

Zachowanie płodności u polskich pacjentów onkologicznych.

Doświadczenia i świadomość pacjentów

2025



 **ALIVIA**

ALIVIA Fundacja Onkologiczna
www.alivia.org.pl | info@alivia.org.pl
tel. +48 22 266 03 40



Spis treści

Od autorek	4
O onkopłodności.....	6
O badanych	8
Główne wnioski.....	9
Rekomendacje.....	10
Wiedza na temat procedur zachowania płodności.....	11
Źródła informacji na temat onkopłodności	14
Kto skorzystał z procedury zachowania płodności?	16
Czy to ważny temat zdaniem pacjentów?	18
Komentarz	20
Kontakt	21

Od autorek

Od 15 lat Onkofundacja Alivia wspiera osoby chore onkologicznie i ich bliskich, dodając odwagi w mierzeniu się z rakiem. Towarzyszymy naszym Podopiecznym w sukcesach i w najtrudniejszych momentach choroby. Niestety, prognozy zachorowań na nowotwory nie są optymistyczne. W tej rzeczywistości szczególnego znaczenia nabierają rozwiązania, które łączą skuteczność leczenia z poszanowaniem potrzeb i praw pacjentów, w tym zachowanie płodności.

Przez lata problem ten pozostawał niemal niewidoczny, a w języku polskim brakowało precyzyjnego określenia, które jasno oddawałoby jego istotę. Nie istniał w debacie publicznej, a wielu pacjentów nie zadawało pytań, które mogły odmienić ich życie. Przełom przyniósł termin „onkopłodność”, wprowadzony przez Fundację Rak'n'Roll, nadając temu obszarowi klarowność, siłę i widoczność. To pojęcie oraz działania Rak'n'Roll otworzyły drogę do zmiany społecznej świadomości.

Od 1 czerwca 2024 r. w Polsce działa bezpłatny program zachowania płodności wśród pacjentów onkologicznych, finansowany ze środków publicznych, umożliwiający zabezpieczenie płodności przed rozpoczęciem terapii. To ważny krok systemowy, jednak aby realnie przełożyć się na korzyści dla chorych, konieczne są sprawne ścieżki informacyjne i organizacyjne: rozmowa z lekarzem prowadzącym, szybkie skierowanie do ośrodka realizującego program oraz wykonanie procedury bez zbędnej zwłoki i z zachowaniem bezpieczeństwa.

Minął już ponad rok od wdrożenia programu, dlatego postanowiliśmy sprawdzić na ile pacjenci są świadomi możliwości zabezpieczenia płodności oraz w jakim stopniu taka informacja do nich dociera. Ankietę wypełniło 103 pacjentów onkologicznych – Podopiecznych Fundacji. Z uwagi na charakter próby (podopieczni jednej organizacji) oraz brak ogólnodostępnej bazy pacjentów onkologicznych w Polsce, badanie nie jest reprezentatywne dla całej populacji. Wyniki należy traktować jako opis doświadczeń i perspektyw konkretnej grupy.

Niniejszy raport powstał, aby lepiej zrozumieć perspektywę pacjentek i pacjentów w obszarze onkopłodności: ich świadomość, doświadczenia, bariery i potrzeby oraz by wskazać rozwiązania możliwe do wdrożenia. Chcemy zwrócić uwagę opinii publicznej i decydentów na realne wyzwania oraz obszary wymagające działań: standard przekazywania informacji o onkopłodności, szybką ścieżkę konsultacji, jasne zasady kierowania do ośrodków i skuteczną koordynację. Wierzymy, że konsekwentne usprawnienia pozwolą większej liczbie osób skorzystać z możliwości ochrony płodności.

Dziękujemy wszystkim, którzy podzielili się swoim doświadczeniem. Ten raport jest wyrazem Waszego głosu, który pomaga zmieniać system.

Anna Zachara-Widła,
Joanna Frątczak-Kazana

O onkopłodności

Onkopłodność to obszar medycyny zajmujący się zachowaniem lub przywracaniem płodności u osób leczonych onkologicznie, u których terapia może niekorzystnie wpływać na funkcje rozrodcze. Obejmuje konsultacje, kwalifikację i przeprowadzenie procedur takich jak:

- ▶ u kobiet - stymulacja jajczkowania i mrożenie oocytów, pobranie i mrożenie zarodków (po zapłodnieniu in vitro), mrożenie tkanki jajnikowej w wybranych wskazaniach,
- ▶ u mężczyzn - mrożenie nasienia (spermy),
- ▶ u dzieci/przedpokwitaniowo - mrożenie tkanki jajnikowej/jądrowej.

Kluczowe jest wczesne okno czasowe, najlepiej przed rozpoczęciem leczenia systemowego lub radioterapii, z zachowaniem bezpieczeństwa onkologicznego i bez opóźniania terapii przeciwnowotworowej. Od 1 czerwca 2024 r. działa w Polsce bezpłatny program onkopłodności finansowany ze środków publicznych dla uprawnionych pacjentów, realizowany w wyznaczonych ośrodkach. Aktualną listę ośrodków publikują Ministerstwo Zdrowia oraz towarzystwa branżowe.

Co warto wiedzieć przed leczeniem



Czas

Konsultacja w zakresie onkopłodności powinna odbyć się niezwłocznie po diagnozie, często w ciągu 24-72 godzin.



Finansowanie

Od 1 czerwca 2024 r. część procedur dostępna jest bezpłatnie w ośrodkach realizujących program.



Bezpieczeństwo

Standardy postępowania przewidują minimalizowanie opóźnienia leczenia onkologicznego, jednak decyzja zawsze wymaga oceny ryzyka i korzyści.



Kontakt

Ośrodek onkologiczny realizujący program powinien wskazać koordynatora i ośrodek onkopłodności, dane kontaktowe są aktualizowane online, m.in. na stronie: <https://pacjent.gov.pl/artykul/program-wsparcia-vitro>

Realizacja programu zachowania płodności (dane Ministerstwa Zdrowia)¹

Okres 1.06–31.12.2024:



Zgłoszenia do programu:

590



Zamrożenie gamet:

518

Okres 1.01–30.06.2025:



Zgłoszenia do programu:

500



Zamrożenie gamet:

468

Razem:

(pierwsze 12 miesięcy programu)



1090 Zgłoszeń



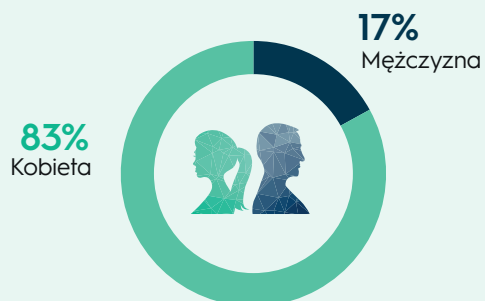
986 Zgłaszających zamroziło gamety

Dane mają charakter informacyjny i nie są bezpośrednio porównywalne z wynikami ankiety (odmienna populacja i źródło danych).

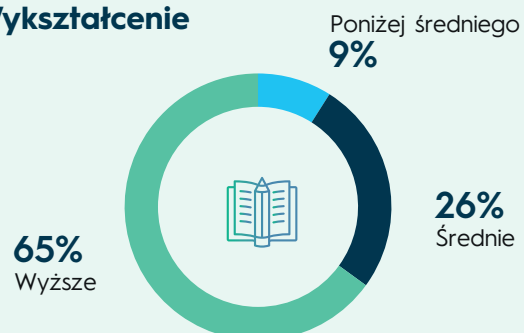
¹ Pismo z Ministerstwa Zdrowia z dn. 22 września 2025r.

o badanych

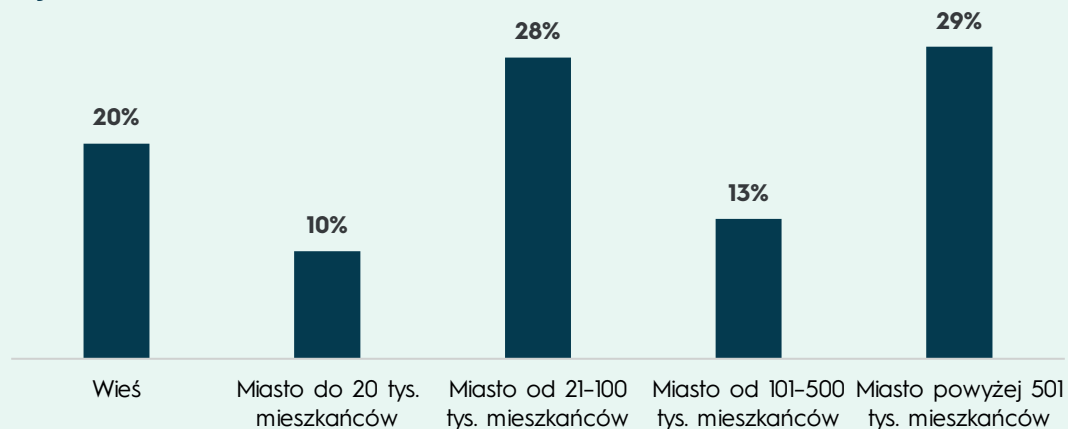
Płeć



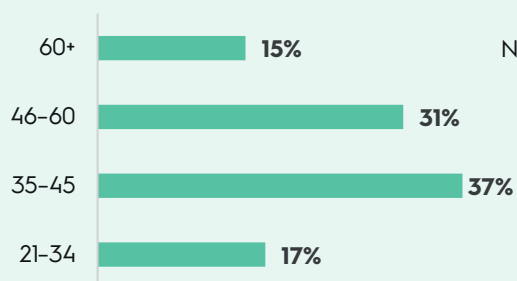
Wykształcenie



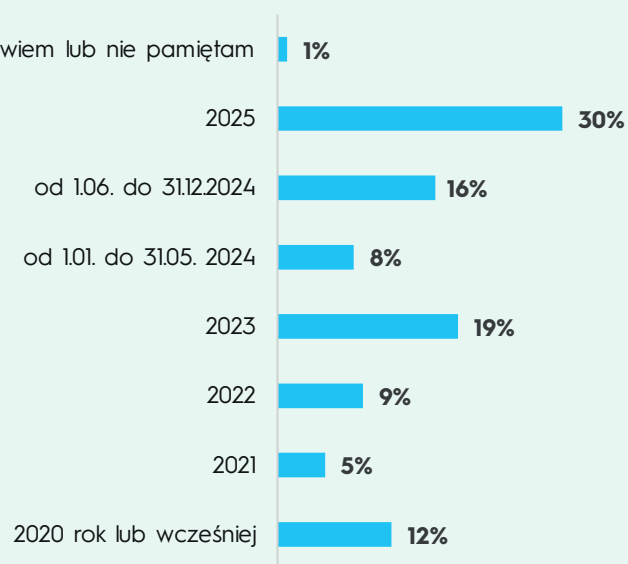
Miejsce zamieszkania



Wiek



Rok diagnozy



n=103



Główne wnioski



1. Wiedza o możliwości zachowania płodności

Tylko 3 na 10 ankietowanych posiadało, przed rozpoczęciem leczenia, wiedzę na temat możliwości zachowania materiału rozrodczego. Wśród osób zdiagnozowanych od 2022 roku następował wzrost wiedzy o procedurach zachowania płodności. Znacznie częściej świadomi możliwości zabezpieczenia płodności byli także młodszy pacjenci w wieku od 21 do 34 lat (78% badanych w grupie posiadających wiedzę o onkopłodności), a także te osoby, które jeszcze nie posiadają dzieci. Takie wyniki mogą świadczyć o potrzebie wzmocnienia przekazu w zakresie procedur zachowania płodności oraz praktycznych kroków, które należy podjąć przed rozpoczęciem leczenia. **Sama refundacja nie wystarcza, potrzebny jest równoległy program upowszechniania wiedzy o programie.**



2. Źródła informacji

Wśród ankietowanych świadomych możliwości zachowania płodności **najczęściej wskazywanym źródłem informacji był lekarz prowadzący.** Oznacza to, że personel medyczny odgrywa kluczową rolę w inicjowaniu rozmowy o onkopłodności oraz w przekazywaniu informacji

umożliwiających podjęcie decyzji w krótkim oknie czasowym przed leczeniem. Jednocześnie mniejszy udział innych kanałów (np. koordynatorów onkologicznych, pielęgniarek czy organizacji pacjenckich) sugeruje niewykorzystany potencjał w dywersyfikacji i rozpowszechnianiu przekazu.

3. Korzystanie z procedur

Z zabiegów zabezpieczenia płodności skorzystał ok. co dziesiąty badany 11/103. W tej nielicznej grupie znajdowały się przede wszystkim kobiety w wieku 21-34 lata, które nie posiadały dzieci. Połowa tych osób to chorzy, którzy zdiagnozowani zostali po 1 czerwca 2024 roku. Ze względu na małą liczebność grupy, traktujemy te dane opisowo, bez prezentowania odsetków.

4. Znaczenie tematu w oczach pacjentów

82% badanych uznało zachowanie płodności za ważny element procesu leczenia. W tej grupie większość stanowiły kobiety, osoby młodsze oraz z wyższym wykształceniem. Wysokie deklarowane znaczenie zagadnienia sugeruje, że pacjenci oczekują, aby temat onkopłodności był integralną częścią planowania leczenia, z jasną ścieżką informacyjną.



Rekomendacje

1. Standaryzacja informacji przekazywanej przed leczeniem

Wprowadzenie obowiązku informowania o dostępności programu i oznaczania tego faktu w dokumentacji np. w ramach karty e.DILO.

2. Instrukcja dla pacjenta

Jednokartkowa instrukcja co zrobić w 48–72 godziny od diagnozy, w tym informacja o refundacji procedury oraz wskazane punkty kontaktowe.

3. Koordynacja ścieżki

Wyznaczenie osoby kontaktowej (koordynator onkopłodności) w ośrodku onkologicznym.

4. Szkolenia dla personelu

Krótkie moduły e-learningowe dla lekarzy i pielęgniarek, w tym gotowe skrypty rozmów i algorytmy kwalifikacji.

5. Monitorowanie wdrożenia

Wskaźniki jakości (odsetek pacjentów poinformowanych przed leczeniem; czas od diagnozy do konsultacji w zakresie onkopłodności; odsetek kwalifikacji/wykonań).

Wprowadzenie metod zabezpieczenia płodności można potraktować za przełom w opiece onkologicznej w Polsce, gdzie obok nowoczesnych terapii refundowane są procedury mające na celu poprawę jakości życia młodych chorych i dbające o ich dalszy rozwój. Ankieta jasno wskazuje, że pozostaje wiele do zrobienia w kwestii edukacji środowiska medycznego oraz chorych w temacie zabezpieczenia płodności oraz cięży po chorobie nowotworowej. Poprawa organizacji, włączenie do procedur pielęgniarek oraz koordynatorek może w znacznym stopniu poprawić świadomość chorych na nowotwory w wieku rozrodczym.

Planujemy dalsze zbieranie informacji wśród chorych na temat samych metod, pozyskiwania informacji na ich temat oraz wdrażania nowych, optymalnych rozwiązań.

dr Joanna Kufel-Grabowska

ADIUNKT

Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii
Gdański Uniwersytet Medyczny

Wiedza na temat procedur zachowania płodności

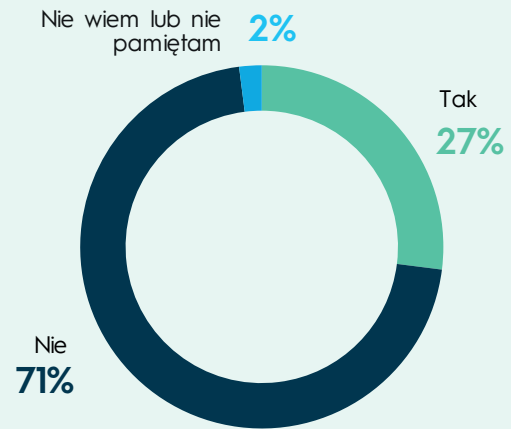
Informacja przekazana we właściwym momencie ma kluczowe znaczenie dla możliwości skorzystania z procedur zachowania płodności. Pacjent w chwili diagnozy działa często w warunkach silnego stresu i przeciążenia informacyjnego. Może nie zapamiętać, nie zwrócić uwagi lub nie zrozumieć w pełni komunikatu, nawet jeśli temat zostanie poruszony w rozmowie z lekarzem. Dlatego tak ważna jest proaktywna rola personelu medycznego: jasne omówienie dostępnych opcji, wskazanie kolejnych kroków „co dalej” oraz powtórzenie najważniejszych informacji w formie pisemnej (ulotka, karta działań na 48–72 godziny, kontakt do koordynatora). Taki standard zwiększa szanse, że pacjent podejmie decyzję w krótkim oknie czasowym przed leczeniem, bez ryzyka opóźnienia terapii onkologicznej. Wyniki naszego badania wskazują na dużą rolę lekarzy prowadzących diagnostykę pacjenta.

Kluczowe obserwacje:

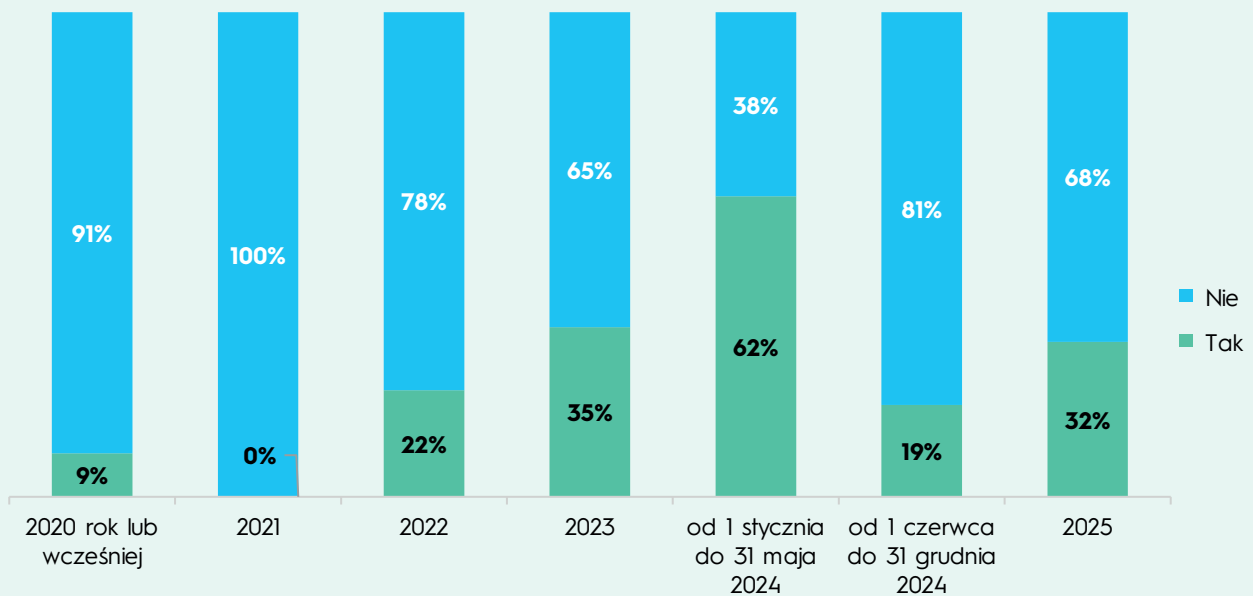
- **7 na 10 badanych pacjentów** nie posiadało wiedzy na temat możliwości zachowania materiału rozrodczego przed rozpoczęciem leczenia.
- Wśród tych 30%, które taką wiedzę miały, częściej znajdziemy osoby mieszkające w miastach.
- Zdecydowanie częściej **świadomi możliwości zabezpieczenia płodności byli także młodsi pacjenci w wieku od 21 do 34 lat** (78% badanych w tej grupie), a także te osoby, które jeszcze nie posiadają dzieci. Wśród starszych grup wiekowych świadomość istnienia takich procedur jest przynajmniej dwukrotnie niższą, a wśród osób najstarszych znikoma.
- Wyraźnie **najmniejsza wiedza** na temat onkopłodności występowała przed leczeniem wśród tych osób, które **zdiagnozowane zostały przed 2022 rokiem**.



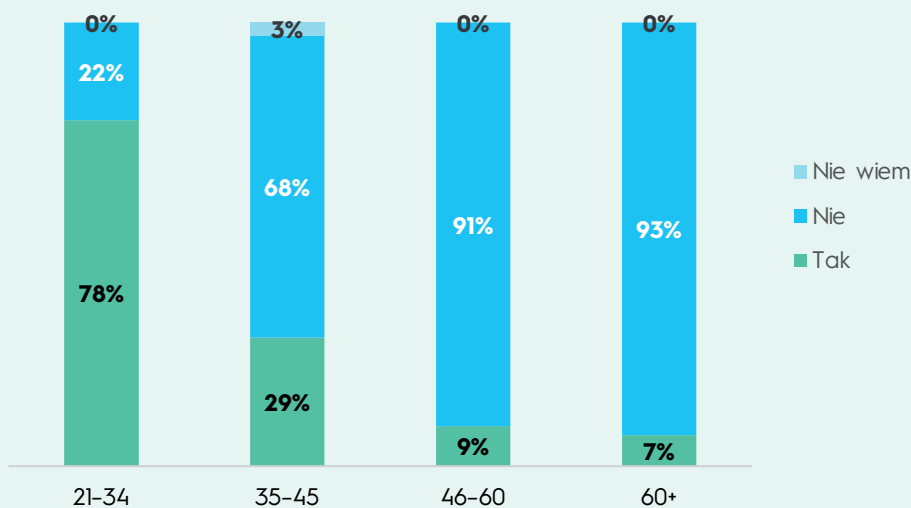
Czy po postawieniu diagnozy i PRZED rozpoczęciem leczenia miałeś wiedzę lub uzyskałeś informacje o możliwości zabezpieczenia materiału rozrodczego do zachowania płodności po zakończonym leczeniu?



Wiedza o procedurach zachowania płodności a rok diagnozy

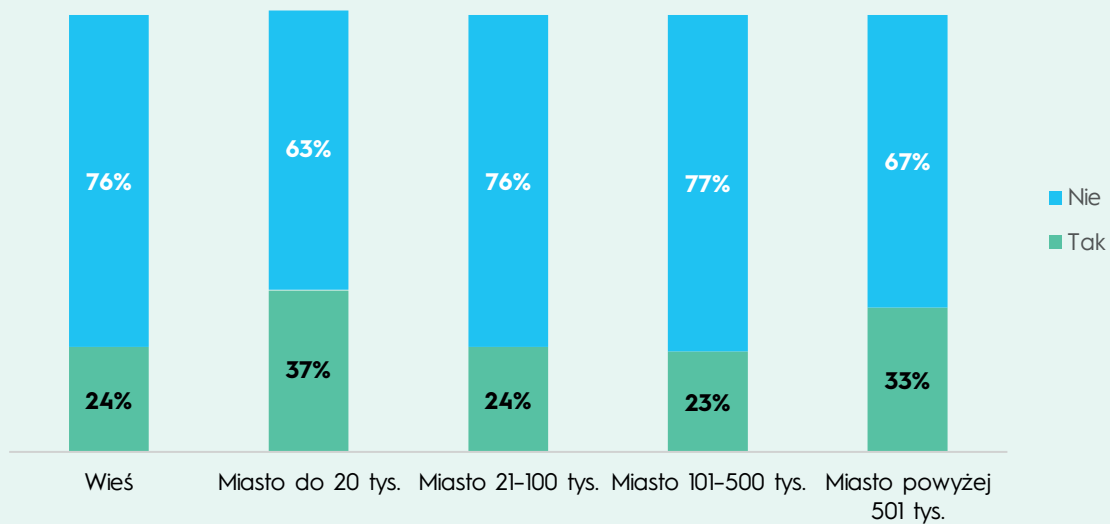


Wiedza o procedurach zachowania płodności a wiek





Wiedza o procedurach zachowania płodności a wielkość miejscowości

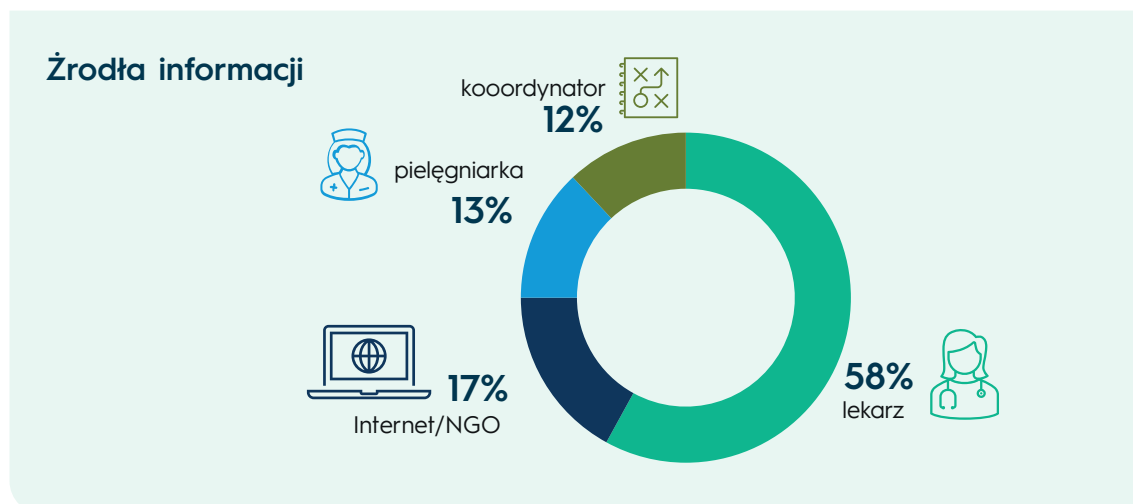


Źródła informacji na temat onkopłodności

Moment i sposób przekazania informacji decydują o tym, czy pacjent zdąży skorzystać z procedur zachowania płodności przed rozpoczęciem leczenia. Choć lekarz prowadzący pozostaje głównym i najbardziej zaufanym kanałem, pojedyncza rozmowa w warunkach stresu bywa niewystarczająca. Dlatego warto wzmacniać przekaz poprzez różne role w zespole (pielęgniarka, koordynator), materiały pisemne i sprawdzone źródła online tak, aby pacjent otrzymał spójny komunikat oraz jasne kroki „co dalej”.

Kluczowe obserwacje

- Osoby, które posiadały wiedzę o możliwościach zabezpieczenia płodności przed rozpoczęciem leczenia pozyskały informacje przede wszystkim od lekarza prowadzącego.
- Tylko co trzecia osoba poinformowana została o tym, jakie kroki musi podjąć, aby zabezpieczyć materiał rozrodczy.**
- Zdecydowana większość osób, które nie miały tej świadomości przed rozpoczęciem leczenia, nie poruszyło także samodzielnie tego tematu ze swoim lekarzem prowadzącym.



Osobiste historie pacjentów

”

Od diagnozy do operacji było 10 dni, lekarz nie powiedział, ja nie pomyślałam. Myślę, że nawet nie było na to czasu. Zostałam zastraszona wznowami, zgodziłam się usunąć macicę z jajnikami, pomimo, iż 30 minut przed operacją lekarz miał wątpliwości co do jajników. Bardzo chciałam jednak mieć dziecko.

pacjentka, 46 lat, diagnoza w 2025 roku



”

Lekarz diagnozujący przekazał bardzo ograniczone informacje [na] ten temat, polecił zgłosić się do ginekologa.

pacjentka, 31 lat, nowotwór piersi, diagnoza w 2023 roku

”

Ja jak wykryto u mnie nowotwór to miałam 38 lat i dwoje dzieci więc ja tym tematem się nie interesowałam. Ale lekarz powinien informować na początku leczenia że jest taka możliwość i wtedy pacjent samodzielnie decyduje czy chce czy nie.

pacjentka, 49 lat, diagnoza przed 2020 rokiem

”

W moim przypadku zabrakło informacji, że leczenie może spowodować przedwczesną, nieodwracalną menopauzę. Teoretycznie byłam jeszcze w wieku, kiedy mogłabym chcieć mieć kolejne dziecko. Prawdopodobnie ponieważ miałam już dwoje lekarz założył, że to mi "wystarczy". Menopauza mnie zaskoczyła i dodała do leczenia swoje skutki uboczne.

pacjentka, 46 lat, nowotwór piersi, diagnoza w 2025 roku

”

W 2022 r. nikt o takich możliwościach nie informował. To czy zdecydowałabym się czy nie to już inna sprawa, ale nie dano mi takiej możliwości.

pacjentka, 51 lat, nowotwór piersi, diagnoza w 2022 roku

”

Tak. Chciałabym, żeby wybrzmiało to, że przed rozpoczęciem leczenia nie zostałam poinformowana przez lekarza o możliwości zachowania płodności.

pacjentka, 30 lat, diagnoza w I połowie 2024 roku

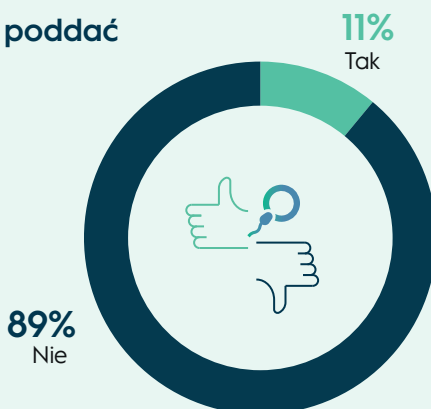
Kto skorzystał z procedury zachowania płodności?

Decyzja o zabezpieczeniu płodności zapada w krótkim oknie czasowym przed leczeniem i wymaga jednocześnie rzetelnej informacji, szybkiej ścieżki organizacyjnej oraz poczucia bezpieczeństwa onkologicznego. Nawet przy dostępności programu bezpłatnego, na wybór procedury wpływają czynniki takie jak wiek, plany rodzicielskie, moment diagnozy, odległość do ośrodka i terminowość konsultacji.

Kluczowe obserwacje

- 🔹 **Z procedur zabezpieczenia płodności skorzystało 11 pacjentów spośród 103 badanych.** Ze względu na małą liczebność traktujemy wyniki opisowo, bez prezentowania odsetków.
- 🔹 W tej nielicznej grupie przeważały kobiety w wieku 21–34 lata, najczęściej bezdzietne w momencie diagnozy.
- 🔹 Wśród korzystających połowę stanowiły osoby zdiagnozowane po wdrożeniu rządowego programu (po 1 czerwca 2024 r.).
- 🔹 Doświadczenia pacjentek dotyczące przebiegu procedury były zróżnicowane; wskazywano zarówno na sprawny proces, jak i na obszary wymagające poprawy (koordynacja, komunikacja, terminy).

Czy zdecydowałeś/eś się poddać
procedurom zachowania
płodności?



Osobiste historie pacjentów

”

W większości człowiek dostaje skrawkowe informacje, niekompletne. A ogólnie temat zachowania płodności jest traktowany przez onkologów jako mniej ważny.

pacjentka, 40 lat, nowotwór piersi, diagnoza w 2023 roku



”

Zamrożenie jajeczek było dość... płynnym procesem, ale blokada na jajniki podczas chemioterapii to było praktycznie wymuszenie tego co powinni zrobić lekarze.

pacjentka, 33 lata, nowotwór piersi, diagnoza w 2025 roku

”

Po postawieniu diagnozy otrzymałam informację że o procedurze zabezpieczenia płodności dowiem się podczas konsylium. Zaraz po konsylium byłoby za późno żeby podać się procedurze oncofertility. Gdybym zaufała lekarzowi, a nie posiadała wiedzy przed diagnozą nie udałoby mi się poddać procedurze zabezpieczenia płodności. Uważam że lekarze powinni sami przekazywać te informacje po postawieniu diagnozy u pacjentów.

pacjentka, 33 lata, nowotwór przewodu pokarmowego, diagnoza w 2025 roku

”

O programie dowiedziałam się podczas wizyty u Pani ginekolog, nikt wcześniej nie wspominał że jest taka możliwość a leczenie chemioterapia wpływa na późniejszą możliwość posiadania dzieci.

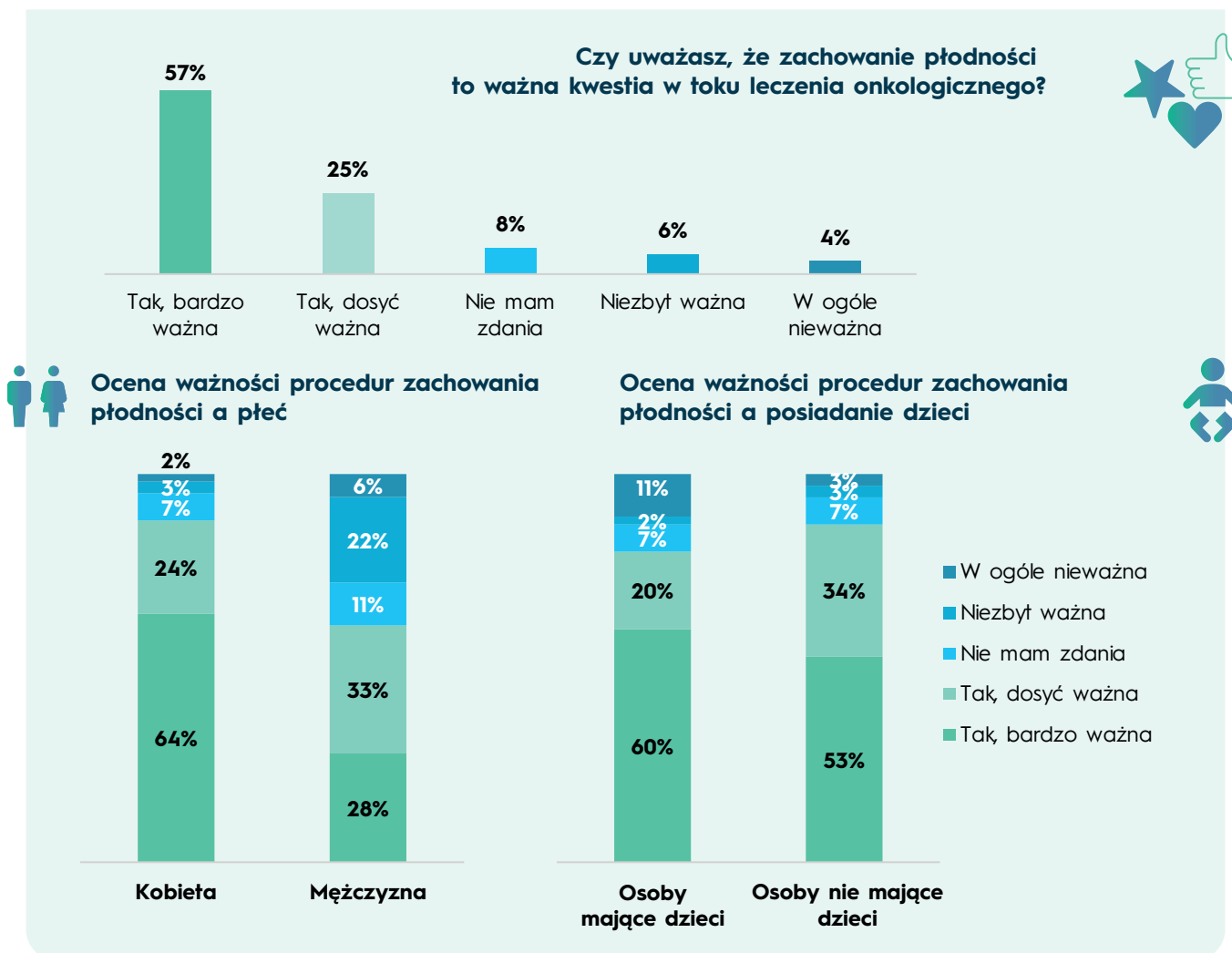
pacjentka, 33 lata, nowotwór przewodu pokarmowego, diagnoza w 2025 roku

Czy to ważny temat zdaniem pacjentów?

Postrzeganie znaczenia onkopłodności wpływa na gotowość pacjentów do rozmowy o dostępnych opcjach i na ich decyzje w krótkim oknie czasowym przed leczeniem. Nawet przy niepełnej informacji ogólne przekonanie, że temat jest istotny, sprzyja pytaniom, poszukiwaniu wiedzy i korzystaniu z procedur pod warunkiem, że ścieżka informacyjna i organizacyjna są jasno określone.

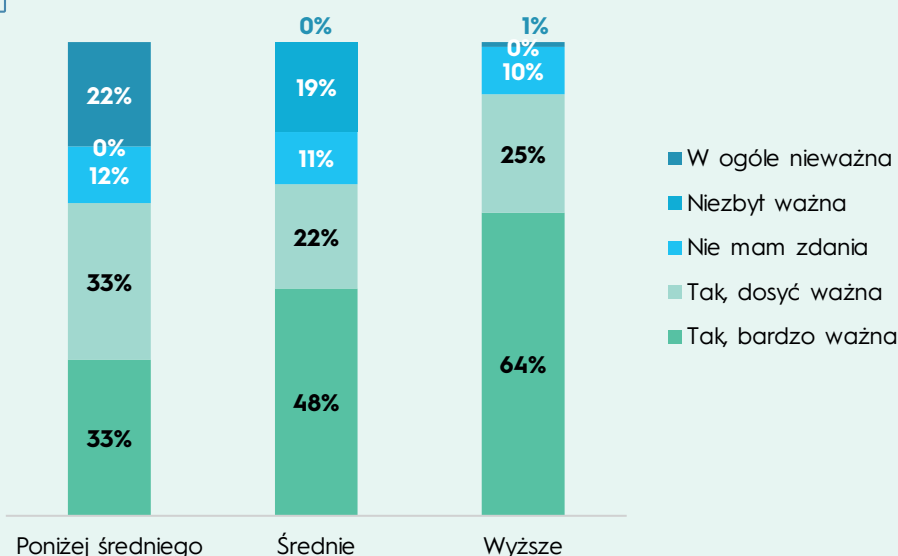
Kluczowe obserwacje

- 82% badanych uznało zachowanie płodności za ważny element procesu leczenia. Wśród nich były kobiety, osoby młodsze oraz te z wyższym wykształceniem.
- Wysokie deklarowane znaczenie utrzymuje się pomimo luk informacyjnych, co wskazuje na **potrzebę włączenia tematu do standardowej rozmowy przed leczeniem**.

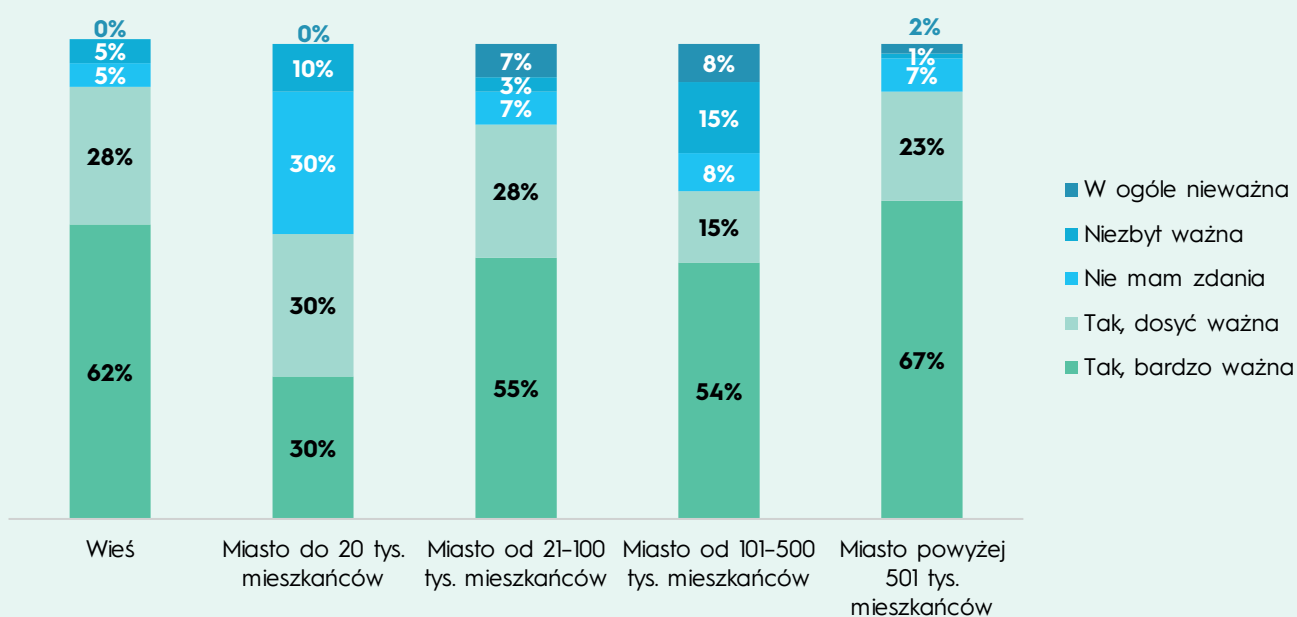




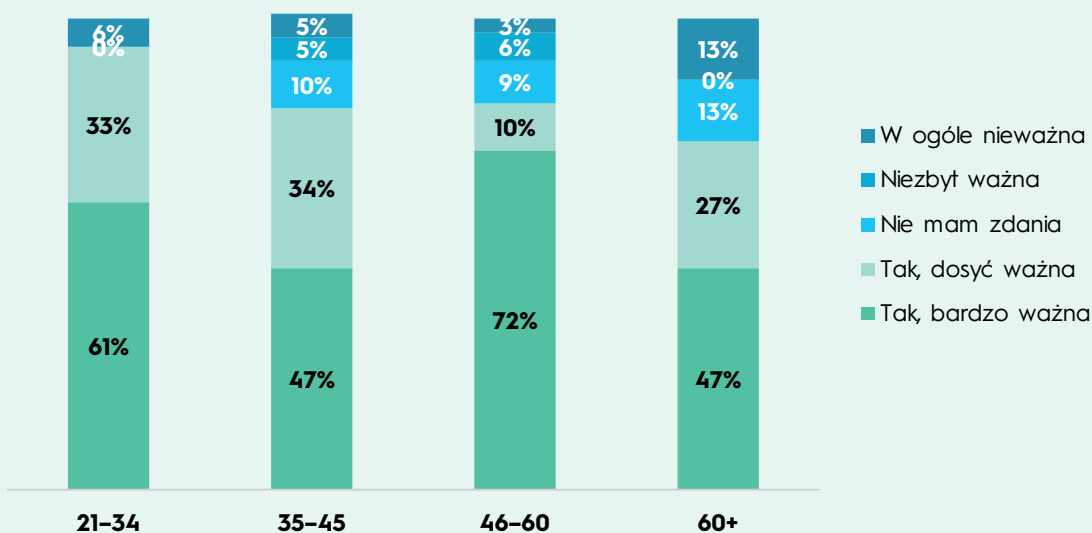
Ocena ważności procedur zachowania płodności a wykształcenie



Ocena ważności procedur zachowania płodności a miejsce zamieszkania



Ocena ważności procedur zachowania płodności a wiek



Komentarz



Uruchomienie bezpłatnego programu onkopłodności od 1 czerwca 2024 r. tworzy sprzyjające warunki dla szybszego i szerszego dostępu do zabezpieczenia płodności. Dane wskazują jednak na konieczność dopracowania standardu informowania pacjentów w krótkim oknie przedterapeutycznym oraz wsparcia organizacyjnego po stronie ośrodków. Konsekwentne wdrażanie koordynacji i jasnych materiałów dla pacjentów może istotnie zwiększyć realne wykorzystanie dostępnych świadczeń.

Wyniki ankiety pokazują, że sama dostępność świadczeń nie gwarantuje ich wykorzystania. Kluczowe pozostaje, aby informacja o możliwościach i kolejnych krokach była przekazywana wcześniej, jasno i wielokanałowo, aby pacjent mógł podjąć decyzję w krótkim oknie czasowym bez ryzyka opóźnienia terapii przeciwnowotworowej.

W świetle tych obserwacji opracowaliśmy następujące rekomendacje:

- ▶ Standaryzacja informacji przekazywanej pacjentom przed leczeniem.
- ▶ Instrukcja dla pacjenta – co należy zrobić i gdzie się zgłosić.
- ▶ Koordynacja ścieżki pacjenta – koordynator onkopłodności w ośrodku onkologicznym.
- ▶ Szkolenia dla personelu, w tym np. skrypty rozmów.
- ▶ Monitorowanie wdrożenia – wskaźniki jakości.

Warto rozszerzyć działania edukacyjne skierowane do personelu medycznego. Szkoleniem powinni być objęci nie tylko lekarze, ale również pielęgniarki, położne, koordynatorzy i psycholodzy. To zespoły kliniczne, pracując w spójnym standardzie, realnie decydują o tym, czy informacja dotrze do pacjenta w odpowiednim momencie i czy przełoży się na konkretne działania.

Na poziomie systemowym rekomendujemy włączenie onkopłodności do standardu organizacji opieki jako elementu planowania leczenia (uwzględnienie w dokumentacji, kartach konsylium, odnotowanie przekazania informacji). Takie proste rozwiązania mogą podnieść wskaźniki w obszarze informacyjnym oraz docelowo korzystanie z programu, bez zwiększania obciążenia zespołów terapeutycznych.

Ostatecznie, wysokie deklarowane znaczenie tematu wśród pacjentów sugeruje gotowość do rozmowy i decyzji, pod warunkiem że ścieżka jest jasno opisana i koordynowana. Kolejny krok to konsekwentne, drobne usprawnienia procesu, które wypełnią lukę między formalną dostępnością świadczeń a realnym z nich korzystaniem.

Joanna Frątczak-Kazana

Wicedyrektorka Fundacji
Menadżerka ds. komunikacji

Kontakt

W przypadku pytań zapraszamy do kontaktu:

Joanna Frątczak-Kazana

e.mail: joanna.kazana@alivia.org.pl

Marta Sikorska

Koordynatorka ds. komunikacji

e.mail: marta.sikorska@alivia.org.pl

ALIVIA Fundacja Onkologiczna
www.alivia.org.pl | info@alivia.org.pl
tel. +48 22 266 03 40