

Analiza orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji rozpatrywanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu w 2016 roku u pacjentów z nowotworem złośliwym płuc w kontekście objęcia opieką paliatywną

Analysis of the statement of incapacity for independent existence in patients with lung cancer considered by the Social Insurance Institution in Wrocław in 2016 in the context of palliative care coverage

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska

Komisje Lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu

Streszczenie

Cel pracy: W celu uzyskania prawa do dodatku pielęgnacyjnego osoba, która nie ukończyła 75. roku życia, składa wniosek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Dużą grupą osób występujących o takie świadczenie są osoby z chorobą nowotworową płuc, w tym pozostające pod opieką paliatywną. Celem pracy jest ocena stanu funkcjonalnego i analiza orzeczeń osób z nowotworem płuc i pozostających pod opieką paliatywną wnoszących o dodatek pielęgnacyjny, w stosunku do pacjentów, które pod taką opieką się nie znajdują, a również wystąpiły o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Materiał i metody: Materiał do analizy stanowiły prawomocne orzeczenia wydane przez lekarza orzecznika lub komisję lekarską ZUS w 2016 r. we Wrocławiu w sprawie o niezdolność do samodzielnej egzystencji u osób z nowotworem płuc.

Wyniki: W 2016 r. spośród wszystkich osób, które złożyły wniosek o dodatek pielęgnacyjny z powodu choroby nowotworowej płuc, a ich sprawa była rozpatrywana w ZUS we Wrocławiu, pod opieką paliatywną pozostawało 17%. Z tej grupy aż 96% osób miało przyznany ostatecznie dodatek pielęgnacyjny. Jednocześnie wśród osób, które pod opieką paliatywną nie pozostawały (111), orzeczenie o niezdolność do samodzielnej egzystencji rozpatrzono pozytywnie w 79 przypadkach.

Wnioski: Wnioskujący pozostający pod opieką paliatywną z powodu raka płuc są kierowani do leczenia paliatywnego zbyt późno, natomiast duża część osób, która wymaga takiej opieki, w ogóle nie jest kierowana do tej formy interdyscyplinarnej pomocy. Stan funkcjonalny organizmu ludzi z rakiem płuc może ulec szybkiemu i nieprzewidywalnemu załamaniu.

Słowa kluczowe: samoezystencja, rak płuc, opieka paliatywna.

Abstract

Aim of the study: In order to obtain the right to care allowance, a person who is under 75 years old applies to the Social Insurance Institution (ZUS) for a decision of incapacity for independent existence. A large group that applies for this benefit are persons with lung cancer, including those under palliative care. The aim of the work is to assess the functional status and analysis of ZUS decisions about persons with lung cancer and those under palliative care who apply for incapacity for independent existence, in relation to patients who are not under such care, and who also submitted that application.

Material and methods: The material for analysis comprised final decisions issued by the medical examiner or the medical board in 2016 in ZUS in cases of incapacity for independent existence for people with lung cancer.

Results: In 2016, from all persons who applied for care allowance due to lung cancer in Wrocław, 17% of them remained under palliative care. Out of this group, up to 96% of people were given care allowance. At the same time, among people who were not under palliative care (111), the decision about incapacity for independent existence was considered positive in 79 cases.

Conclusions: Applicants under palliative care with lung cancer are referred for palliative treatment too late, while a large group which requires such care is not directed to this form of interdi-

disciplinary treatment at all. The functional status of the body of people with lung cancer can break down quickly, unpredictably.

Key words: self-existence, lung cancer, palliative care.

Adres do korespondencji

Marek Tradecki, Komisje Lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu,
ul. Reymonta 4/6, 50-225 Wrocław, e-mail: marektradecki@poczta.fm

WSTĘP

O ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji mogą starać się osoby, których naruszenie sprawności organizmu powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osoby drugiej w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych [1]. Oceny takiej w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) dokonują odpowiednio: w pierwszej instancji lekarz orzecznik (LO) oraz w drugiej instancji, po wniesieniu sprzeciwu do orzeczenia LO przez wnioskodawcę albo postawieniu zarzutu wadliwości wobec orzeczenia LO przez głównego lekarza orzecznika (GLO) – komisja lekarska ZUS (KL ZUS).

Orzeczenie daje uprawnienie do pobierania dodatku pielęgnacyjnego. Może być wydane trwale lub okresowo. Pod pojęciem stałej lub długotrwałej opieki rozumie się pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życia codziennego, takich jak: poruszanie się w mieszkaniu, przyjmowanie pokarmów, utrzymywanie higieny osobistej, załatwianie potrzeb fizjologicznych [2, 3]. Dokonanie oceny niezdolności do samodzielnej egzystencji jest jednak niełatwe z powodu niskiej precyzji stanowionego prawa, tj. ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1270 ze zm.), a także z przyczyn czysto medycznych – nierzadkie są bardzo skomplikowane przypadki orzecznicze wymagające szczegółowej analizy [4]. Do czynności zabezpieczających samodzielną egzystencję człowieka należy bowiem także nabywanie żywności, przyniesienie jej do domu, ogrzewanie mieszkania, przynoszenie w tym celu wiader z węglem, podstawowe prace porządkowe niewymagające wysiłku fizycznego i prac na wysokości, uiszczanie opłat, składanie wizyt u lekarza [2]. Powyższe potwierdzają wyroki Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 27.04.2000 r. oraz z 21.02.2002 r., które stanowią niejako rozszerzony komentarz do przytoczanej ustawy.

Jedną z liczniejszych grup starających się o uprawnienia do dodatku pielęgnacyjnego są chorzy z rozpoznaniem nowotworu, w tym raka płuc. Rak płuc jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych nowotworów, powodując śmierć ludzi na

całym świecie [5–7]. Rocznie z jego powodu umiera ok. miliona osób [7]. Dane zebrane w Polsce w 2012 r. wskazują, że w ciągu 12 miesięcy z powodu nowotworu płuc zmarło ok. 22 600 mężczyzn i kobiet [8]. Większość pacjentów jest diagnozowana w późnym stadium, kiedy dochodzi do przerzutów odległych [9]. Dwie główne grupy histopatologiczne raka płuc – niedrobnokomórkowy i drobnokomórkowy – stanowią odpowiednio 80% i 18% rozpoznanych nowotworów tego narządu [7].

Pacjenci z zaawansowanymi postaciami raka płuc, w tym z przerzutami odległymi, powinni pozostawać pod opieką paliatywną [6, 10, 11]; w ich przypadku warto rozważyć wprowadzenie chemioterapii paliatywnej, wykazano bowiem, że paliatywna chemioterapia w raku płuc znacznie podwyższa jakość życia chorych (brak jednak informacji, który schemat chemioterapii jest pod tym względem najkorzystniejszy) [6]. Celem naszych badań była analiza orzeczeń i ocena stanu funkcjonalnego osób z rakiem płuc, które wystąpiły z wnioskiem o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji do ZUS we Wrocławiu w 2016 r. i jednocześnie pozostawały pod opieką paliatywną, w porównaniu z pacjentami, którzy nie pozostawali pod taką opieką, a również wystąpili o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego.

MATERIAŁ I METODY

W listopadzie 2017 r. przeanalizowano 134 prawomocne orzeczenia (LO i KL) wydane w ZUS we Wrocławiu w 2016 r. na podstawie wniosków o ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji u osób z rozpoznaniem nowotworu złośliwego płuca. W tej grupie znalazło się 71 mężczyzn (53%) oraz 63 kobiety (47%). Najliczniejszą wiekowo grupą były osoby między 61. a 70. rokiem życia (92, 69%), następnie powyżej 70. roku życia (21) i między 51. a 60. rokiem życia (20). Tylko jedna osoba miała mniej niż 51 lat. W badaniach wzięto pod uwagę przede wszystkim, czy i na jaki okres orzeczono niezdolność do samodzielnej egzystencji (tj. jej brak, okresowo lub trwale), a także czy dana osoba pozostawała pod opieką paliatywną, rodzaj nowotworu (drobnokomórkowy,

niedrobnokomórkowy), obecność przerzutów odległych, rodzaj zastosowanego do tej pory leczenia. Sprawdzone również, czy dana osoba żyje, a jeśli nie, to w jakim czasie od orzeczenia nastąpił zgon. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

WYNIKI

Spośród 134 osób z rozpoznaniem nowotworu płuc, w których sprawach orzekano w 2016 r. w ZUS we Wrocławiu w związku z wnioskiem o ustalenie niezdolności do samodzielnej egzystencji, 23 osoby (17%) pozostawały pod opieką paliatywną – 14 mężczyzn i 9 kobiet. Niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeczono u 22 osób z tej grupy (96%), w tym 7 orzeczeń wydano na stałe. Wśród wnioskujących, którzy nie pozostawali pod opieką paliatywną (111, 83%), niezdolność taką orzeczono u 79 osób (71%), w tym 10 orzeczeń wydano trwale. Analizując grupy osób, które otrzymały dodatek pielęgnacyjny oraz pozostawały (grupa A, $n = 22$) i nie pozostawały pod opieką paliatywną (grupa B, $n = 79$), stwierdzono, że w grupie A u 20 osób rozpoznano nowotwór płuc niedrobnokomórkowy, a u 2 osób drobnokomórkowy, natomiast w grupie B 61 osób miało rozpoznanie nowotworu płuc niedrobnokomórkowego, 9 osób drobnokomórkowego, zaś w przypadku 9 osób nie uzyskano danych o rozpoznaniu histopatologicz-

nym. Ogólną charakterystykę osób składających wnioski o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji zawiera tabela 1.

W grupie A 15 osób (68%) miało przerzuty odległe, w grupie B – 41 osób (52%), a u 8 osób brak było takich danych. Lokalizację przerzutów zobrazowano w tabeli 2. Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku między lokalizacją przerzutów odległych a orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji w zależności od tego, czy dana osoba pozostawała, czy nie pozostawała pod opieką paliatywną ($p > 0,05$). W tabeli 3 przedstawiono rodzaj zastosowanego leczenia u osób w grupie A i B do momentu orzekania. Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku między rodzajem zastosowanego leczenia a pozostawaniem pod opieką paliatywną ($p > 0,05$). W tabeli 4 zebrano informacje o czasie zgonu osób z grupy A i grupy B od momentu orzekania („zgon przed orzekaniem” oznacza, że dana osoba złożyła wniosek do ZUS przed śmiercią, a zmarła przed wydaniem orzeczenia). Przedstawiono w niej także informację o osobach, u których nie orzeczono niezdolności do samodzielnej egzystencji (grupa C, $n = 33$). Informacje o osobach żyjących są aktualne na grudzień 2017 r. Oszacowane metodą Kaplana-Meiera prawdopodobieństwo przeżycia 12 miesięcy w grupie A wynosiło 18,2%, w grupie B – 32,9%, a w grupie C – 66,7%. Prawdopodobieństwa te różnią się istotnie, co potwierdził test χ^2 (17,2; $df = 2$; $p < 0,001$).

Tabela 1. Ogólna charakterystyka osób składających wnioski o uzyskanie prawa do dodatku pielęgnacyjnego

Cecha	Grupa A $n = 23$		Grupa B $n = 111$		Razem $n = 134$		A vs B p
	n	%	n	%	n	%	
płeć							0,547
kobiety	9	39,1	54	48,6	63	47,0	
mężczyźni	14	60,9	57	51,4	71	53,0	
orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji							1,000
tak	22	95,7	79	71,2	101	75,4	
nie	1	4,3	32	28,8	33	24,6	
orzeczenia wydane trwale							0,072
tak	7	31,8	10	12,7	17	16,8	
nie	15	68,2	69	87,3	84	83,2	
rozpoznanie histopatologiczne							0,224
nowotwór płuc niedrobnokomórkowy	20	90,9	61	77,2	81	80,2	
nowotwór płuc drobnokomórkowy	2	9,1	9	11,4	11	10,9	
brak danych o rozpoznaniu	0	0,0	9	11,4	9	8,9	
przerzuty odległe							0,199
tak	15	68,2	41	51,9	56	55,4	
nie	7	31,8	30	38,0	37	36,6	
brak danych	0	0,0	8	10,1	8	7,9	

Tabela 2. Liczba (n) i proporcja (%) osób pozostających i niepozostających pod opieką paliatywną z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji a lokalizacja przerzutów odległych oraz wynik testów niezależności

Lokalizacja przerzutów*	Grupa A n = 22		Grupa B n = 79		Dokładny test Fisheira
	n	%	n	%	p
przerzuty odległe	15	68,2	41	51,9	0,227
jelita	1	4,5	0	0,0	0,218
kości czaszki	0	0,0	2	2,5	1,000
kości miednicy	2	9,1	1	1,3	0,119
moczowody	1	4,5	0	0,0	0,218
mózg	7	31,8	12	15,2	0,119
nadnercza	4	18,2	8	10,1	0,288
nerki	3	13,6	3	3,8	0,116
płuca	6	27,3	16	20,3	0,561
trzony kręgowce	3	13,6	11	13,9	1,000
trzustka	0	0,0	3	3,8	1,000
wątroba	2	9,1	7	8,9	1,000

* proporcje nie sumują się do 100, ponieważ obserwowano przerzuty do więcej niż jednego organu

Tabela 3. Liczba (n) i odsetek (%) osób z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji w grupach różniących się pozostawianiem pod opieką paliatywną i rodzajem zastosowanego leczenia do momentu orzekania oraz wynik testu niezależności χ^2 Pearsona

Rodzaj zastosowanego leczenia	Grupa A n = 22		Grupa B n = 79		Wynik testu
	n	%	n	%	
chemioterapia	7	31,8	31	39,2	$\chi^2 = 8,93$ $df = 8$ $p = 0,349$
radioterapia	3	13,6	2	2,5	
leczenie operacyjne	1	4,5	1	1,3	
chemioterapia i radioterapia	7	31,8	24	30,4	
chemioterapia i leczenie operacyjne	2	9,1	3	3,8	
radioterapia i leczenie operacyjne	0	0,0	1	1,3	
radioterapia, chemioterapia i leczenie operacyjne	1	4,5	4	5,1	
bez leczenia	1	4,5	6	7,6	
brak danych	0	0,0	7	8,9	

Tabela 4. Śmiertelność w grupach i czas wydania decyzji

Status pacjenta	Grupa A n = 22		Grupa B n = 79		Grupa C n = 33		p
	n	%	n	%	n	%	
zgon przed orzekaniem	5	22,7	3	3,8	0	0,0	< 0,001
zgon w ciągu tygodnia	3	13,6	0	0,0	0	0,0	
zgon powyżej tygodnia do miesiąca	3	13,6	14	17,7	0	0,0	
zgon powyżej miesiąca do pół roku	3	13,6	19	24,1	7	21,2	
zgon powyżej sześciu miesięcy do roku	3	13,6	14	17,7	2	6,1	
zgon po roku	1	4,5	3	3,8	2	6,1	
osoby żyjące	1	4,5	19	24,1	21	63,6	
brak danych	3	22,7	7	3,8	1	0,0	

OMÓWIENIE

Światowe doniesienia naukowe wskazują, że wczesne włączenie interdyscyplinarnej opieki wspierającej jest pożądaną metodą leczenia u osób ze świeżo rozpoznany rakiem płuca [12–14]. Polepsza ona jakość życia oraz pozwala na zastosowanie mniej agresywnej terapii. Taką interdyscyplinarną opiekę zapewnia właśnie leczenie paliatywne, uwzględniające wsparcie psychologiczne, duchowe, socjalne, a także likwidujące nieprzyjemne doznania somatyczne [12, 15] związane zarówno z chorobą, jak i stosowanym leczeniem. Pacjenci z nowotworem płuc są grupą szczególnie narażoną na cierpienie związane z wieloma różnymi czynnikami, takimi jak ból, duszność, kaszel, zespół anoreksja-kacheksja-astenia, stres związany ze złym rokowaniem [16]. W Polsce opieka paliatywna wdrażana jest zbyt późno, właściwie dopiero wtedy, gdy pacjent wyczerpał już wszystkie możliwości klasycznego leczenia onkologicznego (chemioterapia, radioterapia, leczenie operacyjne). Powołany przy Ministerstwie Zdrowia w 2011 r. zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej wyszedł z inicjatywą poszerzenia zakresu porad udzielanych w poradni medycyny paliatywnej i przekształcenia jej w poradnię medycyny paliatywnej i leczenia wspomagającego w chorobach nowotworowych [17].

Z naszych badań jasno wynika, że pacjenci nawet w zaawansowanym stadium raka płuca, z obecnością przerzutów odległych, pomimo orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji nie są kierowani przez swoich lekarzy prowadzących do opieki hospicyjnej. Z kolei osoby, które pod taką opieką się znajdują, zostały tam skierowane zbyt późno, właściwie w fazie terminalnej choroby, stąd duży odsetek zgonów wkrótce po orzeczeniu u tych pacjentów niezdolności do samodzielnej egzystencji. Zbyt późne kierowanie chorych z nowotworem płuc do opieki hospicyjnej jest zresztą także światowym problemem [18, 19]. Tymczasem prowadzone globalnie badania wskazują, że wczesne wdrożenie opieki paliatywnej nad osobami ze świeżo rozpoznany zaawansowany rakiem płuc podnosi jakość ich życia oraz zapewnia dłuższe przeżycie pomimo stosowania mniej agresywnego leczenia [20].

Przy analizie wyników naszych badań zwróciliśmy także uwagę na grupę 7 osób, u których nie orzeczono niezdolności do samodzielnej egzystencji. Osoby te zmarły w okresie 1–6 miesięcy od chwili orzekania (aby to zobrazować, tabelę 3 celowo poszerzono o grupę C), a przyczyną ich śmierci było pogorszenie stanu zdrowia związane z progresją choroby nowotworowej. Okazuje się, że w momencie orzekania stan funkcjonalny organizmu tych pacjentów był dobry, a LO w uzasadnieniu o braku niezdolności do samodzielnej egzystencji

odwoływali się do wyniku punktowego w sporządzonej w czasie badania skali Barthel. Skala ta służy do oceny dziesięciu podstawowych czynności codziennych – na tej podstawie można ustalić, jakiej pomocy wymaga człowiek do zaspokojenia elementarnych czynności życiowych [21]. Trzy osoby ze wspomnianej grupy uzyskały wynik maksymalny 100 punktów, dwie osoby 90 punktów, jedna osoba 85 punktów i jedna osoba 80 punktów. Potwierdza to obserwację, że u pacjentów z zaawansowanymi postaciami nowotworów, w tym zwłaszcza z rakiem płuca, progresja choroby może być piorunująca, a stan pacjenta może bardzo szybko ulec zmianie i w niedługim czasie prowadzić do zgonu. Pacjenci z zaawansowanymi postaciami raka płuc często mogą wymagać intubacji i mechanicznej wentylacji z powodu nagłej niewydolności oddechowej, dlatego wielu z nich spędza ostatnie dni swojego życia na oddziałach intensywnej terapii [22]. Ponadto wraz z progresją choroby u pacjentów z zaawansowanym rakiem płuc dochodzi do trudno leczącego się zapalenia płuc oraz komplikacji związanych z przerzutami do mózgu, które są częstą lokalizacją wtórną przy pierwotnym rozpoznaniu nowotworu złośliwego płuca [18]. Aby zoptymalizować orzecznictwo ZUS, można wobec tego rozważyć wprowadzenie kategoryzacji niezdolności do samodzielnej egzystencji, stopnie zaś uzależnić od liczby godzin potrzebnych do opieki nad wnioskującym. Wilimowska-Pietruszyńska [3] proponuje wprowadzenie następującej gradacji przy orzekaniu o niezdolności do samodzielnej egzystencji (biorąc pod uwagę zróżnicowanie niesamodzielnosci osób starających się o dodatek pielęgnacyjny): stopień I (umiarkowany), stopień II (znaczny) i stopień III (ciężki). W zależności od orzeczonego stopnia dana osoba otrzymywałaby odpowiednią pomoc rzeczową i/lub finansową.

WNIOSKI

Nie wykazano związku lokalizacji przerzutów odległych z pozostawianiem pod opieką paliatywną u osób z orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji z powodu nowotworu złośliwego płuca.

Nie zauważono związku między rodzajem zastosowanego leczenia a pozostawianiem pod opieką paliatywną u osób z przyznanym dodatkiem pielęgnacyjnym z powodu raka płuca.

Osoby z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji z powodu nowotworu złośliwego płuca i pozostające pod opieką paliatywną są kierowane do tej formy interdyscyplinarnej pomocy zbyt późno.

Osoby z przyznanym dodatkiem pielęgnacyjnym i rozsianym procesem nowotworowym z punktem

wyjścia w płucach za rzadko korzystają z opieki paliatywnej.

Stan funkcjonalny organizmu osób z rakiem płuca może szybko ulec znacznemu pogorszeniu, co trudno uwzględnić przy stwierdzaniu niezdolności do samodzielnej egzystencji, bowiem orzeczenia takie nie są wydawane z przyczyn profilaktycznych, „na wszelki wypadek”. Z tego względu należy rozważyć systemowe rozwiązania w celu optymalizacji orzecznictwa ZUS w tym zakresie.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Wilmowska-Pietruszyńska A. Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-dentystycznych uniwersytetów medycznych (wyd. 5). Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.
2. Zyss T. Orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji w zaburzeniach psychicznych. Orzecznictwo Lekarskie 2010; 7: 23-34.
3. Wilmowska-Pietruszyńska A. Ryzyko niezdolności do samodzielnej egzystencji – konieczność zabezpieczenia społecznego. Polityka Zdrowotna 2012; 10: 41-55.
4. Skrzyński JK. Propozycja standaryzacji orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Orzecznictwo Lekarskie 2008; 5: 18-22.
5. Li BQ, You J, Huang T, Cai YD. Classification of non-small cell lung cancer based on copy number alterations. PLoS One 2014; 9: 1-8.
6. Udupa K, Rajendranath R, Sagar TG. Comparison study of quality of life in advanced lung cancer patients on tyrosine kinase inhibitor and platinum doublet chemotherapy. Indian J Cancer 2017; 54: 161-163.
7. Lundin A, Driscoll B. Lung cancer stem cells: progress and prospects. Cancer Lett 2013; 338: 89-93.
8. Leppert W, Zajackowska R, Wordliczek J i wsp. Pathophysiology and clinical characteristics of pain in most common locations in cancer patients. J Physiol Pharmacol 2016; 67: 787-799.
9. von Verschuer U, Schnell R, Tessen HW i wsp. Treatment, outcome and quality of life of 1239 patients with advanced non-small cell lung cancer-final results from prospective German TLK cohort study. Lung Cancer (Auckl) 2017; 112: 216-224.
10. Revesz D, Engelhardt EG, Tamminga JJ i wsp. Decision support systems for incurable non-small cell lung cancer: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak 2017; 17: 144-155.
11. Li H, Li J. Effectiveness of palliative care for non-small cell lung cancer. Exp Ther Med 2016; 12: 2387-2389.
12. Lehto RH. Psychosocial challenges for patients with advanced lung cancer: interventions to improve well-being. Lung Cancer (Auckl) 2017; 8: 79-90.
13. Ferrel B, Sun V, Hurria A i wsp. Interdisciplinary palliative care for patients with lung cancer. J Pain Symptom Manage 2015; 50: 758-767.
14. Ottis-Green S, Sidhu RK, Del Ferraro C, Ferrel B. Integrating social work into palliative care for lung cancers patients and families: a multidimensional approach. J Psychosoc Oncol 2014; 32: 431-446.
15. Ferrel B, Koczywas M, Grannis F, Harrington A. Palliative care in lung cancer. Surg Clin North Am 2011; 91: 403-417.
16. Leppert W, Turska A, Majkowicz M i wsp. Quality of life in patients with advanced lung cancer treated at home and at palliative care unit. Am J Hosp Palliat Med 2012; 29: 379-387.
17. Ciałkowska-Rysz A. Organizacja opieki paliatywnej. Medycyna paliatywna. W: de Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A (red.). PZWL 2015: 9-29.
18. Yoo SH, Keam B, Kim M i wsp. The effect of Hospice consultation on aggressive treatment of lung cancer. Cancer Res Treat 2018; 50: 720-728.
19. Hui D, Kim SH, Roquemore J i wsp. Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. Cancer 2014; 120: 1743-1749.
20. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A i wsp. Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. N Eng J Med 2010; 363: 733-742.
21. Markiewicz I, Cebulak M. Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. Probl Piel 2014; 22: 42-51.
22. Zarogoulidis P, Pataka A, Terzi E i wsp. Intensive care unit and lung cancer: when should we intubate? J Thorac Dis 2013; 5 (Supl. 4): S407-412.