


Beata Domanik  <https://orcid.org/0000-0001-8189-2124>

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

KOORDYNACJA JAKO ELEMENT NOWOCZESNEJ OPIEKI NAD PACJENTEM ONKOLOGICZNYM. PRACA KOORDYNATORÓW ONKOLOGICZNYCH NA PRZYKŁADZIE SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO W KRAKOWIE

Abstract

Coordination as an Element of Modern Oncological Patient Care – the Example of the Oncological Coordinators Work at the University Hospital in Krakow

The aim of this article is to look at coordination as a new approach to working with cancer patients. Knowledge about the physical, social, emotional, existential and spiritual consequences of the disease is the basis for the ability to assess to what extent disruptions in these spheres affect the well-being of the patient and his family. I present an example of the work of coordinators at the university hospital in Krakow in the context of knowledge on this subject from more advanced centers. Moreover, I confront the coordination approach with the work of oncology social workers. It is the oncology social workers who undertake effective interventions to deal with the consequences of the crisis caused by the disease and to strengthen the resources inherent in interpersonal relationships and in the patient's environment. Professional social work, focused on strengthening the families of people with oncological diseases, is a special area that may extend the professional identity of a social worker to be active in the field, which although it is a statutory task of social work, its use in practice is not a common phenomenon. It seems an important combination of the work of oncology coordinators working in hospitals with the work of social workers working in patients' living environments.

Keywords: coordinator, oncology package, new profession, coordinated care

Wprowadzenie

W większości krajów wysoko rozwiniętych, które uporały się ze stworzeniem efektywnych mechanizmów finansowania świadczeń medycznych, polityka zdrowotna jest ukierunkowana na budowanie systemów skoncentrowanych na zaspokajaniu potrzeb pacjenta.

Stworzenie mechanizmów służących zwiększeniu efektywności użycia dostępnych zasobów, ze szczególnym uwzględnieniem tak zwanych zasobów ludzkich, jest jednym z kluczowych czynników determinujących skuteczność i efektywność systemu leczenia. Wraz ze wzrostem długości życia zwiększa się liczba pacjentów, którzy jednocześnie doświadczają wielu chorób, w tym schorzeń nowotworowych. Dane Głównego Urzędu Statystycznego za 2019 rok wskazują, że liczba nowych zachorowań na choroby nowotworowe sięgnęła wówczas w kraju 163,3 tys., a liczba zgonów z tego tytułu wyniosła 100,6 tys. (Medonet.pl 2019). Niepokojący jest fakt, że w ciągu ostatnich trzech dekad liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła ponaddwukrotnie (Bishop 2000). Personel medyczny, z powodu deficytów związanych z bardzo ograniczoną ilością czasu przeznaczoną na obsługę jednego pacjenta, nie jest w stanie w pełni zaspokoić realnych potrzeb świadczeniobiorców. Nowoczesna, kompleksowa opieka medyczna powinna uwzględniać także pozamedyczne aspekty wsparcia pacjenta (ZWROTNIKRAKA.PL 2019). W kontekście zmian zachodzących w sektorze zdrowia konieczne wydaje się zwrócenie uwagi na kwestię zwiększenia efektywności kształcenia kadr związanych z sektorem ochrony zdrowia. Kształcenie to powinno się przekładać zarówno na rozwój nowych kompetencji personelu, jak i przyczyniać się do zmiany w podejściu do leczenia pacjentów. W konsekwencji tych zmian kompleksowa opieka medyczna powinna być zsynchronizowana na każdym etapie, a działania personelu medycznego powinny uwzględniać liczne uwarunkowania całego procesu chorobowego, który zaczyna się przed wystąpieniem objawów choroby. Nowoczesne i efektywne kształcenie, a następnie wykorzystanie tego potencjału powinno dotyczyć nie tylko osób wykonujących zawody medyczne, lecz także przedstawicieli innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

Podjęmowane w Polsce próby zreformowania systemu opieki zdrowotnej, różnorakie restrukturyzacje przeprowadzone na różnych szczeblach organizacyjnych po transformacji ustrojowej nie zakończyły się sukcesem, ponieważ w większości ograniczone były do sposobu finansowania systemu z pominięciem rozwiązań kompleksowych, uwzględniających uwarunkowania społeczno-kulturowe, technologiczno-medyczne czy ideologiczno-polityczne. Nie brano ponadto w należyty stopniu pod uwagę opinii pracowników sektora ochrony zdrowia.

Ochrona zdrowia i korzystanie z zasobów systemu opieki zdrowotnej są obszarami powstawania licznych konfliktów interesu wynikających z konkurencyjności celów jego użytkowników. Niektóre cele służby zdrowia są wspólne dla podmiotów systemu opieki zdrowotnej. Wspólny interes jest przesłanką kształtowania się grup interesu i celem podejmowanych przez nie działań zbiorowych. Istnienie lub brak określonych regulacji dotyczących ochrony zdrowia oraz użytkowania jego zasobów tworzą obiektywne podstawy dla powstawania grup interesu i podejmowania przez nie działań, których celem może być wpływanie na kształt tych regulacji.

Poziom opieki medycznej oraz możliwość zaspokojenia wszelkich potrzeb zdrowotnych obywateli zdeterminowane są przez wiele czynników, jednak jednym z najważniejszych są środki finansowe zgromadzone na ten cel. Dlatego też tak ważne jest odpowiednie

dobranie i dostosowanie modelu systemu opieki zdrowotnej do potrzeb i możliwości danego państwa. Każde państwo stara się dostosować system do indywidualnych potrzeb obywateli, jednak głównym ograniczeniem są najczęściej możliwości finansowe. Stąd szczególnej wagi nabiera kwestia właściwego rozdysponowania dostępnych środków w sposób uwzględniający interesy różnych grup. Każda grupa chce doprowadzić do korzystnej dla niej alokacji środków, co może skutkować brakami, niedoinwestowaniem innych grup.

Grupy interesu są nieodłącznie związane z instytucją państwa. Ich powstanie można wiązać z wyodrębnieniem się interesów społecznych. Znaczenie grup interesu w państwie demokratycznym jest nie do przecenienia. Poważnym problemem w ich działalności jest jednak możliwość stosowania przez ich przedstawicieli nieuczciwych praktyk w celu osiągnięcia partykularnych korzyści z korzyścią dla interesu ogólnospołecznego.

Według Williama F. Samuelsona i Stephena G. Marksa mikroekonomiczna rola państwa sprowadza się przede wszystkim do spełnienia dwóch zasadniczych funkcji. Po pierwsze, regulowania prywatnych rynków tam, gdzie niedoskonałość rynku może stać się przyczyną nieefektywnej produkcji lub/i konsumpcji, po drugie zaś udostępniania „właściwej” ilości pewnych dóbr i usług publicznych, których rynki prywatne nie dostarczają w ogóle lub nie są w stanie dostarczyć w odpowiedniej ilości (Samuelson, Marks 1998: 598–599). Przemysław Sobolewski podkreśla z kolei, że grupa interesu dąży do wywarcia wpływu na treść jednej lub kilku decyzji państwowych – w drodze pośredniego oddziaływania na innych aktorów życia politycznego (Sobolewski 1962: 234). Bogusław Piwowski i Jacek Świeca definiują grupy interesu jako zbiorowość osób niebędących formalnymi uczestnikami działań politycznych, które chcą wywierać wpływ na działania polityczne prowadzone przez instytucje władcze dla osiągnięcia własnych celów (Piwowski, Świeca 2010: 234).

Poziom opieki medycznej oraz możliwość zaspokojenia wszelkich potrzeb zdrowotnych obywateli zdeterminowane są przez wiele czynników, jednak jednym z najważniejszych są środki finansowe zgromadzone na ten cel. Dlatego też tak ważne jest odpowiednie dobranie i dostosowanie modelu systemu opieki zdrowotnej do potrzeb i możliwości danego państwa. Każde państwo stara się dostosować system do indywidualnych potrzeb obywateli, ale głównym ograniczeniem są najczęściej możliwości finansowe. Stąd szczególnej wagi nabiera kwestia właściwego rozdysponowania dostępnych środków w sposób uwzględniający interesy różnych grup. Każda grupa chce doprowadzić do korzystnej dla niej alokacji środków, co może skutkować brakami, niedoinwestowaniem innych grup.

Koordinatory onkologiczni to nowa grupa zawodowa, która po raz pierwszy pojawiła się w 2015 roku w ramach tak zwanego pakietu onkologicznego. Początkowo ich rola nie była odpowiednio sprecyzowana, nie określono zakresu ich obowiązków oraz zasad współpracy z innymi grupami zawodowymi zajmującymi się opieką onkologiczną. To sprawiło, że miejsce koordynatora w opiece onkologicznej nie było wystarczająco ugruntowane.

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, tak zwanego koordynatora leczenia onkologicznego. Celem pracy była ocena rzeczywistej roli koordynatorów w szpitalach w Polsce. Od stycznia 2015 roku wprowadzono w Polsce do systemu ochrony zdrowia pakiet onkologiczny. Jest to zbiór aktów prawnych, w ramach których powstała odrębna grupa chorych oczekująca i podlegająca realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologicznego. Świadczenia w ramach Szybkiej Ścieżki Onkologicznej nie są limitowane. „Zielona karta”, która jest początkiem ścieżki onkologicznej pacjenta, pełni funkcję skierowania oraz ma gwarantować szybszy dostęp do koordynowanej opieki onkologicznej w określonych ramach czasowych. Korzyści, jakie mają wynikać z wprowadzenia pakietu onkologicznego, to: (a) przyspieszenie czasu rozpoznania nowotworu, usystematyzowanie procesu diagnostyki i leczenia nowotworowego; (b) zmniejszenie kolejki osób z podejrzeniem nowotworu złośliwego oczekujących na diagnostykę i leczenie; (c) obniżenie wskaźników umieralności z powodu nowotworów złośliwych; (d) obniżenie kosztów leczenia chorych na nowotwór.

Liczba pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe, w tym onkologiczne, systematycznie rośnie w ostatnich latach. W Polsce brakuje lekarzy i pielęgniarek, a działania podjęte w systemie opieki zdrowotnej koncentrują się głównie na zabezpieczeniu typowych potrzeb medycznych. Sprzęt medyczny Staffin często nie może w pełni zaspokoić potrzeb pacjentów. W celu skutecznego leczenia należy przeprowadzić rozmowę z udziałem pacjenta, który powinien doświadczyć największego komfortu i poczucia bezpieczeństwa podczas terapii. Pacjent powinien mieć pełną wiedzę na temat koordynacji onkologicznej i otrzymywać informacje umożliwiające mu znalezienie się w systemie opieki zdrowotnej. Praktyka pokazuje nam, że opieka koordynowana może powstać przy każdym typie płatności czy finansowania. Skupienie się na bezpośredniej opiece nad pacjentem oznacza również, że integracja na poziomie krajowej i międzynarodowej opieki zdrowotnej nie została wzięta pod uwagę. Valentijn i współpracownicy oferują przegląd literatury dotyczący integracji na tych poziomach. Liczne publikacje wskazują na znaczenie kompleksowej opieki zdrowotnej. Nie jest możliwe zbudowanie optymalnej opieki modelowej dla przewlekle chorego pacjenta bez wzmocnienia personelu medycznego. Doświadczenie osób, które od 2015 roku koordynują leczenie onkologiczne w ramach swoich obowiązków, wskazuje, że koordynacja leczenia musi być sformalizowana i przypisana do konkretnej osoby, powinna należeć do obowiązków tej kategorii zawodowej, aby pozbawić ten proces oznak losowości. Kompleksowa opieka medyczna powinna być skoordynowana na każdym etapie leczenia. Działania personelu systemu opieki zdrowotnej powinny uwzględniać uwarunkowania całego procesu chorobowego.

Szpital

Szpital Uniwersytecki w Krakowie posiada wysoki potencjał leczenia onkologicznego. Zadaniem (a zarazem intencją działań szpitala) jest maksymalne wykorzystanie zasobów z myślą o zdrowiu pacjentów. Szpital dysponuje oddziałami onkologii klinicznej, chirurgii

onkologicznej, brachyterapii, radioterapii, medycyny nuklearnej, diagnostyki obrazowej i radioterapii, a także pracownią endoskopii i nowoczesnym skanerem PET-TK.

Szpital Uniwersytecki jest ośrodkiem referencyjnym. Ośrodki referencyjne Breast Cancer Unit specjalizują się w leczeniu raka piersi i skupiają w jednym miejscu doświadczonych specjalistów. Dzięki tak kompleksowej i interdyscyplinarnej opiece ośrodki referencyjne osiągają najlepsze wyniki leczenia. W maju 2015 roku w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie uruchomiono Uniwersyteckie Centrum Leczenia Chorób Piersi (*Breast Unit*) które oferuje szybką i kompleksową diagnostykę oraz wielokierunkowe, zintegrowane leczenie raka sutka. Małopolskie Centrum wzorowane jest na metodach stosowanych w ośrodkach amerykańskich i zachodnioeuropejskich, działających w oparciu o jednostki Breast Cancer Unit. Standard BCU obejmuje powstanie placówek, które zapewniają indywidualny proces leczenia onkologicznego oraz kompleksową diagnostykę. W Breast Cancer Unit zapewnienie koordynacji onkologicznej jest nieodłącznym warunkiem organizacji świadczeń.

Szpital Uniwersytecki w Krakowie zapewnia kompleksową opiekę medyczną, która jest skoordynowana na każdym etapie leczenia onkologicznego. Skoordynowany model opieki onkologicznej obejmuje wszystkich pacjentów.

Potrzebne wsparcie pacjentów

W 2015 roku do polskiego systemu ochrony zdrowia wprowadzono pakiet onkologiczny. Z definicji koordynator powinien koordynować, czyli nadzorować, proces diagnostyki i leczenia pacjenta chorego na raka. Pakiet onkologiczny wprowadził funkcję koordynatora, ale nie określił jego bezpośrednich zadań, kompetencji i umiejętności. Wskazano jedynie, że ma on towarzyszyć pacjentowi choremu na raka od momentu rozpoczęcia leczenia do jego zakończenia. W pakiecie onkologicznym koordynator przewidziany jest od momentu zebrania się konsylium, na którym ustalany jest plan leczenia. Koordynator opieki onkologicznej ma nadzorować prawidłowy przebieg procesu, który obejmuje przekazanie pacjenta na kolejne etapy leczenia – czy to we własnej placówce, czy w ośrodkach, gdzie chory został skierowany. Pakiet onkologiczny jest realizowany przez wielu świadczeniodawców i nie zawsze każdy z nich ma w swoich zasobach oddziały, gdzie może kompleksowo leczyć pacjenta. Nowotwory złośliwe stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów w Polsce, a przeżywalność pacjentów onkologicznych jest uzależniona przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu złośliwego w możliwie jak najwcześniejszym jego stadium. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe kształtuje się na poziomie 156,5 tys. rocznie, a około 94,1 tys. osób umiera z tego powodu.

Choroba nowotworowa wywołuje u człowieka zaburzenie równowagi wewnętrznej i zmniejsza możliwości przystosowania się do otaczającego środowiska zewnętrznego. Umiejętność przystosowania się do nowych, niełatwych sytuacji i warunków jest zależna od umiejętności „radzenia sobie” w sytuacjach stresowych. Jednym ze znaczących czynników modelujących ten długotrwały proces jest wsparcie społeczne. Wsparcie

udzielane pacjentowi powinno być wielokierunkowe: informacyjne, instrumentalne, rzeczowe oraz emocjonalne.

Choroba nowotworowa jest zaliczana do chorób przewlekłych i zagrażających życiu człowieka. Wywołuje zaburzenie równowagi wewnętrznej i zmniejsza możliwości przystosowania się do otaczających warunków, w tym również społecznych. Jej wpływ nie ogranicza się wyłącznie do poziomu molekularnego czy zachodzących procesów biochemicznych, lecz odnosi się również do sfery psychologicznej i socjologicznej. Zmiany na poziomie tkankowym, to jest powstanie nowotworu złośliwego, znajdują implikacje na poziomie osobowym, rodzinnym, a nawet na poziomie społeczności lokalnej (Pawlus-Czyż 2019a).

Skuteczne leczenie choroby nowotworowej zależy nie tylko od leczenia. Bardzo ważne jest umiejętne poruszanie się w systemie opieki zdrowotnej. W przypadku braku koordynacji leczenia proces diagnostyki onkologicznej może być opłakany w skutkach.

Koordinator leczenia onkologicznego

Do jego zadań należy udzielanie pacjentowi informacji o organizacji procesu leczenia (określonego przez konsylium) oraz jego koordynacja, w tym zapewnienie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem. Wspiera pacjenta informacyjnie, administracyjnie i organizacyjnie oraz pomaga mu komunikować się z lekarzami. Jego głównym zadaniem jest zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach procesu diagnostycznego i leczenia onkologicznego.

Koordinator to osoba koordynująca działania leczenia onkologicznego. Działania koordynatora zabezpieczają interes zdrowotny powierzonych jego opiece pacjentów przy wykorzystaniu wszystkich zasobów ochrony zdrowia, jak również innych sektorów. Przykładem może być pomoc społeczna.

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (Karta DiLO) to dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ma na celu ułatwienie pacjentowi z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą poruszanie się w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej – odgrywa rolę skierowania. Karta daje możliwość zapisu na odrębną listę oczekujących, dedykowaną pacjentom oczekującym na diagnostykę onkologiczną. Jest własnością pacjenta i dokumentuje cały proces jego diagnostyki oraz leczenia aż do rozpoczęcia momentu terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta.

W ramach pakietu onkologicznego powstała odrębna kategoria pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii.

Onkologiczna praca socjalna a koordynacja onkologiczna

Opieka skoncentrowana na osobie chorej – zasadniczy cel opieki onkologicznej – stanowi również fundamentalną zasadę organizującą praktykę pracy socjalnej w tym obszarze. Implikacja podejścia zorientowanego na osobę chorą jako ramy teoretycznej

onkologicznej pracy socjalnej oznacza, że w centrum uwagi znajduje się nie tylko trajektoria choroby wraz z procesem leczenia, lecz także szerokie spektrum złożonych konsekwencji choroby obejmujące sfery psychospołeczną, duchową, kulturową. Opieka skoncentrowana na osobie chorej zasadza się na założeniu, że priorytetem efektywnej pomocy jest rozpoznanie, jak choroba wpływa na relacje interpersonalne jednostki, zmiany w obrębie jej tożsamości, jaki jest jej wpływ na członków rodziny, funkcjonowanie w obszarze aktywności zawodowej, edukacyjnej. Oceną powinny zostać objęte problemy związane z sytuacją ekonomiczną, złożonymi trudnościami okresu u schyłku życia oraz doświadczenia przeżywania straty i żałoby (Zebrack, Jones, Smolinski, 2015:35). Aktywność pomocowa pracowników socjalnych obejmuje całe kontinuum choroby, a jej celem nadrzędnym jest troska o dobrostan jednostek, rodzin, opiekunów osób chorych i całych społeczności. Pracownicy socjalni profesjonalnie udzielający wsparcia w obszarze chorób onkologicznych, by dostarczać odpowiednich usług w całej trajektorii choroby, stają przed wymogiem stałego, wnikliwego monitorowania sposobu, w jaki choroba wywiera wpływ na poszczególne wymiary ludzkiego funkcjonowania (Zebrack, Jones, Smolinski 2015: 35). W ślad za tym podejmowane jest szerokie spektrum przedsięwzięć. Obejmują one poza diagnozą psychospołeczną interwencje ukierunkowane na zagadnienia kryzysu, działania związane z przystosowaniem do zmian spowodowanych chorobą, wsparcie w sytuacjach doświadczania straty oraz radzenie sobie z procesem żałoby. Pracownik socjalny może koordynować działanie naturalnych sieci wsparcia oraz pomoc ze strony społeczności lokalnej, może też ułatwiać dostęp do potrzebnych usług (Pawlus-Czyż, 2018). Doświadczenia osób konfrontowanych z chorobą są różne nie tylko ze względu na etap trajektorii chorowania. Determinowane są również wieloma innymi czynnikami, jak wiek osoby chorej w okresie okołodiagnostycznym, pochodzenie kulturowe, sytuacja socjoekonomiczna, jakość relacji interpersonalnych i sieć wsparcia. Podkreśla się kluczowe znaczenie umiejętności praktycznych, jakimi odznaczają się pracownicy socjalni w obszarze rozpoznawania tych czynników, które mogą wpływać na jakość życia osoby oraz istotnie kształtować podejmowanie decyzji w obszarze zdrowia (Otis-Green i in., 2015: 503–513).

Reasumując, bezpośrednie zadania pracowników socjalnych w niesieniu wsparcia osobom chorującym onkologicznie obejmują: (a) ocenę i monitoring psychospołecznego funkcjonowania chorych i ich bliskich; (b) pomoc w przystosowaniu do choroby; (c) emocjonalne wsparcie i poradnictwo; (d) planowanie usług; (e) rzecznictwo interesów (Zebrack, Jones, Smolinski 2015: 38). Podkreślenia wymaga również, że redukcja barier w dostępie do źródeł pomocy, w czym czynnie mogą uczestniczyć pracownicy socjalni, ma szczególne znaczenie w odniesieniu do osób dotkniętych różnymi formami wykluczenia (Otis-Green i in., 2015: 503–513). W ogólnym zarysie działań dotyczących sprawowania opieki nad osobami chorymi, jaki jest rekomendowany w zadaniach onkologicznych pracowników socjalnych, znajdują się: (1) towarzyszenie jednostkom i rodzinom w obliczu choroby onkologicznej w odzyskiwaniu, przywróceniu możliwości jak najbardziej satysfakcjonującego funkcjonowania w rolach społecznych: małżeńskich/partnerskich, rodzicielskich, w rolach zawodowych; (2) podejmowanie skutecznych

interwencji umożliwiających uporanie się z konsekwencjami kryzysu wywołanego chorobą i wzmacnianie zasobów tkwiących w relacjach interpersonalnych i w środowisku osoby chorej (Zebrack, Jones, Smolinski, 2015: 36). Onkologiczna praca socjalna opiera się na konwergencji dwóch odrębnych obszarów wiedzy. Są nimi: teoria i praktyka pracy socjalnej oraz wiedza o psychospołecznych aspektach chorób nowotworowych i procesu ich leczenia. W swojej pracy onkologiczni pracownicy socjalni odwołują się do wiedzy, metodologii i doświadczeń z obszaru pracy socjalnej oraz z zakresu wiedzy na temat chorób nowotworowych i procesu ich leczenia. Realizacja celów onkologicznej pracy socjalnej może odbywać się za pośrednictwem wykorzystywania w praktyce metod pracy socjalnej z osobą chorą i jej rodziną (*casework*) oraz za pośrednictwem metody pracy z grupą (*groupwork*). Zasadnicza różnica między obiema metodami leży w „szczególnej konstelacji wiedzy i procedur oraz sposobów, w jaki niektóre koncepcje naukowe są stosowane” (Northem 1976: 149–150). W obu przypadkach równie niezbędna jest wiedza na temat ludzkiego funkcjonowania czy teoria systemów. W pracy z indywidualnym przypadkiem wiedza ta będzie aplikowana w celu zrozumienia jednostki w jej sytuacji, natomiast w pracy z grupą służy zrozumieniu jednostki oraz struktury grupy i grupowego procesu, by bezpośrednio na ten proces oddziaływać (Pawlas-Czyż 2019a).

Wnioski

Warto zwrócić uwagę na potrzebę opieki koordynatora onkologicznego, a także na konieczność relokacji środków i zasobów w sektorze ochrony zdrowia z uwzględnieniem niedocenianego często znaczenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Obserwujemy niestety spory deficyt w zakresie działań w tym kierunku. Braki dotyczą z jednej strony społeczeństwa, które od najmłodszych lat powinno być edukowane w kierunku dbałości o własne zdrowie. Z drugiej zaś strony temat edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia stanowi często poboczny, trochę jakby niechciany, element działalności profesjonalistów medycznych.

Prognozy dotyczące zachorowań na nowotwory złośliwe są coraz bardziej dramatyczne. Dlatego bardzo istotne jest wzmocnienie działań prewencyjnych w tym zakresie. Może w walce o zdrowe społeczeństwo warto zastanowić się nad wykorzystaniem potencjału drzemącego właśnie w tej grupie zawodowej, którą tworzą koordynatorzy onkologiczni. Nie będzie to jednak możliwe bez zaplanowanych i uwzględniających długofalowe społeczno-demograficzne trendy działań.

Funkcja koordynatora onkologicznego istnieje w polskim systemie ochrony zdrowia od 2015 roku, czyli od czasu wprowadzenia pakietu onkologicznego. Co więcej, każda placówka, która realizuje pakiet, ma obowiązek utworzyć takie stanowisko. Do głównych zadań koordynatora należy między innymi nadzorowanie terapii na każdym jej etapie, kierowanie pacjenta do poszczególnych jednostek czy oddziałów i synchronizowanie współpracy między pacjentem a lekarzami różnych specjalizacji.

W skoordynowanej opiece onkologicznej niezbędna jest osoba, która łączy pacjenta z zespołem zajmującym się na co dzień diagnostyką i leczeniem nowotworów. Poprawia to komfort chorego, ale również pozwala zaoszczędzić cenny czas specjalistów i bardziej efektywnie wykorzystać dostępny sprzęt medyczny.

Koordinator musi być przede wszystkim wsparciem dla pacjenta, doskonale znać system opieki onkologicznej i sprawnie się w nim poruszać, mieć wysoko rozwinięte umiejętności interpersonalne oraz posiadać szeroką wiedzę, która pozwoli mu odpowiedzieć na specyficzne potrzeby pacjentów onkologicznych.

W okresie pandemii rola koordynatora onkologicznego jest nieoceniona. Obecnie naszym głównym celem jest zapewnienie ciągłości opieki pacjentom w trakcie terapii, a nowym pacjentom ułatwienie rozpoczęcia leczenia. W ramach sieci onkologicznej powstają sieci współpracy, najlepiej widać to na przykładzie koordynatorów, którzy współpracują z koordynatorami z innych szpitali i pomagają w „przyjmowaniu” pacjentów z zamykanych oddziałów onkologicznych.

Koordinatorzy są cenną grupą zawodową w polskim systemie opieki onkologicznej. Nie ma jednak jasno określonych zadań, systematycznych szkoleń i wsparcia. Aby sprostać tym potrzebom, powstało Ogólnopolskie Stowarzyszenie Koordynatorów Onkologicznych, którego celem jest zrzeszenie jak największej liczby koordynatorów, organizacja szkoleń, wymiana opinii, a także pozycjonowanie funkcji koordynatora w systemie opieki onkologicznej, czemu sprzyja zapowiadane wejście w życie Krajowej Sieci Onkologicznej. Koordynator będzie w niej odgrywał kluczową rolę w prowadzeniu pacjenta.

Bibliografia

- Bishop G.D. (2000). *Psychologia zdrowia (zintegrowany umysł i ciało)*, tłum. A. i L. Śliwa. Astrum, Wrocław.
- Medonet.pl (2019). *Nowotwory w liczbach. Coraz więcej chorych na raka*, 2019; <http://www.medonet.pl/zdrowie,nowotwory-w-liczbach--coraz-wiecej-chorych-na-raka,artykul,1724523.html> (dostęp: 12.08.2019).
- Opowieści o raku. Sztuka komunikacji w opiece onkologicznej*, (2009). Red. N. Dunn, tłum. E. Filipczuk, R. Stasińska-Soprych. Via Medica, Gdańsk.
- Otis-Green S., Jones B., Zebrack B., Arbor A., Kilburn L., Altilio T. (2015). *ExCEL in Social Work: Excellence in Cancer Education & Leadership An Oncology Social Work Response to the 2008 Institute of Medicine Report: Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. „Journal of Cancer Education”, 30(3): 503–513; doi:10.1007/s13187-014-0717-8.
- Pawlas-Czyż S. (2019a). *Działania interpersonalne w praktyce bezpośredniej na przykładzie onkologicznej pracy socjalnej*, w: *Praca socjalna. 30 wykładów*, red. K. Frysztacki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Pawlas-Czyż S. (2019b). *Praca socjalna na rzecz ludzi starszych chorych na nowotwory*, w: *Praca socjalna. 30 wykładów*, red. K. Frysztacki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Piwowar B., Świeca J. (2010). *Lobbing*. Wydawnictwo Poltext, Tychy.

- Samuelson W.F., Marks S.G. (1998). *Ekonomia menedżerska*, tłum. B. Czarny [i in.]. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Sobolewski M. (1962). *Reprezentacja w ustroju współczesnych demokracji burżuazyjnych*, Kraków.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135.
- Valentijn P., Schepman S.M., Opheij W. et al. (2013). *Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care*. „International Journal of Integrated Care” 13: e010.
- Zebrack B., Jones B., Smolinski K. (2015). *Oncology Social Work Interventions throughout the Continuum of Cancer Care*, w: *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care for People with Cancer*, red. G. Christ, C. Messner, L. Behar. Oxford University Press, New York.
- ZWROTNIKRAKA.PL (2019). *Breast Cancer Unit – interdyscyplinarne leczenie raka piersi*; <https://www.zwrotnikraka.pl/leczenie-raka-piersi-breast-cancer-unit/> (dostęp: 29.12.2021).