



# KOORDYNATORZY

**Kim są i jaką funkcję pełnią koordynatorzy pacjenta onkologicznego?**

**Wyniki badania ankietowego**

Fundacja Onkologia 2025  
Styczeń 2020

## Najważniejsze wyniki

- 52%** ankietowanych pełni funkcję koordynatora w pełnym wymiarze swojej pracy; dla pozostałych jest to zajęcie dodatkowe towarzyszące najczęściej pracy pielęgniarki lub pracownika administracji.
- 82%** koordynatorów uczestniczy w konsyliach.
- 97%** koordynatorów ma kontakt z pacjentem.
- 71%** udziela pacjentom praktycznych wskazówek dotyczących badań/leczenia.
- 51%** samodzielnie udziela wsparcia pozamedycznego pacjentowi.
- 49%** zdobyła wiedzę o obowiązkach koordynatora metodą prób i błędów.
- 37%** wskazuje nieprzyjazność i słabą funkcjonalność aplikacji do obsługi karty DiLO jako trudność, z którą mierzą się w pracy (najczęstsze wskazanie).

## Koordynator pacjenta onkologicznego

Funkcja koordynatora pacjenta onkologicznego pojawiła się formalnie w polskim systemie opieki wraz z pakietem onkologicznym. Koordynatora wyznacza się dla pacjenta po ustaleniu procesu terapeutycznego przez konsylium wielospecjalistyczne.

Zgodnie z oczekiwaniami NFZ do zadań koordynatora należy:

- obecność na posiedzeniach konsylium,
- koordynowanie planu leczenia pacjenta ustalonego przez konsylium,
- dbanie o kompletność dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta
- udzielanie pacjentowi informacji związanych z leczeniem onkologicznym,
- współpraca z personelem medycznym oraz pozostałymi komórkami organizacyjnymi w wyznaczonym zakresie.

## Badanie

Pakiet onkologiczny wszedł w życie na początku 2015 roku, a funkcja koordynatora to jedno z najważniejszych rozwiązań wprowadzonych przez tę reformę. Wydaje się, że przed reformą w ośrodkach opieki onkologicznej sporadycznie funkcjonowały odrębne stanowiska koordynatorów lub osoby, które miałyby wyznaczone zadania związane z prowadzeniem pacjenta przez proces leczenia i zapewnianiem przepływu informacji. Była to więc funkcja nowa w polskich warunkach, choć znana i sprawdzona w innych systemach opieki zdrowotnej.

Celem badania było sprawdzenie jak w praktyce, po 4 latach funkcjonowania pakietu, realizowana jest funkcja koordynatora pakietu onkologicznego. Jak osoby, które pełnią tę rolę opisują swoją pracę, przygotowanie do niej, najważniejsze wyzwania i problemy.

Badanie zrealizowane zostało w oparciu o ankietę przekazaną po uprzednim kontakcie telefonicznym do koordynatorów pracujących w ośrodkach prowadzących leczenie onkologiczne.

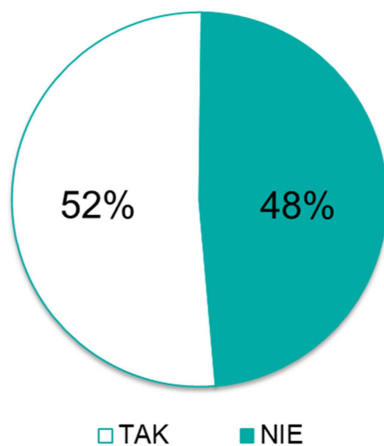
Zgodę na udział w badaniu wyraziło 135 koordynatorów. Finalnie odpowiedzi drogą mailową lub telefonicznie przekazało 95 osób z całej Polski. Ankieta zawierała pytania półotwarte pozwalające na uzupełnienia i szersze wypowiedzi.



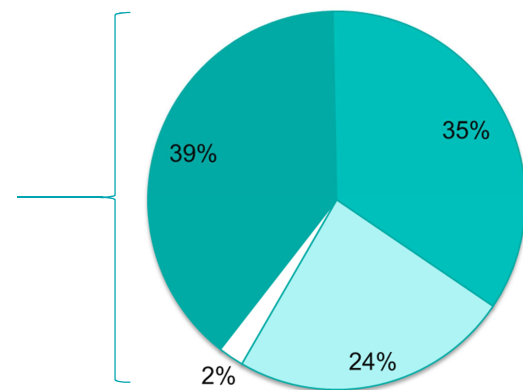
## Koordynator – kim jest i co robi?

Dla 52% ankietowanych funkcja koordynatora jest jednocześnie podstawowym stanowiskiem pracy, na które zostali celowo zatrudnieni. Pozostałe 48% łączy tę funkcję z innymi obowiązkami. Najczęściej pracą pielęgniarki, pracownika administracji lub sekretarki medycznej.

**Czy został/a Pan/i celowo zatrudniony/a na stanowisku Koordynatora Pakietu Onkologicznego?**



**Jestem zatrudniony/a na innym stanowisku a rolę Koordynatora pełnię w ramach dodatkowych obowiązków na stanowisku:**



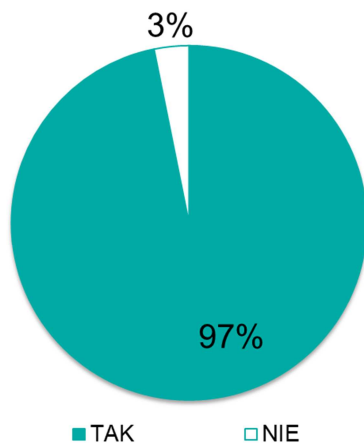
**Proszę wskazać, które z poniższych czynności Pan/i wykonuje:**

- 98%** Współpraca z personelem medycznym oraz pozostałymi komórkami organizacyjnymi szpitala.
- 95%** Dbanie o kompletność dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia pacjenta.
- 91%** Współpraca z działem Statystyki Medycznej/RUM w celu prawidłowego rozliczania świadczeń onkologicznych.
- 89%** Koordynowanie planu leczenia pacjenta ustalonego przez konsylium (ustalanie wizyt, badań, zawiadamianie pacjenta o terminach).
- 83%** Udzielanie pacjentowi informacji związanych z leczeniem onkologicznym.
- 82%** Obecność na posiedzeniach konsylium.
- 81%** Zakładanie kart DiLO.
- 77%** Odnotowanie przebiegu konsylium do dokumentacji elektronicznej szpitala.
- 77%** Odnotowanie decyzji konsylium i ewentualnie „rozpoczęcie leczenia” w elektronicznym systemie SZOI.
- 59%** Odsyłanie zamkniętych kart DiLO do lekarzy POZ wskazanych przez pacjentów.

## Wsparcie pacjenta

Niemal wszyscy koordynatorzy mają w swojej codziennej pracy bezpośredni kontakt z pacjentem. Pomoc, jakiej udzielają pacjentom, dotyczy przede wszystkim aspektów praktycznych i organizacyjnych – informacji o planowanych badaniach i terapii. Ponad połowa ankietowanych koordynatorów deklaruje również wspieranie pacjentów w innych pozamedycznych aspektach związanych z chorobą nowotworową.

### Czy ma Pan/i kontakt z pacjentem?

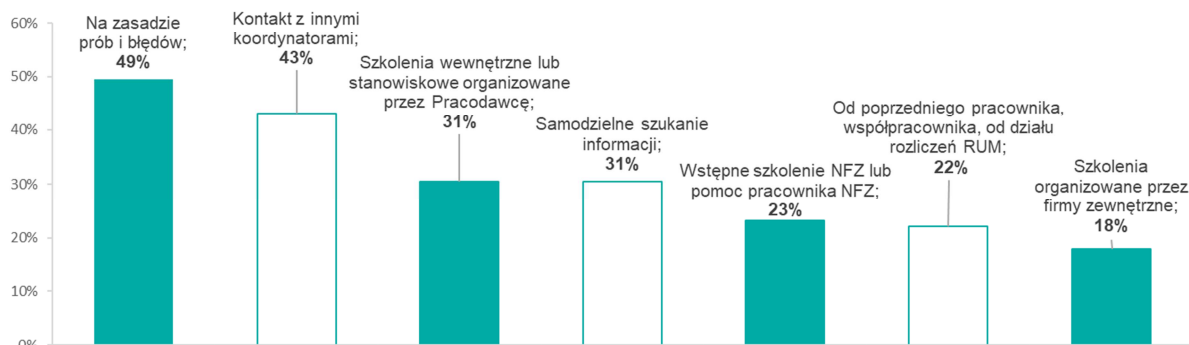


- 81% Informowanie o ustalonych terminach badań/leczenia
- 71% Udzielanie praktycznych wskazówek dotyczących badań/leczenia
- 62% Informowanie o istocie badań/leczenia
- 51% Informowanie o możliwości uzyskania wsparcia np. ze strony pracownika socjalnego
- 51% Samodzielne udzielanie wsparcia pozamedycznego pacjentowi

## Źródła wiedzy

Większość koordynatorów wiedzę na temat tego zawodu zdobywała na bieżąco, w toku realizacji zadań lub poprzez nieformalne kontakty z kolegami. Metodą „prób i błędów” oraz przez „kontakt z innymi koordynatorami” wskazywano najczęściej. Część posiłkowała się wiedzą zaczerpniętą od pracowników innych działów, głównie działu rozliczeń lub „odziedzyczyła” ją wraz z przekazaniem stanowiska przez poprzednika. 18% uczestniczyło w szkoleniach zewnętrznych organizowanych przez podmioty prywatne. 23% koordynatorów mogło liczyć na szkolenie lub pomoc pracownika NFZ, a co trzeci (31%) na szkolenie wewnętrzne organizowane przez pracodawcę.

### W jaki sposób zdobył/a Pan/i wiedzę w zakresie obowiązków Koordynatora Pakietu Onkologicznego?

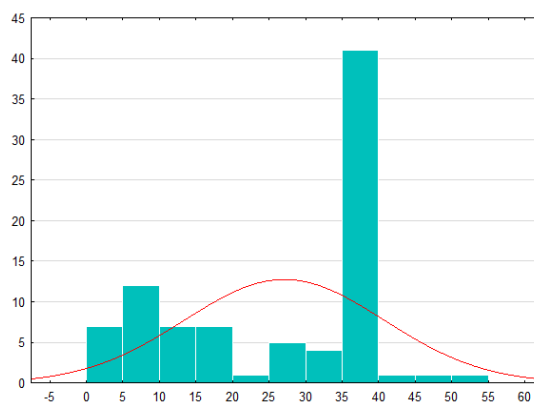


## Obciążenie pracą

Liczba godzin poświęcanych na obsługę karty DiLO, kontakty z pacjentami oraz udział w konsyliach zależy przede wszystkim od liczby pacjentów onkologicznych w danym ośrodku. W około połowie przypadków liczba godzin pracy koordynatora odpowiada pracy pełnoetatowej albo nawet ją przekracza. W komentarzach do pytania, koordynatorzy dodatkowo zwracali uwagę na nadgodziny oraz zacieranie się granicy między czasem zawodowym a prywatnym.

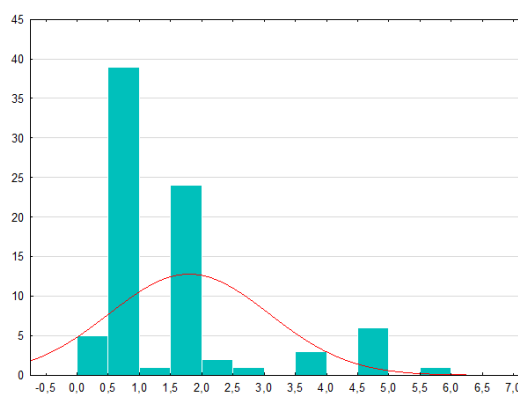
**Jakie jest Pana/i obciążenie pracą związaną z obsługą karty DiLO? Ile godzin tygodniowo poświęca Pani/Pan na wykonywanie obowiązków Koordynatora?**

Zakres: od 2 do 51 godzin  
Średnia: 26,4 godzin ( $\pm 13,9$ )  
Mediana: 35,9 godzin



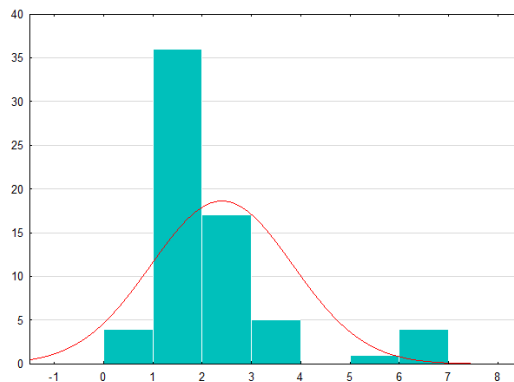
**Ile razy w tygodniu odbywa się posiedzenie konsylium, w którym Pan/i uczestniczy?**

Zakres: od 1 raz na 2 tygodnie do 6 razy na tydzień  
Średnia: 2 razy na tydzień  
Mediana 1 raz na tydzień



### Ile czasu trwa konsylium?

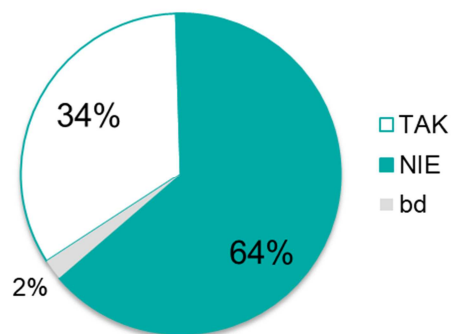
Zakres: od 0,5 do 7 godzin  
Średnia: 2,4 godziny ( $\pm 1,4h$ )  
Mediana: 2 godziny



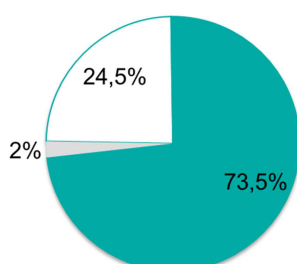
### Premia finansowa

Jedynie 34% ankietowanych otrzymuje dodatek do wynagrodzenia za wykonywanie obowiązków koordynatora. Przy czym w grupie osób zatrudnionych na stanowisku koordynatora 24% (12 na 49 w grupie badanych) zadeklarowało, że otrzymuje taki dodatek. Natomiast w grupie osób pełniących obowiązki koordynatora w ramach dodatkowych zadań premię otrzymuje 43% ankietowanych (20 na 46 w grupie badanych). 2 osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie.

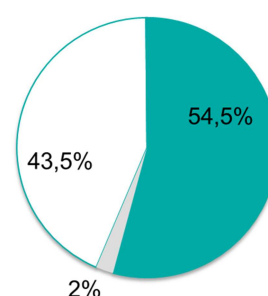
#### Czy otrzymuje Pan/i jakiś dodatek do wynagrodzenia za wykonywanie obowiązków Koordynatora np. w formie premii?



#### W grupie zatrudnionych na stanowisku koordynatora:



#### W grupie wykonujących obowiązki koordynatora w ramach dodatkowych zadań:



## Wyzwania i trudności

W odpowiedzi na otwarte pytanie „**Z jakimi trudnościami spotkał/a się Pan/i w czasie wykonywania pracy? Co jest Pana/i zdaniem najbardziej uciążliwe/trudne?**” zdecydowana większość odpowiedzi koncentrowała się na licznych problemach związanych z administrowaniem karty DiLO. Od terminowości i przestrzegania zasad dotyczących karty DiLO zależy wprost rozliczenie świadczeń diagnostycznych i leczniczych pacjenta.

### 37% - aplikacja DiLO

Aż 37% ankietowanych spontanicznie zwróciło uwagę na brak elastyczności aplikacji AP-DILO. W licznych komentarzach pojawiły się uwagi dotyczące aspektów technicznych: wolno działających systemów informatycznych, częstych przerw serwisowych. Często pisano o braku kompatybilności i połączeń między różnymi systemami i związanym z tym dublowaniem pracy. Wiele uwag dotyczyło niezwykle uciążliwej i nieprzyjaznej dla użytkownika konstrukcji aplikacji (np. braku możliwości korekty błędu bez anulowania karty).

### 33% - brak możliwości śledzenia ścieżki pacjenta

Najczęściej wskazywanym jednostkowym błędem jest brak podglądu wystawionej już karty DiLO. O tym, że pacjent ma założoną kartę można dowiedzieć się dopiero przy próbie ponownego jej założenia. Brak jest przy tym jakichkolwiek informacji dodatkowych pomagających w ustaleniu, gdzie i z kim należy się kontaktować w przypadku problemów z kontynuacją procesu. Koordynator prowadzi „śledztwo”: w oparciu o rozmowę z pacjentem, jego dokumentację medyczną, własne kontakty i praktykę nawiązuje kontakt z osobami odpowiedzialnymi za obsługę DiLO w innych ośrodkach i negocjuje rozwiązanie problemu. Jest to uciążliwe i czasochłonne.

### Administrowanie karty DiLO między podmiotami

W związku z koniecznością wyjaśniania aktualnego statusu pacjenta, osobną sekcję stanowią komentarze dotyczące: trudnych relacji z POZ (**14%**) i innymi ośrodkami (**26%**), „szukaniem” założonych w innych ośrodkach, ale niezidentyfikowanych kart (**16%**), błędów związanych z prowadzeniem DiLO popełnionych na wcześniejszych etapach (**11%**), różną interpretacją przepisów (**6%**). Źródłem tych problemów jest z jednej strony: sztywność wymogów, ogólna nieprzejrzystość i niezrozumiałość zasad, z drugiej – brak technicznego wsparcia.

Do pewnego momentu wsparcia koordynatorom udzielały oddziały NFZ. Jednak, jak deklarują ankietowani, po wejściu w życie RODO oddziały NFZ przyjęły interpretację, która wykluczyła udzielenie koordynatorom informacji o wcześniejszym przebiegu ścieżki pacjenta. Pacjenci coraz częściej też nie mają ze sobą papierowej wersji karty albo nawet nie wiedzą, gdzie i przez kogo została ona założona.



### **37% - ograniczenia systemowe**

Osobną kwestią są formalne zasady obowiązujące w pakiecie onkologicznym i związane z tym uciążliwości np. brak możliwości rozliczenia badań uzupełniających po zamknięciu etapu diagnostyki. Zdarza się, że dopiero podczas konsylium ujawnia się potrzeba wykonania lub powtórzenia badań, bez których specjaliści nie mogą podjąć decyzji o leczeniu. Do takiej sytuacji dochodzi najczęściej, jeśli pacjent pojawia się w ośrodku już z wykonaną diagnozą i zamkniętym etapem w innej placówce. Ten problem został wskazany przez wielu koordynatorów. Zdarza się, że koordynator, który często przygotowuje dokumentację na konsylium, spotyka się z krytyką za tego rodzaju braki.

### **26% - relacje wewnętrzne**

Na problemy w kontaktach wewnętrznych, w tym w szczególności z lekarzami z tego samego ośrodka, wskazało aż 26% ankietowanych. Wymogi pakietu onkologicznego są sztywne i nieintuicyjne, nie zawsze zrozumiałe dla otoczenia. Koordynatorzy spotykają się z niezrozumieniem. W ankietach piszą o: trudnościach w komunikacji, małym zaangażowaniu i niechęci innych pracowników do pracy z DiLO, lekceważeniem zasad, konieczności „biegania za lekarzami” i wynikających z takiego podejścia problemach, na przykład z dotrzymywaniem terminów.

### **22% - inne**

Wśród problemów innego rodzaju koordynatorzy wskazywali: rosnącą liczbę pacjentów, nadmiar pracy narzucanej jako zadania dodatkowe, presję czasu, coraz większą ilość danych do monitorowania oceny diagnostyki i leczenia onkologicznego, niedostateczne szkolenia.

### **7% - spełnienie kryteriów DiLO i wymogów standardu klinicznego**

Największe wyzwanie związane z wypełnieniem wymogów dotyczy: dotrzymania terminów badań, wyznaczenia szybkiego terminu badania i opisu badania. Problem stanowi też często skompletowanie badań diagnostycznych na konsylium.

### **8% - brak problemów**

Taki odsetek ankietowanych zadeklarował, że nie napotyka na poważne problemy w swojej pracy.

## Wybrane cytaty z ankiet:

### Praca:

„Praca Koordynatora, to nie tylko praca z kartą DiLO, ale przede wszystkim z pacjentem i całym zespołem terapeutycznym. Trudno powiedzieć ile godzin tygodniowo zabiera mi praca z DiLO, na pewno za dużo. Za dużo jest zamieszania z kartami i to zarówno w mojej pracy, jak i w oddziałach szpitalnych, na Izbach Przyjęć [...] Wolałabym spożytkować ten czas na pracę z pacjentem”

„Pracę bardzo często zabieram do domu”, „W przypadku większej liczby pacjentów zostaję po godzinach”, „Codzienne nadgodziny i telefony od pacjentów o różnych porach dnia”, „Czasami zostaję dłużej z pacjentem - częste rozmowy”

„Uzupełnianie dokumentacji, ustalanie wizyt trwa prawie cały dzień”

„Czas konsylium zależy od liczby pacjentów i od poziomu skomplikowania”, „[...] szczegółowa analiza każdego przypadku. W razie potrzeby dodatkowy kontakt telefoniczny z konsultantami”

„W ośrodku nie ma miejsca na intymną rozmowę z pacjentem”

„Jestem jedyną osobą w szpitalu pełniącą funkcję koordynatora. Brak jest osoby zastępującej”

„Pełny wymiar godzinowy (37,5 h tygodniowo) poświęcam na pracę z kartą DiLO”

„Zablokowane etapy kart to jeden z najbardziej uciążliwych problemów. Dodzwonienie się do NFZ w celu uzyskania informacji gdzie i na jakim etapie została otwarta karta bądź etap graniczny często z cudem.”

### Wiedza:

„Dwutygodniowe przygotowania pod okiem poprzedniej koordynator. To minimum wiedzy pozwoliło jedynie ogarnąć czynności związane z przygotowaniem konsyliów. Przeszkolenie w żaden sposób nie przygotowało mnie na rozwiązanie sytuacji trudnych i problemowych. Samodzielnie – metodą prób i błędów wdrażałam się w zadania koordynatora, których właściwie tak dokładnie nigdy nie określono. Nie miałam okazji uczestniczyć w profesjonalnym szkoleniu dla koordynatorów”

„[...] kontaktowałam się z innymi koordynatorami, którzy byli mniej więcej tak samo zorientowani jak ja. Na stronie NFZ był numer telefonu, pod który rzekomo można było kierować pytania, ale nigdy nie mogłam się tam dodzwonić”

„Wiedza nawet przekazana od poprzednich koordynatorów nie pozwoliła na rozwiązywanie trudnych sytuacji problemowych oraz informacji odnośnie rozliczeń pakietu onkologicznego”

„Przekazana czysta teoria, która nie miała bezpośredniego przełożenia na praktykę, dostosowanie do logistyki szpitala itd.”

„Była możliwość wysłania na szkolenie, ale odmowa – za drogo...”

„Mało, późno – szkolenie NFZ po 4 miesiącach pracy...”

„Nie było sytuacji, z którą bym sobie nie poradziła”

## Podsumowanie badania i komentarz

Najważniejsze wnioski z badania:

1. Większość koordynatorów wychodzi poza rolę administratora karty DiLO i realnie stara się wspierać pacjenta jako jego przewodnik po systemie i opiekun w chorobie.
2. Jednocześnie problemy, z którymi mierzą się koordynatorzy, w większym stopniu generuje sam system – wyzwania organizacyjne, kliniczne i społeczne związane z chorobą nowotworową stanowią mniejsze obciążenie. Niedoskonałości w obszarze przepisów i rozwiązań oraz wynikająca z nich nadmierna praca administracyjna zajmuje czas i rodzi zrozumiałą frustrację – koordynatorzy woleliby ten czas poświęcić potrzebom pacjenta.
3. Brak jest wsparcia dla koordynatorów w obszarze: wiedzy, podnoszenia kompetencji, narzędzi, elementarnej pomocy w rozwiązywaniu bieżących problemów.

Czteroletnie doświadczenie z obecnością koordynatorów w polskim systemie opieki onkologicznej pokazało, jak wielki potencjał wiąże się z tą funkcją. Koordynatorzy są nową, niezwykle cenną grupą zawodową w polskim systemie, która łączy różne, bardzo potrzebne kompetencje. Ankietowani przez nas koordynatorzy pełnią rolę opiekunów pacjenta i chcą tej części swojej pracy poświęcić więcej uwagi. Potencjalne korzyści z ich pracy są ogromne i odnoszą się wprost do największych bolączek polskiego systemu ochrony zdrowia.

Jednocześnie z odpowiedzi na ankietę dotyczącą codziennej pracy koordynatorów wyłania się obraz sztywnych reguł, dużej odpowiedzialności za ich przestrzeganie, nieprzyjaznego, źle przygotowanego narzędzia (aplikacja). A także brak zrozumienia ze strony otoczenia, z którym koordynatorzy nieustannie „negocjują” wykonanie czynności, od których zależy dotrzymanie czasu i prawidłowe rozliczenie świadczeń.

Potrzebne są zmiany, które wesprą koordynatorów i pozwolą lepiej wykorzystać ich potencjał:

### 1. Obsługa karty DiLO

W przepisach ustawy, która powołała do życia funkcję koordynatora nacisk położony jest na koordynację rozumianą jako współpracę między podmiotami i przepływ informacji. Jest pewnym paradoksem, że wykonanie akurat tego zadania system uczynił szalenie trudnym i skomplikowanym niemal na każdym kroku. Niedostatki i niedoróbki techniczne pokrywa codzienna mrówcza praca koordynatorów, sekretarek medycznych, lekarzy i działów rozliczeń.

**Proponujemy, by podstawowa i najbardziej logiczna z punktu widzenia koordynacji ścieżki pacjenta funkcjonalność, jaką jest wgląd w kartę DiLO, została wprowadzona niezwłocznie. Pracownicy ośrodka, do którego zgłasza się pacjent powinni móc zweryfikować w oparciu o numer PESEL, czy pacjent posiada kartę DiLO oraz mieć podgląd karty i możliwość łatwego dotarcia do osoby, która zajmowała się jej administrowaniem na wcześniejszych etapach. Nie ma żadnego uzasadnienia utrzymywanie tej niedogodności, która skrajnie utrudnia pracę koordynatorów.**

Aplikacja do obsługi kart DiLO przygotowana została w pośpiechu wynikającym z trybu uchwalania i wprowadzania w życie pakietu onkologicznego. Na opracowanie narzędzia, z którego mieli korzystać wszyscy lekarze POZ, specjaliści i ośrodki prowadzące opiekę

onkologiczną poświęcono kilka miesięcy. Od początku sprawiała ona problemy. Założenie karty wymagało dużo czasu, było skomplikowane, a od lekarzy wymagano wprowadzania po raz kolejny informacji zawartych w historii choroby. Karta DiLO została wraz z nowelizacją pakietu z 2017 roku skrócona. Zmieniła się część wymogów. Po 4 latach funkcjonowania również aplikacja do obsługi karty powinna zostać poddana gruntownej ocenie i zmianom.

## 2. Kształcenie

Przygotowana z inicjatywy społecznej „Strategia walki z rakiem w Polsce na lata 2014-25” zwraca uwagę na potrzebę opracowania koncepcji kształcenia koordynatorów opieki onkologicznej i ich szczególną rolę w systemie. „[...] **koordynatorzy powinni posiadać kompetencje w zakresie podstawowej wiedzy medycznej, pomocy prawnej, administracyjnej, psychologicznej i socjalnej, należy objąć szkoleniem uzupełniającym średni personel medyczny, a na wydziałach medycznych wyższych uczelni, w szczególności na kierunkach zdrowia publicznego, utworzyć programy przygotowujące do pełnienia funkcji koordynatora leczenia onkologicznego.**” W Narodowej Strategii Onkologicznej, której projekt przedstawiono w grudniu 2019 roku wskazano koordynatorów jako jeden z zawodów wymagających wsparcia edukacyjnego: **„Do 2023 r. opracujemy program kształcenia podyplomowego dla psychoonkologów, koordynatorów opieki onkologicznej, specjalistów fizyki medycznej, techników elektroradiologii oraz rozpoczniemy kształcenie w formie studiów podyplomowych ww. specjalistów.”**

Dostępne obecnie szkolenia dotyczą głównie aspektów formalnych, technicznych i rozliczeniowych, a i tak dostęp do nich ma tylko część koordynatorów. Szkolenia nie odpowiadają realnie pełnionej przez koordynatorów funkcji. Wydaje się, że wszelkie narzędzia, bazy wiedzy, szkolenia, warsztaty są tej grupie bardzo potrzebne.

Osobną kwestią stanowi bieżące wsparcie ze strony NFZ, szczególnie dla osób wdrażających się w pracę koordynatora. Z odpowiedzi na ankiety wynika, że część oddziałów regionalnych funduszu podjęło inicjatywę w tym kierunku. Tego rodzaju pomoc jest doceniana i potrzebna.

## 3. Upodmiotowienie – koordynator jako równorzędny członek zespołu

Czasem można odnieść wrażenie, że koordynatorzy są jedynymi, którzy rozumieją zawiłości pakietu onkologicznego, a szpitale i system z ulgą zrzuciły na nich brzemie dopilnowania, by jego realizacja przebiegała zgodnie z wymogami i pozwalała na rozliczenie świadczeń. Mimo to praca koordynatorów nie spotyka się obecnie z większym zrozumieniem. W hierarchicznej strukturze szpitalnej koordynatorzy znaleźli się pomiędzy lekarzami, administracją a pacjentami oraz innymi ośrodkami. Obecnie tę trudną rolę pełnią w dużej mierze na rzecz wypełnienia wymogów karty DiLO, które nie zawsze są zbieżne z realnymi potrzebami pacjenta. Tymczasem w pierwotnej koncepcji tego stanowiska koordynator miał służyć pacjentowi, a nie instytucjom. Zakładamy, że ułatwienia w codziennej pracy oraz wzmocnienie systemu kształcenia dla koordynatorów doprowadzą do większego upodmiotowienia tego zawodu.

Pakiet onkologiczny, dzięki wprowadzeniu obowiązkowych konsyliów wielospecjalistycznych, przyczynia się do stopniowego upowszechniania współpracy między specjalistami. Mamy nadzieję, że również doświadczenie bliskiej współpracy z koordynatorami, którzy będą coraz lepiej, pewniej i bliżej pacjenta wykonywać swoją pracę, pozwoli ją docenić i dostrzec korzyści z nią związane.

**Dziękujemy wszystkim koordynatorom, którzy w swojej codziennej pracy wspierają polskich pacjentów onkologicznych.**

**Szczególne podziękowania kierujemy do uczestników badania, którzy zgodzili się poświęcić na ankietę swój czas.**

**Badanie zostało przeprowadzone przez dr Karolinę Osowiecką przy wsparciu zespołu Fundacji Onkologia 2025. Projekt zrealizowano w ramach celów statutowych Fundacji.**

**Konsultacja naukowa: prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki i dr n. med. Monika Rucińska**

**Opracowanie wyników i raportu z badania:  
dr Karolina Osowiecka  
Anna Andrzejczak**

Autorzy badania będą wdzięczni za wszelkie uwagi lub przemyślenia dotyczące badania.

Kontakt i więcej informacji:  
Fundacja Onkologia 2025  
Anna Andrzejczak  
[anna.andrzejczak@onkologia2025.pl](mailto:anna.andrzejczak@onkologia2025.pl)  
+48 608 68 10 78

