

Założone i rzeczywiste funkcje koordynatora leczenia onkologicznego w polskim systemie ochrony zdrowia

Established and actual functions of the coordinator of oncological treatment in the Polish health care system

Aleksandra Kita

Instytut Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski

Psychoonkologia 2018, 22 (3): 107–112
DOI: <https://doi.org/10.5114/psn.2018.87897>

Adres do korespondencji:

Aleksandra Kita
Instytut Socjologii
Uniwersytet Zielonogórski
e-mail: ola206@wp.pl

Streszczenie

Brak koordynacji działań różnych instytucji w systemie opieki zdrowotnej jest jednym z najczęstszych problemów pacjentów chorujących na nowotwory złośliwe. W 2015 r. do systemu ochrony zdrowia wraz z pakietem onkologicznym została wprowadzona funkcja koordynatora leczenia onkologicznego. Mimo upływu kilku lat sytuacja koordynatorów nadal nie jest jasno określona, a szpitale nie wypracowały jednolitego modelu tego stanowiska. Celem artykułu jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, jakie są zadania koordynatora leczenia onkologicznego. Obserwacje pokazują, że nie ma w tej kwestii konsensusu. Autorka wskazuje na ważną, wzrastającą rolę koordynatora leczenia onkologicznego oraz dostrzega potencjał tej nowej w polskim systemie ochrony zdrowia funkcji. Ponadto podkreśla, że choć koordynatorzy w swojej pracy pomagają przede wszystkim pacjentom, to odciążają także lekarzy i inny personel uczestniczący w procesie leczenia onkologicznego. Profesjonalni, dobrze przygotowani do wykonywania swoich zadań koordynatorzy mogą mieć realny wpływ na zatrzymanie pacjentów w placówce. Celem artykułu jest również wywołanie dyskursu na temat możliwości ewaluacji i zastosowania tej funkcji, a także dostępu do zawodu koordynatora.

Abstract

One of the problems most often experienced by cancer patients is the lack of coordination of activities of institutions in the health care system. In 2015, coordinators of oncological treatment were introduced into the health care system along with the oncological package. Despite the passage of several years, the situation of the coordinators is still not entirely clear, as hospitals have not developed a uniform model of this position. The aim of the article is an attempt to find an answer to the question: what are the tasks of an oncological treatment coordinator? Observations show that there is no consensus on this issue. The author points to the important, growing role of the coordinator of oncological treatment and recognizes the potential of this new function in the Polish health care system. Moreover, emphasizes that although the coordinators help patients in their work, they also relieve doctors and other personnel participating in the process of planning and oncological treatment. Professional, well-prepared coordinators may have a real impact on the retention of patients in the institution where they are employed. The aim of the article is also to stimulate a discourse on the possibility of evaluation and application of this function, including gaining access to the profession of coordinator.

Słowa kluczowe: koordynator, pakiet onkologiczny, szybka terapia onkologiczna, opieka koordynowana.

Key words: coordinator, oncology package, fast oncological therapy, coordination care.

Wstęp

W 2014 r. firma Profile Poznań na zlecenie AXA Życie i Fundacji Społecznej „Ludzie dla ludzi” przeprowadziła badanie socjologiczne „Choroba nowotworowa – doświadczenia pacjentów” [1]. Uczestniczyło w nim 125 pacjentów onkologicznych leczonych w 15 ośrodkach na terenie całego kraju. Wyniki badania podsumowano następująco: „Pomyślne leczenie raka w Polsce mniej zależy od zdobyczy medycznych, a bardziej od szczęścia i umiejętności poruszania się w skomplikowanym systemie. Na początku wiele też zależy od znajomości i pieniędzy” [2].

Taki wniosek wskazuje, że osoby chorujące na nowotwory złośliwe nie radzą sobie z funkcjonowaniem w instytucjach ochrony zdrowia, a jednym z najczęstszych problemów jest brak koordynacji opieki zdrowotnej. O ile sytuacja pacjentów nieonkologicznych może być trudna, o tyle w przypadku pacjentów z chorobą nowotworową brak koordynacji procesu diagnostyki i leczenia może być dramatyczny w skutkach, gdyż o rokowaniu decyduje głównie stopień zaawansowania choroby w chwili jej zdiagnozowania i rozpoczęcia leczenia. W polskim systemie ochrony zdrowia do 2015 r. nie utworzono stanowiska pracy, z którym wiązałyby się odpowiedzialność za koordynację leczenia oraz eliminację znamion przypadkowości w procesie terapeutycznym. W styczniu 2015 r. ówczesny minister zdrowia Bartosz Arłukowicz wprowadził do polskiego lecznictwa tzw. pakiet onkologiczny. Najbardziej wyrazistymi zmianami z punktu widzenia pacjenta były: określony przepisami czas na badania diagnostyczne, dostęp do konsylium onkologicznego oraz opieka koordynatora. Zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia, ukierunkowane na pacjenta zmiany przysporzyły jednak wiele trudności, przede wszystkim świadczeniodawcom [3]. Kontrowersje budziły m.in. zasady finansowania umów związanych z realizacją pakietu czy wycena ryczałtów. Problemem były również nie w pełni funkcjonalne rozwiązania informatyczne. W początkowej fazie działania pakietu przedmiotem dyskusji była konieczność przeprowadzania konsylium oraz zapewnienia opieki koordynatora. Spory wokół konsylium dotyczyły głównie tego, że świadczeniodawcy musieli zapewnić w nim udział lekarzy czterech specjalności, co stanowiło olbrzymią trudność, zwłaszcza dla małych ośrodków. W 2017 r. zrezygnowano

z obowiązkowego uczestnictwa w konsylium lekarza radiologa oraz zmieniono skład konsylium wymaganego dla pacjentów z nowotworami krwi i układu chłonnego, co poprawiło sytuację w tym zakresie. Przedmiotem artykułu nie jest ocena pakietu onkologicznego, warto jednak wspomnieć o kontrowersjach towarzyszących najpierw procesowi legislacyjnemu, a później wdrożeniu pakietu przez nieprzygotowane do tego szpitale i innych świadczeniodawców. Wszyscy uczestnicy tego procesu, łącznie z pacjentami, zetknęli się z nową, złożoną rzeczywistością, której elementem był także koordynator.

Zgodnie z intencją Ministerstwa Zdrowia głównym zadaniem osób pełniących tę funkcję jest zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach terapii, tak aby leczenie było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Ponadto koordynator ma następujące zadania: koordynuje plan leczenia pacjenta ustalony przez konsylium, dba o kompletność dokumentacji związanej z diagnostyką i leczeniem pacjenta, udziela pacjentowi wszystkich niezbędnych informacji [4]. Mimo upływu kilku lat od wprowadzenia pakietu onkologicznego sytuacja koordynatorów nie jest jasno określona, a szpitale nie wypracowały jednolitego modelu tego stanowiska.

Cel pracy

Celem artykułu jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, czym powinien się zajmować koordynator (zwany koordynatorem leczenia onkologicznego). Autorka zauważa istotne różnice w zakresach obowiązków zawodowych koordynatorów.

Material i metodyka

Przeprowadzono analizę porównawczą zadań koordynatorów w czterech lubuskich szpitalach realizujących szybką terapię onkologiczną. Ponadto autorka wskazuje na ważną i wzrastającą rolę koordynatora leczenia onkologicznego oraz zauważa potencjał tej nowej w polskim systemie ochrony zdrowia funkcji.

Znaczenie pojęcia koordynator

W celu zrozumienia i właściwej interpretacji pojęcia „koordynator” warto sięgnąć po jego definicję oraz porównać ją z zamysłem ustawodawcy.

Zgodnie z definicją koordynator to osoba koordynująca jakieś działania, administrator, menedżer, dysponent [5]. Określenia te są zgodne z intencją Ministerstwa Zdrowia, które wyjaśnia, że koordynator to nowa funkcja w polskim systemie ochrony zdrowia, a osoba ta odpowiada za koordynację leczenia onkologicznego.

Stanowisko koordynatora można rozpatrywać w odniesieniu do ról lub cech. Koordynatorzy powinni wykazywać się ponadprzeciętnym zaangażowaniem w pracę, odpowiedzialnością, znajomością licznych i ulegających ciągłym zmianom przepisów oraz orientacją w wielu zagadnieniach związanych z ochroną zdrowia. Ponadto osoby pełniące tę funkcję powinny cechować się wysoką kulturą osobistą, empatią, ale jednocześnie asertywnością, umiejętnością rozwiązywania konfliktów i radzenia sobie ze stresem. W stworzeniu modelowego profilu koordynatora może pomóc teoria ról w zespole. Jedną z trzech grup ról zaproponowanych przez Mereditha Belbina są role zorientowane na ludzi. Do grupy tej należą: koordynator, łącznik, dusza zespołu. Każdą z ról charakteryzują inne cechy osobowościowe, predyspozycje i słabości [6]. Zgodnie z tą teorią koordynator umie kierować i wykorzystywać zasoby ludzkie, porządkuje cele i nadaje im priorytety, potrafi przy tym słuchać uwag, a dostarczone informacje wykorzystuje głównie do motywowania innych. Przez niektórych może być postrzegany także jako zręczny manipulator [7]. Teorie uwzględniające podziały według typu zachowania określają koordynatora jako osobę, która czuwa nad procesem pracy, wyznacza cele i priorytety oraz rozdziela zadania pomiędzy współpracowników [8].

Wydaje się, że twórcom pakietu onkologicznego bliskie były założenia koncepcji opieki zintegro-

wanej. Według Igi Rudawskiej zintegrowana opieka zdrowotna to „spójny i skoordynowany zbiór usług, które są zaplanowane, zarządzane i dostarczane indywidualnym beneficjentom usług poprzez wachlarz organizacji i za pomocą zespołu współpracujących ze sobą profesjonalistów medycznych i nieformalnych dostawców opieki (opiekunów)” [9]. Koordynatora można zatem traktować jako swoistego menedżera, którego działania zabezpieczają interes zdrowotny powierzonych jego opiece pacjentów przy wykorzystaniu zasobów ochrony zdrowia i innych sektorów, np. pomocy społecznej.

Rola koordynatora w polskich szpitalach

W polskim systemie nie ma wzorcowego modelu, na którym można by oprzeć ewentualne schematy działalności koordynatorów, dlatego szpitale wypracowywały własne zasady i przypisały koordynatorom odmienne, często bardzo różne role. Potwierdzają to wnioski ze spotkania koordynatorów leczenia onkologicznego z województwa lubuskiego, które odbyło się pół roku po wejściu w życie pakietu onkologicznego. W spotkaniu wzięło udział ośmiu koordynatorów z czterech lubuskich szpitali, czyli ze wszystkich, które w tym województwie realizują tzw. szybką terapię onkologiczną. Wymiana informacji i doświadczeń zawodowych ujawniła rozbieżności w charakterze pracy i przypisanych koordynatorom czynnościach (tab. 1).

Spośród czynności omówionych przez koordynatorów wybrano te, które uczestnicy spotkania wskazali jako najbardziej istotne w ich pracy. Porównanie zakresu zadań powierzonych koordynatorom sugeruje duże rozbieżności. Koordynatorzy

Tabela 1. Rozbieżności w charakterze realizowanych zadań

Czynność/zadanie	Realizator zadania w szpitalu nr 1	Realizator zadania w szpitalu nr 2	Realizator zadania w szpitalu nr 3	Realizator zadania w szpitalu nr 4
wystawianie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (korzystając z logina lekarza)	koordynator	lekarz	lekarz lub koordynator	lekarz
rozliczanie świadczeń zrealizowanych w ramach diagnostyki (wstępnej i pogłębionej)	koordynator	koordynator	koordynator	oddział lub poradnia realizująca dane świadczenie we współpracy z działem rozliczeń
organizacja konsylium	koordynator	koordynator	koordynator	koordynator
rozpoczęcie działań związanych z realizacją planu leczenia	lekarz	lekarz	koordynator	koordynator
bieżąca koordynacja procesu leczenia	brak	lekarz	brak	koordynator
przekazywanie kart diagnostyki i leczenia do lekarzy POZ	brak	brak	brak	koordynator

z dwóch szpitali przyznali, że na prośbę lub polecenie lekarzy wystawiali karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Koordynatorzy z trzech szpitali zajmowali się rozliczaniem świadczeń zrealizowanych w ramach diagnostyki wstępnej i pogłębionej. Wszyscy koordynatorzy od samego początku działania pakietu onkologicznego zajmowali się organizacją konsyliów. Koordynatorzy z dwóch ośrodków inicjowali realizację planu leczenia. Tylko w jednym ośrodku koordynatorzy zajmowali się bieżącą, stałą koordynacją planu leczenia oraz przekazywaniem kart diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Analiza ujawniła, że jeśli koordynatorzy zajmowali się realizacją zadań z początkowej fazy szybkiej terapii onkologicznej, to nie brali już udziału w koordynacji planu leczenia. Odwrotnie było w przypadku koordynatorów, którzy zadeklarowali rzeczywisty udział w organizacji procesu leczenia polegający na jego systemowej koordynacji. Wówczas nie realizowali oni zadań związanych np. z wystawianiem kart diagnostyki i leczenia onkologicznego, do czego uprawnieni są tylko lekarze.

Jak podawali uczestnicy spotkania, w odmienny sposób rozwiązano także kwestie ich podległości służbowej. Tylko w jednym z czterech szpitali utworzono samodzielne stanowisko koordynatora leczenia onkologicznego.

Dyskusja

Można wnioskować, że zmiany w podejściu do organizacji procesu leczenia onkologicznego w Polsce były efektem analiz dokonanych przez grupy eksperckie. Na ich podstawie uznano, że leczenie pacjentów onkologicznych powinno być zaplanowane i skoordynowane. Odwołując się do wprowadzonych zmian, należy zaznaczyć, że przygotowanie planu leczenia rozumianego jako decyzja terapeutyczna pozostaje w gestii lekarzy uczestniczących w konsylium. Za stworzenie warunków administracyjnoprawnych i zabezpieczenie logistyczne realizacji tego planu odpowiada kadra zarządzająca placówką. Umieszczenie w tej konfiguracji składników procesu leczenia roli koordynatora, pozornie bezdyskusyjnej, wcale nie było tak oczywiste.

Koordynator został wprowadzony do systemu ochrony zdrowia wraz z pakietem onkologicznym, w sytuacji gdy w większości polskich szpitali nastąpiło zatarcie różnic między funkcją koordynatora sprawującego opiekę nad pacjentem onkologicznym a funkcją organizatora i koordynatora pracy wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, czyli tzw. konsyliów, które również w tym czasie stały się obligatoryjne dla świadczeniodawców przystę-

pujących do tzw. szybkiej terapii onkologicznej. Co więcej, koordynatora utożsamiono także z osobą odpowiedzialną za proces wdrażania i implementacji pakietu onkologicznego w placówce.

Ministerstwo Zdrowia określiło wprawdzie ogólny zarys funkcji koordynatora, jednakże osoby zatrudnione na tym stanowisku niejednokrotnie nadal wykonują różnorodne czynności z powodu różnic występujących u poszczególnych świadczeniodawców oraz chaos podczas uruchamiania pakietu onkologicznego, a niekiedy brak zrozumienia dla sensu i znaczenia wprowadzenia koordynatorów do polskich szpitali. Ponadto na etapie wchodzenia w życie pakietu onkologicznego pojawiły się tendencje, by sędować na koordynatorów liczne obowiązki stanowiące rezultat wdrażania pakietu. Komunikaty przekazywane społeczeństwu przez Ministerstwo Zdrowia w sposób dość jednoznaczny określały funkcje koordynatora. Koordynator od samego początku miał pomagać pacjentom i być ich przewodnikiem, natomiast drogowskazem dla jego działań miał być indywidualny plan leczenia onkologicznego przygotowany podczas konsylium. Zainteresowani, a wśród nich są przede wszystkim pacjenci, szukając aktualnych doniesień na ten temat, otrzymywali informacje, że dzięki nadzorowi koordynatora zaplanowany przez konsylium proces terapeutyczny może być sprawnie realizowany. Nie może więc dziwić fakt, że w tej funkcji upatrywano olbrzymich możliwości wpływu na organizację i realizację procesu leczenia i diagnostyki. W rzeczywistości w polskich szpitalach środowisko pracy koordynatorów i zakres ich obowiązków zawodowych nie zostały należycie określone. Adaptacja tej funkcji do polskiego systemu ochrony zdrowia okazała się dużym wyzwaniem przede wszystkim dla osób, które podjęły się tego zadania.

Grupy eksperckie uczestniczące w VII Bałtyckim Forum Zdrowia (Szczecin, 2017 r.) podkreślały, że nawet kilka lat po wdrożeniu pakietu onkologicznego nie wyposażono koordynatorów w narzędzia do egzekwowania postanowień konsylium, co w kontekście wymaganych przez ustawodawcę terminów było i nadal jest przyczyną licznych problemów, z którymi koordynatorzy pozostawieni są często sami. Mówiąc o brakach związanych z pakietem onkologicznym, trzeba wspomnieć o tym, że nie przeprowadzono pilotażu, na podstawie którego przed wdrożeniem pakietu można by opracować schematy lub procedury, według których koordynatorzy realizowaliby powierzone im zadania. Za niedociągnięcie można uznać także brak propozycji umiejscowienia w schemacie organizacyjnym tego stanowiska pracy.

Brak niezależności i siły przebicia, zwłaszcza wobec specyficznych i zazwyczaj niekorzystnych dla kadry niższego szczebla relacji z lekarzami, spowodował, że rola koordynatora leczenia onkologicznego została zniekształcona w stosunku do założeń. W niektórych szpitalach z koordynatorów zdjęto ich podstawowy obowiązek polegający na koordynacji procesu leczenia na rzecz wykonywania czynności administracyjno-biurowych, co spowodowało pracę części koordynatorów do zadań sekretarki medycznej.

Za dobry przykład może posłużyć angielski system ochrony zdrowia, gdzie stworzono modelową ścieżkę leczenia onkologicznego, obejmującą schemat diagnostyczno-leczniczy od diagnozy poprzez leczenie aż po opiekę w fazie pochorobowej. W Stanach Zjednoczonych, Francji czy Norwegii od lat standardem jest prowadzenie pacjenta wg spersonalizowanego planu leczenia onkologicznego [10]. W państwach tych działają zespoły specjalistów (*multidisciplinary team*), będące odpowiednikami wymaganych już w Polsce wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych. W skład takiego zespołu wchodzi również osoba prowadząca pacjenta (*keyworker*), którą jest w tej chwili koordynator leczenia onkologicznego. Jej obowiązkiem jest przekazywanie pacjentowi wszystkich istotnych informacji dotyczących terapii, uzyskanie od niego zgody na zrealizowanie proponowanej terapii, a nawet zwykle wspieranie chorego oraz jego bliskich. Bardzo zaawansowany pod względem organizacji opieki onkologicznej jest Izrael, gdzie pacjenci mają zapewnioną opiekę najwyższej klasy specjalistów, bardzo wysoką jakość świadczeń oraz niespotykaną w sektorze zdrowia, bardzo nowoczesną i komfortową infrastrukturę [11].

Procedury wprowadzone w polskich szpitalach od dawna są standardem na całym świecie. Warto podkreślić, że duże ośrodki onkologiczne w Polsce, np. Wielkopolskie Centrum Onkologii, od lat mają w swoich strukturach jednostki zajmujące się koordynacją pracy zespołów interdyscyplinarnych. Zadania osób wchodzących w skład wspomnianej sekcji nie są jednak identyczne z tymi, które przypisano koordynatorom leczenia onkologicznego. Fakt istnienia tego typu komórek świadczy zarówno o potrzebie planowania indywidualnej ścieżki leczenia onkologicznego, jak i o dużym zapotrzebowaniu na interdyscyplinarność, współpracę czy transfer wiedzy. Kontekst wielodyscyplinarności może być także doskonałym pretekstem do podjęcia rozważań na temat roli menedżera przypadku, jakim jest koordynator, pełniący jednocześnie funkcję swoistego integratora w opiece zdrowot-

nej, zarówno wewnątrz struktur danego świadczeniodawcy, jak i poza nimi.

Opierając się na teorii koordynacji relacyjnej zakorzenionej w socjologii organizacji, J. Gittel podkreśla, że „podnoszeniu jakości koordynacji sprzyjają więzi społeczne oraz tożsamość organizacyjna opierająca się na trzech niezbędnych fundamentach: wspólnych celach, dzieleniu się wiedzą oraz wzajemnym szacunku” [12]. Właściwe pojmowanie korzyści wynikających z budowania sieci relacji opierających się na wymienionych wartościach daje szansę stworzenia atrakcyjnych dla pacjentów, innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych. Pacjenci onkologiczni w wywiadach potwierdzają, że dzięki interwencji koordynatorów ich leczenie przebiega o wiele sprawniej, gdyż mogą za pośrednictwem lub przy wsparciu koordynatorów załatwić wiele spraw, z którymi trudno byłoby im samodzielnie sobie poradzić [13].

Podsumowanie

Koordynatorzy, do których obecności przyzwyczaili się już zarówno pacjenci, jak i personel medyczny, stanowią ważny element łączący szpital i lekarzy z pacjentami.

Prognozy dotyczące zachorowalności na choroby nowotworowe nie pozostawiają wątpliwości, że coraz więcej ludzi w ciągu swojego życia będzie miało kontakt z tą chorobą – bezpośrednio lub poprzez bliskich. Tym samym stale będzie rosło zapotrzebowanie na pracę osób koordynujących leczenie i pomagających pacjentom w zarządzaniu własnym zdrowiem, i to nie tylko w zakresie onkologii.

W pierwszej kolejności należałoby jednak wypracować wspólne stanowisko co do zakresu obowiązków koordynatorów i zaproponować powszechnie akceptowany model tej funkcji, tak by pełniące ją osoby zajmowały się tym, do czego zostały powołane. Praktyka dowodzi, że elementem koordynacji jest także kierowanie pacjentów na właściwe konsylia, a znajomość pacjentów jeszcze przed ułożeniem planu leczenia onkologicznego jest warunkiem późniejszej skutecznej pracy koordynatorów. Warto zastanowić się także nad sformalizowaniem tej części pracy koordynatorów, np. poprzez wprowadzenie w struktury szpitali odrębnej jednostki organizacyjnej odpowiadającej za organizację konsyliów, koordynowanie procesu leczenia, ale także za wzmacnianie elementów komunikacji z pacjentem.

Nową jakością w polskim systemie ochrony zdrowia jest wzmocnienie procesów koordynacji na każdym etapie walki z rakiem [14]. W tym celu potrzebne są liczne zmiany organizacyjne i insty-

tuczonalne. Walka z rakiem to także profilaktyka. Z roku na rok rośnie świadomość społeczna, ale także zwiększa się rola specjalistów zdrowia publicznego. Mimo że dziś koordynatora leczenia onkologicznego postrzega się głównie jako składową pakietu onkologicznego, nie ulega wątpliwości, że w przyszłości na wzór światowych i europejskich schematów opieki nad pacjentami onkologicznymi także w Polsce koordynacja leczenia stanie się standardem nie tylko w przypadku pacjentów onkologicznych.

Koordynatorzy w swojej pracy pomagają przede wszystkim pacjentom. Co bardzo ważne, odciążają również lekarzy i pozostały personel uczestniczący w procesie planowania i realizacji leczenia onkologicznego. Profesjonalni, dobrze przygotowani do swoich zadań koordynatorzy mogą mieć realny wpływ na zatrzymanie pacjentów w placówce, w której są zatrudnieni.

Racjonalne wydaje się upowszechnienie procesu kształcenia osób, które docelowo zdobyłyby zawód lub specjalizację w zakresie doradztwa medycznego czy koordynacji. Przykładem uczelni, która od kilku lat oferuje możliwość odbycia studiów II stopnia na Wydziale Nauk o Zdrowiu, zachęcając przyszłych studentów do wyboru nowej specjalizacji: coaching medyczny, jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.

Podjęmowane w Polsce od kilku lat próby wypracowania i wdrożenia modeli opieki koordynowanej wpisują się w światową tendencję w ochronie zdrowia, polegającą na budowaniu sieci między podmiotami, docenieniu znaczenia interdyscyplinarności, planowaniu i koordynowaniu działań.

Oświadczenie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Choroba nowotworowa – doświadczenia pacjentów. Raport z badań na zlecenie AXA Życie i Fundacji Społecznej „Ludzie dla ludzi”. axa.pl 2014. https://axa.pl/fileadmin/media/pdf/2015/Raport_AXA_Fundacja_nowotwory.pdf [dostęp: 15.01.2019].
2. Cichocka E. Zdążyć przed rakiem. Wyborcza.pl 2014. http://wyborcza.pl/1,75398,16811172,Zdazyc_przed_rakiem.html [dostęp: 18.01.2019].
3. Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego. Informacja o wynikach kontroli. Raport Najwyższej Izby Kontroli. Warszawa 2017; 13-21.
4. Szybka Terapia Onkologiczna. Koordynator. PakietOnkologiczny.gov.pl. <http://pakietonkologiczny.gov.pl/koordynator> [dostęp: 6.02.2019].
5. Co to znaczy koordynator? Definicja.net. <http://definicja.net/co-to-znaczy-Koordynator> [dostęp: 2.02.2019].
6. Belbin M. Twoja rola w zespole. Gdańskie Wydawnictwa Psychologiczne, Gdańsk 2008.
7. Role zespołowe wg Belbina, czyli po co specjaliście łącznik i lokomotywa? szkolenia.avenhansen.pl. <https://szkolenia.avenhansen.pl/artykuly/role-zespolowe-model-belbina.html> [dostęp: 6.02.2019].
8. Role w zespole. governica.com. https://www.governica.com/encyklopedia/Role_w_zespole [dostęp: 5.02.2019].
9. Rudawska I. Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta. Warszawa 2014; 100.
10. Systemy opieki onkologicznej w wybranych krajach. Raport opracowany w 2014 roku przez EY na zlecenie Fundacji Onkologia 2025. Onkologia2025.pl. http://onkologia2025.pl/userfiles/321321321/onkologia/Raport_Systemy%20opieki%20onkologicznej_EY_Onkologia%202025.pdf [dostęp: 6.02.2019].
11. Lurka K. Skoordynowana, koordynowana czy kompleksowa. Jaka powinna być ochrona zdrowia? Termedia.pl. <https://www.termedia.pl/mz/Skoordynowana-koordynowana-czy-kompleksowa-Jaka-powinna-byc-ochrona-zdrowia-,21132.html> [dostęp: 2.02.2019].
12. Gittel RJ, Vidal A. Community Organizing: Building Social Capital As A Development Strategy. Thousand Oaks, SAGE Publications, 1998.
13. Krupińska-Ziętkowska D. Koordynator medyczny – wsparcie dla chorego. abczdrowie.pl. <https://portal.abczdrowie.pl/koordynator-medyczny-wsparcie-dla-chorego> [dostęp: 30.01.2019].
14. Strategia walki z rakiem 2015–2024. pto.med.pl. https://pto.med.pl/content/.../Strategia_Walki_z_Rakiem_w_Polsce_final_draft.pdf [dostęp: 23.01.2019].