

## Jaka miała być rola koordynatora leczenia onkologicznego, a jak jest w rzeczywistości?

Karolina Osowiecka<sup>1, 2, 3</sup>, Monika Rucińska<sup>4</sup>, Anna Andrzejczak<sup>3</sup>, Ewelina Żarłok<sup>3</sup>,  
Iwona Chrostek<sup>5</sup>, Sergiusz Nawrocki<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychologii i Socjologii Zdrowia oraz Zdrowia Publicznego, Szkoła Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

<sup>2</sup>Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup>Fundacja Onkologia 2025, Warszawa

<sup>4</sup>Katedra Onkologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

<sup>5</sup>Etyka. Ośrodek Badań Klinicznych, Olsztyn

**Wstęp.** W związku z wielodyscyplinarnością leczenia onkologicznego konieczna jest jego odpowiednia koordynacja. W odpowiedzi na tę potrzebę pojawiła się idea utworzenia w systemie opieki onkologicznej nowej profesji, tzw. koordynatora leczenia onkologicznego. Celem pracy była ocena rzeczywistej roli koordynatorów w szpitalach w Polsce.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankietowego wśród osób zatrudnionych na stanowisku koordynatora i osób, które pełnią rolę koordynatora w ramach dodatkowych obowiązków.

**Wyniki.** Badaniem objęto 95 koordynatorów z różnych ośrodków w Polsce, z czego połowa została zatrudniona celowo na stanowisku koordynatora. Mniej niż połowa (40%) odbyła szkolenia dotyczące ich pracy. Głównym zadaniem koordynatorów jest dbanie o to, aby dokumentacja związana z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) pacjenta była kompletna, ustalanie terminów badań diagnostycznych i wizyt w gabinetach lekarskich oraz współpraca z działami statystyki medycznej. Tylko połowa koordynatorów informuje lub samodzielnie udziela pacjentowi wsparcia pozamedycznego. Koordynatorzy w swojej pracy spotykają się z wieloma różnymi trudnościami.

**Wnioski.** Koordynatorzy są cenną grupą zawodową w polskim systemie opieki onkologicznej. Nie ma jednak jasno określonych zadań, systematycznych szkoleń i wsparcia.

Biuletyn PTO NOWOTWORY 2020; 5, 1: 3–10

**Key words:** koordynator, pakiet onkologiczny, system opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową

### Wstęp

Postępy w technologii i medycynie doprowadziły w ostatnich latach do wprowadzenia do diagnostyki i leczenia chorych na nowotwory różnorodnych nowych metod, zarówno diagnostycznych, jak i terapeutycznych. Diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych stały się bardziej złożone, wymagają udziału wielu specjalistów, często pojawia się konieczność prowadzenia diagnostyki i leczenia w różnych – czasami oddalonych

od siebie – ośrodkach. Niesie to za sobą nowe wyzwania dla opieki onkologicznej, w tym potrzebę odpowiedniej integracji i koordynacji diagnostyki oraz leczenia.

Problem ten zauważono już wiele lat temu. W ośrodkach onkologicznych w Polsce próbowano koordynować działania onkologiczne na wiele sposobów, np. urządzając tzw. wielodyscyplinarne „kominki”, tworząc kliniki narządowe, przydzielając specjalistów do leczenia poszczególnych rodzajów nowotworów. Dzięki pracy

### How to cite:

Osowiecka K, Rucińska M, Andrzejczak A, Żarłok E, Chrostek I, Nawrocki S. *What was supposed to be the role of a coordinator of oncological treatment, and what is it really like?* NOWOTWORY J Oncol 2020; 70: 1–8.

wielu specjalistów ze środowiska onkologicznego w 2014 roku powstał dokument *Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024*, w którym m.in. pojawiła się idea utworzenia w systemie opieki onkologicznej nowej profesji, tzw. koordynatora leczenia onkologicznego. Rolą koordynatora leczenia onkologicznego miała być wszechstronna i indywidualna pomoc pacjentowi w sprawnym poruszaniu się w systemie opieki zdrowotnej i szybkim przejściu przez kolejne etapy diagnostyki i leczenia onkologicznego. Po wszechnie wiadomo, że osoba, u której podejrzewana jest lub już została stwierdzona choroba nowotworowa, boryka się z różnymi problemami nie tylko natury medycznej, ale też organizacyjnej, socjalnej, prawnej, psychologicznej czy duchowej. Pacjent chory na nowotwór wymaga więc nie tylko sprawnie i w możliwie krótkim czasie przeprowadzonej diagnostyki i szybkiego wdrożenia właściwego leczenia onkologicznego, ale też opieki i wsparcia w obszarach pozamedycznych na poszczególnych etapach diagnostyki i leczenia.

Skoordynowany model opieki onkologicznej miał tworzyć nową jakość w polskim systemie ochrony zdrowia. Rolą koordynatora leczenia onkologicznego miało być wspieranie chorego na nowotwór w czasie diagnostyki i leczenia onkologicznego, zarówno pod względem organizacyjnym, jak też zapewnienie mu pomocy i wsparcia w pozostałych obszarach życia, na które wpływa w sposób istotny podejrzenie i rozpoznanie choroby nowotworowej. Dlatego też taka osoba powinna posiadać umiejętności i odpowiednie kompetencje nie tylko w zakresie organizacji opieki onkologicznej, ale też powinna być wyposażona w podstawową wiedzę medyczną, prawną, administracyjną, psychologiczną i socjalną oraz posiadać umiejętność wspierania w tych dziedzinach. Osoby pełniące funkcję koordynatora leczenia onkologicznego powinny więc zostać objęte odpowiednim programem szkoleniowym opracowanym przez zespół składający się z przedstawicieli różnych dyscyplin: medycznych, socjalnych, prawnych i psychoonkologicznych. Takie szkolenie miało się odbywać na kierunkach zdrowia publicznego na wydziałach medycznych wyższych uczelni.

Na mocy „Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wprowadzono obowiązek wyznaczania tzw. Koordynatora [...], do którego zadań należy w szczególności udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem”. Rozporządzenie to nie określiło jednak konkretnych zadań i kompetencji przypisanych do funkcji koordynatora. Wprowadzone jednocześnie inne rozwiązania – w szczególności zasady rozliczania i obsługi Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) – wymogły na świadczeniodawcach realizację szeregu administracyjnych działań, których prowadzenie szpitale przekazały właśnie koordynatorom. Wydaje się, że w efekcie tego rola większości koordynatorów powołanych do działania w szpitalach zgodnie

z rozporządzeniem, została w praktyce sprowadzona wyłącznie do roli informacyjno-administracyjnej.

Celem pracy była ocena, jaką rzeczywistą rolę w szpitalach w Polsce pełnią osoby nazywane koordynatorami, jakie mają obowiązki, kim są z zawodu, skąd czerpią wiedzę potrzebną do pełnienia tych obowiązków oraz jakie trudności napotykają w czasie wykonywania pracy.

## **Materiał i metody**

Badanie przeprowadzono wśród osób zatrudnionych na stanowisku koordynatora i osób, które pełnią rolę koordynatora w ramach dodatkowych obowiązków, będąc jednocześnie zatrudnionymi na innych stanowiskach. W pierwszym etapie badania sporządzono listę ośrodków w Polsce, które mają zawartą umowę na realizację świadczeń z zakresu pakietu onkologicznego w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i Ministerstwa Zdrowia – Mapy potrzeb zdrowotnych. Następnie skontaktowano się telefonicznie z 361 szpitalami i zweryfikowano, czy poszczególne ośrodki rzeczywiście świadczą usługi w ramach pakietu onkologicznego, i czy są w nich zatrudnione osoby pełniące obowiązki koordynatora. Sto dziewięć ośrodków wyłączono ze względu na to, że świadczenia z zakresu pakietu onkologicznego realizują sporadycznie lub w ogóle ich nie realizują oraz nie ma w tych ośrodkach osoby pełniącej obowiązki koordynatora. W 117 ośrodkach nie udało się skontaktować z koordynatorami lub nie wyrazili oni zgody na udział w badaniu. W pozostałych 135 szpitalach koordynatorzy wyrazili zgodę na udział w badaniu, ostatecznie 95 koordynatorów z 75 ośrodków odesłało wypełnioną ankietę lub udzieliło wywiadu telefonicznego. Wśród powyższych 75 ośrodków było 15 ośrodków wieloprofilowych (które świadczą usługi z zakresu chirurgii onkologicznej, radioterapii i leczenia systemowego) i 60 ośrodków jedno- lub dwuprofilowych, w których nie prowadzono radioterapii. Trzydziestu dwóch respondentów (34%) to koordynatorzy pracujący w wieloprofilowych ośrodkach onkologicznych, 63 ankietowanych (66%) to koordynatorzy z mniejszych ośrodków.

Pierwszy etap badania, polegający na sporządzeniu listy ośrodków, realizowany był od maja do czerwca 2019 roku, natomiast badania ankietowe przeprowadzono od lipca do października 2019 roku.

Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankietowego sporządzonego na potrzeby niniejszego badania. Kwestionariusz ankietowy przesyłany był drogą mailową bezpośrednio do koordynatorów, którzy wyrazili zgodę na badanie i odsyłany przez nich do badacza lub wypełniany przez badacza w czasie rozmowy telefonicznej z koordynatorem. Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy.

Analizę danych przeprowadzono za pomocą statystyk opisowych, a do porównania proporcji w podgrupach zastosowano test  $\chi^2$ . Za znamiennej statystycznie przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ . Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu STATISTICA wersja 13.3.

Projekt zrealizowano i sfinansowano w ramach działań statutowych Fundacji Onkologia 2025.

## Wyniki

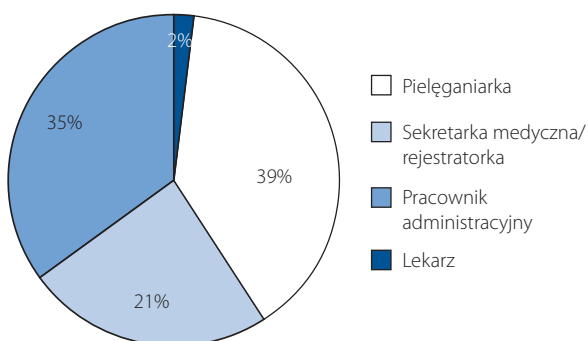
Badaniem objęto wszystkie ośrodki, które realizują świadczenia z zakresu pakietu onkologicznego w Polsce. Na badanie wyraziły zgodę osoby pełniące funkcję koordynatorów w 135 spośród 361 ośrodków zidentyfikowanych jako realizatorzy pakietu onkologicznego. Zwrot wypełnionych ankiet uzyskano ostatecznie od 95 koordynatorów reprezentujących wszystkie województwa (ryc. 1.).

Połowa zbadanych koordynatorów (49 osób, 52%) została zatrudniona celowo na stanowisku koordynatora, pozostałych 46 osób (48%) wykonuje zadania koordynatora w ramach dodatkowych obowiązków, pracując na innych stanowiskach. Tę grupę stanowią głównie pielęgniarki (18 osób, 39%), pracownicy administracyjni (16 osób, 35%) i sekretarki medyczne/rejestratorzy (11 osób, 24%). W jednym przypadku był to lekarz (ryc. 2.).

W ośrodkach wieloprofilowych istotnie częściej niż w ośrodkach jedno- lub dwuprofilowych zatrudniano osoby celowo na stanowisko koordynatora (75% vs. 40%;  $p = 0,001$ ).



**Rycina 1.** Liczba koordynatorów, którzy wzięli udział w badaniu w poszczególnych województwach w Polsce



**Rycina 2.** Osoby wykonujące zadania koordynatora w ramach dodatkowych obowiązków, zatrudnione na innych stanowiskach

Mniej niż połowa badanych koordynatorów (38 osób, 40%) odbyła jakiegokolwiek szkolenia dotyczące ich pracy: 23% wszystkich koordynatorów odbyło szkolenie prowadzone przez NFZ albo otrzymało fachową pomoc od pracownika NFZ, 29 osób (31%) wzięło udział w szkoleniach wewnętrznych/stanowiskowych organizowanych przez pracodawcę. Prawie połowa osób pełniących funkcję koordynatora (49%) stwierdziła, że zdobywała wiedzę samodzielnie na zasadzie „prób i błędów”, 41 osób (43%) zadeklarowało, iż wiedzę czerpało głównie z wymiany doświadczeń z koordynatorami innych ośrodków, bądź od lekarzy, którzy brali udział w konsyliach w różnych szpitalach i w związku z tym mieli większe doświadczenie i wiedzę. Ankietowani koordynatorzy ocenili, że czerpanie z doświadczeń innych było dla nich najcenniejszą formą zdobywania wiedzy na temat sposobu pełnienia funkcji koordynatora (ryc. 3.).

Okazało się, że poszczególni koordynatorzy wykonują podobne czynności w ramach swoich obowiązków. Głównym ich zadaniem jest dbanie o to, aby dokumentacja związana z kartą DiLO była kompletna, np. odnotowują w dokumentacji medycznej odbycie się konsylium i jego decyzje, zajmują się ustalaniem terminów badań diagnostycznych i wizyt w gabinetach lekarskich, współpracują z działami statystyki medycznej w celu prawidłowego rozliczania świadczeń onkologicznych (ryc. 4.).

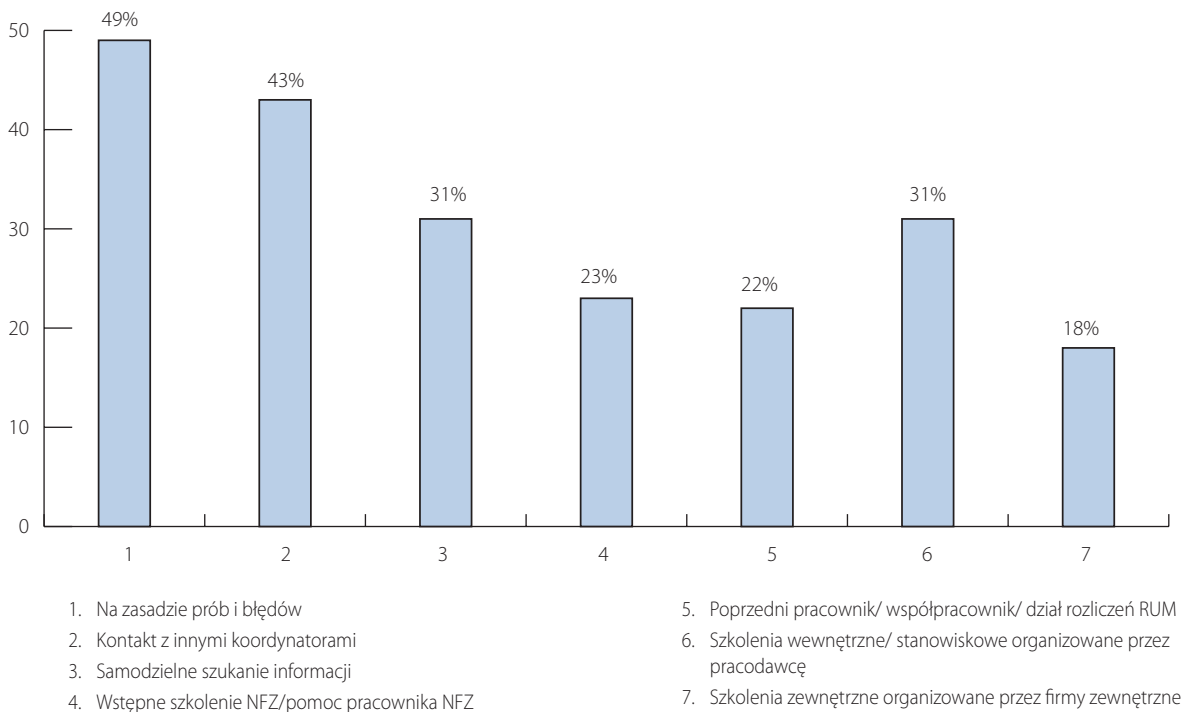
Zadania te nie różniły się w zależności od rodzaju ośrodka (ośrodki wieloprofilowe vs. jedno- lub dwuprofilowe), z wyjątkiem udziału koordynatora w posiedzeniu konsylium. Istotnie częściej koordynatorzy byli obecni na konsyliach w ośrodkach wieloprofilowych ( $p = 0,03$ ) (tab. I).

Prawie wszyscy koordynatorzy (97%) mają kontakt z pacjentem. Najczęściej kontakt ten obejmuje osobiste lub telefoniczne informowanie pacjentów o ustalonych terminach badań diagnostycznych, terminach wizyt u lekarzy, terminie rozpoczęcia leczenia (81%) i udzielanie praktycznych wskazówek dotyczących badań/leczenia (71%). Tylko połowa koordynatorów (51%) udziela pacjentowi informacji o możliwości uzyskania wsparcia pozamedycznego, np. ze strony pracownika socjalnego, tyle samo (51% badanych) samodzielnie udziela jakiegokolwiek wsparcia pozamedycznego (ryc. 5.).

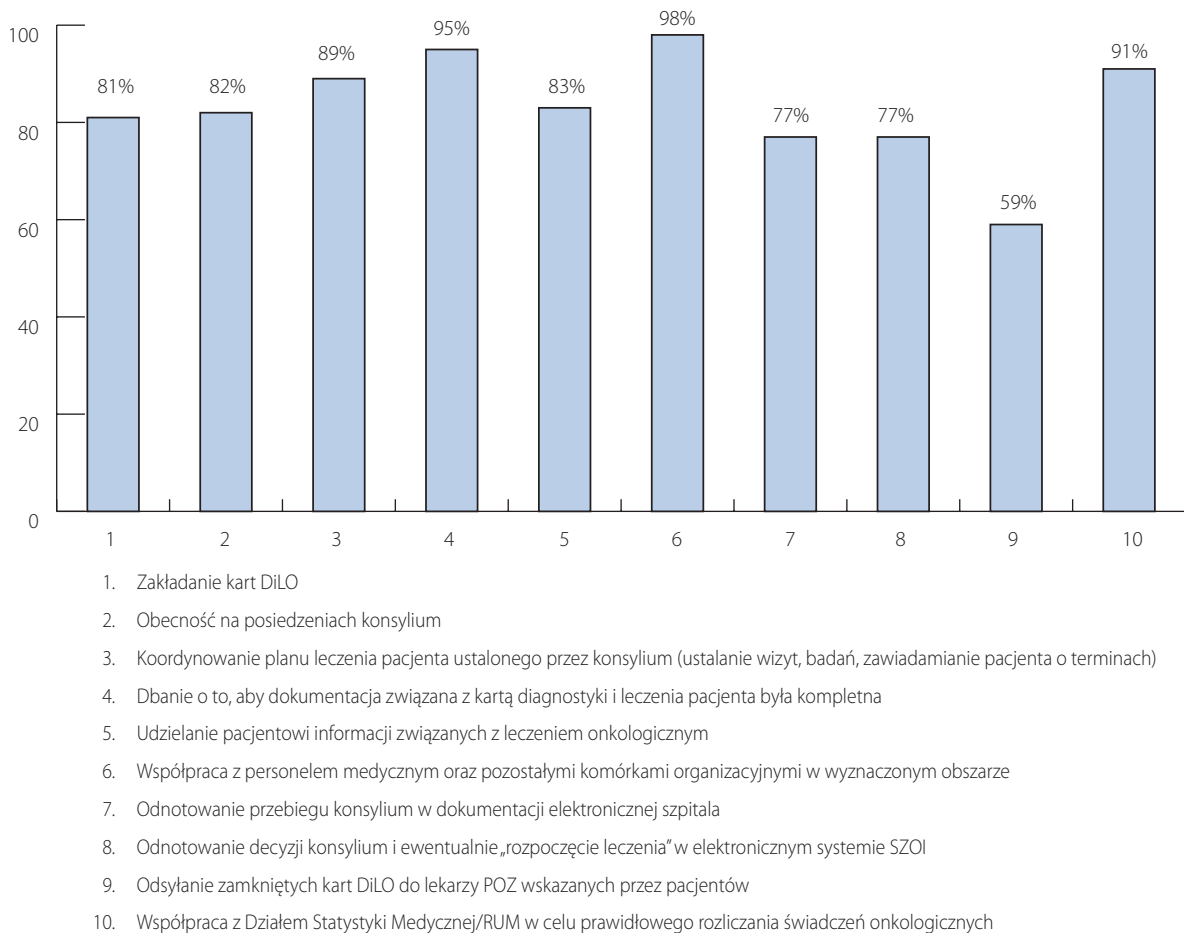
Nie wykazano istotnych różnic odnośnie do częstości i rodzaju kontaktu koordynatora z pacjentem w zależności od rodzaju ośrodka (ośrodki wieloprofilowe vs. jedno- lub dwuprofilowe).

Koordynator poświęca na pracę od 2 do 51 godzin tygodniowo (średnia  $26,4 \pm 13,9$  godzin, mediana 36 godzin). W badanych ośrodkach konsylium odbywa się z częstotliwością od 1 na 2 tygodnie do 6 razy w tygodniu (średnia 2 razy w tygodniu, mediana raz w tygodniu). Czas trwania jednego konsylium zależy od liczby pacjentów i trwa od 0,5 do 7 godzin (średnia  $2,4 \pm 1,4$  godziny, mediana 2 godziny).

Jedynie jedna trzecia ankietowanych (34%) otrzymuje dodatek do wynagrodzenia za wykonywanie obowiązków koordynatora, np. w formie premii, z czego 12 osób (24,5%) zatrudnionych na stanowisku koordynatora i 20 osób (43,5%)



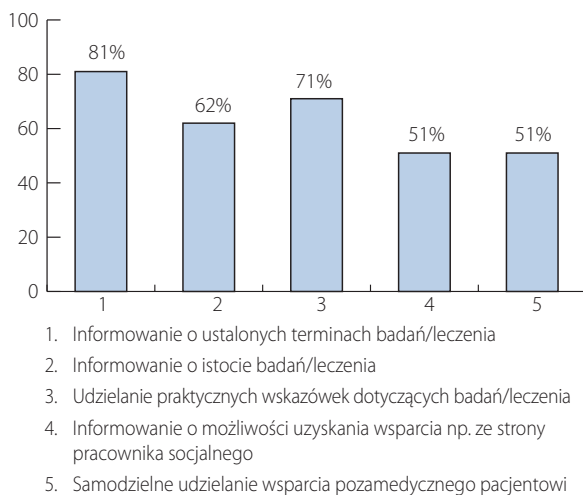
**Rycina 3.** Źródła wiedzy koordynatorów



**Rycina 4.** Zakres czynności wykonywanych przez koordynatorów

**Tabela I.** Zadania realizowane przez koordynatorów

	OŚRODEK		p
	Wieloprofilowy	Jedno- lub dwuprofilowy	
	33,7%	66,3%	
<b>Zakładanie kart DiLO</b>			
nie	21,9%	17,5%	0,60
tak	78,1%	82,5%	
<b>Obecność na posiedzeniach konsylium</b>			
nie	6,3%	23,8%	0,03
tak	93,8%	76,2%	
<b>Koordynowanie planu leczenia pacjenta ustalonego podczas konsylium</b>			
nie	9,4%	11,1%	0,79
tak	90,6%	88,9%	
<b>Dbanie o to, aby dokumentacja związana z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta była kompletna</b>			
nie	6,3%	6,3%	0,99
tak	93,8%	93,7%	
<b>Udzielanie pacjentowi informacji związanych z leczeniem onkologicznym</b>			
nie	15,6%	19,0%	0,68
tak	84,4%	81,0%	
<b>Współpraca z personelem medycznym oraz pozostałymi komórkami organizacyjnymi w wyznaczonym obszarze</b>			
nie	0,0%	4,8%	0,21
tak	100,0%	95,2%	
<b>Odnotowanie przebiegu konsylium w dokumentacji elektronicznej szpitala</b>			
nie	12,5%	28,6%	0,08
tak	87,5%	71,4%	
<b>Odnotowanie decyzji konsylium i ewentualnie „rozpoczęcie leczenia” w elektronicznym systemie SZOI</b>			
nie	18,8%	27,0%	0,38
tak	81,2%	73,0%	
<b>Odsyłanie zamkniętych kart DiLO do lekarzy POZ wskazanych przez pacjentów</b>			
nie	43,8%	39,7%	0,70
tak	56,2%	60,3%	
<b>Współpraca z Działem Statystyki Medycznej/ RUM w celu prawidłowego rozliczenia świadczeń onkologicznych</b>			
nie	12,5%	9,5%	0,66
tak	87,5%	90,5%	



**Rycina 5.** Rola koordynatorów w zakresie kontaktu z pacjentami

pełniących obowiązki koordynatora w ramach dodatkowych zadań.

Koordynatorzy w swojej pracy spotykają się z wieloma trudnościami. Jedna czwarta respondentów wskazała trudności we współpracy z personelem medycznym, tj. „obojętność” innych pracowników, małe zainteresowanie lekarzy tematem karty DiLO, brak respektowania zasad DiLO przez lekarzy. Czternaście procent osób wskazało problemy na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej polegające np. na błędnym wystawianiu kart DiLO, niewłaściwym przekazywaniu informacji pacjentom o celu wystawienia karty DiLO, błędnym informowaniu pacjentów o ośrodkach, które mają kontrakt na świadczenia usług w ramach pakietu onkologicznego lub odmowie wystawienia karty DiLO. Problem na poziomie współpracy pomiędzy różnymi ośrodkami onkologicznymi wskazało

25 osób (26%). Problem ten dotyczył m.in. blokowania etapów, niechęci do zmian etapów kart DiLO, wydłużania czasu trwania poszczególnych etapów, odmowy zamknięcia błędnie wystawionej karty. Respondenci wskazywali na problemy z dotrzymaniem zaleconych w pakiecie onkologicznym terminów badań przez pracownie diagnostyczne. Jedna trzecia ankietowanych zwróciła uwagę na trudności koordynacji wynikające np. z braku możliwości podglądu kart wystawionych w innych ośrodkach, braku „centralnego” zbioru/rejestru wystawionych kart DiLO. Ponad jedna trzecia ankietowanych (37%) wskazała na brak elastyczności aplikacji AP-DiLO i różnorakie ograniczenia systemowe. Okazało się ponadto, że istnieją w Polsce znaczne różnice w interpretacji zasad prawidłowej obsługi pakietu onkologicznego zarówno przez poszczególne ośrodki onkologiczne, jak i oddziały NFZ.

## Dyskusja

Pacjent korzystający ze skomplikowanego systemu diagnostyki i opieki onkologicznej wymaga odpowiedniego pokierowania i wsparcia. System ten obejmuje różne elementy opieki zdrowotnej, takie jak: POZ, pracownie diagnostyczne, różne poradnie i oddziały onkologiczne, ośrodki świadczące rehabilitację, opiekę paliatywną i wsparcie psychoonkologiczne. Zadaniem poszczególnych składowych tego systemu jest sprawna diagnostyka i szybkie podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych, czego efektem ma być wyleczenie pacjenta i poprawa/utrzymanie jakości życia chorego. Ważne jest także ograniczanie kosztów, dobre wykorzystanie lokalnych (podstawowych) zasobów opieki medycznej i odciążanie specjalistów w centrach onkologii.

W różnych krajach wprowadzano już programy „koordynacji” diagnostyki i leczenia pacjentów chorych na nowotwory. Pierwszy tego typu program koordynacji zaprojektował w 1990 roku Harold P. Freeman w Szpitalu Harlem w Nowym Jorku. Program skierowany był do grupy Afroamerykanów, gdyż w tej grupie pacjentów, według przeprowadzonej analizy, choroba nowotworowa wykrywana była w bardziej zaawansowanym stadium (tylko w przypadku 6% pacjentów był to I stopień zaawansowania), co skutkowało wysoką śmiertelnością (5-letnie przeżycie oszacowano na 39%) [1]. Zauważono, iż w przypadku kobiet, u których w badaniu przesiewowym stwierdzano podejrzaną zmianę w piersi, a były to osoby „koordynowane”, częściej i szybciej wykonywano biopsję guza piersi w porównaniu z kobietami „niekoordynowanymi” (odpowiednio: 87,5% vs. 56,6%) [1]. Kolejne działania polegały więc na wprowadzeniu koordynowania procesu diagnozy i leczenia kobiet poddawanych skryningowej mammografii. Badaniem objęto 325 kobiet, u których na podstawie mammografii wysunięto podejrzenie, a następnie rozpoznano raka piersi – 5-letnie przeżycie całkowite w tej grupie zwiększyło się do 70% w porównaniu z 5-letnim przeżyciem, które wynosiło 39% przed wprowadzeniem powyższej interwencji [2]. Także w USA wprowadzono projekt, którego celem była

poprawa wyników leczenia osób z niskim poziomem wykształcenia, niskimi dochodami, bez wsparcia społecznego, poprzez wyeliminowanie przeszkód na drodze do szybkiej diagnozy i leczenia chorób nowotworowych, skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę i terapię [3, 4]. Kluczową postacią tego programu był właśnie koordynator, którego rola polegała na koordynowaniu wizyt w gabinetach lekarskich, szpitalach, przychodniach, kontakcie z ubezpieczycielem i organizacjami wspierającymi pacjentów, wsparciu emocjonalnym pacjentów, kontakcie z ich lekarzem rodzinnym, zapewnieniu dostępności odpowiedniej dokumentacji medycznej na zaplanowanych wizytach, zapewnieniu dostępu do badań klinicznych, ułatwianiu dostępu do wsparcia finansowego i pomaganiu przy sprawach formalnych, organizacji transportu i/lub opieki nad dzieckiem lub starszym członkiem rodziny oraz organizacji usługi tłumacza i monitorowaniu zadowolenia pacjentów z systemu opieki onkologicznej. Dzięki temu programowi, w tym pracy koordynatorów, uzyskano poprawę efektywności skryningowej mammografii, nieznaczne zmniejszenie stopnia zaawansowania nowotworów w momencie ich wykrycia, skrócenie czasów oczekiwania na diagnozę i leczenie, zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej, obniżenie efektywności kosztowej i poprawę satysfakcji pacjenta. Harold P. Freeman i Rian L. Rodriguez [4], korzystając z 20-letniego doświadczenia, stworzyli ogólne zasady prawidłowego funkcjonowania modelu koordynowania opieki onkologicznej. Podstawową zasadą tego modelu jest płynne i terminowe przechodzenie pacjenta przez poszczególne etapy diagnostyki i leczenia z uwzględnieniem rehabilitacji oraz badań kontrolnych.

W Polsce koordynowanie „ścieżki pacjenta” w systemie jest formalnie ustanowione jedynie od momentu konsylium do zakończenia leczenia. Koordynatorzy w zasadzie nie biorą udziału we wcześniejszych etapach diagnostyki (badania przesiewowe, podejrzenie nowotworu, diagnostyka wstępna i pogłębiona). Brak skuteczności naszego systemu koordynacji pacjenta może właśnie wynikać z braku wsparcia pacjenta na początku drogi do rozpoznania nowotworu, w momencie podejrzenia choroby nowotworowej i w pierwszym etapie diagnostyki (do uzyskania rozpoznania histopatologicznego). Koordynatorzy nie biorą też udziału w etapie szeroko pojętej rehabilitacji pacjenta (fizycznej, społecznej, zawodowej) i w organizacji badań kontrolnych po zakończeniu leczenia (zarówno po wyleczeniu pacjenta, jak i w przypadku progresji/wznowy choroby).

Drugą zasadą prawidłowego funkcjonowania modelu koordynowania opieki onkologicznej jest eliminowanie barier w dostępie do wszystkich etapów, przez które przechodzi pacjent w systemie opieki zdrowotnej. Jest to możliwe przy prawidłowo zaplanowanych/zorganizowanych działaniach ośrodków diagnostycznych i leczniczych oraz przy indywidualnej koordynacji poszczególnych pacjentów.

Trzecią zasadą prawidłowego funkcjonowania modelu koordynowania opieki onkologicznej jest jasne zdefiniowanie

zakresu obowiązków, roli i odpowiedzialności koordynatora. Podkreśla się, że rolę koordynatora czasami naturalnie pełni pielęgniarka onkologiczna, która z racji swojej funkcji jest w bliskiej relacji z pacjentem, udziela niejednokrotnie nie tylko wsparcia medycznego i pielęgnacyjnego, ale też psychologicznego, dietetycznego, informacyjnego, socjalnego, prawnego [5–9].

Wprowadzony w Polsce w 2015 roku pakiet onkologiczny obejmuje kartę DiLO jako narzędzie do zarządzania szybką ścieżką onkologiczną i koordynatorów opieki onkologicznej, których funkcja nie została dokładnie określona. Według Narodowego Funduszu Zdrowia koordynator nadzoruje proces leczenia pacjenta od momentu skierowania go na konsylium do zakończenia leczenia, wspiera pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie, pomaga mu komunikować się z lekarzami. Po zakończeniu leczenia onkologicznego i zamknięciu karty DiLO pacjent przechodzi pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Według NFZ [10] do zadań koordynatora należy: obecność na posiedzeniach konsylium, koordynowanie planu leczenia pacjenta ustalonego przez konsylium, dbanie o to, aby dokumentacja związana z kartą DiLO była kompletna, udzielanie pacjentowi informacji związanych z leczeniem onkologicznym, współpraca z personelem medycznym oraz pozostałymi komórkami organizacyjnymi w wyznaczonym obszarze, wprowadzanie konsylium w systemie szpitalnym, uzupełnienie decyzji konsylium o dalszym leczeniu w systemie DiLO, odsyłanie zamkniętych kart DiLO do lekarzy POZ. Świadczeniodawca ma obowiązek dostosowywania się do warunków, które narzuca NFZ i zazwyczaj wypełnia tylko te zalecenia, do których jest zobligowany. Wszelkie dodatkowe czynności, które z punktu widzenia pacjenta byłyby korzystne, ale nie są wymagane przez płatnika, nie muszą być i nie są realizowane przez świadczeniodawców głównie ze względu na dodatkowe koszty. Pomimo braku wytycznych dotyczących realizacji wspierania potrzeb pozamedycznych pacjenta, w naszym badaniu część koordynatorów wykazuje empatię dla chorych i połowa z nich udziela np. informacji o możliwości otrzymania wsparcia pozamedycznego ze strony m.in. psychologa, pracownika socjalnego, a nawet takiej pomocy samodzielnie udziela. Jednocześnie problemy, z którymi mierzą się koordynatorzy, w większym stopniu generuje sam system niż wyzwania organizacyjne, kliniczne i społeczne związane z chorobą nowotworową. Nadmierna i wynikająca z niedbałości w przygotowaniu systemu praca administracyjna zajmuje czas i rodzi zrozumiałą frustrację – koordynatorzy woleliby ten czas poświęcić pacjentom.

Kolejną kwestią wskazywaną przez Freemana jest konieczność szkoleń i nabywania umiejętności niezbędnych w pracy koordynatora. W Polsce nie istnieje strukturalne wsparcie koordynatorów w obszarze wiedzy, podnoszenia kompetencji, narzędzi, elementarnej pomocy w rozwiązywaniu bieżących problemów. Wyniki badania pokazują, iż najczęściej koordynatorzy czerpali wiedzę poprzez wymianę doświadczeń

z innymi koordynatorami lub samodzielnie próbowali rozwiązywać problemy na zasadzie prób i błędów. Autorzy różnych prac podkreślają, jak ważny jest poziom umiejętności, wiedzy i doświadczenia osób pełniących rolę koordynatora leczenia onkologicznego, a także zwracają uwagę na to, że takich obowiązków nie powinny wypełniać osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji [5, 9]. Minister Zdrowia w Narodowej Strategii Onkologicznej deklaruje opracowanie programu kształcenia podyplomowego dla koordynatora opieki onkologicznej. Koordynator opieki onkologicznej nie jest w Polsce odrębnym zawodem.

W związku z różnorodnymi zadaniami, jakie stoją przed koordynatorem powinien on posiadać szczególne predyspozycje, wiedzę i umiejętności. Według naszego badania połowa koordynatorów została celowo zatrudniona na stanowisko koordynatora, ale nie ma konkretnych kryteriów doboru takich osób na powyższe stanowisko, wymogów jakie powinny spełniać (zawód, wykształcenie, umiejętności), nie prowadzi się też odpowiedniego przeszkalania kandydatów na koordynatorów. Prawie 40% osób, które wykonują zadania koordynatora w ramach dodatkowych obowiązków, to osoby zatrudnione na stanowisku pielęgniarki, a pracę muszą zorganizować sobie samodzielnie i często nie mają wystarczająco dużo czasu dla pacjentów. Większość osób, którym przypisano rolę koordynatora jako dodatkową pracę, to pracownicy administracyjni czy sekretarki medyczne. Można przypuszczać, że duża liczba obowiązków administracyjnych i rozliczeniowych związanych z pakietem onkologicznym skłania szpitale do powierzenia funkcji koordynatora osobom doświadczonym w pracy administracyjnej a nie w kontakcie z pacjentem.

Kolejną zasadą prawidłowego funkcjonowania modelu koordynowania opieki onkologicznej jest zdefiniowanie punktów, od których będzie się rozpoczynał proces koordynacji pacjenta, i w których będzie się kończył. Należy pamiętać, że ścieżka pacjenta chorego na nowotwór nie kończy się wraz z zakończeniem podstawowego leczenia onkologicznego, chorzy wymagają rehabilitacji, badań kontrolnych oraz diagnostycznych, często wdrożenia ponownego leczenia onkologicznego ze względu na progresję lub nawrót choroby lub opieki paliatywnej. Podkreśla się, że kompleksowość, zintegrowanie planu leczenia jest istotnym czynnikiem, który zwiększa dostępność różnych metod leczenia i tym samym ma wpływ na przeżycie pacjentów [11]. Dobra koordynacja zmniejsza stres, zmęczenie, polepsza jakość życia pacjentów [12, 13]. Swanson [14] wykazał istotne statystycznie zmniejszenie poziomu stresu wśród pacjentów chorych na nowotwór otrzymujących wsparcie od pielęgniarki koordynującej. W badaniu z randomizacją i grupą kontrolną przeprowadzonym przez Kevina Fiscella [15] wykazano, że wprowadzenie programu koordynacji wpłynęło na poprawę satysfakcji z opieki zdrowotnej pacjentów z rakiem piersi i rakiem jelita grubego. Podobnie w opracowaniu Carrola [16] okazało się, że pacjenci, którzy byli odpowiednio koordynowani, otrzymali adekwatne wsparcie psychologiczne

ne, pomoc w potrzebach informacyjnych i rozwiązywaniu problemów.

W Kanadzie wprowadzono program koordynacji w opiece onkologicznej pomiędzy lekarzami rodzinnymi a specjalistami zarówno na poziomie systemowym, jak i jednostkowym. Skuteczne i terminowe przekazywanie informacji medycznych o pacjencie pomiędzy jednostkami opieki medycznej, a także jasno określone role dla każdego świadczeniodawcy są niezbędne do dobrej koordynacji opieki onkologicznej. Pomimo postępu technologicznego nadal istnieją wyzwania komunikacyjne, które mogą prowadzić do poważnych konsekwencji wpływających na podejmowanie decyzji klinicznych [17]. Przeprowadzona w USA metaanaliza pokazała, że koordynacja opieki onkologicznej usprawnia proces diagnostyki, leczenia i opieki terminalnej [18].

Wciąż jednak brakuje odpowiednich narzędzi do oceny i walidacji efektywności programu koordynacji pacjenta [5]. Podobnie w Polsce nie dysponujemy żadnym systemem ewaluacji wprowadzanych zmian w systemie, ani nie mamy narzędzi do sprawdzania poziomu satysfakcji pacjentów z jakości koordynacji onkologicznej.

## Wnioski

Koordynatorzy w polskim systemie opieki onkologicznej są nową, niewątpliwie niezwykle cenną i mającą ogromny potencjał, grupą zawodową. Brakuje jednak jasno określonych zadań jakie powinni podejmować. Ponadto koordynatorzy onkologiczni nie przechodzą systematycznie szkoleń, brakuje im wsparcia.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

### Karolina Osowiecka

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wydział Nauk o Zdrowiu

Katedra Zdrowia Publicznego

al. Warszawska 30

10-082 Olsztyn

e-mail: k.osowiecka86@gmail.com

Received: 10 Dec 2019

Accepted: 4 Feb 2020

## Piśmiennictwo

1. Freeman HP, Muth BJ, Kerner JF. Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved. *Cancer Pract.* 1995; 3(1): 19–30, indexed in Pubmed: 7704057.
2. Oluwole SF, Ali AO, Adu A, et al. Impact of a cancer screening program on breast cancer stage at diagnosis in a medically underserved urban community. *J Am Coll Surg.* 2003; 196(2): 180–188, doi: 10.1016/S1072-7515(02)01765-9, indexed in Pubmed: 12595043.
3. A summary of the American Cancer Society Report to the Nation: cancer in the poor. *CA Cancer J Clin.* 1989; 39(5): 263–265, doi: 10.3322/canjclin.39.5.263, indexed in Pubmed: 2513098.
4. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer.* 2011; 117(15 Suppl): 3539–3542, doi: 10.1002/cncr.26262, indexed in Pubmed: 21780088.
5. Shejila CH, Pai MS, Fernandes DJ. Oncology Nurse Navigator Programme A narrative review. 2015; 5: 2249–7110.
6. Seek A, Hogle WP. Modeling a better way: navigating the healthcare system for patients with lung cancer. *Clin J Oncol Nurs.* 2007; 11(1): 81–85, doi: 10.1188/07.CJON.81-85, indexed in Pubmed: 17441399.
7. Curran CR. Navigation the chaotic health care system. *Nurs Econ.* 2003; 21: 261.
8. Fischer SM, Sauaia A, Kutner JS. Patient navigation: a culturally competent strategy to address disparities in palliative care. *J Palliat Med.* 2007; 10(5): 1023–1028, doi: 10.1089/jpm.2007.0070, indexed in Pubmed: 17985954.
9. Monas L, Toren O, Uziely B, et al. The oncology nurse coordinator: role perceptions of staff members and nurse coordinators. *Isr J Health Policy Res.* 2017; 6(1): 66, doi: 10.1186/s13584-017-0186-8, indexed in Pubmed: 29191228.
10. Pakiet onkologiczny. <https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/pakiet-onkologiczny/>.
11. Reyna C, Lee MC. Breast cancer in young women: special considerations in multidisciplinary care. *J Multidiscip Healthc.* 2014; 7: 419–429, doi: 10.2147/JMDH.S49994, indexed in Pubmed: 25300196.
12. Skrutkowski M, Saucier A, Eades M, et al. Impact of a pivot nurse in oncology on patients with lung or breast cancer: symptom distress, fatigue, quality of life, and use of healthcare resources. *Oncol Nurs Forum.* 2008; 35(6): 948–954, doi: 10.1188/08.ONF.948-954, indexed in Pubmed: 18980926.
13. Robinson-White S, Conroy B, Slavish KH, et al. Patient navigation in breast cancer: a systematic review. *Cancer Nurs.* 2010; 33(2): 127–140, doi: 10.1097/NCC.0b013e3181c40401, indexed in Pubmed: 20142736.
14. Swanson J, Koch L. The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: a retrospective study. *Oncol Nurs Forum.* 2010; 37(1): 69–76, doi: 10.1188/10.ONF.69-76, indexed in Pubmed: 20044341.
15. Fiscella K, Whitley E, Hendren S, et al. Patient navigation for breast and colorectal cancer treatment: a randomized trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012; 21(10): 1673–1681, doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-0506, indexed in Pubmed: 23045542.
16. Carroll JK, Humiston SG, Meldrum SC, et al. Patients' experiences with navigation for cancer care. *Patient Educ Couns.* 2010; 80(2): 241–247, doi: 10.1016/j.pec.2009.10.024, indexed in Pubmed: 20006459.
17. Easley J, Miedema B, Carroll JC, et al. Coordination of cancer care between family physicians and cancer specialists: Importance of communication. *Can Fam Physician.* 2016; 62(10): e608–e615, indexed in Pubmed: 27737996.
18. Gorin SS, Haggstrom D, Han PKJ, et al. Cancer Care Coordination: a Systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies. *Ann Behav Med.* 2017; 51(4): 532–546, doi: 10.1007/s12160-017-9876-2, indexed in Pubmed: 28685390.

## Od Redakcji

Artykuł porusza istotne zagadnienie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce. Obowiązkiem Redakcji jest zwrócić uwagę na zastrzeżenia dotyczące metodologii przeprowadzonych badań, na które – niezależnie od siebie – wskazali obaj recenzenci. Redakcja dostrzega wagę problemu poruszanego w artykule dla organizacji opieki onkologicznej w naszym kraju i mimo zastrzeżeń recenzentów (w dużym stopniu wyjaśnionych przez Autorów w nadesłanych poprawkach) zdecydowała się zamieścić artykuł na łamach pisma *Nowotwory. Journal of Oncology*.

Wyniki badania oraz dane przytoczone w artykule pochodzą z raportu Fundacji Onkologia 2025 (styczeń 2020) *Koordynatorzy. Kim są i jaką funkcję pełnią koordynatorzy pacjenta onkologicznego? Wyniki badania ankietowego*.