

Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

lek. Marek Tradecki

**Analiza orzeczeń wydanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we
Wrocławiu w sprawie przyznania dodatku pielęgnacyjnego u osób z rozpoznaniem
chorób nowotworowych**

Rozprawa doktorska

Promotor: prof. dr hab. Aleksandra Butrym
Promotor pomocniczy: dr n.med. Jolanta Ziółkowska

Wrocław, 2022

Serdecznie dziękuję promotorowi pracy, Pani Profesor Aleksandrze Butrym, za zaangażowanie w powstanie niniejszej rozprawy oraz wszystkie rady przy jej tworzeniu

Pragnę także bardzo podziękować promotorowi pomocniczemu pracy, Pani Doktor Jolancie Ziółkowskiej, za nieustanną motywację do samodoskonalenia i umożliwienie rozwoju naukowego oraz zawodowego

Dziękuję również Pani Profesor Gertrudzie Uścińskiej za zgodę na powstanie niniejszej rozprawy

Szczególne podziękowania kieruję dla mojej Żony Agnieszki oraz dzieci, Julianny i Teodora, za cierpliwość i wyrozumiałość w trakcie powstawania tej pracy

Spis treści

1. Wykaz publikacji wchodzących w skład rozprawy doktorskiej.....	4
2. Wstęp.....	5
3. Cel pracy.....	7
4. Materiał i metody badań.....	8
5. Omówienie wyników i dyskusja.....	10
6. Podsumowanie i wnioski.....	15
7. Wykaz stosowanych skrótów.....	16
8. Piśmiennictwo.....	17
9. Streszczenie w języku polskim.....	23
10. Streszczenie w języku angielskim.....	25
11. Publikacje w formie pełnotekstowej.....	27
11.1. Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors.....	27
11.2. Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer.....	31
11.3. Orzecznictwo o niezdolności do samodzielnej egzystencji w ZUS.....	36
12. Oświadczenia współautorów.....	38
13. Opinia komisji bioetycznej.....	50

1. Wykaz publikacji wchodzących w skład rozprawy doktorskiej

Prace oryginalne:

I. Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur, Aleksandra Butrym

Pol. Arch. Med. Wewn. 2021 Vol.131 no.12 art.16118 [4s.]

DOI: 10.20452/pamw.16118 IF 5,218 pkt. MNiSW/KBN 140,00

II. Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur, Aleksandra Butrym

Post. Hig. Med. Dosw. 2022 Vol.76 no 1 pp.402-406

DOI: 10.2478/ahem-2022-0050 IF 0,357 pkt. MNiSW/KBN 40,00

Praca pogładowa:

III. Orzecznictwo o niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska

Pol. Merkur. Lek. 2019 T.47 nr 282 s.244-245

IF 0,00 pkt. MNiSW/KBN 20,00

Sumaryczny Impact Factor: 5,575

Sumaryczna liczba punktów MNiSW/KBN: 200,00

2. Wstęp

Dodatek pielęgnacyjny z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest świadczeniem pieniężnym. Przysługuje osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji, mającym prawo do świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, które nie ukończyły 75 roku życia (po tym okresie jest przyznawany z urzędu). Od 1 października 2019 roku znacznie wzrosła liczba osób starających się o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Wynika to z faktu wejścia w życie Ustawy z dnia 31 lipca 2019 roku o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Na poziomie ZUS, orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji jest dwuinstancyjne. W pierwszej instancji zajmują się tym lekarze orzecznicy, którzy orzekają jednoosobowo. W drugiej instancji działają komisje lekarskie, które orzeczenie wydają w składzie trzyosobowym. Jeśli ustala się niezdolność do samodzielnej egzystencji, należy również wyznaczyć jej datę powstania oraz określić przewidywany czas trwania. W sytuacjach, kiedy aktualna wiedza medyczna wskazuje na to, iż dana osoba nigdy nie odzyska zdolności do samodzielnej egzystencji, można ustalić tę niezdolność na trwałe.

Jak wynika z Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, niezdolność do samodzielnej egzystencji orzeka się w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

W niniejszej rozprawie skupiono się na analizie orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji u osób, które złożyły wniosek o dodatek pielęgnacyjny z powodu naruszenia sprawności organizmu w przebiegu raka sutka (najczęściej rozpoznawanego w Polsce nowotworu) oraz raka płuca (nowotworu powodującego w Polsce najwięcej zgonów z przyczyn onkologicznych).

Niniejsza rozprawa jest pierwszym opracowaniem dotyczącym czynników ryzyka, które prowadzą do powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji wśród osób z rakiem sutka i rakiem płuca. Określenie zaś takich predyktorów jest niezbędne do szybkiej odpowiedzi na rosnące potrzeby pacjentów, w tym finansowe, w związku z pogarszającym się stanem funkcjonalnym organizmu.

W dostępnej literaturze znajduje się bardzo dużo opracowań dotyczących funkcjonowania pacjentów z rozpoznany rakiem sutka i rakiem płuca. Znajdziemy zatem prace dotyczące spodziewanej długości życia pacjentów [13, 22, 29], o czynnikach ryzyka prowadzących do szybszej śmierci [27, 34, 49, 57, 59], o występowaniu zaburzeń lękowych i

depresyjnych [3, 10, 23, 25, 43], jak również o czynnikach, które mogą doprowadzić do poprawy jakości życia chorego [12, 14, 20, 28, 58, 69]. Liczne opracowania naukowe mówią o tym, w jaki sposób radzić sobie z objawami somatycznymi w przebiegu raka sutka [24, 38, 40, 48, 56] i raka płuca [31, 32, 53, 67], jak również w jaki sposób uzyskać skuteczną prewencję tych nowotworów [16, 17, 61] i doprowadzić do ich wczesnego wykrywania [9, 60]. Brak jest natomiast danych na temat czynników ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu zarówno raka sutka, jak i raka płuca.

3. Cel pracy

Niniejsza rozprawa koncentruje się na osobach niezdolnych do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka sutka i raka płuca. Są to grupy pacjentów, u których holistyczne podejście do leczenia jest koniecznością, a zatem wymagające nie tylko troski medycznej, ale także socjalnej. Każda osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji wymaga stałej lub długotrwałej pomocy i opieki drugiego człowieka, aby móc zaspokoić swoje podstawowe potrzeby życiowe [52, 62, 63, 64]. Warto zatem monitorować stan funkcjonalny danego pacjenta [26] i wiedzieć, które okoliczności mogą predysponować chorego do znalezienia się w grupie wysokiego ryzyka. Z tej przyczyny pierwszym celem tej pracy jest wskazanie możliwych czynników ryzyka prowadzących do powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka sutka i raka płuca. Należy również pamiętać, iż praktycznie wszyscy pacjenci z rakiem sutka i rakiem płuca wymagają wsparcia socjalnego, w zależności od aktualnego stanu funkcjonalnego organizmu [19, 45, 65, 69]. Znając predyktory niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu złośliwych nowotworów, uwaga personelu medycznego może być szybko i skutecznie skupiona na osobach, które wymagają większego wsparcia socjalnego. Z tej przyczyny drugim celem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi personelu medycznego na potrzeby socjalne pacjentów z rakiem sutka i z rakiem płuca, w szczególności personelu lekarskiego. Lekarze to często pierwsi pracownicy ochrony zdrowia, którzy spotykają na swojej drodze pacjenta onkologicznego, następnie prowadzą daną osobę w trakcie leczenia, które na pewnym etapie może stać się postępowaniem paliatywnym. Mogą zatem, w miarę potrzeby, szybko pokierować pacjenta i jego rodzinę do odpowiednich instytucji, w celu uzyskania przez nich wsparcia socjalnego, w tym ewentualnego orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

4. Materiał i metody badań

I. Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Na potrzeby niniejszej pracy przeanalizowano akta 130 pacjentów, którzy zostali poddani procesowi orzecznictwu w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu z wniosku o dodatek pielęgnacyjny w latach 2016-2017. Wiodącym rozpoznaniem wśród tej grupy osób był rak piersi i był to główny powód złożenia podania o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego. Teczki orzecznicze wszystkich wymienionych osób zostały dokładnie przeanalizowane. Zebrano informacje o wieku, wykształceniu i płci. Ponadto określono, czy dana osoba była poddana operacji oraz czy stwierdzano w przebiegu choroby przerzuty. Status funkcjonalny wszystkich wnioskodawców był oceniony w skali Barthel (załączonej do aktu orzeczniczego), gdzie maksymalną ilością punktów jest 100, a minimalną 0. Wskaźnik masy ciała był policzony na podstawie dostępnej informacji o masie ciała i wzroście. Źródłem informacji o ewentualnej śmierci pacjenta w momencie wydawania orzeczenia lub znacznie częściej - w późniejszym okresie - był certyfikat zgonu zawarty w akcie orzeczniczym. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (zgoda numer KB-331/2019). Otrzymane dane zostały poddane analizie statystycznej z użyciem programu IBM SPSS Statistics 26. Aby ocenić istotność statystyczną danych pomiędzy grupami, użyto testu U Mann-Whitney oraz testu χ^2 .

II. Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Aby niniejsza praca mogła powstać, przestudiowano teczki orzecznicze 134 mężczyzn i kobiet, którzy podlegali orzekaniu w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu z powodu złożenia podania o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego w 2016 roku. Główną diagnozą pośród tych pacjentów był rak płuca i była to czołowa przyczyna złożenia wniosku o otrzymanie dodatku pielęgnacyjnego. Przeanalizowano akta orzecznicze wszystkich wspomnianych wnioskodawców. Dane o wieku, wykształceniu i płci zostały zebrane. Ponadto określono typ histopatologiczny raka oraz czy stwierdzano w przebiegu choroby przerzuty. Stopień upośledzenia stanu funkcjonalnego organizmu każdego pacjenta był określony w oparciu o skalę Barthel (załączonej do teczki orzeczniczej), gdzie najwyższą wartością punktową jest 100, a najniższą 0. Wskaźnik masy ciała obliczono bazując na znajdujących się w aktach danych o masie ciała i wzroście. Na pracę naukową otrzymano akceptację Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (zgoda numer KB-331/2019). Pozyskane informacje zostały poddane analizie statystycznej z użyciem programu IBM SPSS

Statistics 26. W celu oceny istotności statystycznej danych pomiędzy grupami, użyto testu U Mann-Whitney oraz testu χ^2 .

III. Orzecznictwo o niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych

W niniejszej pracy podjęto próbę dokładnego i szerszego wyjaśnienia praktycznych aspektów ustawowej definicji osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji. W tym celu poddano szczegółowej analizie Ustawę z dnia 17 grudnia 1998 roku o rentach i emeryturach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Ustawa ta jest podstawą prawną do wydawania wszelkich orzeczeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Przybliżono zatem zasady i standardy orzekania osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Ponadto analizowano dostępną literaturę dotyczącą tego tematu, okazało się, iż jest niezwykle skąpa. Prace naukowe dotyczące zakresu orzecznictwa lekarskiego powstają bardzo rzadko. Tym bardziej zatem artykuł ten jest cenny dla wszystkich osób zajmujących się orzecznictwem lekarskim.

5. Omówienie wyników i dyskusja

I. Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Spośród 130 przeanalizowanych orzeczeń w 62 przypadkach (grupa B) orzeczono niezdolność do samodzielnej egzystencji (48%), natomiast w 68 przypadkach (grupa A) wydano orzeczenie o braku takiej niezdolności. Spośród wszystkich przeanalizowanych spraw tylko jedna dotyczyła pacjenta płci męskiej, został on włączony do grupy B. Obie grupy nie różniły się statystycznie w zależności od posiadanego wykształcenia, jak również nie znaleziono istotnie statystycznej zależności jeśli chodzi o stwierdzenie strony ciała występowania raka piersi (pierś lewa versus pierś prawa). W badanej grupie znalazły się dwie kobiety z rozpoznaniem obustronnego raka piersi i zostały one włączone do grupy B. Nie znaleziono również istotnie statystycznej różnicy pomiędzy grupami w odniesieniu do wieku oraz BMI. Obie grupy różniły się natomiast istotnie statystycznie w zależności od obecności przerzutów, końcowej oceny w skali Barthel oraz przeprowadzonej procedury operacyjnej. W grupie B częściej stwierdzano przerzuty, a końcowa ocena w skali Barthel była niższa. W grupie A najczęściej przeprowadzano operację oszczędzającą, natomiast najczęstszym postępowaniem w grupie B było niepodjęcie operacji. Dodatkowo zbadano powiązanie pomiędzy śmiercią, a niezdolnością do samodzielnej egzystencji. W okresie analizy orzeczeń 58,6% pacjentów z grupy B już nie żyło, podczas gdy u jedynie 9% osób z grupy A stwierdzono zgon. Była to różnica istotna statystycznie.

Z dostępnych informacji wynika, że praca ta jest pierwszym raportem dotyczącym czynników ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka piersi. Zarówno sama choroba, jak i procedury medyczne stosowane w czasie jej leczenia, powodują dysfunkcję wielu narządów, co ostatecznie może prowadzić do zmniejszenia wydolności funkcjonalnej człowieka [11, 14]. Szereg artykułów rozwinęło ten temat w kontekście nasilenia i częstości konkretnych objawów u pacjentów [56]. Niewiele jednak wiadomo o czynnikach prowadzących do niezdolności funkcjonowania człowieka w stopniu, który powoduje konieczność stałej lub długotrwałej pomocy i opieki ze strony drugiej osoby w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Niniejsze ustalenia dostarczają wstępnych informacji na ten temat. Wiadomo, że przerzuty w przebiegu raka piersi są ważnym czynnikiem wpływającym na przeżycie i jakość życia [4, 14]. Ale z niniejszego artykułu wynika także, że to pacjenci niezdolni do samodzielnej egzystencji mają częściej diagnozowane przerzuty odległe, w porównaniu do osób, które są w przebiegu tego nowotworu złośliwego zdolne do samodzielnej egzystencji. Okazało się również, że istotnie więcej pacjentów nie miało zabiegu

operacyjnego w grupie niezdolnych do samodzielnej egzystencji, a jednocześnie więcej osób przeszło zabieg oszczędzający gruczołu piersiowego w grupie zdolnych do samodzielnej egzystencji. Wskazuje to zatem na to, że pacjenci z dobrym rokowaniem przeszli operację oszczędzającą, podczas gdy u osób ze złym rokowaniem odstąpiono od operacji, co ostatecznie doprowadziło do niezdolności do samodzielnej egzystencji. Najważniejszym jednak aspektem raka piersi, w kontekście niezdolności do samodzielnej egzystencji, są konsekwencje funkcjonalne, zarówno objawów samej choroby, jak i leczenia [44]. Część chorych dobrze radzi sobie z objawami w przebiegu tego nowotworu złośliwego, u innych występują objawy prowadzące do niezdolności do samodzielnej egzystencji. Z niniejszej pracy wynika, że skala Barthel jest właściwym narzędziem do oceny niezdolności do samodzielnej egzystencji u osób z rakiem piersi. Istotnie niższy wynik ogólny w zakresie skali Barthel odnotowano w grupie B. Skalę tę można szybko wypełnić i ocenić podstawowe czynności, takie jak: karmienie, kąpiel, pielęgnacja, ubieranie, mobilność, kontrola zwieraczy [37]. Na koniec trzeba zwrócić uwagę, na fakt, że niezdolność do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka piersi jest kolejnym istotnym predyktorem zgonu [51, 54].

Potencjalne ograniczenia niniejszej pracy to brak informacji o typie histopatologicznym raka piersi w obu grupach. Ponadto badanie to jest oparte jedynie na informacjach uzyskanych z jednego ośrodka (Wrocław) i od pacjentów, którzy sami złożyli do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wnioski o dodatek pielęgnacyjny. W czasie analizy materiału mieliśmy również problem z uzyskaniem niektórych danych, a było to spowodowane trzema czynnikami: orzeczeniami zaocznymi, odmową pacjenta do podania niektórych informacji oraz bezdyskusyjnej niezdolności do samodzielnej egzystencji stwierdzanej w czasie postępowania orzeczniczego, która nie wymagała uzyskania dodatkowych informacji.

II. Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Spośród 134 przeanalizowanych orzeczeń w 101 przypadkach (grupa A) orzeczono niezdolność do samodzielnej egzystencji (75%), natomiast w 33 przypadkach (grupa B) wydano orzeczenie o braku takiej niezdolności. Obie grupy nie różniły się statystycznie w zależności od posiadanego wykształcenia, jak również nie znaleziono istotnie statystycznej zależności jeśli chodzi o płeć. Należy zaznaczyć, że w badanym materiale wszystkie osoby z rozpoznaniem raka drobnokomórkowego zostały zakwalifikowane do grupy A. Obie grupy różniły się istotnie statystycznie w zależności od obecności przerzutów, BMI i końcowej oceny w skali Barthel. W grupie A częściej stwierdzano przerzuty, BMI było niższe, a końcowa ocena w skali Barthel także była niższa.

Z powszechnych informacji wynika, że badanie te są pionierskim doniesieniem dotyczącym się czynników ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka płuca. Niniejsza praca wskazuje, że osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji w przebiegu tego nowotworu złośliwego mają niższy wskaźnik BMI. Z kolei inne dostępne opracowania naukowe potwierdzają, że znamienne spadki masy ciała może niekorzystnie wpływać na gojenie się ran oraz na układ immunologiczny, a także na tolerancję leczenia [18], co ostatecznie prowadzi do niezdolności do samodzielnej egzystencji. Wiadomo również, że przerzuty w przebiegu raka płuca są ważnym czynnikiem wpływającym na czas przeżycia [1]. W niniejszym badaniu u pacjentów z niezdolnością do samodzielnej egzystencji częściej diagnozowano przerzuty odległe. Ponadto niniejsze opracowanie istotnie sugeruje, że drobnokomórkowy rak płuca może powodować większe wyniszczenie funkcjonalne organizmu pacjentów niż niedrobnokomórkowy i może być silnym wskaźnikiem niezdolności do samodzielnej egzystencji. W literaturze przedmiotu zresztą rak drobnokomórkowy jest opisywany jako znacznie bardziej agresywny [35]. W niniejszym badaniu wszyscy pacjenci, u których rozpoznano tę postać raka płuca, zostali uznani za niezdolnych do samodzielnego życia. Najistotniejsze jednak konsekwencje raka płuca, w kontekście niezdolności do samodzielnej egzystencji, są związane z aspektem funkcjonalnym organizmu pacjenta, zdeterminowanym zarówno symptomami samej choroby, jak i stosowanym leczeniem [47]. Z badania wynika, że skala Barthel jest odpowiednim narzędziem do ewaluacji niezdolności do samodzielnej egzystencji osób z rakiem płuca. Istotnie niższy wynik ogólny w zakresie skali Barthel odnotowano w grupie A. Skalę tę można szybko wypełnić i ocenić podstawowe czynności, takie jak: karmienie, kąpiel, pielęgnacja, ubieranie, mobilność, kontrola zwieraczy [37]. Potwierdza to również, że sprawność funkcjonalna jest ważnym czynnikiem wpływającym na codzienne życie pacjentów z rakiem płuca. Należy też pamiętać, że pomimo postępu w wykrywaniu raka płuca, możliwości dokładnej diagnostyki histopatologicznej oraz dostępu do szerokiej gamy metod leczenia tego nowotworu, u wielu pacjentów wciąż dochodzi do dalszej progresji choroby [33] i rozwoju niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Możliwe ograniczenia tego badania to brak informacji o leczeniu raka płuca w obu grupach. Ponadto niniejsza praca jest oparta tylko na danych pozyskanych z jednego ośrodka (Wrocław) i od osób, które same złożyły do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych prośbę o przyznanie dodatku pielęgnacyjnego. W momencie eksploracji danych napotkaliśmy również na bariery związane z pozyskaniem niektórych informacji, a wynikało to z trzech zdarzeń: z przeprowadzenia postępowania zaocznego w części spraw, z brakiem zgody danej osoby na podanie poszczególnych informacji oraz z bezsprzeczną niezdolnością do samodzielnej

egzystencji opiniowaną w czasie postępowania przez lekarzem orzecznikiem (lub komisją lekarską), niewymagającą dodatkowej ewaluacji.

III. Orzecznictwo o niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych

Jak wynika z Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (UoEiR), w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji. Zaznaczyć należy, że UoEiR nie definiuje pojęć: długotrwała, opieka czy pomoc, których zrozumienie jest niezbędne do wydania prawidłowego orzeczenia. Polskie ustawodawstwo nie definiuje także podstawowych potrzeb życiowych człowieka. Niska akrybia w tym zakresie naszego prawa nie ułatwia zatem oceny niezdolności do samodzielnej egzystencji. Dlatego tak cenne jest doświadczenie lekarzy orzekających w tej materii w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Pomoc to wspieranie kogoś, to wysiłek i starania, a także praca na rzecz innej osoby w celu odciążenia i ulżenia jej w działaniu. Opieka odnosi się zaś do troszczenia o kogoś, dbania, doglądania czy strzeżenia. Należy pamiętać, że w przypadku orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji oba te warunki muszą być spełnione jednocześnie. Doktryna przedmiotu za podstawowe potrzeby życiowe człowieka przyjmuje wykonywanie zwyczajnych, podstawowych czynności dnia codziennego w aspekcie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego - to konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy w tym zakresie sprawiają, że u danej osoby rozważa się orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji. Przy czym kluczowym pozostaje w tej ocenie poruszanie się po domu, utrzymanie higieny osobistej oraz przyrządzanie i spożywanie posiłków. Zatem osoba, która sama nie wychodzi z domu po zakupy, czy do lekarza, nie może być tylko z tego powodu kwalifikowana jako niezdolna do samodzielnej egzystencji. Taka osoba wymaga wsparcia przy zakupie sprawunków, czy przy organizacji wizyt specjalistycznych, pozostaje to w gestii rodziny lub opieki społecznej, ale nie spełnia ustawowych przesłanek definicji osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji. Należy też zauważyć, iż z braku precyzyjnego określenia pojęcia „długotrwała” (pomoc i opieka), dotychczasowa praktyka wypracowała pewne standardy. Przyjmuje się, że o długotrwałości mówimy w perspektywie co najmniej okresu jednego roku, choć można spotkać czasami przypadki nieco krótsze (pół roku). Trzeba podkreślić również, że to nie sam fakt rozpoznania zaawansowanego schorzenia daje podstawy do takiego orzeczenia. W obecnym stanie

prawnym nie bierze się pod uwagę ciężkości czy faktu nieuleczalności choroby albo określenia czasu niezbędnego do pomocy i opieki przy Wnioskodawcy, nie bierze się także pod uwagę wyceny kosztów pomocy i opieki. W celu właściwej oceny Wnioskodawcy należy dokonać analizy jego stanu funkcjonalnego, a zatem wpływu rozpoznanego schorzenia na codzienną mobilność i wydolność. Dobrze jest zatem ocenić sposób poruszania się danej osoby zarówno po powierzchniach płaskich, jak i po schodach, możliwości przesiadania z łózka na krzesło, zakres potrzeb przy ubieraniu się, korzystaniu z toalety, braniu prysznica/kąpieli, a także przy utrzymywaniu higieny osobistej (mycia twarzy, golenia, szczotkowania zębów), przygotowaniu i jedzeniu posiłków. Wskazane jest również określenie ewentualnych dysfunkcji w komunikacji interpersonalnej, deficytów uwagi czy pamięci, a także zaburzeń sfery emocji, osobowości, afektu oraz stopnia ich nasilenia. Dodać w tym miejscu należy, że specyfika upośledzenia stanu funkcjonalnego organizmu osób z zaburzeniami psychicznymi, czy deficytami funkcji poznawczych, które często są w pełni sprawne fizyczne, wymaga szczególnej uwagi orzeczniczej przy orzekaniu niezdolności do samodzielnej egzystencji. Zatem niezależnie od powyższych rozważań, za niezdolne do samodzielnej egzystencji powinno się uznać osoby chore psychicznie, których stan zagraża otoczeniu lub samemu choremu oraz ludzi z zaawansowanymi zmianami o charakterze otępiennym, których nasilenie doprowadza do niebezpieczeństwa dla otoczenia lub samego pacjenta. Ważnym elementem postępowania orzeczniczego, w tym tego na potrzeby ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji, jest ostrożne podejście do danych uzyskanych z wywiadu od Wnioskodawcy i jego rodziny. To lekarz badający musi dokonać oceny wiarygodności wywiadów w konfrontacji ze stanem klinicznym i funkcjonalnym. Pomocna przy tej ocenie jest dokumentacja medyczna dostarczona przez Wnioskodawcę.

6. Podsumowanie i wnioski

1. Informacje o obecności przerzutów odległych oraz wynik BMI są przydatne przy ocenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka płuca.
2. Informacje o obecności przerzutów odległych oraz typie operacji są przydatne przy ocenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka piersi.
3. Skala Barthel jest pomocna w ocenie niezdolności do samodzielnej egzystencji zarówno w przebiegu raka piersi, jak i raka płuca.
4. W celu właściwej oceny Wnioskodawcy starającego się o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji należy dokonać analizy jego stanu funkcjonalnego, a zatem wpływu rozpoznawanych chorób na codzienną aktywność, a w zasadzie na jej ograniczenia.

7. Wykaz stosowanych skrótów

BI	Barthel Index for Activities of Daily Living	skala Barthel
BMI	body mass index	wskaźnik masy ciała
FUS	Social Insurance Fund	Fundusz Ubezpieczeń Społecznych
GLO	chief certifying doctor	główny lekarz orzecznik
IQR	interquartile range	rozstęp międzykwartyłowy
KL	medical board	komisja lekarska
LO	evaluating doctor	lekarz orzecznik
NSCLC	non-small cell lung cancer	rak płuca niedrobnokomórkowy
SCLC	small cell lung cancer	rak płuca drobnokomórkowy
SD	standard deviation	odchylenie standardowe
UoEiR	Act of December 17, 1998 on pension benefits from the Social Insurance Fund	Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych
ZUS	Social Insurance Institution	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

8. Piśmiennictwo

1. Abazari M, Gholamnejad M, Roshanaei G, Abazari R, Roosta Y, Mahjub M. Estimation of survival rates in patients with lung cancer in West Azerbaijan, the Northwest of Iran. *Asian Pacific J of Cancer Prev.* 2015; 16: 3923-26.
2. Abedi S, Janbabaei G, Afshari M, Moosazadeh M, Rashidi Alashti M, Hedayatizadeh-Omran A, Alizadeh-Navaei R, Abedini E. Estimating the survival of patients with lung cancer: what is the best statistical model? *J Prev Med Public Health.* 2019; 52: 140-44.
3. Accordino MK, Wright JD, Vasani S, Neugut AI, Gross T, Hillyer GC, Hershman DL. Association between survival time with metastatic breast cancer and aggressive end-of-life care. *Breast Cancer Res Treat.* 2017; 166: 549-558.
4. Accordino MK, Wright JD, Vasani S, Neugut AI, Hillyer GC, Hu JC, Hershman DL. Use and costs of disease monitoring in women with metastatic breast cancer. *J Clin Oncol.* 2016; 34: 2820-2826.
5. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res.* 2017; 50: 33.
6. Arrieta O, Lopez-Meija M, Macedo-Perez EO, Corona-Cruz JF. Proposals for the prevention of lung Cancer in the Health system of Mexico. *Salud Publica de Mexico.* 2016; 58 (2): 274-78.
7. Bjelic-Radisic V, Fitzal F, Knauer M, Steger G, Egle D, Greil R, Schrenk P, Balic M, Singer Ch. Primary surgery versus no surgery in synchronous metastatic breast cancer: patient-reported quality-of-life outcomes of the prospective randomized multicentre ABCSG-28 positive trial. *BMC Cancer.* 2020; 20: 392.
8. Bodai BI, Tusso P. Breast cancer survivorship: a comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *Perm J.* 2015; 19 :48-79.
9. Bonsu AB, Ncama BP. Integration of breast cancer prevention and early detection into cancer palliative care model. *PLoS ONE.* 2019; 14: e0212806.
10. Bower JE, Wiley J, Petersen L, Irwin M, Cole SW, Ganz PA. Fatigue after breast cancer treatment: biobehavioral predictors of fatigue trajectories. *Health Psychol.* 2018; 37: 1025-1034.
11. Campbell KL, Pusic AL, Zucker DS, McNeely ML, Binkley JM, Cheville AL, Harwood KJ. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: function. *Cancer.* 2012; 118 :2300-2311.

12. Chabowski M, Polanski J, Jankowska-Polanska B, Lomper K, Janczak D, Rosinczuk J. The acceptance of illness, the intensity of pain and the quality of life in patients with lung cancer. *J Thorac Dis.* 2017; 9 (9): 2952-58.
13. Cho YJ, Cho YM, Kim SH, Shin KH, Jung ST, Kim HS. Clinical analysis of patients with skeletal metastasis of lung cancer. *BMC Cancer.* 2019; 19: 303.
14. Costa WA, Eleuterio J, Giraldo PC, Goncalves AK. Quality of life in breast cancer survivors. *Rev Assoc Med Bras.* 2017; 63: 583-589.
15. Cui Y, Whiteman MK, Flaws JA, Langenberg P, Tkaczuk KH, Bush TL. Body mass and stage of breast cancer at diagnosis. *Int J Cancer.* 2002; 98: 279-283.
16. Dement JM, Ringen K, Hines S, Cranford K, Quinn PS. Lung cancer mortality among construction workers: implications for early detection. *Occup Environ Med.* 2020; 77: 207-13.
17. Feng Y, Spezia M, Huang S, Yuan Ch, Zeng Z, Zhang L, Ji X, Liu W, Huang B. Breast cancer development and progression: risk factors, cancer stem cells, signalling pathways, genomics and molecular pathogenesis. *Genes & Diseases.* 2018; 5: 77-106.
18. Ge T, Lin T, Yang J, Wang M. Nutritional status and related factors of patients with advanced lung cancer in northern China: a retrospective study. *Cancer Management and Research.* 2019; 11: 2225-31.
19. Giuliani ME, Milne RA, Puts M, Sampson LR, Kwan JYY, Le LW, Alibhai SMH, Howell D, Abdelmutti N, Liu G, Papadacos P, Catton P, Jones P. The prevalence and nature of supportive care needs in lung cancer patients. *Current Oncology.* 2016; 23 (4): 258-65.
20. Gu W, Xu YM, Zhu JH, Zhong BL. Depression and its impact on health-related quality of life among Chinese inpatients with lung cancer. *Oncotarget.* 2017; 8 (62): 104806-12.
21. Hellmann MD, Li BT, Chaft JE, Kris MG. Chemotherapy remains an essential element of personalized care for persons with lung cancers. *Annals of Oncology.* 2016; 27: 1829-35.
22. Houghton SC, Hankinson SE. Cancer progress and priorities: breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2021; 30 (5): 822-44.
23. Huang X, Yan A, Liu Q, Liu Q, Wu L. Effects of magnanimous therapy on coping, adjustment and living function in advanced lung cancer. *Curr Oncol.* 2019; 26 (1): e48-e56.

24. Irvin W, Muss HB, Mayer DK. Symptom management in metastatic breast cancer. *The oncologist*. 2011; 16: 1203-1214.
25. Jazinizade M, Malakoutikhah A, Madadimahani A, Iranmanesh MH, Oghabian S, Mohammadshahi F, Janfaza F, Zakeri MA. Stress and quality of life of patients with cancer: the mediating role of mindfulness. *Journal of Oncology*. 2020; Article ID 3289521: 10 pages.
26. Kshirsagar AS, Wani SK. Health-related quality of life in patients with breast surgery and undergoing chemotherapy in Ahmednagar district. *J Can Res Ther*. 2021; 17: 1335-8.
27. Largillier R, Ferrero JM, Doyen J, Namer M, Mari V, Courdi A, Hannoun-Levi JM, Ettore F, Birtwisle-Peyrottes I. Prognostic factors in 1038 women with metastatic breast cancer. *Annals of Oncology*. 2008; 19: 2012-2019.
28. Lavdaniti M, Patrikou K, Paraskevi-Maria P, Vastardi M, Fradelos EC, Papathanasiou IV, Tzavella F, Alikari V, Tzavelas G. A cross-sectional study for assessing perceived symptoms, depression and quality of life in advanced lung cancer patents. *Journal of BUON*. 2021; 26 (5): 1824-31.
29. Lee SH. Chemotherapy for lung cancer in the era of personalized medicine. *Tuberc Respir Dis*. 2019; 82 (3): 179-189.
30. Lehto RH. Psychosocial challenges for patients with advanced lung cancer: interventions to improve well-being. *Lung Cancer Targets and Therapy*. 2017; 8: 79-90.
31. Lehto RH. Symptom burden in lung cancer: management updates. *Lung Cancer Manag*. 2016; 5 (2): 61-78.
32. Leppert W, Zajackowska R, Wordliczek J, Dobrogowski J, Woron J, Krzakowski M. Pathophysiology and clinical characteristics of pain in most common locations in Cancer patients. *Journal of Physiology and Pharmacology*. 2016; 67 (6): 787-99.
33. Lim RBL. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *The Adv Respir Dis*. 2016; 10 (5): 455-67.
34. Luiz Renna Junior N, de Azevedo e Silva G. Late-stage diagnosis of breast cancer in Brazil: analysis of data from hospital-based cancer registries 2000-2012. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018; 40: 127-136.
35. Lundin A, Driscoll B. Lung cancer stem cells: progress and prospects. *Cancer Lett*. 2013; 338 (1): 89-93.
36. Luo Q, Steinberg J, O'Connel DL, Yu XQ, Caruana M, Wade S, Pesola F, Grogan PB, Dessaix A, Freeman B, Dunlop S, Sasieni P, Blakely T, Banks E, Canfell K. Lung

- cancer mortality in Australia in the twenty-first century: how many lives can be saved with effective tobacco control? *Lung Cancer*. 2019; 130: 208-15.
37. Mahoney FI, Barthel DQ. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med. J.* 1965; 14: 61-65.
38. Matsuoka J, Kunitomi T, Nishizaki M, Iwamoto T, Katayama H. Advance care planning in metastatic breast cancer. *Chin Clin Oncol*. 2018; 7: 33.
39. Mazor MB, Li L, Morillo J, Allen OS, Wisnivesky JP, Smith CB. Disparities in supportive care needs over time between racial and ethnic minority and non-minority patients with advanced lung cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2022; 63 (4): 563-71.
40. Morrogh M, Miner TJ, Park A, Jenckes A, Gonen M, Seidman A, Morrow M, Jaques DP, King TA. A prospective evaluation of the durability of palliative interventions for patients with metastatic breast cancer. *Cancer*. 2010; 116: 3338-3347.
41. Oancea C, Suciuc C, Timar B, Papava I, Raica M, Burlacu O. The reciprocal relationship between coping mechanisms and lung cancer diagnosis: findings of a prospective study. *Cancer Management and Research*. 2018; 10: 33-40.
42. Oselin K, Pisarev H, Ilau K, Kiivet RA. Intensity of end-of-life health care and mortality after systematic anti-cancer treatment in patients with advanced lung cancer. *BMC Cancer*. 2021; 21: 274.
43. Park EM, Gelber S, Rosenberg SM, Seah DSE, Schapira L, Come SE, Partridge A. Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics*. 2018; 59: 251-258.
44. Park J, Rodriguez JL, O'Brien KM, Nichols HB, Hodgson ME, Weinberg CR, Sandler DP. Health-related quality of life outcomes among breast cancer survivors. *Cancer*. 2021; 127 (7): 1114-25.
45. Perry LM, Hoerger M, Seibert K, Gerhart JI, O'Mahony S, Duberstein PR. Financial strain and physical and emotional quality of life in breast cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2019; 58: 454-459.
46. Rafiemanesh H, Mehtarpour M, Khani F, Hesami SM, Shamlou R, Towhidi F, Salehiniya H, Makhsosi BR, Moini A. Epidemiology, incidence and mortality of lung cancer and their relationship with the development index in the world. *J Thorac Dis*. 2016; 8 (6): 1094-102.
47. Rajapakse P. An update on survivorship issues in lung cancer patients. *World J Oncol*. 2021; 12 (2-3): 45-49.

48. Seneviratne S, Lawrenson R, Harvey V, Ramsaroop R, Elwood M, Scott N, Sarfati D, Campbell I. Stage of breast cancer at diagnosis in New Zealand: impacts of socio-demographic factors, breast cancer screening and biology. *BMC Cancer*. 2016; 16: 129.
49. Shahedah KK, How SH, Jamalludin AR, Mohd Faiz MT, Kuan YC, Ong CK. Depressive symptoms in newly diagnosed lung carcinoma: prevalence and associated risk factors. *Tuberc Respir Dis*. 2019; 82 (3): 217-26.
50. Sher G, Salman NA, Khan AQ, Prabhu KS, Raza A, Kulinski M, Dermime S, Haris M, Junejo K, Uddin S. Epigenetic and breast cancer therapy: promising diagnostic and therapeutic applications. *Seminars in Cancer Biology*. 2022; 83: 152-65.
51. Shin JA, Parkes A, Ej-Jawahri A, Traeger L, Knight H, Gallagher ER, Temel JS. Retrospective evaluation of palliative care and hospice utilization in hospitalized patients with metastatic breast cancer. *Palliat Med*. 2016; 30: 854-861.
52. Skrzyński JK. Proposal for standardization of medical certification in the cases of not self-reliant persons. *Orzecznictwo Lekarskie*. 2008; 5: 18-22.
53. Steffen LE, Vowles KE, Smith BW, Gan GN, Edelman MJ. Daily diary study of hope, stigma and functioning in lung cancer patients. *Health Psychol*. 2018; 37 (3): 218-27.
54. Styczkiewicz K, Styczkiewicz M, Mędrak S, Jankowski P, Szmit S, Stec S. Tele-cardio-onco AID: a new concept for a coordinated care program in breast cancer (BREAST-AID): rationale and study protocol. *Pol Arch Intern Med*. 2019; 129: 295-298.
55. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, Shi W, Jiang J, Yao PP, Zhu HP. Risk factors and preventions of breast cancer. *Int J Biol Sci*. 2017; 13: 1387-1397.
56. Tometich DB, Mosher CE, Hirsh AT, Rand KL, Johns SA, Matthias MS, Outcalt SD, Schneider BP, Mina L, Storniolo AMV, Newton EV, Miller KD. Metastatic breast cancer patients' expectations and priorities for symptom improvement. *Support Care Cancer*. 2018; 26: 3781-3788.
57. Tulotta T, Ottewell P. The role of IL-1B in breast cancer bone metastasis. *Endocr-Relat Cancer*. 2018; 25: 421-434.
58. 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: 161-3.
59. Vaz-Luis I, Lin NU, Keating NL, Barry WT, Winer EP, Freedman RA. Factors associated with early mortality among patients with de novo metastatic breast cancer: a population-based study. *The Oncologist*. 2017; 22: 386-393.

60. Welch LS, Dement JM, Cranford K, Shorter J, Quinn PS, Madtes DK, Ringen K. Early detection of lung cancer in a population at high risk due to occupation and smoking. *Occup Environ Med.* 2019; 76: 137-42.
61. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *Br J Radiol.* 2022; 95: 20211033.
62. Wilmowska-Pietruszyńska A. Health, financial and social situation of the disabled and the dependent in Poland. *Orzecznictwo Lekarskie.* 2009; 6 (1): 1-12.
63. Wilmowska-Pietruszyńska A. Social security for the disabled and the dependent in Poland. *Orzecznictwo Lekarskie.* 2007; 4 (1): 13-25.
64. Wilmowska-Pietruszyńska A. The risk of incapacity for independent living-necessity of social protection. *Polityka Zdrowotna.* 2012; 10: 41-55.
65. Yu Z, Yang X, Guo Y, Bian J, Wu Y. Assessing the documentation of social determinants of health for lung cancer patients in clinical narratives. *Front Public Health.* 2022; 10: 778463.
66. Yun YH, Kim YA, Sim JA, Shin AS, Chang YJ, Lee J, Kim MS, Shim YM, Zo JL. Prognostic value of quality of life score in disease-free survivors of surgically treated lung cancer. *BMC Cancer.* 2016; 16: 505.
67. Zahir ST, Mirtalebi M. Survival of patients with lung cancer, Yazd, Iran. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2012; 13 (9): 4387-91.
68. Zhang B, Shu XO, Delahanty RJ, Zeng Ch, Michailidou K, Bolla MK, Wang Q, Dennis J, Wen W. Height and breast cancer risk: evidence from prospective studies and mendelian randomization. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 2015; 107: 219.
69. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support In patients with breast cancer. *Med Sci Monit.* 2017; 23: 5969-5979.
70. Zyss T. Orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji w zaburzeniach psychicznych. *Orzecznictwo Lekarskie.* 2010; 7 (1): 23-34.

9. Streszczenie w języku polskim

Wprowadzenie: Tematyka funkcjonowania pacjenta z rozpoznaniem rakiem piersi oraz z rozpoznaniem rakiem płuca poruszana jest w licznych publikacjach. W dostępnej literaturze brak jednak badań nad czynnikami ryzyka, które w przebiegu tych chorób mogą doprowadzić do niezdolności do samodzielnej egzystencji. W dniu 1 października 2019 roku zaczęła obowiązywać Ustawa z dn.31 lipca 2019 roku o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, zwana potocznie “500 plus dla niepełnosprawnych”. Zgodnie z wolą Ustawodawcy to między innymi Zakład Ubezpieczeń Społecznych jest instytucją właściwą do rozpatrywania takich wniosków. Jednym z warunków otrzymania świadczenia uzupełniającego jest orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji, czym w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych zajmują się lekarze orzecznicy w pierwszej instancji oraz komisje lekarskie w drugiej instancji

Cele: W niniejszej pracy podjęto się wskazania czynników ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka piersi oraz w przebiegu raka płuca. Ponadto postanowiono przybliżyć aspekty orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Materiał i metody: Do badań włączono 130 pacjentów, którzy złożyli do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wnioski o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka piersi oraz 134 pacjentów, którzy złożyli do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wnioski o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka płuca. Ponadto odpowiedź na to, kto jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji znaleźć można w Ustawie z dnia 17 grudnia 1998 roku o rentach i emeryturach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Ustawa ta jest podstawą prawną do wydawania wszelkich orzeczeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i dokładnie ją przeanalizowano. Dostępna literatura dotycząca tego tematu jest bardzo skąpa, aktualnie prace naukowe dotyczące zakresu orzecznictwa lekarskiego powstają bardzo rzadko.

Wyniki w grupie osób z rakiem piersi: W przeanalizowanym okresie, u 52% pacjentów nie orzeczono niezdolności do samodzielnej egzystencji (grupa A), natomiast u 48% wydano orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji (grupa B). W całej przebadanej grupie

znajdował się tylko jeden mężczyzna. Przerzuty stwierdzono u 13.4% pacjentów z grupy A, natomiast u 74.2% z grupy B. Osoby z grupy A uzyskały znamienne statystycznie wyższą ocenę w skali Barthel niż te z grupy B. W grupie A jedynie 10.6% nie miało operacji, podczas gdy w grupie B 41.7% osób nie zostało poddanych procedurze operacyjnej. W grupie B tylko 16.7% pacjentów zostało poddanych operacji oszczędzającej gruczołu piersiowego, podczas gdy w grupie A aż 51.5% osób.

Wyniki w grupie osób z rakiem płuca: W przeanalizowanym okresie, 75% pacjentów otrzymało orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji (grupa A), natomiast 25% osób nie otrzymało takiego orzeczenia (grupa B). W grupie A 56.4% pacjentów stanowili mężczyźni, natomiast w grupie B odsetek ten wyniósł 42.4%. W grupie A 11.8% pacjentów miało diagnozę raka drobnokomórkowego, żadnego takiego przypadku nie znaleziono w grupie B. Przerzuty były obecne u 83.2% pacjentów z grupy A i u 57.6% osób z grupy B. Pacjenci z grupy A uzyskali istotnie statystycznie niższą ilość punktów w skali Barthel oraz uzyskali istotnie statystycznie niższy wskaźnik BMI w stosunku do osób z grupy B.

Wnioski: Informacje o obecności przerzutów oraz typie operacji są przydatne przy ocenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka piersi. Informacje o obecności przerzutów oraz wynik BMI są przydatne przy ocenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka płuca. Skala Barthel jest pomocna przy ocenie obu tych niezdolności. Badanie histopatologiczne może stanowić silny czynnik predykcyjny niezdolności do samodzielnej egzystencji w przebiegu raka płuca. Niezdolną do samodzielnej egzystencji w myśl obowiązujących przepisów prawnych jest osoba, która wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innego człowieka w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. W celu właściwej oceny Wnioskodawcy starającego się o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji należy dokonać analizy jego stanu funkcjonalnego, a zatem wpływu rozpoznawanych chorób na codzienną aktywność, a w zasadzie na jej ograniczenia.

10. Streszczenie w języku angielskim

Introduction: A number of articles focus on functioning in breast cancer and on functioning in lung cancer. However, there are no papers on factors which result in the inability to live independently in the course of these diseases. On October 1, 2019 the Act of July 31, 2019 on supplementary benefit for persons who are unable to exist independently, commonly referred to as the "500 plus act on the disabled people", entered into force. In accordance with the will of the Legislator, the Social Insurance Institution (ZUS) is the competent authority to examine applications for supplementary benefit. One of the conditions to get that benefit is having a certificate of the inability to an independent existence which is issued in ZUS by evaluating doctors and medical boards.

Objectives: This study assesses risk factors regarding the inability to live independently among individuals with breast cancer and among individuals with lung cancer. In this study I would also like to look closely at the aspects of certification of the inability to an independent existence in ZUS

Materials and methods: This study included 130 patients with breast cancer who displayed interest in obtaining a certificate of inability to live independently and 134 patients with lung cancer who displayed interest in obtaining a certificate of inability to live independently. The answer to the question of who is incapable of independent existence can be found in the Act of 17 December 1998 on pension benefits from the Social Insurance Fund. This is the basis to issue medical opinions in ZUS and this Act was analyzed very carefully. I also tried to analyze the available literature but it is sparse.

Results in the groups of patients with breast cancer: Over the study period, 52% of patients did not obtain the certificate of inability to live independently (group A) and 48% did so (group B). There was only a single man in the whole cohort. Metastases were revealed in 13.4% of patients from group A and in 74.2% from group B. Patients from group A had a significantly higher score in the Barthel Index for Activities of Daily Living compared with those from group B. In group A, only 10.6% of patients had no surgery, while in group B, 41.7%. In group B, only 16.7% of patients had breast-conserving surgery, while in group A, 51.5%.

Results in the groups of patients with lung cancer: Over the study period, 75% of the patients obtained the certificate of inability to live independently (group A) and 25% of them did not

obtain the certificate (group B). In group A, 56.4% of individuals were men, and in group B, 42.4% of them were men. In group A, 11.8% of patients were diagnosed with small cell lung cancer; no such case was found in group B. Metastases were revealed in 83.2% of patients from group A and in 57.6% from group B. Patients from group A had a significantly lower score in the Barthel Index for Activities of Daily Living and lower body mass index compared with those from group B.

Conclusions: Information on the presence of metastases and on the type of surgery is useful in assessing the risk of being unable to live independently in patients with breast cancer. Information on body mass index and the presence of metastases are crucial in assessing the risk of being unable to live independently in patients with lung cancer. The Barthel Index for Activities of Daily Living is helpful in assessing the inability to live independently among patients with breast cancer and lung cancer. Histopathological diagnosis may be a strong predictor of inability to live independently among patients with and lung cancer. Inability to exist independently is a damage to the organism's ability to function to degree that results in permanent or long-term care and assistance on the part of an another person to satisfy basic life needs. In order to properly assess an inability to exist independently--the functional state of patient should be analyzed. In other words-we must assess the impact of the diagnosed diseases on everyday activity.

11. Publikacje w formie pełnotekstowej

ORIGINAL ARTICLE

Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Marek Tradecki¹, Jolanta Ziótkowska¹, Roma Roemer-Ślimak²,
Grzegorz Mazur³, Aleksandra Butrym⁴

¹ Wrocław Medical Boards, Social Insurance Institution, Wrocław, Poland

² Department of Family Medicine, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland

³ Department of Internal and Occupational Diseases, Hypertension and Clinical Oncology, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland

⁴ Department of Cancer Prevention and Therapy, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland

KEY WORDS

breast, cancer,
disability,
epidemiology,
palliative

ABSTRACT

INTRODUCTION A number of articles focus on functioning in breast cancer. However, there are no papers on factors which result in the inability to live independently in the course of the disease.

OBJECTIVES This study assesses risk factors regarding the inability to live independently among individuals with breast cancer.

PATIENTS AND METHODS This study included 130 patients who displayed interest in obtaining a certificate of inability to live independently.

RESULTS Over the study period, 52% of patients did not obtain the certificate of inability to live independently (group A) and 48% did so (group B). There was only a single man in the whole cohort. Metastases were revealed in 13.4% of patients from group A and in 74.2% from group B. Patients from group A had a significantly higher score in the Barthel Index for Activities of Daily Living compared with those from group B ($P < 0.001$). In group A, only 10.6% of patients had no surgery, while in group B, 41.7%. In group B, only 16.7% of patients had breast-conserving surgery, while in group A, 51.5%.

CONCLUSIONS Information on the presence of metastases and on the type of surgery is useful in assessing the risk of being unable to live independently in patients with breast cancer. The Barthel Index for Activities of Daily Living is helpful in assessing the inability to live independently.

INTRODUCTION Breast cancer is one of the most widespread malignant tumors among women.¹⁻⁴ Every year, there are over 1.5 million new cases worldwide.^{1,2} Early detection of breast cancer has increased in recent years; however, often, newly diagnosed cases are tumors at a late stage (with metastases).^{1,2} A vast majority of breast cancers occur in women, but men are also likely to be diagnosed. For every 100 female cases, there is 1 male case.¹

There is a number of articles that focus on functioning in breast cancer. These include studies on life expectancy following the diagnosis and factors associated with early mortality,⁵⁻⁸ the prevalence of anxiety and depression,⁹⁻¹¹ as well as the improvement of life quality.^{12,13} There are also studies on the management of somatic symptoms¹⁴⁻¹⁸ and early detection and prevention.^{19,20} However, there seem to be no studies on factors leading

to inability to live independently in the course of breast cancer. The disease causes damage to the organism's ability to function to a degree that leads to the necessity of permanent or long-term assistance and care provided by another person in order to satisfy the patient's basic needs.²¹⁻²⁴ This definition is based on the Act of December 17, 1998 on pension benefits from the Polish Social Insurance Fund. This population is extremely vulnerable and needs comprehensive approach. Therefore, it's important to better understand factors that influence patients' life in such a detrimental way and help them by responding to their growing needs—including financial ones—quicker. That is why the first aim of this study is to focus on factors which result in the inability to live independently in the course of breast cancer. As research indicates, financially strained women with breast cancer experience worse emotional

Correspondence to:
Marek Tradecki, MD,
Social Insurance Institution,
ul. Libomska 36, 53-641 Wrocław,
Poland, phone +4871 360 67 96,
email: tek.marek.tradecki@poczta.fm
Received: June 30, 2021
Revision accepted:
September 8, 2021
Published online: October 12, 2021
Pol Arch Intern Med. 2021;
131 (12): 1611B
doi:10.20452/pamw.1611B
Copyright by the Author(s), 2021

WHAT'S NEW?

This is the first study on risk factors related to the inability to live independently among individuals with breast cancer. It is essential to determine such factors in order to quickly respond to the patients' increased needs and to minimize their suffering. Metastases and surgical procedures are crucial in assessing the risk of inability to live independently among patients with breast cancer.

and physical quality of life. Moreover, the importance of interventions to reduce the financial burden of cancer is highlighted.²⁵ If an individual is deemed unable to live independently by the Social Insurance Institution in Poland, they might be entitled to obtain financial help in the form of a nursing supplement or supplementary benefit (or both, depending on income). Social support should be valued as an important component of holistic healthcare for the improvement of resilience and life quality among patients with breast cancer.¹³ It is worth remembering that all breast cancer survivors are in need of social support. Based on the knowledge of risk factors, attention can be drawn to patients who may need rapid and substantial social support because of their exceptional vulnerability. Therefore, the second aim of this study is to make physicians more aware of the problem. They often are first healthcare professionals who can recognize the issue. They can quickly refer patients and their families to relevant institutions which can eventually help individuals who are unable to live independently.

PATIENTS AND METHODS *Participants and procedures* In this study, all participants had breast cancer. A total of 130 final decisions issued by the Social Insurance Institution in Wrocław, Poland, in 2016 and 2017 were analyzed (all decisions made at that time). The leading diagnosis was malignant breast tumor. All patients were interested in obtaining a certificate of inability to live independently which is a document for social insurance support signifying that the patient is unable to care for themselves. Patients' medical records were carefully assessed. Data on age, education, and sex were collected. Moreover, the type of surgery and distant metastases were determined. The functional status of every patient was described based on the Barthel Index for Activities of Daily Living (BI),²⁶ a validated questionnaire, with the maximum number of 100 points and the minimum of 0. Body mass index (BMI) was calculated based on the available information on weight and height. The final date of mortality data collection was December 2, 2019. The source of death data was a death certificate. The study protocol was approved by the Commission of Bioethics at the Wrocław Medical University (approval KB-331/2019).

Statistical analysis The results were subject to a statistical analysis, which was performed using the IBM SPSS Statistics 26 program (Armonk,

New York, United States). Normally distributed continuous variables were presented as means with SD. Variables with a skewed distribution were expressed as medians with interquartile range (IQR). Categorical variables were expressed as numbers with percentages. In order to assess the significance of the differences among the groups, the Mann-Whitney test, t test, and χ^2 test were performed. Statistical significance was set at a *P* value of less than 0.05.

RESULTS Among 130 final decisions that were analyzed, 62 individuals (48%) obtained the certificate of the inability to live independently (they were included in group B) and 68 individuals (52%) failed to get the certificate (they were included in group A). There was only a single man in the whole cohort; he was included in group B. The groups did not differ in terms of education level (*P* = 0.57). In both groups, secondary education was most prevalent. The groups differed in terms of presence of metastases and they were much more common among patients in group B (*P* < 0.001). At the same time, the groups did not differ in terms of the side of breast cancer (right breast vs left breast) (*P* = 0.24). However, it should be noted that 2 women from group 2 had cancer in both breasts (TABLE 1).

Groups A and B did not differ in terms of age (*P* = 0.64). Also, there was no difference in BMI between the study groups (*P* = 0.1). However, lower overall score on the BI was recorded in group B (*P* < 0.001) (TABLE 2).

The groups did not differ (*P* = 0.85) in terms of having undergone chemotherapy or radiotherapy during the process of certification. The groups differed in terms of a type of surgical procedure (*P* < 0.001). Breast-conserving surgery was dominant in group A, yet no operation procedure was more common in group B compared with group A (TABLE 3).

Additionally, an association between death and inability to live independently was examined. Information on the applicants' death in the last quarter of 2019 was collected, and there was a difference between the groups: 58.6% of the patients in group B died compared with only 9% of those in group A (*P* < 0.001) (TABLE 4).

DISCUSSION To the best of our knowledge, this is the first report on risk factors pertaining to the inability to live independently in the course of breast cancer. In relation to this malignant tumor, morbidity associated with the disease as well as its medical procedures may cause deterioration in terms of body functions and structures, which may ultimately interfere with functional capacity.^{12,27} A number of articles elaborated on the topic in the context of severity and frequency of symptoms.¹⁷ However, little is known about factors which lead to damage of the body to a degree that results in the necessity of permanent or long-term assistance and care provided by another person in order to satisfy the patient's basic

TABLE 1 Information on education, metastases, and side of cancer in group A (patients who failed to get the certificate of the inability to live independently) and group B (patients who obtained the certificate of the inability to live independently)

Parameter		Group A (n = 68)	Group B (n = 62)	χ^2 value	P value
Education ^a	Primary	9 (15)	7 (11.9)	2.001	0.57
	Basic vocational	17 (28.3)	12 (20.3)		
	Secondary	26 (43.3)	33 (56.9)		
	Higher	8 (13.3)	7 (11.9)		
Metastases ^b	Yes	9 (13.4)	46 (74.2)	48.609	<0.001
	No	58 (86.6)	16 (26.8)		
Side ^b	Right	34 (50.7)	26 (41.9)	2.92	0.24
	Left	33 (49.3)	34 (54.8)		
	Both	0	2 (3.2)		

Data are presented as number (percentage) of patients.

- a No information on 8 patients from group A and 3 patients from group B
- b No information on 1 patient from group A

TABLE 2 Information on age, body mass Index, and Barthel Index for Activities of Daily Living in group A (patients who failed to get the certificate of the inability to live independently) and group B (patients who obtained the certificate of the inability to live independently)

Parameter	Group A (n = 68)	Group B (n = 62)	Statistic	P value
Age, y, median (IQR)	67 (64–71)	68 (62–72)	Z = -0.469	0.64
BI ^a , median (IQR)	95 (90–100)	60 (55–65)	Z = -9.475	<0.001
BMI ^a , mean (SD)	28.83 (4.42)	27.22 (5.99)	t = 1.652	0.1

- a No information on 1 patient in group A and 9 patients in group B
- b No information on 1 patient in group A and 16 patients in group B

Abbreviations: BI, Barthel Index for Activities of Daily Living; BMI, body mass Index; IQR, Interquartile range; t, statistic of the t test; Z, statistic of the Mann-Whitney test

TABLE 3 Information on operational procedures and chemotherapy or/and radiotherapy in group A (patients who failed to get the certificate of the inability to live independently) and group B (patients who obtained the certificate of the inability to live independently)

Parameter		Group A (n = 68)	Group B (n = 62)	χ^2 value	P value
Surgery ^a	Breast-conserving	34 (51.5)	10 (16.7)	22.982	<0.001
	Radical	25 (37.9)	25 (41.7)		
	No surgery	7 (10.6)	26 (41.7)		
Chemotherapy or/and radiotherapy ^b	Yes	10 (14.9)	10 (16.1)	0.036	0.85
	No	57 (85.1)	52 (83.9)		

Data are presented as number (percentage) of patients.

- a No information on 2 patients from groups A and B each
- b No information on 1 patient from group A

needs. Our findings provide initial information on this subject. We showed that obesity was a risk factor for breast cancer recurrence and mortality.^{20,23,28} Nevertheless, our analysis showed that BMI does not have an impact on the appearance

of the inability to live independently. It is also known that metastases in the course of breast cancer constitute an important factor affecting survival time and quality of life.^{12,30} During our study, in patients with the inability to live independently, distant metastases were more frequently diagnosed. This is one of the reasons why integrating palliative care has become more important as it focuses on symptom management regardless of cancer stage.¹⁴ Furthermore, literature search showed that primary surgery does not improve the quality of life among patients with metastatic breast cancer.² However, the types of surgical procedures performed prior to the patients' certification in the Social Insurance Institution were assessed. Significantly more patients had no history of surgical procedures in the group of individuals who were unable to live independently and, at the same time, more patients had breast-conserving surgery in the group of people able to live independently. This might indicate that patients with a good prognosis had breast-conserving surgery while surgery was abandoned in patients with a bad prognosis, which ultimately led to inability to live independently. At the same time, the 2 groups did not differ significantly in terms of having undergone chemotherapy or radiotherapy during the process of certification and it did not have an impact on inability to live independently. Therefore, our data suggest that undergoing such treatment does not constitute a single cause of the inability to live independently. The most important aspects are functional consequences of that treatment and of the disease itself. There are patients who are able to handle the symptoms well and patients who have symptoms which lead to the inability to live independently. Our research showed that the BI is a proper tool to assess functional capacity in the context of inability to live independently. Significantly lower overall score on the BI was recorded in group B. This questionnaire can be completed quickly and can assess the ability to carry out basic activities such as: feeding, bathing, grooming, dressing, mobility, controlling of sphincters. Finally, many patients die soon after the diagnosis of metastatic breast cancer⁸ and hospitalized patients with that condition are commonly admitted due to uncontrolled symptoms and have poor prognosis of survival.³¹ Our research shows that inability to live independently in the course of breast cancer is another significant predictor of death. Available literature shows an increased cardiovascular mortality in cancer survivors.³² Further research focusing on the exact cause of death in patients unable to live independently in the course of breast cancer would be of interest.

Potential limitations of this study include lack of information on histopathological type of cancer in both groups. Our study is also based on data from a single center (Wrocław) and from patients who applied for the certificate of the inability to live independently. During the stage of data collection, we found it difficult to obtain

TABLE 4 Information on deaths in group A (patients who failed to get the certificate of the inability to live independently) and group B (patients who obtained the certificate of the inability to live independently)

Death	Group A (n = 68) ^a	Group B (n = 62) ^b	χ^2 value	P value
Yes	6 (9)	34 (58.6)	35.241	<0.001
No	61 (91)	24 (41.4)		

Data are presented as number (percentage) of patients.

- a No information on 1 patient
- b No information on 4 patients

information regarding all patients (for instance, we had no information on BMI of 15 patients in group B). The reasons are as follows: certification in absentia, patients' reluctance to provide information, as well as undisputed inability to lead an independent life with no necessity to gain additional information.

Conclusions The presence of metastases and surgical procedures are crucial in assessing the risk of inability to live independently among patients with breast cancer. Age, education level, and BMI are not proper predictors of inability to lead an independent life. The BI proves helpful in assessing that inability. However, further research including larger samples and information on histopathological type of breast cancer is still required. Additionally, inability to live independently in the course of breast cancer is a significant predictor of death.

ARTICLE INFORMATION

CONTRIBUTION STATEMENT MT: research concept, research methodology, collecting material, statistical analysis, interpretation of results, references; JZ: research concept, collecting material, interpretation of results; RRS: statistical analysis, references; GM: research methodology, interpretation of results; AB: research methodology, interpretation of results. MT and AB: writing of the manuscript.

CONFLICT OF INTEREST None declared.

OPEN ACCESS This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-NC-SA 4.0), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited, distributed under the same license, and used for noncommercial purposes only. For commercial use, please contact the journal office at ojp@pau.edu.pl.

HOW TO CITE Trudecki M, Zółkowska J, Roemer-Simek R, et al. Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors. *Pol Arch Intern Med.* 2021; 131: 16118. doi:10.20452/pamw.16118

REFERENCES

- 1 Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, et al. Risk factors and preventions of breast cancer. *Int J Biol Sci.* 2017; 13: 1387-1397. [↗](#)
- 2 Bjelic-Redic V, Fical F, Krauer M, et al. Primary surgery versus no surgery in synchronous metastatic breast cancer: patient-reported quality-of-life outcomes of the prospective randomized multicentre ABCSG-28 positive trial. *BMC Cancer.* 2020; 20: 392. [↗](#)
- 3 Zhang B, Shu XO, Delahanty RJ, et al. Height and breast cancer risk: evidence from prospective studies and mendelian randomization. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 2015; 107: 219. [↗](#)
- 4 Akrem M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res.* 2017; 50: 33. [↗](#)
- 5 Tulotta T, Ottewill P. The role of IL-18 in breast cancer bone metastasis. *Endocr Relat Cancer.* 2018; 25: 421-434. [↗](#)
- 6 Largiller R, Ferrero JM, Doyen J, et al. Prognostic factors in 1038 women with metastatic breast cancer. *Ann Oncol.* 2008; 19: 2012-2019. [↗](#)

- 7 Luiz Renna Junior N, de Azevedo e Silva G. Late-stage diagnosis of breast cancer in Brazil: analysis of data from hospital-based cancer registries 2000-2012. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018; 40: 127-136. [↗](#)
- 8 Vaz-Luis L, Lin NU, Keating NL, et al. Factors associated with early mortality among patients with de novo metastatic breast cancer: a population-based study. *Oncologist.* 2017; 22: 396-393. [↗](#)
- 9 Accorino MK, Wright JD, Vasan S, et al. Use and costs of disease monitoring in women with metastatic breast cancer. *J Clin Oncol.* 2017; 34: 2820-2826. [↗](#)
- 10 Park EM, Galber S, Rosenberg SM, et al. Anxiety and depression in young women with metastatic breast cancer: a cross-sectional study. *Psychosomatics.* 2018; 59: 251-258. [↗](#)
- 11 Bower JE, Wiley J, Paterson L, et al. Fatigue after breast cancer treatment: biobehavioral predictors of fatigue trajectories. *Health Psychol.* 2018; 37: 1025-1034. [↗](#)
- 12 Costa WA, Eleuterio J, Girello PC, Goncalves AK. Quality of life in breast cancer survivors. *Rev Assoc Med Bras.* 2017; 63: 583-589. [↗](#)
- 13 Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Med Sci Monit.* 2017; 23: 5069-5079. [↗](#)
- 14 Irvin W, Muz HB, Mayer DK. Symptom management in metastatic breast cancer. *Oncologist.* 2011; 16: 1203-1214. [↗](#)
- 15 Seneviratne S, Lawrenson R, Harvey V, et al. Stage of breast cancer at diagnosis in New Zealand: impacts of socio-demographic factors, breast cancer screening and biology. *BMC Cancer.* 2016; 16: 129. [↗](#)
- 16 Mornagh M, Minor TJ, Park A, et al. A prospective evaluation of the durability of palliative interventions for patients with metastatic breast cancer. *Cancer.* 2010; 116: 3338-3347. [↗](#)
- 17 Tomatich DB, Mosher CE, Hirsh AT, et al. Metastatic breast cancer patients' expectations and priorities for symptom improvement. *Support Care Cancer.* 2018; 25: 3781-3788. [↗](#)
- 18 Matsuoka J, Kunitomi T, Nishizaki M, et al. Advance care planning in metastatic breast cancer. *Chin Clin Oncol.* 2018; 7: 32. [↗](#)
- 19 Baneu AB, Nceme BP. Integration of breast cancer prevention and early detection into cancer palliative care model. *PLoS One.* 2019; 14: e0212806. [↗](#)
- 20 Feng Y, Speitz M, Huang S, et al. Breast cancer development and progression: risk factors, cancer stem cells, signalling pathways, genomics and molecular pathogenesis. *Genes Dis.* 2018; 5: 77-106. [↗](#)
- 21 Wilimowska-Pietruszyńska A. Social security for the disabled and the dependent in Poland [in Polish]. *Ozwoziestwo Lekarskie.* 2007; 4: 13-25. [↗](#)
- 22 Wilimowska-Pietruszyńska A. Health, financial and social situation of the disabled and the dependent in Poland [in Polish]. *Ozwoziestwo Lekarskie.* 2009; 6: 1-12. [↗](#)
- 23 Wilimowska-Pietruszyńska A. The risk of incapacity for independent living-necessity of social protection. *Polityka Zdrowotna.* 2012; 10: 41-55. [↗](#)
- 24 Skrzyński JK. Proposal for standardization of medical certification in the cases of not self-reliant persons. *Ozwoziestwo Lekarskie.* 2008; 5: 18-22. [↗](#)
- 25 Pany LM, Hoeger M, Seibert K, et al. Financial strain and physical and emotional quality of life in breast cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2019; 58: 454-459. [↗](#)
- 26 Mahoney F, Berthel DQ. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965; 14: 61-65. [↗](#)
- 27 Campbell KL, Pusic AL, Zucker DS, et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: function. *Cancer.* 2012; 118: 2300-2311. [↗](#)
- 28 Bodei BI, Tuso P. Breast cancer survivorship: a comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *Pern J.* 2015; 19: 48-79. [↗](#)
- 29 Cui Y, Whitman MK, Flaws JA, et al. Body mass and stage of breast cancer at diagnosis. *Int J Cancer.* 2002; 98: 279-283. [↗](#)
- 30 Accorino MK, Wright JD, Vasan S, et al. Association between survival time with metastatic breast cancer and aggressive end-of-life care. *Breast Cancer Res Treat.* 2017; 166: 549-558. [↗](#)
- 31 Shin JA, Parkes A, Ej-Jawhri A, et al. Retrospective evaluation of palliative care and hospice utilization in hospitalized patients with metastatic breast cancer. *Palliat Med.* 2016; 30: 854-861. [↗](#)
- 32 Styczkiewicz K, Styczkiewicz M, Mydrak S, et al. Tele-cardio-onco AID: a new concept for a coordinated care program in breast cancer (BREAST-AID): rationale and study protocol. *Pol Arch Intern Med.* 2019; 129: 295-298. [↗](#)



Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Original Study

Marek Tradecki^{1*}, Jolanta Ziółkowska¹, Roma Roemer-Słimak², Grzegorz Mazur³, Aleksandra Butrym⁴

¹Medical Board, Social Insurance Institution, Wrocław, Poland

²Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Wrocław Medical University, Poland

³Department of Internal and Occupational Diseases, Hypertension and Clinical Oncology, Faculty of Medicine, Wrocław Medical University, Poland

⁴Department of Cancer Prevention and Therapy, Faculty of Medicine, Wrocław Medical University, Poland

Received 06 February, 2022, Accepted 29 June, 2022

Abstract

Introduction. A number of articles focus on functioning with lung cancer. However, there are no articles on factors which result in the inability to live independently in the course of this disease. This study assesses risk factors regarding the inability to live independently among individuals with lung cancer.

Materials and Methods. This study included 134 patients who displayed interest in obtaining a certificate of the inability to live independently.

Results. Over the study period, 75% of the patients obtained the certificate of inability to live independently (group A) and 25% of them did not obtain the certificate (group B). In group A, 56.4% of individuals were men, and in group B, 42.4% of them were men. In group A, 11.8% of patients were diagnosed with small cell lung cancer; no such case was found in group B. Metastases were revealed in 83.2% of patients from group A and in 57.6% from group B. Patients from group A had a significantly lower score in the Barthel Index for Activities of Daily Living and lower body mass index compared with those from group B.

Conclusions. Information on body mass index, histopathological diagnosis, and the presence of metastases is useful in assessing the risk of being unable to live independently in patients with lung cancer. The Barthel Index for Activities of Daily Living is helpful in assessing the inability to live independently.

Keywords

lung • cancer • disability • epidemiology • palliative

1. Introduction

Lung cancer is a malignant tumor leading to many deaths around the world. In fact, it is the main cause of cancer-related mortality worldwide [1, 2, 3]. In the literature we can find a variety of works that focus on preventing lung cancer [4, 5, 6, 7] and on implications for early detection [8, 9] but no articles about factors leading to the inability to live independently. It is a cancer that causes significant suffering among patients, both physical [10, 11, 12, 13] and mental [14, 15, 16, 17].

There is a number of articles that focus on functioning with lung cancer, including studies on factors which are responsible for prolonging life [18, 19, 20] and improving quality of life [21, 22, 23, 24]. However, there are no publications on factors leading to inability to live independently in the course of lung cancer. This cancer can cause a damage to the organism's ability to function to a degree that results in patients requiring permanent or long-

term care and assistance on the part of another person to satisfy basic life needs [25, 26, 27]. This is a group of patients who are very susceptible and require a holistic approach to care. Therefore, one should become aware of the elements that influence patients' life in such a harmful way and help them by responding to their growing needs, including financial ones, quicker. That is why the first aim of this study is to focus on factors which result in the inability to live independently in the course of lung cancer. Researchers indicate that financially strained patients with lung cancer experience worse emotional and physical quality of life. Other researchers also indicate the importance of interventions to reduce the financial burden of lung cancer [28]. If a patient is found unable to exist independently, he might be entitled to obtain financial help in the form of a nursing supplement or supplementary benefit. Social support should be valued as an important component of sensitive healthcare for the improvement of

* E-mail: lek.marek.tradecki@poczta.fm



resilience and life quality among patients with lung cancer [16]. It is worth remembering that all lung cancer survivors are in need of social support. Given these risk factors, attention should be drawn to individuals who may need fast and solid social support because of their fragility. Therefore, the second aim of this study is to make physicians more aware of the problem. They often are the first healthcare professionals who can recognize the problem. They can quickly refer patients and their families to relevant institutions which can eventually help individuals who are unable to live independently.

2. Patients and methods

2.1. Participants and procedures

In this study, all participants had lung cancer. We followed the methods of Tradecki et al [29]. A total of 134 final decisions issued by the Social Insurance Institution in Wrocław, Poland, in 2016 were analyzed (all decisions were made at that time). All patients were interested in obtaining a certificate of the inability to live independently, which is a document for social insurance support signifying that the patients are unable to care for themselves. Patients' medical records were carefully assessed in 2019. Data on age, education, and sex were collected. Moreover, the type of cancer was defined and distant metastases were determined. The functional status of every patient was described based on the Barthel Index for Activities of Daily Living (BI) [30], a validated questionnaire, with a maximum score of 100 points and a minimum of 0. The Body Mass Index (BMI) was calculated based on the available information on weight and height. The study protocol was approved by the Commission of Bioethics at Wrocław Medical University (approval KB-331/2019).

2.2. Statistical analysis

The results were subject to a statistical analysis, which was performed using the IBM SPSS Statistics 26 program (Armonk, New York, United States). Variables with a skewed distribution were expressed as medians with interquartile ranges (IQR). Categorical variables were expressed as numbers with percentages. In order to assess the significance of the differences among the groups, the Mann-Whitney test and χ^2 test were performed. Statistical significance was set at p value of less than 0.05.

3. Results

Among the 134 final decisions that were analyzed, 101 patients (75%) obtained a certificate of the inability to live independently (they were included in group A) and 33 individuals (25%) failed to get the certificate (they were included in group B). The groups did not differ statistically in terms of sex ($p = 0.161$). However, it should be noted that in group A there were slightly more men and in group B women slightly dominated men (Table 1). The groups did not differ statistically in terms of education ($p = 0.376$).

The groups differed statistically in terms of histopathological diagnosis ($p = 0.045$). All individuals in group B had non-small cell lung cancer (NSCLC), and among those in group A, NSCLC was predominant, but 11.8% of patients had a diagnosis of small cell lung cancer (SCLC, Table 1). We are aware of the fact that 11.8% of patients is not a huge number, but it must be emphasized that there were no SCLC cases in group B. The groups differed statistically in terms of the presence of metastases ($p = 0.003$). They were much more common among patients in group A (Table 1).

Groups A and B did not differ statistically in terms of age ($p = 0.961$). However, there was the statistical difference in BMI between the groups ($p = 0.011$), patients from group A had lower BMI (Table 2). Also, there was the statistical difference in BMI between the groups ($p < 0.001$), lower overall score on the BI was recorded in group A (Table 2).

Additionally, group A was analyzed in terms of sex. There was no statistical difference between men and women in this group (Table 3) in terms of age ($p = 0.400$), BMI ($p = 0.645$) and BI ($p = 0.122$).

4. Discussion

As far as we know, this is the first report on risk factors pertaining to the inability to live independently in the course of lung cancer. Our research has shown that patients who were unable to live independently in the course of this cancer had a lower BMI compared to other individuals suffering from lung cancer. The available studies have shown that significant weight loss may impair wound healing and reduce the strength of the immune system, tolerance of treatment, and quality of life [5], which may cause a great impairment of the functional state of the human body and lead to inability to live independently. We have also already known that metastases in the course of lung cancer have been an important factor influencing the survival time [18]. During our study, in patients with the inability to live independently, distant metastases were more frequently diagnosed. Additionally, our study strongly suggests that small cell lung cancer (SCLC) may cause greater functional devastation of patients' bodies than NSCLC and may be a strong indicator of inability to live independently. That's why SCLC is far more aggressive and lethal [31]. All patients diagnosed with this form of lung cancer were considered as unable to live independently in our study. In comparison to other malignant tumours, lung cancer causes greater unmet needs, but these needs have never been fully described [21, 28]. Identifying those needs that affect daily functioning could facilitate interventions to improve the quality of life of patients with lung cancer [12], also in group of individuals with inability to live independently. Our research shows that the BI is a proper tool to assess functional capacity in the context of inability to exist independently. Significantly lower overall score on the BI was recorded in group A. This questionnaire can be filled in quickly and can assess basic activities such as feeding, bathing, groom-

Table 1. Information on sex, education, histopathology, and metastases in group A and group B

	Groups				
	A (n=101)		B (n=33)		
SEX	N	%	N	%	$\chi^2 = 1.960$ $p = 0.161$
women	44	43.6	19	57.6	
men	57	56.4	14	42.4	
EDUCATION ^a	N	%	N	%	$\chi^2 = 8.107$ $p = 0.378$
primary	93	97.5	7	21.2	
basic vocational	33	37.5	16	48.5	
secondary	17	19.3	7	21.2	
higher	5	5.7	3	9.1	
HISTOPATHOLOGY ^b	N	%	N	%	$\chi^2 = 4.024$ $p = 0.045$
small cell lung cancer	11	11.8	0	0	
non-small cell lung cancer	82	88.2	31	100	
METASTASES ^c	N	%	N	%	$\chi^2 = 8.993$ $p = 0.009$
no	16	16.8	14	42.4	
yes	79	89.2	19	57.6	

^ano information on 13 patients from group A^bno information on 8 patients from group A and 2 patients from group B^cno information on 6 patients from group A

Table 2. Information on age, BMI (body mass index), and BI (The Barthel Index for Activities of Daily Living) in group A and group B (y: years; IQR: interquartile range)

Parameter	Group A (n = 101)	Group B (n = 33)	Statistic	p value
Age, y, median (IQR)	66 (63–70)	65 (63–68)	Z = -0.049	0.981
BMI ^a , median (IQR)	23.99 (20.81–26.64)	27.69 (22.31–29.41)	Z = -2.527	0.011
BI ^a , median (IQR)	60 (50–65)	90 (85–95)	Z = -8.302	< 0.001

^aNo information on 16 patients from group A

Table 3. Information on age, BMI (body mass index) and BI (The Barthel Index for Activities of Daily Living) in group A in terms of sex (y: years; IQR: interquartile range)

Parameter	Women (N = 44)	Men (N = 57)	Statistic	p value
Age, y, median (IQR)	66 (64–68)	65 (60–70)	Z = -0.841	0.400
BMI ^a , median (IQR)	24.61 (19.33–26.77)	23.87 (21.45–26.64)	Z = -0.461	0.645
BI ^a , median (IQR)	60 (55–65)	55 (50–65)	Z = -1.548	0.122

^aNo information on 11 women and 5 men^bNo information on 7 women and 9 men

ing, dressing, mobility, and controlling of sphincters. This also confirms that functional performance is an important factor in influencing everyday of life of patients with lung cancer [10]. It should also be remembered that despite the advancement in the detection of lung cancer, the possibility of an accurate histo-

pathological diagnosis, and access to a wide range of treatments for this cancer, many patients still develop advanced, incurable forms that ultimately lead to death [32], and along the way, at some stage of the disease, patients often develop an inability to exist independently.

Potential limitations of this study include lack of information on treatment of lung cancer in both groups. Our study is also based on the data from only one centre (Wrocław, Poland) and from patients who applied for the certificate of the inability to live independently. During the stage of data collection, we found it difficult to obtain information regarding all patients (for instance, we had no information on metastases of six patients in group A). The reasons are as follows: certification in absentia, patients' reluctance to provide information, as well as undisputed inability to lead an independent life with no necessity to gain additional information.

5. Conclusions

The presence of metastases and BMI are crucial in assessing the risk of inability to live independently among patients with lung cancer. Histopathological diagnosis may be a strong predictor of inability to live independently in the course of this cancer. Age, education, and sex are not proper predictors of this inability. The BI proves to be helpful in assessing the inability to live independently. However, further research including larger samples and information on treatment is still required.

Authors' Contribution

M.T.: study design, data collection, statistical analysis, data interpretation, literature review, writing - original draft preparation, writing - review and editing, final proofreading and approval of the version for publication; **J.Z.:** study design, data collection, data interpretation; **R.R.S.:** statistical analysis, literature review; **G.M.:** study design, data interpretation; **A.B.:** study design, data interpretation, writing - original draft preparation

ORCID

Marek Tradecki <https://orcid.org/0000-0003-0132-4536>

Roma Roemer-Slimak <https://orcid.org/0000-0002-1051-4430>

Grzegorz Mazur <https://orcid.org/0000-0001-6610-2008>

Aleksandra Butrym <https://orcid.org/0000-0002-8199-2018>

Conflict of Interest

The authors have no potential conflicts of interest to declare.

Ethics Approval

The study protocol was approved by the Commission of Bioethics at Wrocław Medical University (approval KB-331/2019).

Additional Information

A preprint of this work has previously been published (<https://www.researchsquare.com/article/rs-98060/v1>).

References

- [1] Cho YJ, Cho YM, Kim SH, Shin KH, Jung ST, Kim HS. Clinical analysis of patients with skeletal metastasis of lung cancer. *BMC Cancer*. 2019; 19: 303.
- [2] Lee SH. Chemotherapy for lung cancer in the era of personalized medicine. *Tuberc Respir Dis*. 2019; 82: 179-189.
- [3] Shahedah KK, How SH, Jamalludin AR, Mohd Faiz MT, Kuan YC, Ong CK. Depressive symptoms in newly diagnosed lung carcinoma: Prevalence and associated risk factors. *Tuberc Respir Dis*. 2019; 82: 217-226.
- [4] Arrieta O, Lopez-Meija M, Macedo-Perez EO, Corona-Cruz JF. Proposals for the prevention of lung Cancer in the Health system of Mexico. *Salud Publica de Mexico*. 2016; 58: 274-278.
- [5] Ge T, Lin T, Yang J, Wang M. Nutritional status and related factors of patients with advanced lung cancer in northern China: A retrospective study. *Cancer Management and Research*. 2019; 11: 2225-2231.
- [6] Luo Q, Steinberg J, O'Connell DL, Yu XQ, Caruana M, Wade S, Pesola F, Grogan PB, Dessaix A, Freeman B, et al. Lung cancer mortality in Australia in the twenty-first century: How many lives can be saved with effective tobacco control? *Lung Cancer*. 2019; 130: 208-215.
- [7] Rafiemanesh H, Mehtarpour M, Khani F, Hesami SM, Shamlou R, Towhidi F, Salehiniya H, Makhosoi BR, Moini A. Epidemiology, incidence and mortality of lung cancer and their relationship with the development index in the world. *J Thorac Dis*. 2016; 8: 1094-1102.
- [8] Dement JM, Ringen K, Hines S, Cranford K, Quinn PS. Lung cancer mortality among construction workers: Implications for early detection. *Occup Environ Med*. 2020; 77: 207-213.
- [9] Welch LS, Dement JM, Cranford K, Shorter J, Quinn PS, Madtes DK, Ringen K. Early detection of lung cancer in a population at high risk due to occupation and smoking. *Occup Environ Med*. 2019; 76: 137-142.
- [10] Lehto RH. Symptom burden in lung cancer: Management updates. *Lung Cancer Manag*. 2016; 5: 61-78.
- [11] Leppert W, Zajackowska R, Wordliczek J, Dobrogowski J, Woron J, Krzakowski M. Pathophysiology and clinical characteristics of pain in most common locations in Cancer patients. *J Physiol Pharmacol*. 2016; 67: 787-799.
- [12] Steffen LE, Vowles KE, Smith BW, Gan GN, Edelman MJ. Daily diary study of hope, stigma and functioning in lung cancer patients. *Health Psychol*. 2018; 37: 218-227.
- [13] Zahir ST, Mirtalebi M. Survival of patients with lung cancer, Yazd, Iran. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2012; 13: 4387-4391.
- [14] Huang X, Yan A, Liu Q, Liu Q, Wu L. Effects of magnanimous therapy on coping, adjustment and living function in advanced lung cancer. *Curr Oncol*. 2019; 26: e48-e56.

- [15] Jazinizade M, Malakoutikhah A, Madadimahani A, Iranmanesh MH, Oghabian S, Mohammadshahi F, Janfaza F, Zakeri MA. Stress and quality of life of patients with cancer: the mediating role of mindfulness. *J Oncol*. 2020; 2020: 3289521.
- [16] Lehto RH. Psychosocial challenges for patients with advanced lung cancer: Interventions to improve well-being. *Lung Cancer Targets and Therapy*. 2017; 8: 79-90.
- [17] Oancea C, Suciuc C, Timar B, Papava I, Raica M, Burlacu O. The reciprocal relationship between coping mechanisms and lung cancer diagnosis: Findings of a prospective study. *Cancer Management and Research*. 2018; 10: 33-40.
- [18] Abazari M, Gholamnejad M, Roshanaei G, Abazari R, Roosta Y, Mahjub M. Estimation of survival rates in patients with lung cancer in West Azerbaijan, the Northwest of Iran. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2015; 16: 3923-3926.
- [19] Abedi S, Janbabaee G, Afshari M, Moosazadeh M, Rashidi Alashti M, Hedayatizadeh-Omran A, Alizadeh-Navaei R, Abedini E. Estimating the survival of patients with lung cancer: what is the best statistical model? *J Prev Med Public Health*. 2019; 52: 140-144.
- [20] Hellmann MD, Li BT, Chaft JE, Kris MG. Chemotherapy remains an essential element of personalized care for persons with lung cancers. *Ann Oncol*. 2016; 27: 1829-1835.
- [21] Chabowski M, Polanski J, Jankowska-Polanska B, Lomper K, Janczak D, Rosinczuk J. The acceptance of illness, the intensity of pain and the quality of life in patients with lung cancer. *J Thorac Dis*. 2017; 9: 2952-2958.
- [22] Gu W, Xu YM, Zhu JH, Zhong BL. Depression and its impact on health-related quality of life among Chinese inpatients with lung cancer. *Oncotarget*. 2017; 8: 104806-12.
- [23] 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.
- [24] Yun YH, Kim YA, Sim JA, Shin AS, Chang YJ, Lee J, Kim MS, Shim YM, Zo JL. Prognostic value of quality of life score in disease-free survivors of surgically treated lung cancer. *BMC Cancer*. 2016; 16: 505.
- [25] Wilmowska-Pietruszyńska A. Health, financial and social situation of the disabled and the dependent in Poland. *Orzecznictwo Lekarskie*. 2009; 6: 1-12.
- [26] Wilmowska-Pietruszyńska A. Social security for the disabled and the dependent in Poland. *Orzecznictwo Lekarskie*. 2007; 4: 13-25.
- [27] Wilmowska-Pietruszyńska A. The risk of incapacity for independent living-necessity of social protection. *Polityka Zdrowotna*. 2012; 10: 41-55.
- [28] Giuliani ME, Milne RA, Puts M, Sampson LR, Kwan JYY, Le LW, Alibhai SMH, Howell D, Abdelmutti N, Liu G, et al. The prevalence and nature of supportive care needs in lung cancer patients. *Curr Oncol*. 2016; 23: 258-265.
- [29] Tradecki M, Ziółkowska J, Roemer-Slimak R, Mazur G, Butrym A. Inability to live independently in the course of breast cancer: Main risk factors. *Pol Arch Intern Med*. 2021; 131: 16118.
- [30] Mahoney FI, Barthel DQ. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965; 14: 61-65.
- [31] Lundin A, Driscoll B. Lung cancer stem cells: progress and prospects. *Cancer Lett*. 2013; 338: 89-93.
- [32] Lim RBL. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Adv Respir Dis*. 2016; 10: 455-467.

Orzecznictwo o niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych

MAREK TRADECKI, JOLANTA ZIÓŁKOWSKA

Komisje Lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział we Wrocławiu

Orzecznictwo o niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych

Tradecki M, Ziółkowska J.

Komisje Lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział we Wrocławiu

Z dniem 1 października 2019 roku weszła w życie Ustawa z dnia 31 lipca 2019 roku o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dziennik Ustaw 2019 pozycja 1622), zwana potocznie „ustawą 500 plus dla niepełnosprawnych”. Zgodnie z wolą Ustawodawcy organem właściwym do rozpatrywania wniosków o przyznanie świadczenia uzupełniającego są zakłady emerytalne, w tym Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Jednym z warunków uzyskania takiego świadczenia jest posiadanie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczenia takie w ZUS wydają lekarze orzecznicy oraz komisje lekarskie. W związku z powyższym chcielibyśmy w niniejszym artykule przybliżyć aspekty orzecznictwa o niezdolności do samodzielnej egzystencji w ZUS. Od 1 października 2019 roku o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji mogą występować nie tylko osoby ubezpieczone, czyli mające prawo do świadczeń pieniężnych (renty z tytułu niezdolności do pracy, emerytury) z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Zgodnie bowiem z nową Ustawą o świadczenie uzupełniające może starać się każda osoba, która ukończyła 18 rok życia, a suma jej świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych o charakterze innym niż jednorazowe nie przekracza 1600 złotych. Odpowiedź na pytanie, kto jest osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji, znajdziemy w Ustawie z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dziennik Ustaw 1998 numer 162 pozycja 1118 z późniejszymi zmianami). To na jej podstawie orzekają lekarze z ZUS.

Słowa kluczowe: orzecznictwo, niezdolność, samodzielna egzystencja

Pol Merkur Lekarski, 2019; XLVII (282); 244–245

Certification of the inability to an independent existence in Social Insurance Institution

Tradecki M, Ziółkowska J.

Medical Boards of Social Insurance Institution, Wrocław

On October 1, 2019 the Act of July 31, 2019 on supplementary benefit for persons who are unable to exist independently, commonly referred to as the „500 plus act on the disabled people”, entered into force. In accordance with the will of the Legislator, pensions institutions including the Social Insurance Institution (ZUS) are the competent authority to examine applications for supplementary benefit. One of the conditions to get that benefit is having a certificate of the inability to an independent existence which is issued in ZUS by evaluating doctors and medical boards. Therefore in this article we would like to look closely at the aspects of certification of the inability to an independent existence in ZUS. From October 1, 2019 not only insured persons may apply for a certificate of the inability to an independent existence. According to the new Act supplementary benefit may be applied for by anyone who is at least 18 years old and the sum of this person's cash benefits financed from public funds other than one-offs does not exceed PLN 1,600. The answer to the question of who is incapable of independent existence can be found in the Act of 17 December 1998 on pension benefits from the Social Insurance Fund. This is the basis to issue medical opinions in ZUS.

Key words: certification, inability, independent existence

Pol Med J, 2019; XLVII (282); 244–245

Od 1 października 2019 roku znacznie wzrosła ilość osób starających się o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w ZUS. Wynika to z faktu wejścia w życie Ustawy z dnia 31 lipca 2019 roku. Do tej pory o wyżej wymienione orzeczenie starały się osoby z prawem do świadczeń z FUS. Dzięki temu uzyskiwały prawo do dodatku pielęgnacyjnego. Obecnie Ustawodawca wprowadził suplementarne świadczenie pieniężne, tj. świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, jednocześnie poszerzając krąg osób zainteresowanych takim orzeczeniem. W związku z powyższym chcemy w artykule przybliżyć charakterystykę ścieżki orzeczniczej w ZUS w zakresie ustalania niezdolności do samodzielnej egzystencji, tym bardziej, że w literaturze nie ma zbyt wielu takich opracowań.

DWIE INSTANCJE

Każda osoba, która chce mieć ustaloną niezdolność do samodzielnej egzystencji w ZUS, musi uzyskać stosowne orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika (LO). W wybranych

przypadkach orzeczenie takie można wydać na podstawie dołączonej dokumentacji, z której bezspornie wynika, iż dana osoba jest niezdolna do samodzielnej egzystencji. W pozostałych przypadkach potrzebne jest badanie bezpośrednie Wnioskodawcy. W oparciu o jego wynik i całą zgromadzoną dokumentację LO wydaje orzeczenie. Jeśli ustala niezdolność do samodzielnej egzystencji musi także ustalić jej datę powstania oraz określić przewidywany czas trwania. W sytuacjach, kiedy aktualna wiedza medyczna wskazuje na to, iż dana osoba nigdy nie odzyska zdolności do samodzielnej egzystencji, można ustalić tę niezdolność na trwałe. Od niekorzystnego dla siebie orzeczenia Wnioskodawca może złożyć sprzeciw do instancji odwoławczej w ZUS, tj. komisji lekarskiej (KL). Ponadto Główny Lekarz Orzecznik (GLO) oddziału ZUS, sprawując w imieniu Prezesa ZUS bezpośredni nadzór nad orzekaniem LO w danym oddziale, może nie zgodzić się z wydanym przez LO orzeczeniem i złożyć zarzut wadliwości. Wówczas sprawa także trafia do KL. Komisja lekarska orzeka w składzie trzyosobowym i jej orzeczenie jest ostateczne na poziomie ZUS. Wszyscy lekarze pracujący w ZUS w orzecznictwie lekarskim są specjalistami drugiego stopnia.

NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Jak wynika z Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (UoEiR), w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Zaznaczyć należy, że UoEiR nie definiuje pojęć: długotrwała, opieka, czy pomoc, których zrozumienie jest niezbędne do wydania prawidłowego orzeczenia. Polskie ustawodawstwo nie definiuje także podstawowych potrzeb życiowych człowieka. Niska akrybia w tym zakresie naszego prawa nie ułatwia zatem oceny niezdolności do samodzielnej egzystencji. Dlatego tak cenne jest doświadczenie lekarzy orzekających w tej materii w ZUS. Opieka w języku polskim odnosi się do troszczenia o kogoś, dbania, doглядania, pilnowania, czy strzeżenia. Pomoc to wspieranie kogoś, to wysiłek i starania, a także praca na rzecz innej osoby w celu odciążenia i ulżenia jej w działaniu. Należy pamiętać, że w przypadku orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji oba te warunki muszą być spełnione jednocześnie. Doktryna przedmiotu za podstawowe potrzeby życiowe człowieka przyjmuje wykonywanie zwyczajnych, podstawowych czynności dnia codziennego w aspekcie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego – to konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy w tym zakresie sprawiają, że u danej osoby rozważa się orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji [2, 3, 4]. Przy czym kluczowym pozostaje w tej ocenie poruszanie się po domu, utrzymanie higieny osobistej oraz przyrządzanie i spożywanie posiłków. Zatem osoba, która sama nie wychodzi z domu po zakupy, czy do lekarza, nie może być tylko z tego powodu kwalifikowana jako niezdolna do samodzielnej egzystencji. Taka osoba wymaga pomocy pośredniej przy zakupie sprawunków, czy przy organizacji wizyt specjalistycznych, pozostaje to w gestii rodziny lub opieki społecznej. Dopiero jednak potrzeba pomocy bezpośredniej przy danej osobie wypełnia ustawowe przesłanki definicji osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji.

Należy też zauważyć, iż z braku precyzyjnego określenia pojęcia „długotrwała” (opieka i pomoc), dotychczasowa praktyka wypracowała pewne standardy. Przyjmuje się, że o długotrwałości mówimy w perspektywie co najmniej okresu jednego roku, choć można spotkać czasami przypadki nieco krótsze (pół roku). Trzeba podkreślić również, że to nie sam fakt rozpoznania zaawansowanego schorzenia daje podstawy do takiego orzeczenia. W obecnym stanie prawnym nie bierze się pod uwagę ciężkości, czy nieuleczalności choroby albo określenia czasu niezbędnego do pomocy i opieki przy Wnioskodawcy, nie zajmuje się także wyceną kosztów pomocy i opieki [1]. Z tej przyczyny na przykład nie każda osoba z chorobą nowotworową z przerzutami odległymi kwalifikuje się do orzeczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji. W celu właściwej oceny Wnioskodawcy należy dokonać analizy jego stanu funkcjonalnego, a zatem wpływu rozpoznanego schorzenia na codzienną mobilność i wydolność. Dobrze jest zatem ocenić sposób poruszania się danej osoby zarówno po powierzchniach płaskich, jak i po schodach, możliwości przesiedania z łózka na krzesło, zakres potrzeb przy ubieraniu się, korzystaniu z toalety, braniu prysznica/kąpieli, a także (o czym pisaliśmy już powyżej) przy utrzymywaniu higieny osobistej (mycia twarzy, golenia, szczotkowania zębów), przygotowaniu i jedzeniu posiłków. Wskazane jest również określenie ewentualnych dysfunkcji w komunikacji interpersonalnej, deficytów uwagi, czy pamięci, a także zaburzeń sfery emocji, osobowości, afektu oraz stopnia ich nasilenia. Dodać w tym miejscu należy, że specyfika upośledzenia stanu funkcjonalnego organizmu osób z zaburzeniami psychicznymi, czy deficytami funkcji poznawczych, które często są w pełni sprawne fizycznie, wymaga szczególnej uwagi orzecznicy przy orzekaniu niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Niezależnie od powyższych rozważań, za niezdolne do samodzielnej egzystencji powinno się uznać osoby chore psychicznie, których stan zagraża otoczeniu lub samemu choremu oraz

ludzie z zaawansowanymi zmianami o charakterze otępiennym, których nasilenie doprowadza do niebezpieczeństwa dla otoczenia lub samego chorego [5]. Ważnym elementem postępowania orzeczniczego, w tym tego na potrzeby ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji, jest ostrożne podejście do danych uzyskanych z wywiadu od Wnioskodawcy i jego rodziny. To lekarz badający musi dokonać oceny wiarygodności wywiadów w konfrontacji ze stanem klinicznym i funkcjonalnym [6]. Pomocna przy tej ocenie jest dokumentacja medyczna dostarczona przez Wnioskodawcę. Za egzemplifikację niech służy pacjent, który na przestrzeni na przykład dziesięciu lat był 10-15 razy hospitalizowany na stacjonarnym oddziale psychiatrycznym, zdaje się to potwierdzać ciężki przebieg danej choroby, niejednokrotnie na poziomie niezdolności do samodzielnej egzystencji [6]. Z drugiej strony zdarzają się Wnioskodawcy (często z rozpoznaną chorobą nowotworową, czy ze schorzeniami ze strony narządu ruchu), którzy w wywiadzie podają uogólnione, bardzo silne dolegliwości bólowe paraliżujące ich codzienne życie. Komunikują w związku z tym niezdolność do samodzielnego wykonywania nawet najprostszyc czynności dnia codziennego, a jednocześnie z dokumentacji medycznej wynika, że lekarze prowadzący od miesięcy, czy lat stosują u tych osób leki przeciwbólowe z pierwszego stopnia drabiny analgetycznej. W takich sytuacjach nie mamy potwierdzenia informacji o „paraliżujących” bólach i brak jest podstaw do ustalenia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

PODSUMOWANIE

1. Od 1 października 2019 roku znacznie uległa zwiększeniu liczba osób starających się o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.
2. Orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji w ramach procedur ZUS jest dwuinstancyjne.
3. Niezdolną do samodzielnej egzystencji w myśl obowiązujących przepisów prawnych jest osoba, która wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innego człowieka w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.
4. W celu właściwej oceny Wnioskodawcy starającego się o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji należy dokonać analizy jego stanu funkcjonalnego, a zatem wpływu rozpoznanych chorób na codzienną aktywność, a w zasadzie na jej ograniczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Skrzyński JK.: Propozycja standaryzacji orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji. *Orzecznictwo Lekarskie*, 2008; 5(1): 18-22.
2. Wilmonska-Pietruszyńska A.: Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności i niesamodzielności w Polsce. *Orzecznictwo Lekarskie*, 2007; 4(1): 13-25.
3. Wilmonska-Pietruszyńska A.: Sytuacja zdrowotna, materialna i społeczna osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w Polsce. *Orzecznictwo Lekarskie*, 2009; (16)1: 1-12.
4. Wilmonska-Pietruszyńska A.: Ryzyko niezdolności do samodzielnej egzystencji-konieczność zabezpieczenia społecznego. *Polityka Zdrowotna*, 2012; 10: 41-55.
5. Wilmonska-Pietruszyńska A.: Świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – w – Wilmonska-Pietruszyńskiej A. (red.): *Orzecznictwo Lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-dentystycznych uniwersytetów medycznych. Edra Urban&Partner, Wrocław 2017*; 38-72.
6. Zys T.: Orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji w zaburzeniach psychicznych. *Orzecznictwo Lekarskie*, 2010; 7(1): 23-34.

Konfliktu interesów nie deklarowano.

Received: 24.09.2019

Revised: 21.10.2019

Accepted: 20.11.2019

Adres do korespondencji:

Marek Tradecki

Komisje Lekarskie ZUS, Oddział Wrocław,

50-225 Wrocław, ul Reymonta 4/6

Tel.: 713606800

e-mail: marektradecki@poczta.fm

12. Oświadczenia współautorów

Wrocław, 2022-10-03

Marek Tradecki

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Katedra Zdrowia Populacyjnego
Zakład Zdrowia Środowiskowego i Medycyny Pracy

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu
Komisje Lekarskie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Pol. Arch. Med. Wewn. 2021 Vol.131 no.12 art.16118 [4s.]

DOI: 10.20452/pamw.16118

mój udział polegał na: opracowaniu koncepcji pracy, opracowaniu metodologii badawczej, zbieraniu materiału, analizie i interpretacji danych, zbieraniu piśmiennictwa, pisaniu manuskryptu, koordynowaniu procesu recenzji, pisaniu ostatecznej wersji artykułu

Marek Tradecki
lekarz specjalista epidemiologii,
rehabilitacji medycznej i
medycyny paliatywnej
2346506

Wrocław, 2022-10-03

Jolanta Ziółkowska

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu
Komisje Lekarskie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Pol. Arch. Med. Wewn. 2021 Vol.131 no.12 art.16118 [4s.]

DOI: 10.20452/pamw.16118

mój udział polegał na: opracowaniu koncepcji pracy, zbieraniu materiału,
interpretacji danych, krytycznej analizie artykułu


dr n med Jolanta Ziółkowska
specjalista chorób wewnętrznych,
medycyny pracy i zdrowia publicznego
52-430 Wrocław, ul. Trentowskiego 32
tel. 601 55 26 82
980103023 5732710

Wrocław, 2022-10-03

Roma Roemer-Ślimak

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarski
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Marek Tradecki, Jolanta Ziólkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Pol. Arch. Med. Wewn. 2021 Vol.131 no.12 art.16118 [4s.]

DOI: 10.20452/pamw.16118

mój udział polegał na: analizie danych, zbieraniu piśmiennictwa.


ROMA ROEMER-ŚLIMAK
specjalista medycyny rodzinnej
234546

Wrocław, 3.10.2022

prof. dr hab. Grzegorz Mazur

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarski
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia
Tętniczego i Onkologii Klinicznej

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Pol. Arch. Med. Wewn. 2021 Vol.131 no.12 art.16118 [4s.]

DOI: 10.20452/pamw.16118

mój udział polegał na: współpracowaniu metodologii badawczej, interpretacji danych

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
KATEDRA I KLINIKA CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH
ZAWODOWYCH, NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO
I ONKOLOGII KLINICZNEJ
Kierownik
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur

Wrocław, 3.10.2022

Prof. dr hab. Aleksandra Butrym

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarski
Zakład Profilaktyki i Leczenia Chorób Nowotworowych

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:


Inability to live independently in the course of breast cancer: main risk factors

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Pol. Arch. Med. Wewn. 2021 Vol.131 no.12 art.16118 [4s.]

DOI: 10.20452/pamw.16118

mój udział polegał na: współpracowaniu metodologii badawczej, interpretacji danych, krytycznej analizie artykułu.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ZAKŁAD PROFILAKTYKI I LECZENIA
CHOROŃ NOWOTWOROWYCH
kierownik

prof. dr hab. Aleksandra Butrym

Wrocław, 2022-10-03

Marek Tradecki

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Katedra Zdrowia Populacyjnego
Zakład Zdrowia Środowiskowego i Medycyny Pracy

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu
Komisje Lekarskie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Post. Hig. Med. Dosw. 2022 Vol.76 no.1 pp.402-406

DOI: 10.2478/ahem-2022-0050

mój udział polegał na: opracowaniu koncepcji pracy, opracowaniu metodologii badawczej, zbieraniu materiału, analizie i interpretacji danych, zbieraniu piśmiennictwa, pisaniu manuskryptu, koordynowaniu procesu recenzji, pisaniu ostatecznej wersji artykułu

Marek Tradecki
lekarz specjalista epidemiologii,
rehabilitacji medycznej i
medycyny paliatywnej
2346705



Wrocław, 2022-10-03

Jolanta Ziółkowska

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu
Komisje Lekarskie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Post. Hig. Med. Dosw. 2022 Vol.76 no.1 pp.402-406

DOI: 10.2478/ahem-2022-0050

mój udział polegał na: opracowaniu koncepcji pracy, zbieraniu materiału,
interpretacji danych, krytycznej analizie artykułu.

dr n med Jolanta Ziółkowska
specjalista chorób wewnętrznych,
medycyny pracy i zdrowia publicznego
52-430 Wrocław, ul. Trentowskiego 32
tel. 601 55 26 82
980103023 5732710

Wrocław, 2022-10-03

Roma Roemer-Ślimak

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarski
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Marek Tradecki, Jolanta Ziólkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Post. Hig. Med. Dosw. 2022 Vol.76 no.1 pp.402-406

DOI: 10.2478/ahem-2022-0050

mój udział polegał na: analizie danych, zbieraniu piśmiennictwa.


ROMA ROEMER-SLIMAK
specjalista medycyny rodzinnej
2345463

Wrocław, 3.10.2022

Prof. dr hab. Grzegorz Mazur

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarski
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia/
Tętniczego i Onkologii Klinicznej

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,
Aleksandra Butrym

Post. Hig. Med. Dosw. 2022 Vol.76 no.1 pp.402-406

DOI: 10.2478/ahem-2022-0050

mój udział polegał na: współpracowaniu metodologii badawczej, interpretacji danych.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
KATEDRA I KLINIKA CHOROBY WEWNĘTRZNYCH
ZAWODOWYCH, NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO
I ONKOLOGII KLINICZNEJ
Kierownik
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur

Wrocław, 3.10.2022

Prof. dr hab. Aleksandra Butrym

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Lekarski
Zakład Profilaktyki i Leczenia Chorób Nowotworowych

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w pracy badawczej oryginalnej:

Risk factors of inability to live independently in the course of lung cancer

Marek Tradecki, Jolanta Ziólkowska, Roma Roemer-Ślimak, Grzegorz Mazur,


Aleksandra Butrym

Post. Hig. Med. Dosw. 2022 Vol.76 no.1 pp.402-406

DOI: 10.2478/ahem-2022-0050

mój udział polegał na: współpracowaniu metodologii badawczej, interpretacji danych, krytycznej analizie artykułu.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ZAKŁAD PROFILAKTYKI I LECZENIA
CHOROÓB NOWOTWOROWYCH
kierownik
prof. dr hab. Aleksandra Butrym



Wrocław, 2022-10-03

Marek Tradecki

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wydział Nauk o Zdrowiu
Katedra Zdrowia Populacyjnego
Zakład Zdrowia Środowiskowego i Medycyny Pracy

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu
Komisje Lekarskie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w artykule przeglądownym:

**Orzecznictwo o niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie
Ubezpieczeń Społecznych**

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska

Pol. Merkur. Lek. 2019 T.47 nr 282 s.244-245

mój udział polegał na: opracowaniu koncepcji pracy, zbieraniu piśmiennictwa,
pisaniu manuskryptu, koordynowaniu procesu recenzji, pisaniu ostatecznej wersji
artykułu

Marek Tradecki
lekarz specjalista epidemiologii,
rehabilitacji medycznej i
medycyny paliatywnej



Wrocław, 2022 -10- 03

Jolanta Ziółkowska

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział we Wrocławiu
Komisje Lekarskie

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w artykule przeglądowym:

**Orzecznictwo o niezdolności do samodzielnej egzystencji w Zakładzie
Ubezpieczeń Społecznych**

Marek Tradecki, Jolanta Ziółkowska

Pol. Merkur. Lek. 2019 T.47 nr 282 s.244-245

mój udział polegał na krytycznej analizie artykułu.

dr n. med. Jolanta Ziółkowska
specjalista chorób wewnętrznych,
medycyny pracy i zdrowia publicznego
52-430 Wrocław, ul. Trentowskiego 32
tel. 601 55 26 82
980103023 5732710

13. Opinia komisji bioetycznej

1

KOMISJA BIOETYCZNA
przy
Uniwersytecie Medycznym
we Wrocławiu
ul. Pasteura 1; 50-367 WROCLAW

OPINIA KOMISJI BIOETYCZNEJ Nr KB – 331/2019

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu, powołana zarządzeniem Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 133/XV R/2017 z dnia 21 grudnia 2017 r. oraz działająca w trybie przewidzianym rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. (Dz.U. nr 47, poz. 480) na podstawie ustawy o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. nr 28 z 1997 r. poz. 152 z późniejszymi zmianami) w składzie:

prof. dr hab. Jacek Daroszewski (endokrynologia, diabetologia)
prof. dr hab. Krzysztof Grabowski (chirurgia)
dr Henryk Kaczkowski (chirurgia szczękowa, chirurgia stomatologiczna)
mgr Irena Knabel-Krzyszowska (farmacja)
prof. dr hab. Jerzy Liebhart (choroby wewnętrzne, alergologia)
ks. dr hab. Piotr Mrzyglód, prof. nadzw. (duchowny)
mgr Luiza Müller (prawo)
dr hab. Sławomir Sidorowicz (psychiatria)
dr hab. Leszek Szenborn, prof. nadzw (pediatria, choroby zakaźne)
Danuta Tarkowska (pielęgniarstwo)
prof. dr hab. Anna Wiela-Hojeńska (farmakologia kliniczna)
dr hab. Andrzej Wojnar, prof. nadzw. (histopatologia, dermatologia) przedstawiciel
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej)
dr hab. Jacek Zieliński (filozofia)

pod przewodnictwem
prof. dr hab. Jana Kornafela (ginekologia i położnictwo, onkologia)

Przestrzegając w działalności zasad Good Clinical Practice oraz zasad Deklaracji Helsińskiej,
po zapoznaniu się z projektem badawczym pt.:

„Analiza orzeczeń wydanych przez Oddział ZUS we Wrocławiu w sprawie przyznania
dodatku pielęgnacyjnego u osób z rozpoznaniem chorób nowotworowych”

zgłoszonym przez **lek. Marka Tradeckiego** zatrudnionego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu oraz złożonymi wraz z wnioskiem dokumentami, w tajnym głosowaniu postanowiła **wyrazić zgodę** na przeprowadzenie badania w Zakładzie Profilaktyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod nadzorem dr hab. Aleksandry Butrym **pod warunkiem zachowania anonimowości uzyskanych danych**.

Pouczenie: W ciągu 14 dni od otrzymania decyzji wnioskodawcy przysługuje prawo odwołania do Komisji Odwoławczej za pośrednictwem Komisji Bioetycznej UM we Wrocławiu.

Opinia powyższa dotyczy projektu badawczego będącego podstawą rozprawy doktorskiej.

Wrocław, dnia **28** marca 2019 r.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
KOMISJA BIOETYCZNA
przewodniczący

prof. dr hab. Jan Kornafel