכולל סרטונים ועזרים ללמידה אינטראקטיבית.⁶¹ וזאת במסגרת התוכנית ללימודי המשך CME. איגוד הגניקולוגיים ורופאי המשפחה יזכה לתמריץ כספי בסכום כולל של 300,000 ₪ בשנה שיתחדש כתלות בהצגת עשייתו בתחום, שאר האיגודים (האונקולוגי והכירורגי) יזכו כל אחד בתמרוץ שכ200,000 ₪ בשנה תמורת תמיכה מקצועית עלות הכוללת של המענק הוא : 1,000,000 ₪. בנוסף משרד הבריאות יממן את התשתית הנדרשת לחלופה, עלות החלופה נאמת בסכום של כ 2,045,419 ₪ (לפירוט עלויות ראה נספח 3).

מרכז סרטן שד בצעירות כמנהיג דעה :

במרכז האונקולוגי שבבית החולים שיבא הוקמה תת יחידה המיועדת לטיפול בסרטן שד בקרב צעירות. היחידה הוקמה על ידי ד"ר שני פאלוך שמעון שהיא בעלת מוניטין גבוהה כמומחית בתחום סרטן שד בצעירות.⁶² למרכז שני אפיקי עשייה מרכזיים. האחד, הגדלת מערך הידע המדעי בנושא באמצעות מחקר בשיתוף עם מומחים בארץ ובעולם. והשני, טיפול בצרכים הייחודיים של נשים צעירות החולות בסרטן שד. מרכז זה יכול להוות כסוכן שינוי ליצירת מודעות בקהילה הרפואית. למרכז יש מערך ידע והתמחות בתחום של סרטן שד בצעירות ולפיכך כלים ותשתית להוביל מבצע של מודעות בנושא במרפאות הנשים בבית החולים ומרפאות השד בקהילה.⁶³ בהמשך לכך, העובדה שמרכז סרטן שד בצעירות פועל בתוך מסגרת בית החולים ובממשק עם רופאים חוקרים בתחום יכולה לסייע לו כמנהיג דעה מקומי. יתרון נוסף למרכז הוא שבמסגרתו הוא מאגד רופאים מתחומים שונים כגון כירורגי שד, גנטיקאים ואונקולוגים דבר המגדיל את המוניטין שלו בקרב

⁶¹ אתר חברת הלומדות הרפואית אשר הועדה לאבחון של נשים צעירות בסרטן שד, שהקימה היחידה למניעת מחלות בארה"ב המליצה עליה http://edoc.ucdavis.edu/Public_site

⁶² אתר ביה"ח שיבא על ד"ר שני פאלוך שמעון : <http://www.sheba.co.il/Doctors/852/Shani.Paluch-Shimon>

⁶³ אתר המרכז לסרטן שד בצעירות בית החולים שיבא : <http://www.cancer.sheba.co.il/414>

הקהילה הרפואית כמוקד ידע אינטר-דיסציפלינארי. המרכז כמנהיג דעה יהיה אחראי על יוזמות שונות בקרב רופאי מרפאות הנשים בקהילה ובמרכזי בריאות האישה בבתי החולים וקופות החולים ויזום ימי עיון, סדנאות מודעות בנושא, ופרסם מאמרים בכתבי עת ובאתרים רפואיים. משרד הבריאות יסיע למרכז בתשתית הנדרשת לצורך הפקת ימי עיון והכנסים ויתגמל את המרכז עבור פעילות זו במענק מחקר ופיתוח שנתי בסכום כולל של 1,000,000 ש"ח, שיתחדש כל שנה בכפוף להצגת עשייתו, עלות כוללת של החלופה: 1,058,000 ש"ח (לפירוט ראה נספח 3).

הערכת החלופות:

שקלול החלופות לציון סופי יעשה לפי המשקולות הבאות:

- (1) **גיוס מנהיגי הדעה (10%)** - במידת הקושי בה ניתן לגייס את מנהיגי הדעה בכל חלופה לטובת העלאת מודעות לנושא בקרב קהילת רופאי המשפחה והגניקולוגים. הקריטריון לא זכרה למשקל גבוהה היות ולא נרשמת התנגדות מהותית באף אחת מהחלופות.
- (2) **מידת ההשפעה של מנהיגי הדעה על הרופאים (20%)** - מהי מידת ההשפעה של כל אחד ממנהיגי הדעה על רמת המודעות של רופאי המשפחה והגניקולוגים. קריטריון זה זכה למשקל יחסית גבוהה היות ומידת ההשפעה מהותית לטובת הגדלת שיעורי הביצוע של ההנחיות הקליניות.
- (3) **השפעה לאורך זמן (10%)** - משך הזמן בו תעלה רמת המודעות של הרופאים ביחס לסוגיה. הקריטריון לא זכה למשקל גבוה היות וככלל, משך החלופות אינו גבוהה ונאמד על מספר שנים ספורות בלבד.
- (4) **אפקטיביות (30%)** - הקריטריון מורכב מרוחב ההשפעה, ומספר אפיקי ההשפעה, אשר עומדים ביחס ישר להעלאת מודעות הרופאים ליישום הנחיות קליניות שביצוען עתיד להקטין את שיעור הנשים מתחת לגיל חמישים המאובחנות בשלב סרטני מאוחר. קריטריון זה הוא בעל משקל גבוהה יחסית היות והוא בוחן את הזיקה בין החלופות והקטנת התופעות הבלתי רצויות.
- (5) **עלות (10%)** - העלות הכספית הכרוכה ביישום החלופה. קריטריון זה לא זכה למשקל גבוהה היות ואין הבדלים מהותיים מבחינת עלות בין החלופות.

1. **גיוס מנהיגי הדעה** - צפוי קושי בגיוס המומחים שכן הם מחוזרים על ידי גורמים רבים, ויש להם הצעות רבות למענקי מחקר. כמו כן יתכן קושי גם בחלופה של איגודי הרופאים, היות ומעצם הגדרתם איגוד הרופאים הינו עצמאי ואינו כפוף לשיקולים של רשויות השלטון בכללם משרד הבריאות. יחד עם זאת, ישנם מספר תקדימים בהם האיגודים שיתפו פעולה עם משרד הבריאות, כך שלא נשקפת בעיה מהותית מבחינה זו.⁶⁴ ייתכן קושי נוסף בגיוס מרכז סרטן שד לצעירות היות וצפויה התנגדות משמעותית מצד בית החולים שכן הרחבת סמכויות היחידה עלולה ליצור דרישה לתקנים נוספים, ותקציב נוסף, וכן ליצור עומס על הרופאים ביחידה. כמו כן הרחבת סמכויות המרכז היא התערבות בענייני הפנים של בית החולים שכשלעצמה עלולה ליצור התנגדות.

2. **מידת השפעה של מנהיגי הדעה על התנהגות הרופאים** - למרות המוניטין הגבוהה של המומחים בקהילה הרפואית העובדה שהם מקבלים כסף בתמורה להעלאת הנושא למודעות עלולה לפגוע במידה מסוימת במידת ההשפעה שלהם על הרופאים. לאיגודים יש רמת השפעה רבה כאחראים על הרמה המקצועית של הרופאים וכגופים המייצגים את הרופאים מול פורומים שונים. מהרופאים מצופה להתעדכן באתר האיגוד ולאגוד יש תפקיד רשמי בהטמעה של הנחיות קליניות ובתרומה לאיכות הטיפול של הרופאים החברים בו. אולם מאידך, היתרון של המומחים הוא שהם חלק אינטגרלי ממערכות הרפואה: בתי חולים, קופות חולים, קהילות מחקר, ובתי הספר לרפואה. בעוד שהאיגודים הם גופים חיצוניים למערכות אלה. לגבי המרכז לסרטן שד יש רמת השפעה גבוהה היות והוא בעל מומחיות בלעדית בתחום זה אולם נמוכה ביחס להשפעה של האיגודים שהם ארגונים מאוד ותיקים ומוערכים בקהילה הרפואית.

3. **השפעה לאורך זמן** - נראה כי למרכז סרטן שד בצעירות יש את אופק ההשפעה הגדול ביותר שכן זהו הנושא המרכזי בו הוא עוסק ובו יש לו מומחיות, לעומתו המומחים ואיגוד הרופאים עוסקים במגוון רחב מאוד של סוגיות ויש סיכוי סביר כי נושא זה ירד מסדר יומם בשלב מסוים ביחס לסוגיות אחרות העומדות על הפרק.

⁶⁴ ראה קידום הנושא של מניעת השמנת ילדים שהרים משרד הבריאות בשיתוף עם איגודי הרופאים: אתר הר"י <http://www.ima.org.il/MainSite/StaticPage.aspx?Page=1043>

4. **אפקטיביות** - מתוך הספרות המחקרית עולה כי מנגנון מנהיגי הדעה המקומיים יכול לעלות את אחוז היישום של ההנחיות הקליניות בכ-46% לפחות.⁶⁵ יישום ההנחיות הקליניות עתיד להגדיל את מספר הנשים המאובחנות בשלבים מוקדמים עד 45%.⁶⁶ על כן האפקטיביות תימדד על פי מספר האמצעים ורוחב השפעתם העומדים ביחס ישר להעלאת המודעות של רופאים המשפיעה על יישום ההנחיות הקליניות שמפחיתות את תמותת נשים.

(1) **רוחב ההשפעה**- לאיגודים הרפואיים ולמומחים יש יתרון ביחס למרכז סרטן שד היות והם פועלים בשגרת יומם מול קהל יעד רחב של רופאים, הן בבתי החולים והן בקופות החולים, וכן בשדה המחקר והאקדמיה. כלל, המומחים עובדים מול סוגים מגוונים יותר של קהלי ידע, סטודנטים לרפואה חוקרים, רופאים מתחומים שונים. בעוד שהאיגודים עובדים מול סוג אחד של קהל ידע שהם הרופאים והמתמחים בתחום הספציפי של האיגוד. מרכז סרטן שד בצעירות עובד מול רופאים מתחומים שונים אולם שיעור קהל היעד שהוא מסוגל להגיע אליו הוא יחסית מצומצם בהשוואה לאיגודים ולמומחים.

(2) **מספר האפיקים לקידום מודעות**- בחלופה המומחים ארבעה אפיקים מרכזיים: פרסום מאמרים, בתי ספר לרפואה, כנסים והטמעה בסביבת עבודתם. בחלופת האיגודים ישנם גם ארבעה אפיקים מרכזיים: פרסום מאמרים, כנסים, השתלמות אינטרנטית, וניירות עמדה. בעוד שבחלופת המרכז לסרטן שד בצעירות שלושה אפיקים בלבד: כנסים, מאמרים וסדנאות מודעות.

ההשוואה מסוכמת בטבלה הבאה: ניתנו ציונים יחסיים לשם ההשוואה, 1 מייצג את המידה הנמוכה ביותר ו3 המידה הגבוהה ביותר.

מרכז סרטן שד	איגודים	מומחים	
1	3	2	רוחב ההשפעה (50%)
2	3	3	מספר האפיקים (50%)
1.5	3	2.5	סיכום

⁶⁵ Borbas, C., Morris, N., McLaughlin, B., Asinger, R., & Gobel, F. (2000). The role of clinical opinion leaders in guideline implementation and quality improvement p. 26

⁶⁶ Barton, Mary B., Russell Harris, and Suzanne W. Fletcher. "Does This Patient Have Breast Cancer?: The Screening Clinical Breast Examination: Should It Be Done? How?." *Jama* 282.13 (1999): p.1270

מתוך הטבלה ניתן לראות כי החלופה האפקטיבית ביותר היא חלופת האיגודים היות והיא עדיפה הן מבחינת רוחב ההשפעה והן מבחינת אפיקי הפעולה. על כן היא תעלה את המודעות במידה הגבוה ביותר ובהלימה את יישום ההנחיות הקליניות שיקטינו בהתאמה את מספר הנשים הצעירות המאובחנות בשלב מאוחר.

עלות:

החלופה הזולה ביותר הוא המרכז לסרטן שד, לאחר מכן חלופת המומחים והחלופה הכי יקרה היא האיגודים.

שקלול החלופות:

כל קריטריון יבחן בסולם של 1-5 כאשר 5 היא המידה הגבוהה ביותר ו1 הוא המידה הנמוכה ביותר.

קריטריון	חלופת המומחים	חלופת האיגודים	חלופת המרכז לסרטן שד בצעירות
גיוס מנהיגי הדעה (10%)	4	4	3
מידת ההשפעה של מנהיגי הדעה על הרופאים (30%)	5	5	4
השפעה לאורך זמן (10%)	3	3	5
אפקטיביות (40%)	4	5	3
עלות (10%)	4	2	5
ציון משוקלל	4.2	4.4	3.7

נספח אסטרטגי:

החלופה הנבחרת: איגוד הגניקולוגים והמשפחה (בשיתוף איגוד האונקולוגים והכירורגיים) כמוביל דעה:

החידוש המרכזי בחלופה בא לידי ביטוי בכך שהיא מציבה את העדר היישום של ההנחיות הקליניות בקרב רופאים כסוגיה מרכזית וזאת בניגוד לשיח הרווח בדיון באבחון סרטן שד בצעירות שהתמקד בשני היבטים מרכזיים: העדר תוכנית סקירה והעדר מודעות מצד הנשים⁶⁷. לאיגודי הרופאים ישנה תשתית ענפה הכוללת כתבי עת, כנסים, וימי עיון. כמו כן האיגודים הם בעלי מוניטין רב ואחראים בן השאר על הטמעת הידע המקצועי בקרב חבריהם. רוחב השפעתם הוא גבוה שכן הרוב המוחלט של הרופאים המומחים חברים באיגוד. בהלימה מבינת היישום לא ניכרים קשיים מהותיים מלבד ההתנגדות של האיגוד הגניקולוגים ורופאי המשפחה לקבל את הנושא תחת אחריותו (דרכים להתמודדות מול קושי זה ראה נספח אסטרטגי).

⁶⁷ פרוטוקול הכנסת לסרטן השד אין גיל 6.5.2013.

מושאי המדיניות:

א. **רופאי הנשים ורופאי המשפחה** - בהנחיות משרד הבריאות נכתב בכלליות כי הבדיקה הקלינית צריכה להיעשות על ידי רופא. אולם, קיים תחום אפור בנוגע לסוג הרופאים המבצעים את הבדיקה הקלינית, לפיכך עולה הצורך שמשרד הבריאות יגדיר את סוג הרופא שיהיה אחראי על ישום ההנחיות. מתוך בחינה של נתוני הסקר הלאומי לבריאות (INSHIS) עולה כי בחתך הגילאים 25-50 כ-70% מהנשים מגיעות לביקור אצל רופא נשים או רופא משפחה לפחות פעם בשנה, בנוסף 63% מהנשים מדווחות כי יש להם רופא נשים קבוע.⁶⁸ מתוך כך קהל היעד של החלופה הם רופאי המשפחה ורופאי הנשים.

השינוי המרכזי שמציעה החלופה הוא ההמלצה על בדיקת שד קלינית כחלק מהבדיקה הגופנית הכללית על ידי רופאי הנשים והמשפחה. הבט זה צפוי ליצור התנגדות בקרב הרופאים בכמה היבטים מרכזיים, האחד הוא העדר משאבים והחשש מיצירת עומס. השני הוא הרחבת תחום האחריות המשפטית של הרופאים בעקבות ביצוע הבדיקה, השלישי הוא הבושה וחוסר נעימות. על מנת להתמודד עם הבעיה הראשונה יש לגייס את קופות החולים במתן כלים שיקלו ויעלו את התהליך כגון שימוש עזרים טכנולוגיים כגון מערכת ממוחשבת לאיתור אוכלוסיות בסיכון, והכנה של טופס מסודר הממקד את בדיקת השד הקלינית.⁷⁰ בהיבט השני, ניתן לעזור באיגודים המקצועיים במתן תמיכה וחסות משפטית על ביצוע הבדיקה הקלינית לרופאי הנשים ורופאי המשפחה. לגבי החסם השלישי ניתן לשלב הבט זה בימי העיון סדנאות וכן להשתמש באסטרטגיה תקשורתית שתסייע בהתמודדות עם חוסר הנעימות. במידה והיענות מצד הרופאים תהיה נמוכה יש להיעזר ביצירה של מדדי ביצוע שהם חלק ממארג המדיניות שכן, מחקרים מראים כי לאימוץ מדדים השפעה חיובית על שיעור הענות הרופאים ליישום ההנחיות הקליניות.⁷¹

ב. **הנשים הצעירות** - חלק ממארג המדיניות מגייס גם את הנשים. המטרה היא להפריך את הקונספציה כי הסבירות לחלות בסרטן שד קיימת רק בגיל מבוגר. בגיוס הנשים יש

⁶⁸ המלצה זו הועלתה גם בוועדת הכנסת, לסרטן השד אין גיל ע, פרופ' בלה קאופמן, כמו כן גם דר' ליטל קינן מהמרכז לרישום הסרטן תמכה ברעיון זה.

⁶⁹ סקר בריאות לאומי בישראל, פרויקט ארגון הבריאות העולמי, איזור אירופה, בריאות נשים, משרד הבריאות: http://www.old.health.gov.il/Download/pages/INSHIS_women.pdf

⁷⁰ דוגמא של הכתבה על הטופס של הבדיקת שד קלינית.

⁷¹ דו"ח התוכנית הלאומית למדדים ברפואת הקהילה בין השנים 2008-2010, משרד הבריאות

להתייחס גם לשונות בקהילת הנשים שמורכבת מפלגים שונים כגון: נשים ערביות, חרדיות ועוד. הבט חשוב נוסף הוא שמחקרים מראים כי הגדלת מודעות הנשים על ידי קמפיין היא בעלת השפעה חיצונית חיובית על התנהגות הרופאים כעובדי קצה, שכן הנשים יכולות לגשת לרופא ולהעלות את הדרישה לעבור בדיקת שד קלינית או לציין בפניו גורמי סיכון דבר שעתיד לעלות את שיעור היישום של ההנחיות הקליניות בהתאמה.⁷² יחד עם זאת, הבט חשוב הוא שבפנייה לנשים יש להימנע מיצירת חרדה שכן הדבר יכול היות גורם מעכב בפנייה לרופא.

הבחנה בין כלי מדיניות למטרות המדיניות:⁷³

רמת הניתוח	רמת המאקרו: יעדים כלליים. Governance Arrangement	משטר המדיניות: Policy Regime logic	תוכנית אופרטיבית Operational plans	שינוי ביחס לסטאטוס קוו
מטרות המדיניות	הפחתת שיעורי התמותה בקרב נשים צעירות מסרטן שד.	הגדלת שיעור היישום של ההנחיות הקליניות לאבחון של סרטן שד בצעירות ואיתור של אוכלוסיות בסיכון על ידי רופא הנשים והגניקולוגים.	הגדלת שיעור האבחון של נשים המשתייכות לאוכלוסיות בסיכון, מניעת עיכוב בין זמן האבחון לתחילת הטיפול, הטמעת הפקטיקה של בדיקת שד קלינית בצעירות כחלק מהבדיקה הגופנית הכללית.	ההנחיות לאיתור אוכלוסיות בסיכון, אבחון של סרטן שד, והבדיקה הקלינית מוגדרים כחלק אינטגרלי מפרקטיקה רפואית נכונה והם חלק מהסטאטוס קוו. השינוי המהותי בא לידי ביטוי בכך שרופאי והגניקולוגים יבצעו את בדיקת שד קלינית בנשים, דבר שלא היה נפוץ עד כה. ⁷⁴
כלי המדיניות	אבחון מוקדם של תסמיני המחלה.	יצירת מודעות לנושא סרטן השד בצעירות בקרב רופאי המשפחה ורופאי הנשים.	איגודים מקצועיים כמנהיגי הדעה Local opinion leaders לחיזוק המודעות ותשתית הידע בקרב הרופאים.	שימוש באיגודים מקצועיים וקידום מודעות, ידע מקצועי בקרב רופאים הינו חלק ממטרות האיגוד המקצועי התשתית לשם כך כבר קיימת ועל כן לא נחשבת כסטייה מהותית מהסטאטוס קוו.

⁷² Robertson, R., & Jochelson, K. (2006). Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature. *NICE Guidelines: Kings Fund Literature Review*.

⁷³ Howlett, M. (2009). Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design. *Policy Sciences*, 42(1), 73.

⁷⁴ ד"ר דורון גורדון, מנהל הרפואה, משרד הבריאות ראיון אישי.

לוגיקת יישום המדיניות:

היישום מתבסס משינוי "מלמטה למעלה" הפועל בכמה מישורים. המישור הראשון הוא העובדה שמנהיגי הדעה הם חלק מהקהילה הרפואית וכפופים לאותם מגבלות יכולה ליצור שינוי פנימי. המישור השני הוא שהנשים עצמן יכולות להוביל לשינוי בהתנהגותן של הרופא על ידי פנייתן אליו בדרישה לעבור בדיקת שד או בשאלות לגבי גורמי הסיכון.

הגדלת המודעות בקרב הגדלת המודעות בקרב הנשים תרחישים אפשריים הרופאים			
אוגוסט, 2014	פגישה בין האגף למנהל רפואי, היחידה לאיכות הטיפול במשרד הבריאות לבין ההסתדרות הרפואית לדיון ביעדי התוכנית, והסכם לשיתוף פעולה וחלוקת תפקידים.		
ספטמבר, 2014	העברת ההצעה לאישור תקציב בממשלה ובמשרד האוצר. פרסום החלטת הממשלה באתר הר"י ובאתרי האינטרנט הרפואיים.	צפויה התנגדות מצד משרד האוצר בהגדלת התקציב, יש להיעזר בשיח של עלות תועלת.	
אוקטובר, 2014	פגישה של ועדה משותפת בחסות מחלקת האיגודים המדעיים בהר"י, של איגוד רופאי המשפחה, איגוד הגניקולוגים, איגוד הכירורגים, איגוד האונקולוגים, לגיבוש תוכנית עבודה שנתית, קביעת מועדי ימי העיון, הכנסים, חלוקת עבודה בכתיבת מאמרים, גיבוש של קורס בנושא בדיקת שד קלינית במסגרת הCME (תוכנית ללימודי המשך).	צפויה התנגדות מצד רופאי המשפחה והגניקולוגים לביצוע הבדיקה הקלינית תחת תחום אחריותם, יש להיעזר בהר"י במתן תמריץ לתמיכה וחסות משפטית בתחום.	
דצמבר, 2014		קמפיין רחב הקף באמצעי התקשורת והאינטרנט בנושא אבחון של סרטן שד בצעירות וגורמי סיכון.	עלולה להיווצר חרדה ועומס על המערכת הרפואית בעקבות הקמפיין. על כן יש ליצור הדרגתיות ובהעלאת הקמפיין לתקשורת ובמסריו.
ינואר 2015	תחילת היישום של התוכנית השנתית להעלאת מודעות בקרב רופאי המשפחה והגניקולוגים. קיום כנסים, ימי עיון, מאמרים וקורסים בנושא בפריסה ארצית.	העדר הענות מצד הרופאים, במקרה על מתן תמריצים נוספים להשתתפות הרופאים בכנסים ובסדנאות (ימי כיף, מתן ניקוד גבוהה	

יותר במסגרת תוכנית הCME ועוד)			
		היחידה לרישום הסרטן הלאומי יחד עם היחידה לחקר שירותי הרפואה בשיתוף עם קופות החולים ינסחו מדדי ביצוע לאבחון ומעקב על אוכלוסיות בסיכון.	מאי, 2015
יכולה להיווצר התנגדות מצד הרופאים וקופות החולים היות ומדדים ועמידה בהם יוצרים עומס נוסף על שגרת עבודתו של הרופא. יש לשכנע את קופת החולים ביעילות של התוכנית בשימוש בשיח של עלות תועלת. כמו כן יש לעודד את קופות החולים ליצור כלים ליעול וסיוע בעמידה ביעדים לרבות שימוש בעזרים טכנולוגיים.		הטמעת המדדים במרפאות הנשים והמשפחה ובקופות החולים.	ספטמבר 2015,
		מחקר של יעדי הביצוע ובחינה האם שיעורי האבחון של אוכלוסיות בסיכון והידע בביצוע הבדיקה הקלינית עלו בקרב הרופאים. הערכת יעילותה של החלופה ביחס למדדי הביצוע.	ינואר 2016

אסטרטגיה תקשורתית:

המטרה המרכזית של האסטרטגיה התקשורתית היא בשבירת הקונספציה שהסיכון לחלות בסרטן שד קיים רק בקרב נשים מבוגרות מעל גיל 50. בתוך כך יהיו כמה קהלי יעד לאסטרטגיה התקשורתית: קהל הרופאים, והנשים. לגבי קהל הנשים המסרים שיועברו ברדיו, בערוצי הטלוויזיה ובאתרי האינטרנט יופנו כנגד כל אחד מהחסמים המעכבים נשים להיבדק כפי שמפורט בטבלה הבאה⁷⁵:

⁷⁵ Afzelius, P., Zedeler, K., Sommer, H., Mouridsen, H. T., & Blichert-Toft, M. (1994). Patient's and doctor's delay in primary breast cancer: Prognostic implications. *Acta Oncologica*, 33(4), 345.

החכם מצד הנשים	המסר שיועבר בתקשורת
(1) מערכת האמונות ורגשות	העברת המסר שגם נשים צעירות עלולות לחלות בסרטן שד. לשם כך הקמפיין יציג נתונים מספריים לצד סיפורים אישיים של נשים צעירות שחלו בסרטן שד. הקמפיין ימנע ממסרים קיצוניים אשר עלולים ליצור חרדה וישתמש בשיח רציונאלי של סיכון על מנת לעודד נשים להיבדק.
(2) העדר ידע לגבי גורמי סיכון ותסמינים	שימוש באתרי אינטרנט המיועדים לנשים צעירות, ובתוכניות טלוויזיה המופנות לקהל יעד זה. הצגה של גורמי הסיכון ותסמינים לסרטן שד.
(3) נורמות חברתיות	הקמפיין בעל מסרים המותאמים לכל קבוצה בקהל היעד לדוגמא נשים דתיות, ערביות ועוד. הקמפיין ינסה להתמודד מול החסמים הייחודיים לכל קבוצה תרבותית.
(4) מעמד סוציו אקונומי ונגישות למשאבים	הקמפיין ידגיש כי הבדיקה הגופנית כמו גם סדרה של בדיקות המגיעות לנשים בסיכון כלולה בסל הבריאות על כן ניתנות בחינם.

לגבי קהל הרופאים, ההסתדרות הרפואית ואיגודים המקצועיים יפעילו קמפיין רחב הקף בבתי החולים ובאתרי האינטרנט הרפואיים הקמפיין יפעל על כל אחד מהחסמים של רופאים ביישום ההנחיות הקליניות⁷⁶:

החכם מצד הרופאים	המסר שיועבר בתקשורת
(1) הטיה תפיסתית	העברת המסר לרופאים בערוצי התקשורת ואתרי האינטרנט הרפואיים כי גם נשים צעירות הן בעלות סיכון לחלות מסרטן השד בקמפיין ישתתפו רופאים בכירים מתוך האיגודים המקצועיים שיעזרו בשיח רפואי.
(2) חוסר הסכמה	המסר לרופאים ישתמש בשיח מדעי מחקרי ורציונאלי של עלות תועלת. ושיתוף עם רופאי שד בכירים בארץ ובעולם אשר יציג נתונים מחקריים המצדדים בחשיבות האבחון המוקדם בקרב צעירות, בכלי התקשורת ובכתבי העת הרפואיים. המסר ישתמש בשיח אתי רפואי המניח את חובתו של רופא בהצלת חיי אדם.
(3) תחושת מסוגלות	הצגה בכלי התקשורת סיפורים אישיים של נשים אשר בזכות תושייתו של הרופא שפעל בהתאם להנחיות הקליניות חייהן ניצלו.

⁷⁶ Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A. C., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*, 282(15), 1458

העברת המסר שהאיגודים הרפואיים נותנים תמיכה משפטית מלאה מצד האיגודים לרופאים בביצוע הבדיקה הקלינית.	(4) חסמים חיצוניים
--	---------------------------

מדדי ביצוע:

על מנת לבחון האם המדיניות הצליחה ברמת השערת המדיניות יש בהתאמה לבחון האם היא הצליחה לצמצם את שיעור התמותה והאבחון המאוחר, ועל כן המדדים יהיו כדלקמן:

(1) הפחתת שיעור התמותה בקרב נשים צעירות - מחקרים מראים כי פיתוח של מודעות בקרב

הרופאים יכול להפחית את שיעורי התמותה בכ-77.25%⁷⁷ על כן מדד הביצוע להצלחת המדיניות תהיה הפחתת שיעור התמותה של נשים צעירות בשיעור דומה.

(2) מדד שלב האבחון של סרטן שד בנשים צעירות - מטרת המדיניות הינה הגדלה של שיעור

הנשים הצעירות המאובחנות בשלבים מוקדמים של המחלה. על פי מחקרים הגדלת שיעור היישום של ההנחיות הקליניות צפוי להגדיל את השיעור הנשים המאובחנות בשלבים מוקדמים בכ-78.45%⁷⁸ ועל כן הצפי בשנים הקרובות יהיה הגדלת הנשים המאובחנות בשיעורים דומים.

(3) מדד למידת היישום של ההנחיות הקליניות - מחקרים מראים כי מנגנון מנהגי דעה

מקומיים עתיד להגדיל את שיעור יישום ההנחיות בכ-79.46%⁷⁹ ועל כן הצפי שבשנים הקרובות יעלה שיעור היישום באחוזים דומים.

(4) שיעור הענות הנשים לקמפיין - מידת ההיענות של הנשים לקמפיין באה לידי ביטוי

בהגדלת שיעור הנשים שניגשות לבדיקת שד קלינית ביוזמתן וכן הגדלת הידע של הנשים לגורמי סיכון לחלות בסרטן שד, ניתן לאמוד מגמות אלה על ידי סקר שיעשה בקרב הנשים לאחר שנה מצאת הקמפיין.

⁷⁷ Slade, E., Tamber, P. S., & Vincent, J. L. (2003). The Surviving Sepsis Campaign: raising awareness to reduce mortality. Critical Care, 7(1), 1.

⁷⁸ Barton, Mary B., Russell Harris, and Suzanne W. Fletcher. "Does This Patient Have Breast Cancer?: The Screening Clinical Breast Examination: Should It Be Done? How?." *Jama* 282.13 (1999): p.1270

⁷⁹ Borbas, C., Morris, N., McLaughlin, B., Asinger, R., & Gobel, F. (2000). The role of clinical opinion leaders in guideline implementation and quality improvementpp 26

(5) מדד לבחינת רמת הידע והמודעות אצל רופאים. – המדד יבחן את מידת הידע בתחום

הקליני של בדיקת סרטן שד וכן באיתור גורמי סיכון ובמקביל יאמוד את רמת המודעות

של הרופאים לסוגיה.

נספח מספר 1 – השוואה בין לאומית: תוכנית סקירה, על פי גיל, שעורי הישרדות:⁸⁰

Table 1

Programme type, year of commencement, target age group and participation rate for existing mammography-based screening programmes by country.^a

Country	Programme type ^b	Year of commencement	Target age group	Screening frequency	Participation rate	Year
Australia	NS	1991	50–69	2 years	54.9%	2008
Belgium	NS	2001	50–69	2 years	59.0%	2005
Canada ^c	NS	1988	50–69	2 years	36.5%	2004
Chile	N	2005	50–70	2 years	31.8%	2008
Czech Republic	N	2002	45–69	2 years	48.5%	2009
Denmark	S	1991	50–69	2 years	73.7%	2008
Estonia	N	2002	50–65	2 years	52.0%	2009
Finland	N	1986	50–69	2 years	84.4%	2007
France	N	2003	50–74	2 years	54.5%	2008
Germany	NS	2005	50–69	2 years	54.0%	2007
Hungary	N	2002	45–64	2 years	49.1%	2009
Iceland	N	1987	40–69	2 years	61.0%	2009
Ireland	N	2000	50–64	2 years	73.1%	2009
Israel	N	1997	50–74	2 years	69.5%	2009
Italy	NS	2002	50–69	2 years	60.0%	2009
Japan	N	2000	40–75+	2 years	17.7%	2005
Korea	N	2002	40–75+	2 years	51.4%	2008
Luxembourg	N	1992	50–69	2 years	61.0%	2009
Netherlands	N	1989	50–74	2 years	82.1%	2009
New Zealand	N	1998	45–69	2 years	66.9%	2009
Norway	N	1996	50–69	2 years	74.1%	2009
Portugal	S	1990	45–69	2 years	63.0%	2005
Slovak Republic	O	NA	40–69	2 years	16.0%	2009
Slovenia ^c	N	2008	50–69	2 years	47.2%	2009
Spain ^c	S	1990	45–69	2 years	71.8%	2009
Switzerland	S	1999	50–69	2 years	43.6%	2005
Turkey	NS	1999	50–69	2 years	12.4%	2009
United Kingdom	N	1988	50–70	3 years	75.0%	2009
United States ^c	O	1995	40–75+	1–2 years	81.1%	2008
Uruguay	O	1990	40–69	1 year	75.0%	2005

^a Data taken from Refs. [13–15].

^b Programme types: NS=national screening policy with state/provincial/regional screening programme implementation; N=national screening policy with national programme implementation; S=state/provincial/regional screening and programme implementation; O=other.

^c Participation rates obtained from survey data.

⁸⁰ הנתונים לקוחים מתוך המאמר: Youlten, D. R., Cramb, S. M., Dunn, N. A., Muller, J. M., Pyke, C. M., & Baade, P. D. (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer epidemiology*, 36(3), 237–248.

Table 4

Estimates of 5-year relative survival for female breast cancer in selected countries.^a

Country	Years	Method	Ages	5-year relative survival (%) (95% confidence interval ^b)
United States of America	2005–2007	Period	All ages	89.2 (89.0–89.5)
Australia	2000–2006	Cohort	All ages	88.3 (88.0–88.6)
Canada ^c	2004–2006	Period	15–99	88 (87–88)
Sweden	2000–2002	Period	15–99	86.8 (85.8–87.8)
Japan	1997–1999	Cohort	0–99	85.5 (84.7–86.3)
Finland	2000–2002	Period	15–99	85.2 (83.8–86.6)
Switzerland	2000–2002	Period	15–99	84.5 (82.5–86.5)
Norway	2000–2002	Period	15–99	84.1 (82.7–85.5)
Cuba	1990–1994	Cohort	15–99	84.0 (82.9–85.2)
Italy	2000–2002	Period	15–99	83.7 (83.1–84.3)
Netherlands	2000–2002	Period	15–99	83.3 (82.1–84.5)
New Zealand	1994–2007	Cohort	15–99	82.8 (82.3–83.4)
Spain	2000–2002	Period	15–99	82.8 (79.9–85.7)
Austria	2000–2002	Period	15–99	82.3 (81.1–83.5)
China ^c	1991–2001	Period	0–74	82 n.a.
Belgium	2000–2002	Period	15–99	79.7 (78.5–80.9)
Northern Ireland	2000–2002	Period	15–99	79.5 (77.0–82.0)
Republic of Korea ^c	1993–2001	Period	0–74	79 n.a.
Germany	2000–2002	Period	15–99	78.7 (75.8–81.6)
Wales	2000–2002	Period	15–99	78.4 (76.8–80.0)
England	2000–2002	Period	15–99	77.8 (77.4–78.2)
Scotland	2000–2002	Period	15–99	77.3 (75.9–78.7)
Turkey ^c	1995–1997	Period	0–74	77 n.a.
Ireland	2000–2002	Period	15–99	76.2 (74.2–78.2)
Poland	2000–2002	Period	15–99	76.0 (73.5–78.5)
Singapore ^c	1993–1997	Period	0–74	76 n.a.
Slovenia	2000–2002	Period	15–99	75.3 (72.6–78.0)
Costa Rica ^c	1995–2000	Period	0–74	70 n.a.
Czech Republic	2000–2002	Period	15–99	67.4 (62.9–71.9)
Saudi Arabia ^c	1994–1996	Period	0–74	64 n.a.
Thailand ^c	1990–2000	Period	0–74	63 n.a.
Brazil	1990–1994	Cohort	15–99	58.4 (52.7–64.6)
India ^c	1990–2000	Period	0–74	52 n.a.
Philippines ^c	1994–1997	Period	0–74	47 n.a.
Uganda ^c	1993–1997	Period	0–74	46 n.a.
Algeria	1992–1994	Cohort	15–99	38.8 (31.4–46.2)
The Gambia ^c	1993–1997	Period	0–74	12 n.a.

^a Data taken from Refs. [47,68,70,74–78].

^b Confidence intervals are not intended for comparative purposes, but rather to indicate the precision of the estimate.

^c Country estimates were only provided to integer precision.

n.a.=95% confidence interval not available.

⁸¹ הנתונים לקוחים מתוך המאמר: Youlden, D. R., Cramb, S. M., Dunn, N. A., Muller, J. M., Pyke, C. M., & Baade, P. D. (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer epidemiology*, 36(3), 237–248.

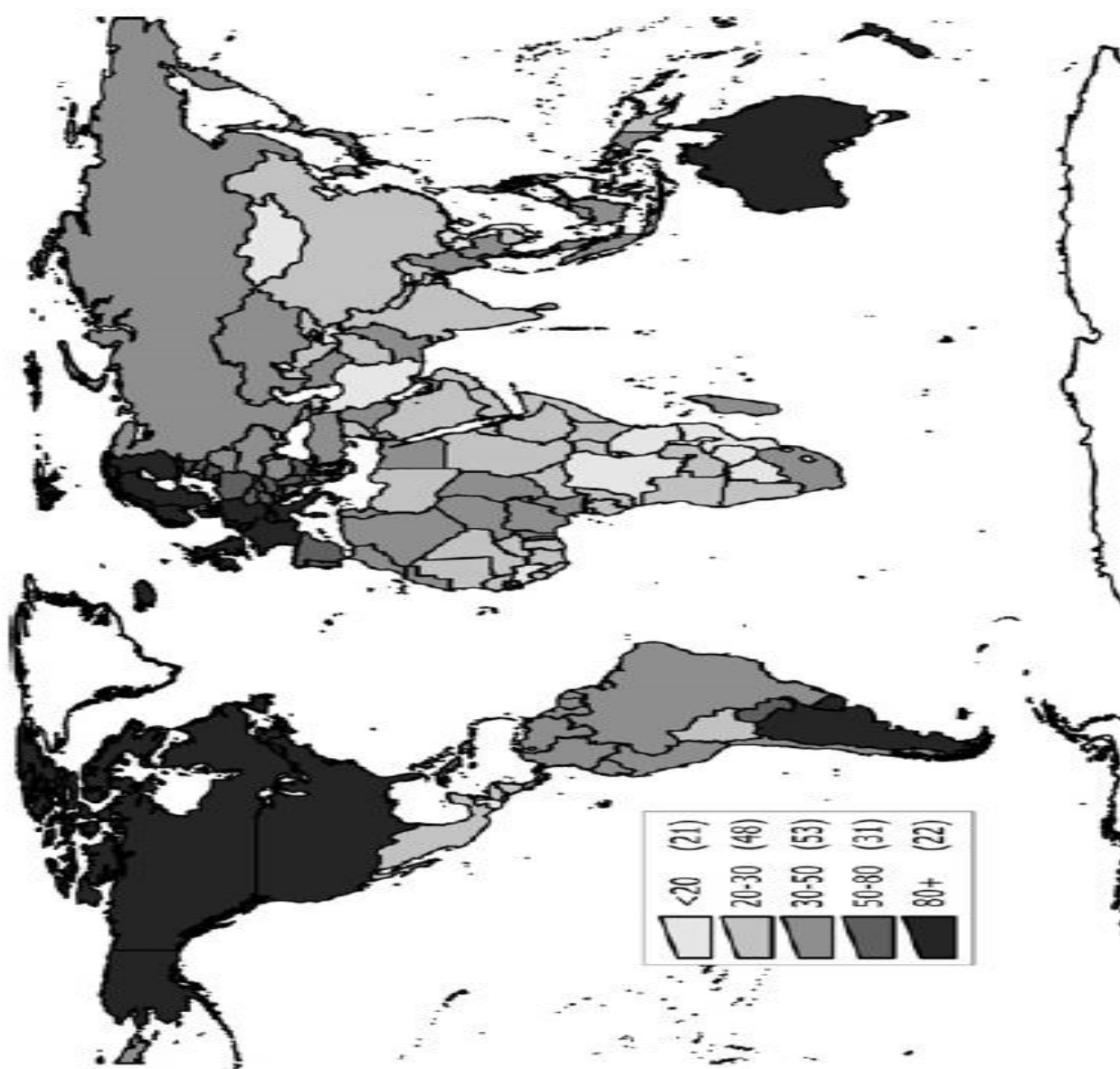


Fig. 1. Estimated age-standardised incidence rates of female breast cancer by country, 2008. Data taken from GLOBOCAN [31]. Rates were age-standardised to the WHO World Standard population and expressed per 100,000 female population [32]. The numbers in brackets within the legend show how many countries are included in each incidence range.

⁸² הנתונים לקוחים מתוך המאמר: Youlden, D. R., Cramb, S. M., Dunn, N. A., Muller, J. M., Pyke, C. M., & Baade, P. D. (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer epidemiology*, 36(3), 237-248.

נספח מספר 2: חישוב עלויות לאישה חולת סרטן שד

הנחות יסוד:

- מתוך דו"ח משרד הבריאות האחרון בנושא אובחנו כ-797 נשים צעירות בסרטן שד בין השנים 1998-2001, מכאן שממוצע לשנה חלו כ-265 נשים. שכ 55% מתוכם אובחנו בשלב מאוחר (2,3,4) - כ-146 נשים בשנה.⁸³
- מתוך נתוני התמ"ת אישה עד גיל 40 היא בעלת ותק ממוצע של כ-6 שנות וותק במקום עבודתה.⁸⁴
- העלויות מחושבת עבור פרק זמן של שנה אחת.

עלויות ישירות	ביטוח לאומי	קצבת ירידה בתפקוד	שיעור הקצבה הממוצע לשנה נע בין 16,860 ₪ - 28,104 ₪ בהתאם לאחוז הנכות. ⁸⁵
		הבטחת הכנסה	24,828 ₪ ⁸⁶
סה"כ עלות ישירה עבור כלל הנשים (146)			6,907,260 ₪
עלויות עקיפות	ביטוח לאומי	פטור מתשלום ביטוח לאומי	11,313 ₪ ⁸⁷
	מס הכנסה	פטור מתשלומי מס הכנסה	10,080 ₪ ⁸⁸
	ערייה	פטור של כ-80% מתשלום ארנונה	680 ₪ ⁸⁹
סה"כ עלויות עקיפות עבור כלל הנשים:			3,222,658 ₪
סה"כ עלות למדינה			10,129,918 ₪

- בהנחה שמשכורת ממוצעת של אישה היא 6285⁹⁰

⁸³ ברחנא מיכא, בחנא מיכא (2003), סרטן השד בקרב צעירות בישראל, דו"ח מטעם רישום הסרטן הלאומי, משרד הבריאות.

⁸⁴ משרד האוצר, מחקר הבוחן את מספר שנות הוותק הממוצע <http://ozar.mof.gov.il/museum/hebrew/131-02.pdf>

⁸⁵ אתר המשרד לביטוח לאומי: <https://www.btl.gov.il/benefits/Disability/Pages/default.aspx>

⁸⁶ אתר המשרד לביטוח לאומי: <http://www.acri.org.il/he/wp-content/uploads/2013/10/EinDvarKazeSumm.pdf>

⁸⁷ אתר המשרד לביטוח לאומי: <https://www.btl.gov.il/benefits/Disability/Pages/default.aspx>

⁸⁸ אתר מס הכנסה: <http://taxes.gov.il/INCOMETAX/Pages/LobbyLayoutIncomeTax.aspx>

⁸⁹ דו"ח ממי"מ תשלומי ארנונה בישראל: <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02613.pdf>

⁹⁰ משרד התמ"ת משכורת ממוצעת של עובדת בשוק העבודה נכון לשנת 2011:

<http://www.moital.gov.il/NR/rdonlyres/50BE9306-3AEC-4836-BBB9-47E40A1DA976/0/10748.pdf>

עלויות למעסיק:

<u>עלויות ישירות:</u>	<u>פיצויי בפיטורין לאישה</u> <u>בממוצע</u>	37,710 ₪.
	<u>פיצויי פיטורין לבן זוגה</u> <u>בממוצע</u>	58,014 ₪.
	<u>דמי מחלה</u>	מכסת ימי המחלה היא כ 90 ימים. ⁹¹ מתוך הנחה כי השכר הממוצע במשק לאישה הינו 6,285 ₪ עולה כי היא זכאית לתשלום כולל של כ-20,673.9 ₪ עבור מיצוי זכויותיה בתחום זה. כמו כן רשאי בן הזוג או קרוב משפחה מדרגה ראשונה לעד 60 ימי מחלה, בהנחה שמשכורת ממוצעת של גבר הינה 9,669 ₪, העלות הכוללת של ימי המחלה לבן הזוג מסתכמת בכ-21,010 ₪ עלות כוללת מרבית של מיצוי ימי המחלה היא 41,684.15 ₪. ⁹²
<u>סה"כ עלות ישירה כוללת עבור כל הנשים (146):</u>		20,061,589.9 ₪ ש"ח
<u>עלויות עקיפות</u>	<u>עלות הכשרה וגיוס של עובד חדש בממוצע</u>	11,963 ₪ ⁹³
<u>סה"כ עלויות עקיפות עבור כלל הנשים אובחנו מאוחר (146):</u>		1,746,598 ₪
<u>סה"כ עלות למעסיק</u>		21,808,187 ₪

עלויות לאישה ובן זוגה:

<u>עלויות ישירות</u>	סיעוד, תרופות, טיפולים	192,000 ₪ ⁹⁴
<u>עלות עקיפה</u>	אובדן יכולת השתכרות	75,420 ₪
<u>סה"כ עבור כלל הנשים אובחנו מאוחר (146).</u>		39,043,320 ₪ ש"ח

נספח מספר 3: חלופות פירוט עלויות:

1. חלופה המומחים:

⁹¹ זכויות נשים חולות סרטן אתר אחת מתשע <http://www.onein9.org.il/newsarticle/67177,7455,25791.aspx>
⁹² אתר משרד הת"מ: <http://www.moital.gov.il/NR/rdonlyres/50BE9306-3AEC-4836-BBB9-47E40A1DA976/0/10748.pdf>

⁹³ מתוך מידעון תשתיתי למגזר השלישי, מחקר שנעשה בארה"ב אודות עלות גיוס והכשרה של עובד חדש: <http://npotech.org.il/newsletter/2012/06/219>
⁹⁴ מתוך דבריה של קירה דורון בשיבה הכנסת לסרטן שד אין גיל 6.5.13.

תשתית	עלות ממוצעת	פירוט:
ימי עיון וכנסים (3 בשנה)	40,000	בהנחה כי עלות ממוצעת של כנס הוא 13,500 ש"ח
כתיבת מאמרים (20) בכתבי עת רפואיים	64,440 ש"ח	שכר ממוצע של רופא בכיר הוא 60,000 ₪ ושעות עבודה חודשיות 186 ש"ח השעה הוא 322 כפול 10 שעות עבור כתיבת מאמר, מכאן שהעלות מאמר אחד היא 3220 בשנה 20 מאמרים, מכאן שהעלות הינה 64400 שקלים בשנה.
סה"כ עלות תשתית	104,440 ש"ח	
עלות המענק	1,000,000 ש"ח	
עלות החלופה:	2,104,440 ש"ח	

2. חלופת האיגודים:

תשתית	עלות ממוצעת	פירוט:
ימי עיון וכנסים (3 בשנה)	40,000	עלות ממוצעת של כנס הוא 13,500 ש"ח
הוצאה לאור של נייר עמדה בתפוצה רחבה (600 עותקים)	895,200	עלויות הבאה לדפוס מתוך אתר ההסתדרות החדשה ⁹⁵
כתיבת מאמרים (20) בכתבי עת של האיגוד	18,000	עלות אלטרנטיבית של שעת עבודה של רופא מומחה בכיר מוערכת ב־60 ₪ מתוך סקר השכר הגדול של מגזין leader, בהנחה שיכתבו כ־20 מאמרים שכתובת מאמר לוקחת בממוצע 15 שעות מכאן שעלות האלטרנטיבית היא 1200 ₪ בהנחה שהתשתית להוצאת כתב עת כבר קיימת. ⁹⁶
לומדה	1,045,419	מתוך אתר edoctoring עולה כי עלות קורס בהיקף 12 שעות בעלות של 327.275 ₪. מתוך דו"ח משרד הلم"ס עולה כי נכון ל־2008 יש בישראל כ־1026 רופאים מומחים בגניקולוגיה ומכאן העלות היא 327*1026.
מענק פיתוח	100,000	
עלות החלופה:	2,045,419	

⁹⁵ אתר ההסתדרות החדש עלויות הוצאה לדפוס : http://www.histadrut.org.il/index.php?page_id=906
⁹⁶ כתבה באתר גלובס אודות שכר הרופאים : <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000686305>

3. חלופת מרכז סרטון השד בצעירות:

תשתית	עלות ממוצעת	פירוט:
ימי עיון וכנסים (3 בשנה)	40,000	בהנחה כי עלות ממוצעת של כנס הוא 13,500 ש"ח
כתיבת מאמרים (20) בכתבי עת רפואיים	18,000 ש"ח	עלות אלטרנטיבית של שעת עבודה של רופא מומחה בכיר מוערכת ב60 ש' מתוך סקר השכר הגדול של מגזין leader, בהנחה שיכתבו כ 20 מאמרים שכתובת מאמר לוקחת בממוצע 15 שעות מכאן שעלות האלטרנטיבית היא 1200 ש' בהנחה שהתשתית להוצאת כתב עת כבר קיימת. ⁹⁷
מענק	1,000,000	
עלות החלופה:	1,058,000 ש"ח	

⁹⁷ כתבה באתר גלובס אודות שכר הרופאים : <http://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1000686305>

נספח מספר 4: הבחנה בין מניעה ראשונית לבין מניעה שניונית

מניעה ראשונית	מניעה שניונית
מניעה של הופעת הסימפטומים למחלה, קרי הפחתת הסיכון לחלות במחלה.	איתור ואבחון מוקדם של הסימפטומים למחלה.
המלצות למניעה ראשונית של סרטן שד : (1) בדיקת ממוגרפיה אחת לשנתיים מגיל 50. (2) בדיקת ממוגרפיה אחת לשנה לנשים מגיל 40. (3) בדיקת MRI לנשים הנמצאות בסיכון.	המלצות למניעה שניונית של סרטן שד בקרב נשים צעירות : (1) הגברת הפעילות הגופנית. (2) שינוי בתזונה (3) שיפור המאזן הקלורי והימנעות מהשמנה. (4) דפוסי סיכון הורמונאליים

נספח מספר 5: נספח מספר: מנהיגי דעה אפשריים בתחום סרטן שד:

שם	תפקיד והתמחות	עשייה בתחום המחקרי	עשייה בקהילת הרופאים
פרופ' בלה קאופמן	סגנית נשיא המערך האונקולוגי בבית החולים שיבא ומנהלת היחידה לסרטן שד	320 פרסומים בכתבי עת מהמובילים בעולם. מרכזת כנסים בינלאומיים בנושא סרטן שד. ⁹⁸	חברה באיגוד הישראלי לאונקולוגיה ורדיותרפיה קלינית, ISCOR- ומזכירת קבוצת השד הישראלית ⁹⁹ .
פרופ' תמר פרץ	מנהלת מכון האונקולוגי שרת בביה"ח הדסה עין כרם, ומנהלת המרכז למחלות שד ממאירות.	140 פרסומים בכתבי עת המובילים בעולם בשיתוף עם חוקרים בעלי שם עולמי. ¹⁰⁰	פרופ' מן המניין בבית הספר לרפואה של האוניברסיטה העברית בירושלים. ומכהנת כראש הקתדרה לאונקולוגיה. ¹⁰¹
פרופ' משה ענבר	מנהל מערך האונקולוגיה המרכז הרפואי ת"א. מתמחה באונקולוגיה בדגש על סרטן שד.	244 פרסומים בכתבי העת המובילים בעולם. ¹⁰²	פרופ' מן המניין בבית הספר לרפואה אוניברסיטת תל אביב. חבר במועצה הלאומית למניעה אבחון וטיפול של מחלות ממאירות. חבר במועצה להכרה וביקורת של המועצה המדעית. חבר באיגוד לאונקולוגיה קלינית ורדיותרפיה.
פרופ' גדי רנרט.	ראש התוכנית הלאומית לגילוי מוקדם של סרטן השד, יועץ האגודה למלחמה בסרטן, ראש המרכז הארצי לבקרת מחלת הסרטן כללית	מעל 150 פרסומים ומחקרים בכתבי עת מובילים. ¹⁰³	חבר המועצה הלאומית לאונקולוגיה במשרד הבריאות ועומד בראש התוכנית הלאומית לגילוי סרטן שד. ¹⁰⁴

⁹⁸ דף האינטרנט המקצועי של פרופ' בלה קאופמן : <http://www.sheba.co.il/Doctors/561/Bella.Kaufman>

⁹⁹ דף האינטרנט המקצועי של פרופ' בלה קאופמן : <http://www.sheba.co.il/Doctors/561/Bella.Kaufman>

¹⁰⁰ רשימת הפרסומים של פרופ' תמר פרץ : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Peretz%20Tamar>

¹⁰¹ כתבה שהתפרסמה על פרופ' תמר פרץ : <http://doctoronly.co.il/2014/06/79855>

¹⁰² פרסומיו של פרופ' ענבר : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=PureSearch&term=%22Inbar+M%22%5BAuthor%5D>

¹⁰³ פרסומיו של פרופ' גדי רנרט : <http://niccc.technion.ac.il/CV/gadi.asp>

¹⁰⁴ סרטן השד בישראל, האגודה למלחמה בסרטן.

2. גילוי מוקדם של סרטן השד

- 2.1 בדיקת ממוגרפיה אחת לשנתיים, בגיל 50-74 שנה, במסגרת תכנית סריקה יזומה בזימון אישי, מומלצת לנשים באוכלוסיה בעלת סיכון רגיל.
- 2.2 בדיקת ממוגרפיה אחת לשנה, מגיל 40 שנה, מומלצת לנשים להן קרובת משפחה מדרגת ראשונה שאובחנה כחולת סרטן השד, לנשים שיש להן מחלת שד שפירה עם אטיפיה בביופסיה או, לנשים הנמצאות בקבוצת סיכון גבוהה מסיבות אחרות ולפי שיקול דעת הרופא המטפל שלהן.
- 2.3 בדיקת סקירה באמצעות MRI – מיועדת לנשים הנמצאות בקבוצות סיכון ובהתאם להמלצות משרד הבריאות (חוזר מינהל רפואה 30/2009). בדיקת סקירה באמצעות ממוגרפיה תבוצע רק במכונים הנמצאים בפקוח התוכנית הלאומית לגילוי סרטן השד של משרד הבריאות.

הערות:

- א. בדיקת שד קלינית אינה מהווה בדיקת סקירה לגילוי סרטן השד אלא חלק מהבדיקה הגופנית הכללית.
- ב. בדיקת שד עצמית לא נמצאה יעילה כבדיקת סקירה לגילוי מוקדם של סרטן השד.

¹⁰⁵ הנחיות משרד הבריאות בנוגע לגילוי מוקדם ומניעה של מחלות ממאירות, 2013. מתוך אתר משרד הבריאות (19.5.2014): http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/04022013_2.aspx

נספח מספר 7

לקוחת הנייר:

שרת הבריאות יעל גרמן: שרת הבריאות יעל גרמן התחייבה באופן אישי בכלי התקשורת לקידום הנושא של אבחון סרטן שד בצעירות. ¹⁰⁶ ככלל, משרד הבריאות אמון על נושא בריאות הציבור וכן על מדיניות הרפואית בתחום בקרת מחלות ממאירות. המשרד אחראי על גיבוש מדיניות לאבחון מוקדם של מחלות ממאירות ועל רגולציה על תחום מנהל הבריאות. היחידות במשרד הבריאות שיהיו אמונות על יישום של המדיניות המוצעת בנייר זה הם מנהל הרפואה, ויחידת איכות הטיפול (ראה פירוט לגבי יחידות אלה בנספח השחקנים). ¹⁰⁷

שחקן מרכזי ביישום החלופה:

יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל, ד"ר ליאוניד אידלמן: יו"ר ההסתדרות, ד"ר ליאוניד אידלמן התחייב בעת בחירתו כי יקדם את איכות הרפואה בישראל ועל כן ניכר כי יזדהה עם מטרות הנייר. ההסתדרות הרפואית בישראל היא איגוד הרופאים הראשי אשר תחת חסותו נמצאים האיגודים הרפואיים. ההסתדרות אמונה על הכשרת רופאים ועל רמתם המקצועית. ההסתדרות יוזמת ועדות היגוי בשיתוף עם משרד הבריאות בכל הקשור לסוגיות במדיניות רפואית, וברמה המקצועית הרפואית, על כן ההסתדרות בעלת הכלים לקדם את החלופה שנבחרה מרמת האימוץ לרמת היישום בשיתוף עם משרד הבריאות שהוא בעל מטרות דומות. חשוב לציין כי ההסתדרות פעלה כבר בשיתוף משרד הבריאות והאיגודים המקצועיים בקידום סוגיות בריאות מרכזיות בין השאר, בהשמנת יתר. ^{108 109}

¹⁰⁶ יעל גרמן התחייבה לטפל בנושא באופן אישי בראיון לתוכנית עובדה שנערכה בנושא.

¹⁰⁷ אתר משרד הבריאות : <http://www.health.gov.il/Pages/HomePage.aspx>

¹⁰⁸ אתר ההסתדרות הרפואית בישראל :

<http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=2746>

¹⁰⁹ אתר ההסתדרות הרפואית, השמנת יתר : <http://www.ima.org.il/MainSite/StaticPage.aspx?Page=1043>

נספח מספר 8 :

הבדל בין תוכנית סקירה לאבחון: 110 111

תוכנית אבחון (Diagnosis Test)	תוכנית סקירה (Screening Test)	
לזהות ולשייך את הסימפטומים למחלה לאחר הופעתם.	לגלות סימפטומים למחלה לפני הופעתם.	המטרה:
אוכלוסיה אשר אובחנה באופן חיובי בבדיקה הסקירה או לאחר הופעת הסימפטומים למחלה.	אוכלוסיה רחבה בעלת סיכון לחלות במחלה אולם טרם הופעת הסימפטומים.	אוכלוסיית היעד:
דגש על ספציפיות (specificity) זיהוי ושיוך הסימפטום החשוד	דגש על רגישות גבוהה (Sensitivity) לזיהוי של סימפטומים בקרב אוכלוסיית היעד. אולם כתוצאה מכך קיימת סכנה לזיהוי של סימפטום באופן שגוי תופעה המכונה בעגה הרפואית False positive. ¹¹²	רגישות/ספציפיות (Sensitivity or specificity)
אימות ממצא החשוד.	ממצא חשוד שלא אומת כסימפטום למחלה	תוצאה חיובית לבדיקה
ביופסיה	בדיקת שד קלינית (CBE), בדיקת ממוגרפיה (MM), אולטרסאונד, בדיקת תהודה מגנטית (MRI)	שיטות
עלות הבדיקה יחסית גבוהה.	עלות בדיקה היא יחסית נמוכה	עלות כספית

¹¹⁰ מתוך: <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2c-diagnosis-screening/screening-diagnostic-case-finding>

¹¹² מתוך: <http://www.medicalhealthtests.com/screening-tests-vs-diagnostic-tests-slideshow.html>

Afzelius, P., Zedeler, K., Sommer, H., Mouridsen, H. T., & Blichert-Toft, M. (1994). Patient's and doctor's delay in primary breast cancer: Prognostic implications. *Acta Oncologica*, 33(4), 345-351.

Athman, D. E., Konrad, T. R., Freed, G. L., Freeman, V. A., & Koch, G. G. (1996). The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance: the case of pediatric vaccine recommendations. *Medical care*, 34(9), 873-889.

Bray, F., McCarron, P., & Parkin, D. M. (2004). The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *childhood*, 4(5).

Borrell-Carrió, F., & Epstein, R. M. (2004). Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *The Annals of Family Medicine*, 2(4), 310-316

Borbas, C., Morris, N., McLaughlin, B., Asinger, R., & Gobel, F. (2000). The role of clinical opinion leaders in guideline implementation and quality improvement. *Chest Journal*, 118(2_suppl), 24S-32S.

Barton, Mary B., Russell Harris, and Suzanne W. Fletcher(1999). "Does This Patient Have Breast Cancer?: The Screening Clinical Breast Examination: Should It Be Done? How?." *Jama* 282.13

Cohen, M. (2006). Breast cancer early detection, health beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without family history of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15

Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A. C., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *Jama*, 282(15), 1458-1465

Howlett, M. (2009). Governance modes, policy regimes and operational plans: A multi-level nested model of policy instrument choice and policy design. *Policy Sciences*, 42(1), 73-89

Lesnick, G. J. (1977). Detection of breast cancer in young women. *JAMA*, 237(10), 967-969

Partridge, A. H., Pagani, O., Abulkhair, O., Aebi, S., Amant, F., Azim Jr, H. A., ... & Cardoso, F. (2014). First international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY1). *The Breast*, 23(3), p.212
<http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2014.03.011>.

Ramirez, A. J., Westcombe, A. M., Burgess, C. C., Sutton, S., Littlejohns, P., & Richards, M. A. (1999). Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *The Lancet*, 353(9159), 1127-1131

Robertson, R., & Jochelson, K. (2006). Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature. *NICE Guidelines: Kings Fund Literature Review*.

Statement on the Breast Cancer Education and Awareness Requires Learning Young (EARLY) Act of 2009:file:///C:/Users/%D7%98%D7%9C/Downloads/LBBC EARLYLetterOfSupport%20(1).pdf

Smith, E. C., Ziogas, A., & Anton-Culver, H. (2013). Delay in surgical treatment and survival after breast cancer diagnosis in young women by race/ethnicity. *JAMA surgery*, 148(6), 516

Singh, H., Sethi, S., Raber, M., & Petersen, L. A. (2007). Errors in cancer diagnosis: current understanding and future directions. *Journal of Clinical Oncology*, 25(31), 5009-5018

Slade, E., Tamber, P. S., & Vincent, J. L. (2003). The Surviving Sepsis Campaign: raising awareness to reduce mortality. *Critical Care*, 7(1),

Shapiro S¹, Coleman EA, Broeders M, Codd M, de Koning H, Fracheboud J, Moss S, Paci E, Stachenko S, Ballard-Barbash R(1998) Breast cancer screening programmes in 22 countries: current policies, administration and guidelines. International Breast Cancer Screening Network (IBSN) and the European Network of Pilot Projects for Breast Cancer Screening. *Int J Epidemiol*. Oct;27(5)

Saslow, D., Hannan, J., Osuch, J., Alciati, M. H., Baines, C., Barton, M., ... & Coates, R. (2004). Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting. *CA: a cancer journal for clinicians*, 54(6), 327-344

Robertson, R., & Jochelson, K. (2006). Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature. *NICE Guidelines: Kings Fund Literature Review*

Youlden, D. R., Cramb, S. M., Dunn, N. A., Muller, J. M., Pyke, C. M., & Baade, P. D. (2012). The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer epidemiology*, 36(3), 237-248.

אלאחיני אשר (2001). השימוש במדדי איכות רפואיים ככלי לשיפור הביצועים במרפאות הקהילתיות. מתוך פורום איכות אסטרטגיות לקידום איכות הטיפול בישראל.

בנטור נטע, גרוס רויטל, ברג איילת (1998) בדיקות גילוי מוקדם של סרטן השד בקרב נשים בישראל- מאפייני הנבדקות, ירושלים: מכון ברוקדייל.

בחנא מיכא (2003), סרטן השד בקרב צעירות בישראל, דו"ח מטעם רישום הסרטן הלאומי, משרד הבריאות.

וקסלר רויטל (1994), סרטן השד בקרב נשים צעירות. עבודה לשם קבלת תואר דוקטור ברפואה, האוניברסיטה העברית בירושלים

נרט גד (2002), "הגילוי המוקדם והטיפול המונע – מבוא כללי", בתוך: אסופה סרטן השד בישראל ירושלים: האגודה למלחמה בסרטן.

פורת אבי (2005), איכות במערכת הבריאות בעידן הגלובליזציה, הפורום איכות: אסטרטגיות לקידום האיכות ברפואה בישראל, ירושלים: מכון ברוקדייל.

פוינד ענת, פייסל עאזיזה, מירי כהן. (2014). גורמים המאפשרים ומעכבים בדיקות למניעה של סרטן השד בקרב נשים, תל השומר: המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות.
<http://www.israelhpr.org.il/advertising/951.htm>

ריין סמדר, פולג, רוני, (2013). ידע ועמדות בקרב נשים: גישות מניעתיות בסרטן השד. Israel Journal of Family Practice. גיליון 178.

נרט גדי (2002) גילוי מוקדם של סרטן השד בארץ ובעולם, במה: ביטאון לעובדי בריאות בנושא מחלת הסרטן והשלכותיה, 13: 13-19

שונברון מיכל (1996), גילוי מוקדם של סרטן השד בישראל, בתוך אסופה סרטן השד בישראל, האגודה למלחמה בסרטן

אתרי אינטרנט:

אתר האגודה למלחמה בסרטן 25.5.2014 :
<http://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=5964>

אתר ארגון הבריאות העולמי (25.5.2014) :
<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>

אתר ארגון הסרטן האמריקאי (25.5.2014) :
<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-detection>

אתר האגודה למלחמה בסרטן (25.5.2014) :
<http://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=6403>

אתר ההסתדרות הרפואית (26.5.2014) :
<http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=7532>

אתר edoctoring (30.5.2014) :
http://edoc.ucdavis.edu/Public_site/cme.htm

אתר המרכז לסרטן שד בצעירות בית החולים שיבא (1.6.2014) :
<http://www.cancer.sheba.co.il/414>

משרד התמ"ת משכורת ממוצעת של עובדת בשוק העבודה נכון לשנת 2011 (1.5.2014)
<http://www.moital.gov.il/NR/rdonlyres/50BE9306-3AEC-4836-BBB9-47E40A1DA976/0/10748.pdf>

כתבה בזכויות של נשים החולות בסרטן השד, אתר אחת מתשע (1.5.2014) :
<http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4436993,00.html>

משרד התמ"ת מספר שנות הוותק הממוצע לאישה (1.5.2014) :
<http://ozar.mof.gov.il/museum/hebrew/131-02.pdf>

אתר ביטוח לאומי, שיעור קצבת נכות בביטוח לאומי (1.5.2014) :
<https://www.btl.gov.il/benefits/Disability/Pages/default.aspx>
אתר ביטוח לאומי, קצבת הבטחת הכנסה ממוצעת במשק (1.5.2014) :

<http://www.acri.org.il/he/wp-content/uploads/2013/10/EinDvarKazeSumm.pdf>

דו"חות ופרוטוקולים:

דו"ח משרד הבריאות (1995) סרטן, פרק 5, אתר משרד הבריאות.

דו"ח התוכנית הלאומית למדדים ברפואת הקהילה בין השנים 2008-2010, משרד הבריאות:
<http://www.health.gov.il/Publicationsfiles/qindicatorsReport2008-2010.pdf>

דו"ח "מאפיינים תעסוקתיים של רופאים בישראל, 2012 משרד הבריאות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: http://www.israel-braingain.org.il/Uploads/Attachments/6675/%D7%9C%D7%9E%D7%A1%D7%95%D7%9E%D7%A9%D7%A8%D7%93%D7%94%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA%D7%A1%D7%A7%D7%A8%D7%A8%D7%95%D7%A4%D7%90%D7%99%D7%9D_2012.pdf

הנחיות משרד הבריאות בנוגע לגילוי מוקדם ומניעה של מחלות ממאירות, 2013. מתוך אתר משרד הבריאות (19.5.2014):
http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/04022013_2.aspx

דיווח מתמחים ברפואת משפחה על הכשרתם ועמדותיהם כלפי רפואה מונעת וצמצום גורמי סיכון למחלות סרטן ולב (2005) מתוך Israeli Journal of Family Practice, גיליון 124:
<http://www.medicalmedia.co.il/publications/ArticleDetails.aspx?artid=161&sheetid=20>

פרוטוקול ישיבת הכנסת "לסרטן אין גיל" מתאריך 6.5.2013

שיחות:

פרופ' תמר פרץ, יו"ר המחלקה האונקולוגית בהדסה עין כרם. 7.4.2014

ד"ר רותי לאופר, יו"ר תחום סרטן השד בקופת חולים מכבי. 24.4.2014

ד"ר ליטל קינן, מרכז רישום הסרטן, המחלקה לבקרת מחלות, משרד הבריאות. 20.5.2014

ד"ר ברברה סילברמן יו"ר מרכז לרישום הסרטן, המחלקה לבקרת מחלות, משרד הבריאות. 20.5.2014

ד"ר ברק גורדון, מנהל רפואי, משרד הבריאות, 2.7.2014.

מיפוי שחקנים:

<u>השחקן:</u>	<u>יחידות:</u>	<u>תפקיד היחידה</u>	<u>שלב היישום ועמדה</u> (לפני האימוץ/ לאחר האימוץ; תומך/מתנגד)	<u>ערכים</u>	<u>אינטרסים</u>	<u>משאבים</u>	<u>שיח</u>	<u>אסטרטגיה</u>
<u>משרד הבריאות</u>	היחידה איכות הטיפול¹	שמירה על איכות הטיפול במערכת הרפואית בישראל. התייעלות ושמירה על סטנדרטים גבוהים בבטיחות הטיפול, תוך קביעת מדדי איכות ברמה הלאומית.	לפני האימוץ, תומך במדיניות.	איכות, יעילות, למידה, איסוף מידע, קביעת מדדי איכות.	מניעה של כשלים רפואיים, שיפור איכות הטיפול, הקמה של מערכת מדדים לאומית, ניצול אופטימאלי של משאבים והתייעלות.	כרגולטור מרכזי לנושא האיכות יש בידו סמכות וקשרים ישירים עם בתי החולים וקופות החולים. כמו כן יש בידו ידע מקצועי בנושא הנחיות קליניות, ומוניטין גבוה בתחום האיכות.	שיח בירוקראטי רציונאלי המבוסס על התייעלות תוך ניצול משאבים ומדדים.	כלל היחידה תומכת במדיניות; המטרה של היחידה היא למנוע כשלים ברפואה, דגש על אי יישום של הנחיות קליניות והעלות הגבוהה של הרשלנות הרפואית בנושא אבחון מאוחר של סרטן שד בצעירות ירתום את היחידה לטובת היישום.
	המרכז הלאומי לרישום מחלות - יחידה לרישום הסרטן²	בקרת התחלואה באוכלוסיה, איסוף ורישום נתוני תחלואה, חינוך של הצוות הרפואי בנושא תחלואה ומניעה.	לפני האימוץ, תומך	מניעת תחלואה, קידום בריאות הציבור, איסוף נתונים, מרכז מידע, שקיפות ושיתוף הציבור בנתונים	קידום ידע בנושא מניעה ואבחון של מחלות בקרב הצוות הרפואי, מאגר נתונים מרכזי בנושא תחלואה למקבלי ההחלטות.	ידע ונתונים. קשרים עם בתי הספר לרפואה בתי החולים וקופות החולים, מרכזי מחקר רפואיים בארץ ובעולם.	סטטיסטי, מחקרי.	לרתום את המרכז לטובת הצגה של נתונים סטטיסטיים עדכניים לגבי הנשים הצעירות שמאובחנות באיחור בסרטן שד. הצגת הנתונים ממקור בעל מומחיות בנושא תסייע בהצגת הבעיה מול מקבלי ההחלטות וכן מול התקשורת.
	מנהל הרפואה	אחראיות על תחום הרגולציה הרפואית של מערכת הבריאות באמצעות חוזרי מינהל הרפואה.	לפני האימוץ, נוטה לתמוך	איכות, בטיחות, עבודה על פי נהלים קליניים.	לשפר את איכות הרפואה והעבודה על פי נהלים קליניים.	סמכות להפצה של חוזרי מינהל הרפואה, סמכות כרגולטור, קשרים עם מערכות הבריאות המגוונות בארץ.	עלות תועלת.	יש לגייס את השיח של עלות תועלת ולהציג נתונים, בעיקר בנושא של כיצד הגברת המודעות להנחיות קליניות, והפחתת העיכוב באבחון הם בעלי השפעה ישירה על שיעורי התמותה והוזלה בעלויות.

¹ מתוך אתר משרד הבריאות היחידה לאבטחת איכות (27.6.14) : http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/HQD/Quality_formation/Pages/default.aspx

² מתוך אתר משרד הבריאות – המרכז לבקרת מחלות (27.6.14) : <http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/ICDC/ICR/Pages/default.aspx>

	המחלקה שירותי רפואה לחקר	המחלקה מובילה את התוכנית הלאומית למדדי איכות: בחינה של המדדים, ויצירה של מדדים חדשים לבקרת איכות.	אחרי האימוץ, נוטה לתמוך	התייעלות, איכות הטיפול, בקרה ורגולציה ושיח מחקרי אקדמי.	לקדם את פרויקט הטמעת מדדי איכות ברפואה.	ידע, סמכות לבקרה על איכות הטיפול, קשרים עם מומחים קליניים, ניסוח המלצות לקובעי מדיניות בתחום הבריאות.	שיח מחקרי רפואי.	גיוס המחלקה להטמעה של מדדי תוצאה ביישום של הנחיות קליניות בקופות החולים ובמרפאות לבריאות האישה בקהילה.
ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י)	המועצה המדעית-ועדת החינוך.³	אחראית על תחום ההכשרה המקצועית של הרופאים והמתמחים; אחראית על תחום איכות הרפואה.	אחרי האימוץ; תומך	איכות הרפואה; מצוינות בטיפול; מומחיות רופאים; אתיקה רפואית; שקיפות; יחסי רופא מטופל.	קידום תוכנית המשך בקהילה הרפואית (CME). שמירה על רמת ידע גבוהה וקידום איכות הטיפול ברפואת הקהילה.	בעל ידע ומומחיות בתחום הרפואה; קשרים עם בתי חולים ובתי הספר לרפואה; בעל הסמכות לאישור התמחויות ומומחים. אישור מוסדות להתמחות; ואישור מחקרים מדעיים. פועלת בקשר הדוק עם האיגודים המקצועיים.	אקדמי, פרופסיונאלי-רפואי.	החלופה מתבססת על תוכנית לימודי ההמשך לרופאים ושיפור איכות הטיפול בנשים צעירות ועל כן המועצה תתמוך במדיניות. בכדי לגייסה לטובת היישום יש להדגיש את התרומה של החלופה לחיזוק וקידום התשתית של לימודי ההמשך בקרב הרופאים ולשיפור איכות הטיפול של רופאי המשפחה והגניקולוגים. כמו כן יש לגייס את השחקן כאחראי לביצוע של הלומדה כחלק מתוכנית CME.
	האגף רפואית⁴ למדיניות	אחראי על הקמת פורומים יעודים, מאגרי מידע קליניים פרסום של ניירות עמדת איכות הטיפול ובטיחות הטיפול.	לפני ואחרי האימוץ; תומך	איכות, בטיחות, מקצועיות והתייעלות.	קידום בטיחות הטיפול ברפואה על ידי הפצה של ניירות עמדה ועדכון של הנחיות קליניות בקרב קהילת הרופאים	מאגר מידע של ידע קליני, מייצג את הקהילה הרפואית מול מקבלי החלטות ומוסדות שלטון, שיתוף פעולה עם איגודים מקצועיים, בתי חולים, קופות חולים. מוניטין	פרופסיונאלי-רפואי, נורמטיבי.	יתמוך בחלופה. האגף יסייע ביישום החלופה על ידי אספקת התשתית לאיגודים בהוצאה לאור של ניירות העמדה והפצתם. המוניטין של האגף יתרום להיענות מצד רופאי המשפחה והגניקולוגיים בשלב היישום. וכן גם ביצירת תמיכה מצד מוסדות השלטון ומקבלי החלטות.
	מחלקת המדעיים⁵ האיגודים	אחראי על מתן שירותים תמיכה ומידע מקצועי ומשפטי לאיגודי הרופאים המקצועיים. וניהול של ענייני כספים וגביה בקרב חברי האיגודים.	אחרי האימוץ, תומך	שקיפות ושירות, מקצועיות רפואית.	קידום והרחבה של פעילות האיגודים המקצועיים על ידי מתן תמיכה לוגיסטית כספית ומשפטית.	תקציב, תשתית לוגיסטית, כתב עת, וידע מקצועי ומשפטי, קשרים עם גופי ממשל.	כלכלי, משפטי ופרופסיונאלי.	יתמוך בהצעת המדיניות, יש להדגיש את ההוצאות הכספיות והמשפטיות של האיגודים והרופאים במקרה רשלנות רפואית של אבחון מאוחר על מנת לעודד את תמיכתו. יש לגייס את שירותיו הלוגיסטיים כתמיכה

³ מתוך אתר ההסתדרות הרפואית בישראל, המועצה המדעית (28.6.2014): <http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=3748>

⁴ מתוך אתר ההסתדרות הרפואי בישראל, האגף למדיניות רפואית (28.6.2014): <http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=362>

⁵ מתוך אתר ההסתדרות הרפואית, מחלקת האיגודים המדעיים (28.6.2014): <http://www.ima.org.il/MainSite/ViewCategory.aspx?CategoryId=366>

								בפעילויות האיגודים, בייחוד בהפצה של ניירות עמדה, לוגיטיקה של הכנסים, ופרסום מאמרים בכתבי העת של הר"י. ניתן לגיסו גם בקידום הנושא בתקשורת דרך מחלקת הדוברות.
איגודים מקצועיים	איגוד רופאי המשפחה (החוג לקידום בריאות האישה, והחברה) ⁶	מייצג את רופאי המשפחה בארץ, אחראי על הכשרת רופאי המשפחה והמתמחים, מפתח את תחום המחקר ברפואת המשפחה.	מתנגד, לאחר אימוץ.	איכות הטיפול, מחקר פיתוח מדעי, קשר עם המטופל. ⁷	הכשרת רופאי המשפחה, פיתוח מחקר וקידום רפואת האישה בקהילה ממסגרת רפואת המשפחה.	ידע, קשרים עם קהילת רופאי המשפחה, וקהילת המחקר בארץ ובחו"ל, מוניטין, תשתיות לכנסים וימי עיון, עיתון, אתר אינטרנט.	מחקרי אקדמי, מקצועי פרופסיונאלי, שירות, מומחיות.	האיגוד יתנגד להמלצה וקידום הבדיקה הקלינית היות ומדובר על הרחבת תחום סמכויותיו ופתח לתביעות משפטיות, אולם רפואת הנשים הינו נושא שהאיגוד מאוד רוצה לקדם בשנים האחרונות. ⁸ דגש על התרומה לבריאות האישה תסייע ברתימת האיגוד ליישום החלופה.
	איגוד הגניקולוגים והמיילדות.	מייצג את רופאי הנשים, אחרי על הכשרת רופאים וכמוקד של ידע מקצועי.	יתנגד, לאחר האימוץ.	איכות ובטיחות הטיפול, מקצועיות.	לקדם את תחום רפואת הנשים בקהילה לעדכן את קהילת הרופאים ולהיות אמון על רמתן המקצועית והכשרתם.	מוציא לאור הנחיות ניירות עמדה, בעל כתב עת, כינוסים וימי עיון. מאגד חברת בת: החברה לרפואת נשים בקהילה.	מחקרי אקדמי, מקצועי פרופסיונאלי, שירות, מומחיות.	בארץ רופאי הנשים לא עורכים בדיקה קלינית של השד, ועל כן ישנה סבירות שאיגוד הגניקולוגים יתנגד להכנסת הבדיקה הקלינית לשגרת עבודה והרחבת תחום האחריות. ⁹ על מנת לרתום את האיגוד יש להיעזר בהסתדרות הרפואית במתן תמיכה משפטית, ידע, ותשתיות לאיגוד על מנת לתמרץ אותו לפעול בתחום זה. כמו כן ניתן להשתמש בשיח של שיפור השירות ואיכות השירות על מנת לשכנע את האיגוד לאמץ את החלופה.

⁶ במסגרת פעילות איגוד רופאי המשפחה נפתח חוג חדש בשנת 2010 לקידום בריאות האישה בקהילה <http://www.medicalmedia.co.il/publications/ArticleDetails.aspx?artid=3111&sheetid=203>

⁷ סיכום הכנס השנתי ברפואת המשפחה, 2006 (28.6.2014): <http://www.medicalmedia.co.il/publications/ArticleDetails.aspx?artid=70&sheetid=9>

⁸ שם, שם.

⁹ מתוך דבריה של פרופ' בלה קאופמן בוועדת הכנסת: "לסרטן השד אין גיל: " דבר נוסף, וזה שוב למשרד הבריאות, בארצות-הברית בין הבודקים של שד האישה יש את רופאי הנשים, הגניקולוגים. בארץ לא, רופאי הנשים לא בודקים את השדיים. "

	איגוד הכירורגיים (החברה לכירורגיה אונקולוגית)	מייצג את הרופאים הכירורגיים, מתפקידיו לפתח ולקדם את תחום הכירורגיה הכללית ולהיות אמון על מקצועיות חבריו.	נוטה לתמוך. לאחר האימוץ.	איכות הטיפול מקצועיות, אתיקה.	לקדם את תחום הכירורגיה בארץ ובחו"ל, לשפר את רמת המקצועיות של הרופאים הכירורגיים, פיתוח בהיבט של כוח אדם.	עורכים כנסים, מקדמת מחקרים. קשרים עם מוסדות האקדמיים לרפואה ומוסדות המעסיקים רופאים. קשרים בינלאומיים.	אתי, פרופסיונאלי, מחקרי.	החברה לכירורגיה אונקולוגית כמומחית בתחום אבחון קליני של גידולי סרטן תשמש כמרכז ידע ותעבוד בממשק עם איגוד הגניקולוגים ורופאי המשפחה לקידום הנושא, לאיגוד נטייה לתמוך היות והרחבת הבדיקה הקלינית לרופאי המשפחה והגניקולוגים תפחית במידה רבה את העומס מהכירורגיים שמספרם מצומצם יחסית. ¹⁰
	איגוד האונקולוגיה והרדיותרפיה	מייצג את קהילת הרופאים האונקולוגים בארץ, פיתוח המחקר האונקולוגי בארץ בשיתוף, אמון על מקצועיות חבריו וכן נמצא בממשק עם איגודים נוספים כגון רופאי המשפחה והגניקולוגים על מנת לקדם את תחום האונקולוגיה. כמו כן משתף פעולה עם האגודה למלחמה בסרטן בנושא מניעה וטיפול בסרטן באוכלוסיה.	תומך, אחרי האימוץ.	מחקרי רפואי, קשר עם הציבור, שיתוף פעולה, שקיפות.	לקדם את תחום האונקולוגיה, ואת איכות הטיפול והמקצועיות של הרופאים האונקולוגים.	ידע מדעי רפואי, תשתיות, ידיעון, כנסים, מוניטין.	אתי, פרופסיונאלי, מדעי מחקרי.	לאיגוד האונקולוגים נטייה לתמוך בחלופות היות ואחת ממטרותיו הוא קידום הידע והמודעות לסוגיות האונקולוגיות והקליני בקרב הגניקולוגים ורופאי המשפחה. ¹¹
	מרכז סרטן השד לצעירות בבית החולים שיבא	השירות לסרטן השד בצעירות הוא חלק מהמרכז האונקולוגי של בית החולים שיבא. מדובר במרכז ראשון מסוגו בארץ אשר מטפל בצרכים הייחודיים של נשים צעירות המאובחנות בסרטן שד כמו כן המרכז עוסק בפיתוח מחקרי בנושא ומאגד בתוכו מומחים מדיסציפלינות שונות.	נוטה לתמוך, לפני האימוץ.	מחקרי, איכות הטיפול, יחסי רופא – חולה.	לתת מענה לצרכים הייחודיים של כ-200 נשים צעירות המאובחנות בסרטן שד בכל שנה. ולפתח את השדה המחקרי בתחום.	ידע ומומחיות בנושא, מוניטין גבוה בתחום של סרטן שד בצעירות, תשתית לכנסים, ולשיתוף פעולה אינטר דיסציפלינארי.	טיפול, רפואי.	

¹⁰ שיחה עם דר' ליטל קינן, היחידה לרישום הסרטן.

¹¹ שיחה עם פרופ' תמר פרץ. אתר האגודה למלחמה בסרטן המלצות האיגוד לאונקולוגיה למניעה ואבחון של סרטן : <http://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PagelId=6228>

<u>מנהלי קופות החולים</u>	מכבי, מאוחדת, לאומית וכללית.	אחראים על שירותי למבוטחייהם.	אספקת רפואה	נגד, אחרי האימוץ.	קופראטיבי, כלכלי, תועלת, רציונאלי, שירות.	אינטרסים כלכליים, לצד שביעות רצון של המטופלים ושמירה על איכות הטיפול.	משאבים כלכליים, תשתיות, סמכות על קהילת הרופאים.	כלכלי, תועלת.	קופות החולים צפויות להתנגד היות והחלופה מרחיבה את תחום האחריות של רופאי המשפחה והגניקולוגים כמו כן היא עלולה ליצור פניות של נשים מודאגות רבות ובכך ליצור עומס על המערכת. ניתן לרתום את קופות החולים על ידי שימוש בשיח כלכלי ולהמחיש את העלויות וההפסדים הרבים בעקבות גילוי מאוחר של סרטן השד בקרב נשים צעירות המאובחנות בשלב מאוחר של המחלה. וכן את העלויות של תביעות משפטיות עקב אי יישום של ההנחיות הקליניות שלך הרופאים בתחום.
<u>מנהלי מחלקות בריאות האישה והשד בבתי החולים</u>		אבחון וטיפול במחלות שד, קידום בריאות האישה בקהילה.		נוטה להתנגד, אחרי האימוץ.	קשר עם המטופלת, איכות הטיפול, יעילות.	קידום בריאות האישה בקהילה לצד התייעלות ארגונית.	ידע, משאבים ארגוניים.	קשר עם המטופלת, מניעה, קידום בריאות האישה.	בדומה לקופות החולים הם גם יטו להתנגד לחלופה היות והיא עלולה ליצור עומס רב על המחלקות. אולם על ידי שימוש בשיח של בריאות האישה ומניעה יהיה ניתן לרתום את מנהלי המחלקות לתמוך בחלופה. כמו כן יש להציג את העלות הגובה במקרה של טעות רפואית שאותה ניתן יהיה למנוע על ידי אימוץ החלופה.
<u>ארגוני מגזר שלישי</u>	אחת מתשע, האגודה למלחמה בסרטן, עתיד ורוד.	קידום הנושא של מניעה וטיפול במחלת הסרטן ככלל ומחלת סרטן השד בפרט, קידום מודעות למניעה ותמיכה בנשים החולות בסרטן השד.		תומך, לאחר האימוץ.	תמיכה בנשים, מניעת תחלואה, ארגון ללא מטרות רווח.	קידום המודעות לסרטן השד, הקטנת שיעור התמותה, קידום מניעה של סרטן .	קשרים עם מקבלי החלטות וגורמים פרופסיונאליים, תקציבים, תשתיות.	תמיכה סיוע ללא כוונת רווח, סולידאריות.	ניתן לגייס את אירגוני מגזר שלישי לצורך מימון והכנת הקמפיין לנשים צעירות. עמותת אחת מתשע כבר הקימה קמפיין ברשת יוטיוב לנשים צעירות מגיל שלושים להיבדק בבדיקה קלינית. . כמו כן ניתן להיעזר בארגוני מגזר שלישי להטמעת הסוגיה והחלופה בתקשורת, וכקבוצת אינטרס לגיוס תמיכה מצד מקבלי ההחלטות, ברמות

<u>משרד האוצר</u>	תקצוב של משרדי הממשלה השונים.	מתנגד, לפני האימוץ	כלכלי, עלות תועלת.	שמירה על התקציב המדינתי, למנוע גרעון תקציבי, קידום הכנסות לקופת המדינה.	תקציב	עלות תועלת, יעילות, רציונאלי.	גיוס התמיכה של משרד האוצר יהיה על ידי גיוס השיח הכלכלי תוך דגש על ההוצאות הגבוהות לקופת המדינה בעקבות האבחון המאוחר של נשים צעירות.	השונות.
<u>מומחים בתחום סרטן השד.</u>	(ראה נספח מומחים אפשריים)	מובילים בתחום המחקרי והרפואי בנושא סרטן השד. פעילים בבתי ספר לרפואה, קהילות מחקר, בבתי החולים ובאיגודים המקצועיים.	תומך, לפני האימוץ	מחקרי, אקדמי פרופסיונאלי.	קידום בתחום המחקר הרפואי, קידום מקצועי.	ידע, מוניטין, ערוצי השפעה מגוונים, קשרים עם קהילת הרופאים.	מדעי, מחקרי.	
<u>בתי ספר לרפואה</u>	אמונים על הכשרת סטודנטים לרפואה.	תומך, לפני האימוץ.	אקדמי	קידום הרפואי והתמחות הרופאים, קידום הרמה המקצועית של סטודנטים לרפואה.	ידע, תקציב, תשתיות.	אקדמי מחקרי.	הטמעה של ההנחיות הקליניות של בדיקת שד קלינית בתוכנית הלימודים של רופאי המשפחה ורופאים הגניקולוגים. ככלל הם יתמכו בחלופה היות והם אמונים על קידום הרמה המקצועית של הסטודנטים.	
<u>הנשים הצעירות</u>		תומך, אחרי האימוץ		לקבל מענה הולם ממערכת הבריאות לאבחון מוקדם שיקטין את שיעורי התמותה באוכלוסיה.			לרוב סרטן שד אינו מהווה סוגיה מהותית בשגרת חייהם של נשים צעירות, קמפיין תקשורתי אשר ישתמש בשיח של הנשים צעירות ובתחומי העניין שלהן יסייע להעלות את מידת ההיענות שלהן לחלופה.	

	קהילת הגניקולוגים הרופאים והמשפחה.	הרופאים ורופאי רופאים בבריאות והמשפחה.	המתמחים האישה	מתנגדים, אחרי האימוץ	מקצועי פרופסיונאלי, מחקרי, הומני- עזרה למטופל, הצלחת חיים	הקטנת עומס העבודה, קידום תנאי השכר ושגרת עבודתם, קידום מקצועי קידום איכות הטיפול.	ידע, מומחיות.	פרופסיונאלי	קמפיין כולל לנשים צעירות עלול ליצור עומס על הרופאים, כמו כן המלצה על בדיקת שד קלינית עלולה להרחיב את תחום אחריותם אישית והמשפטית במסגרת משאבים מוגבלים כגון זמן לכל מטופל. ניתן לגייס את השיח הפרופסיונאלי והאתי ולהדגיש את חשיבות החלופה בהצלת חיים של מטופלות רבות, ניתן לתת גיבוי משפטי על ידי תמיכה בהיבט זה מצד האיגודים המקצועיים.
--	---	--	------------------	-------------------------	---	---	---------------	-------------	---