Karta praw pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP)

John R. Hurst · Tonya A. Winders · Heinrich Worth · Mohit Bhutani · Kevin Gruffydd-Jones · Daiana Stolz · Mark T. Dransfield

Aż 384 mln osób na świecie cierpi na POChP[1]. Jest to trzecia najczęstsza przyczyna zgonów – po chorobach serca i udarze mózgu[1]. Jako globalni rzecznicy praw pacjentów uważamy, że wśród chorych, ich opiekunów, pracowników ochrony zdrowia, decydentów i ogółu społeczeństwa trzeba podnosić poziom wiedzy na temat konsekwencji POChP, a także możliwości zmian na lepsze w opiece nad pacjentami. Uważamy, że należy stwarzać chorym szansę na funkcjonowanie bez objawów i zaostrzeń, dbać o to, by opieka szpitalna była im potrzebna jak najrzadziej, oraz starać się wydłużać ich życie.

Tonya A. Winders
Prezes i dyrektor generalna
Allergy & Asthma Network

Prezes
Global Allergy & Airways Patient Platform

GLOBAL ALLERGY & AIRWAYS PATIENT PLATFORM

Nr id. Veeva: PL-20118
Data opracowania: październik 2020 r.

POChP na świecie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest wynikiem różnego rodzaju destrukcyjnych, postępujących zmian w płucach, które najczęściej charakteryzują się **uporczywymi objawami ze strony układu oddechowego** (przewlekły kaszel, duszność i odkrztuszanie plwociny) oraz **zaburzeniami czynności płuc** wywołanymi ograniczeniem przepływu powietrza i/lub nadmiernym upowietrzeniem. Nasilenie objawów, upośledzenie czynności płuc oraz występowanie zaostrzeń mogą u każdego pacjenta być inne[2].

Globalne konsekwencje POChP są coraz większe. W 2015 roku na świecie **zmarło na tę chorobę 3,2 mln ludzi**, co w porównaniu z rokiem 1990 oznacza wzrost o 11,6%[3]. POChP stanowi również istotne obciążenie dla gospodarki światowej – szacunkowy koszt związany z tym schorzeniem wynosi ponad 100 mld USD rocznie[2,4,5].

W międzynarodowych dokumentach, przedstawiających wytyczne i strategie działania dotyczące POChP, określono na podstawie najnowszych danych naukowych **najlepsze praktyki w opiece nad pacjentami**. W materiałach uwzględniono zalecenia Globalnej Inicjatywy na rzecz Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (GOLD) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Chorób Klatki Piersiowej (ATS). Dostępne są także wytyczne krajowe, które różnią się pod względem metod określania nasilenia choroby, podejścia do fenotypu pacjenta (zespołu jego cech) i kryteriów leczenia[6] oraz odzwierciedlają rozbieżności w sposobie postępowania u pacjentów z POChP na poziomie międzynarodowym i krajowym. **Trzeba zauważyć, że prawie 90% przypadków POChP na świecie nie jest rozpoznawanych**[7], a stopień przestrzegania wytycznych dotyczących leczenia może być niski[8,9].

Dlaczego Karta praw pacjenta jest potrzebna?

Przedstawiciele trzech organizacji pacjentów oraz siedmioosobowa międzynarodowa grupa ekspertów przeanalizowali znaczenie Karty praw pacjenta jako potencjalnego punktu rozpoczęcia dyskusji na temat reformy opieki nad chorymi na POChP. Następnie firma AstraZeneca zainicjowała i sfinansowała opracowanie tej właśnie karty.

Karta praw pacjenta ma na celu określenie standardu, którego pacjenci z POChP mogą oczekiwać od opieki medycznej. Oczekiwania te są zgodne z aktualnym podejściem do najlepszych praktyk w terapii POChP.

Karta praw pacjenta ma również przedstawić wspólne stanowisko na temat międzynarodowych standardów opieki nad pacjentami z POChP, a także pomóc w prowadzeniu szybkiego i opartego na dowodach leczenia, które pozwoli chorym zachować dobry stan zdrowia, zminimalizuje objawy i będzie zapobiegać zaostrzeniom. Karta praw pacjenta ma na celu zmobilizowanie rządów, świadczeniodawców, decydentów, partnerów z branży terapii chorób płuc oraz pacjentów i ich opiekunów, aby można było odpowiedzieć na niezaspokojone potrzeby i złagodzić obciążenie POChP. Działając wspólnie, możemy zapewnić istotną poprawę opieki medycznej, zarówno dziś, jak i w przyszłości.

Sześć zasad opieki nad chorymi na POChP

W niniejszej Karcie praw pacjenta przedstawiono zasady najlepszej opieki, której chorzy powinni oczekiwać bez względu na to, gdzie mieszkają. Zasady te opracował zespół złożony z 20 lekarzy i przedstawicieli grup wsparcia pacjentów, a doprecyzował komitet ekspertów odpowiedzialny za przygotowanie całego dokumentu.

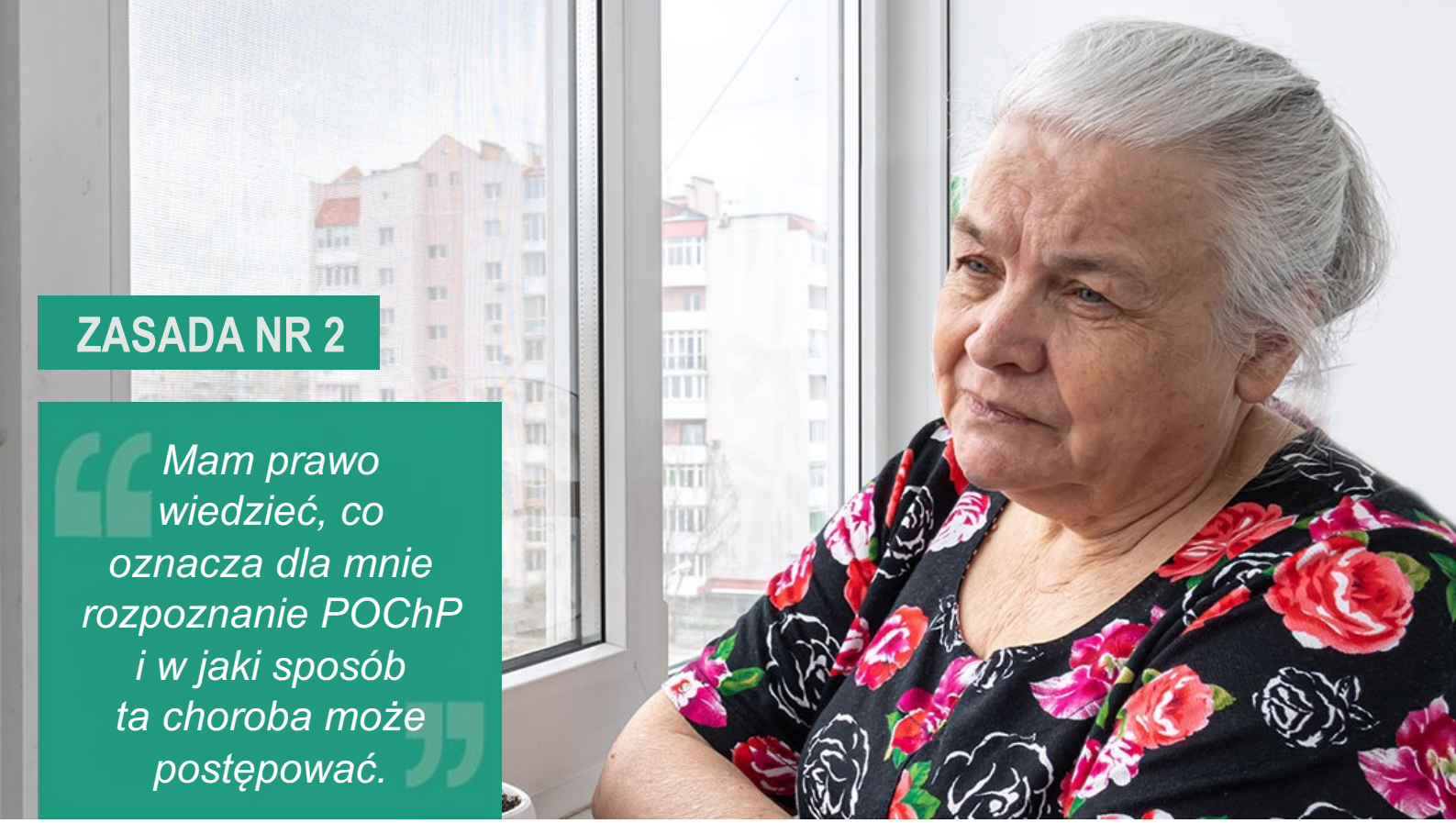
Nr id. Veeva: PL-20118
Data opracowania: październik 2020 r.

ZASADA NR 1

Mam prawo do szybkiego rozpoznania i rozpoczęcia leczenia POChP.

- Objawy występujące we wczesnym okresie POChP mogą być łagodne. Oznacza to, że nie zawsze są rozpoznawane przez pacjentów jako „objaw choroby” albo jako „nieprawidłowe funkcjonowanie”.
- W rezultacie POChP często rozpoznawane jest zbyt późno, gdy choroba jest już zaawansowana. Wiąże się to z większą częstością występowania zaostrzeń, większą liczbą chorób współistniejących i w konsekwencji wyższymi kosztami leczenia[11].
- Nierozpoznana POChP wywiera również istotnie negatywny wpływ na pacjentów i system opieki zdrowotnej. Chorzy nie są identyfikowani przez pracowników ochrony zdrowia jako osoby cierpiące na POChP i w związku z tym nie są odpowiednio leczeni. U prawie 90% pacjentów z POChP na świecie choroba może pozostawać nierozpoznana[7], mimo że korzystają oni ze świadczeń opieki zdrowotnej w taki sam sposób jak pacjenci z rozpoznaniem i mają takie same objawy[12].
- Obecnie nie ma terapii, która hamowałaby postęp zmian chorobowych po stwierdzeniu pogorszenia funkcji płuc[13]. Zasadnicze znaczenie dla osób żyjących z POChP ma zatem kontrolowanie objawów, a także zapobieganie zaostrzeniom i przedwczesnym zgonom.
- Prawidłowe rozpoznanie POChP można ustalić wyłącznie na podstawie wyników spirometrii. Jest to badanie funkcji płuc mające na celu ocenę odwracalności ograniczenia przepływu powietrza, które powinny wykonywać i interpretować tylko osoby przeszkolone[2]. Nie zaleca się jednak podejmowania decyzji dotyczących leczenia wyłącznie na podstawie tego badania[2], co oznacza, że wymagane jest zastosowanie także innych narzędzi diagnostycznych.
- Pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia powinni dysponować narzędziami pomagającymi w rozpoznawaniu początkowych objawów POChP i mieć dostęp do odpowiednich zasobów, w tym do elektronicznej dokumentacji medycznej i wyników badań diagnostycznych. Pomoże to dokonać prawidłowego rozpoznania.

Nr id. Veeva: PL-20118
Data opracowania: październik 2020 r.



ZASADA NR 2

Mam prawo wiedzieć, co oznacza dla mnie rozpoznanie POChP i w jaki sposób ta choroba może postępować.

- POChP jest chorobą heterogenną (zróżnicowaną), którą klasyfikuje się w chwili wstępnego jej rozpoznania na podstawie nasilenia objawów i przebytych zaostrzeń[2].
- Ponieważ jest to choroba postępująca, jej objawy mogą się zmieniać lub nasilać w czasie, mogą jej również towarzyszyć zaostrzenia. Najczęściej POChP jest związana z wieloma chorobami współistniejącymi, które dodatkowo przyczyniają się do jej ciężkiego przebiegu, obniżenia jakości życia oraz pogorszenia wyników klinicznych[14,15]. Pojawienie się tych czynników powinno prowadzić do zmiany sposobu leczenia (zarówno farmakologicznego, jak i niefarmakologicznego).
- Ze względu na rosnące zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie terapii POChP coraz ważniejsze staje się aktywne uczestnictwo pacjentów w procesie leczenia i szybsze reagowanie na pojawiające się objawy. Może to pomóc w skuteczniejszym zapobieganiu dalszej progresji choroby.
- Interwencje podejmowane samodzielnie przez pacjentów z POChP mają istotne znaczenie i są związane z poprawą jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, ze zmniejszeniem liczby przyjęć do szpitala oraz z łagodzeniem objawów[16].
- Pacjenci powinni otrzymać odpowiednie informacje i przejść zindywidualizowane szkolenie na temat występującej u nich POChP oraz tego, w jaki sposób wchodzi ona w interakcje z chorobami współistniejącymi. Pozwoli to chorym aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia przez wprowadzanie długofalowych zmian w stylu życia oraz informowanie lekarza o zmianie charakteru objawów, co z kolei pomoże zapobiegać rozwojowi choroby.

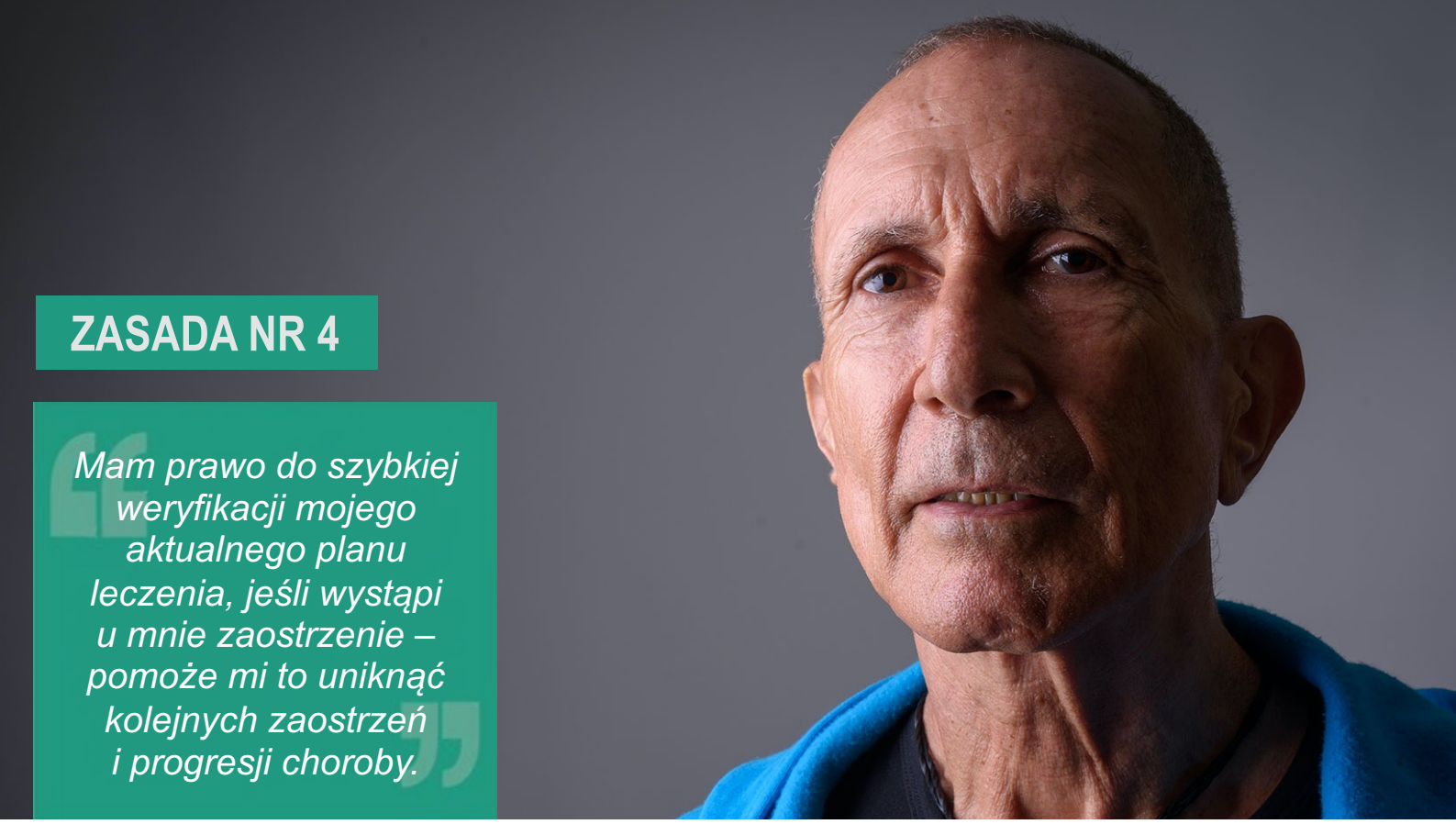
Nr id. Veeva: PL-20118
Data opracowania: październik 2020 r.

ZASADA NR 3

Mam prawo do najlepszego z dostępnych, indywidualnie dobranego oraz opartego na dowodach naukowych leczenia, które zapewni mi jak najlepszą jakość i długość życia.

- Celem leczenia POChP jest zmniejszenie objawów oraz zapobieganie przyszłym zaostrzeniom, a także przeciwdziałanie pogarszaniu się czynności płuc i przedwczesnym zgonom[2]. Wykazano, że wiele metod leczenia pomaga te cele osiągnąć, w tym nierzadko zmniejszyć umieralność[17,18,19].
- W postępowaniu niefarmakologicznym (np. rehabilitacja dróg oddechowych, trening fizyczny, edukacja oraz zaprzestanie palenia tytoniu) i farmakologicznym w POChP istnieje wiele luk. Ponad $^{2}/_{3}$ chorych nie przyjmuje leczenia podtrzymującego[20]. Wśród osób stosujących leczenie nawet $^{3}/_{4}$ pacjentów z co najmniej dwoma zaostrzeniami wciąż nie jest właściwie leczonych według zaleceń GOLD[21].
- POChP jest chorobą heterogenną, co oznacza, że nasilenie objawów, zaostrzenia w wywiadzie, choroby współistniejące, wpływ na jakość życia oraz markery biologiczne będą różne u poszczególnych pacjentów, a także w różnych okresach u tej samej osoby. Leczenie POChP musi więc być dostosowane do konkretnego pacjenta.
- Pacjenci z POChP powinni prosić o przedstawienie spersonalizowanego i opartego na dowodach naukowych planu postępowania – zarówno w chwili wstępnego rozpoznania, jak i podczas wizyt kontrolnych. Umożliwi to szybsze i bardziej aktywne zapobieganie postępowi choroby zamiast reagowania wyłącznie na pojawiające się pogorszenia stanu zdrowia.

Nr id. Veeva: PL-20118
Data opracowania: październik 2020 r.



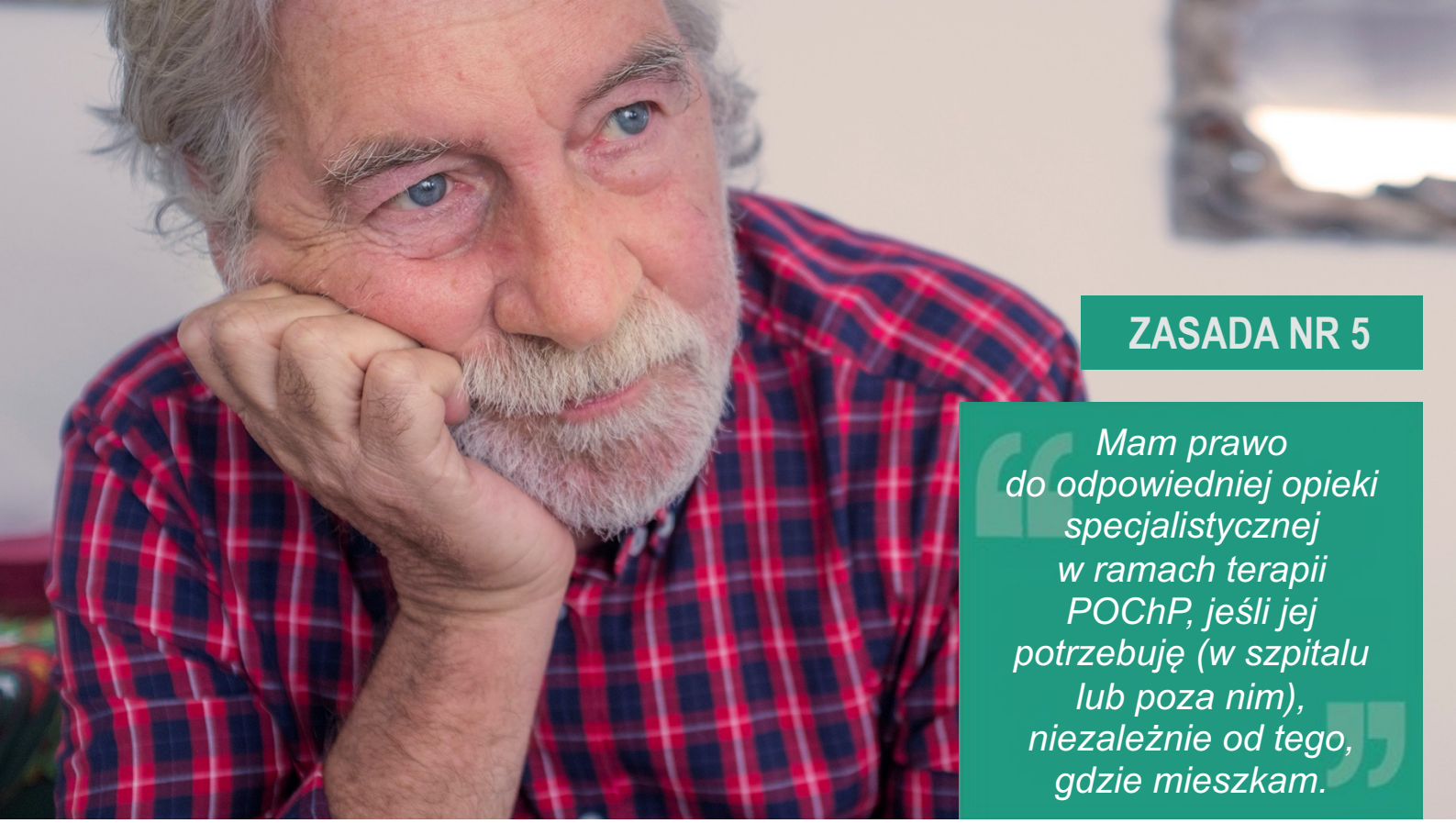
ZASADA NR 4

Mam prawo do szybkiej weryfikacji mojego aktualnego planu leczenia, jeśli wystąpi u mnie zaostrzenie – pomoże mi to uniknąć kolejnych zaostrzeń i progresji choroby.

- Zaostrzenia mają negatywny wpływ na pacjentów i na koszty, jakie ponosi społeczeństwo. Hospitalizacje związane z ciężkimi zaostrzeniami odpowiadają za około $^2/_3$ wszystkich kosztów opieki zdrowotnej związanych z POChP[22]. Częste zaostrzenia o nasileniu umiarkowanym (leczone poza szpitalem) lub jedno ciężkie zaostrzenie (leczone w szpitalu) zwiększają ryzyko zgonu pacjenta[23].
- Ponad 70% pacjentów z POChP doświadcza zaostrzeń w ciągu trzech lat od rozpoznania[24,25,26], a zaostrzenia w wywiadzie są najlepszym czynnikiem pozwalającym przewidzieć przyszłe ryzyko[27].
- Zaostrzenia wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak zawał mięśnia sercowego i udar mózgu. Ryzyko wystąpienia zawału zwiększa się dwukrotnie w ciągu pięciu dni od rozpoczęcia zaostrzenia, a następnie wraca stopniowo do poziomu wyjściowego; ryzyko udaru mózgu zwiększa się o 40%[a] w ciągu dziesięciu dni[28].
- Wydaje się, że zaostrzenia mają istotny wpływ na samopoczucie psychiczne i emocjonalne pacjentów, co może niekoniecznie być brane pod uwagę przez lekarzy[29].
- Mimo wszystko brakuje szybkiej reakcji na zaostrzenia POChP. Obecny problem w leczeniu pacjentów polega na rozszerzaniu zakresu terapii wyłącznie w odpowiedzi na jej niepowodzenie. W takim schemacie rozważa się modyfikację leczenia dopiero po pogorszeniu objawów, np. po wystąpieniu zaostrzeń[2]. Zaledwie 25% pacjentów po zaostrzeniu otrzymywało leczenie podtrzymujące lub leczenie mające na celu zapobiegnięcie objawom albo zmniejszenie ich nasilenia[30], natomiast ponad połowa zaostrzeń nie jest zgłaszana[31].
- Krajowi decydenci i pracownicy ochrony zdrowia powinni zrozumieć znaczne obciążenie związane z POChP oraz zadbać o to, aby występowanie zaostrzeń prowadziło do weryfikacji stosowanego leczenia. Powinni także odnieść się do aktualnego międzynarodowego paradygmatu leczenia, polegającego na rozszerzaniu terapii w odpowiedzi na jej niepowodzenie, i przejść na leczenie oparte na dowodach, którego celem będzie zachowanie dobrego stanu zdrowia pacjentów, zminimalizowanie objawów i zapobieganie przyszłym zaostrzeniom.

[a] Różnica nie jest istotna statystycznie.

Nr id. Veeva: PL-20118
Data opracowania: październik 2020 r.



ZASADA NR 5

Mam prawo do odpowiedniej opieki specjalistycznej w ramach terapii POChP, jeśli jej potrzebuję (w szpitalu lub poza nim), niezależnie od tego, gdzie mieszkam.

- Opieka specjalistyczna oznacza opiekę zapewnianą przez pracownika ochrony zdrowia, który ma specjalistyczne umiejętności i wiedzę na temat POChP.
- Odpowiednia liczba personelu i możliwość przeprowadzenia specjalistycznej oceny układu oddechowego wiążą się z obniżeniem ryzyka zgonu i lepszą jakością świadczeń z zakresu terapii POChP[32,33].
  U pacjentów, którzy przeszli specjalistyczną ocenę w ciągu 24 godzin od przyjęcia do szpitala z powodu ciężkiego zaostrzenia, obserwowano o 14% mniejsze prawdopodobieństwo zgonu w porównaniu z osobami, które nie przeszły takiej oceny[33].
- Istnieją bariery w dostępie do specjalistów zajmujących się leczeniem POChP oraz do rehabilitacji oddechowej w warunkach ambulatoryjnych (niewymagających stałego przebywania w szpitalu). Wynika to głównie z ograniczonych zasobów, zwłaszcza na terenach wiejskich[34].
- Dzięki cyfrowym technologiom, takim jak zdalne konsultacje, postępowanie w POChP ma szansę poprawić obecne świadczenia zdrowotne i zapewnić pacjentom dostęp do opieki specjalistycznej dostosowanej do ich potrzeb bez względu na miejsce zamieszkania.

Nr id. Veeva: PL-20118
Data opracowania: październik 2020 r.

ZASADA NR 6

„Mam prawo żyć z POChP, zachowując jak najlepszą jakość życia, bez stygmatyzacji i poczucia winy."

- Najczęstszym czynnikiem ryzyka POChP na świecie jest palenie tytoniu[2], w związku z tym chorzy często są obciążani przez lekarzy winą za spowodowanie choroby.
- Z poczuciem winy i wstydu boryka się wielu pacjentów[35]. Chorzy na POChP mówią też czasem o stygmatyzacji ze strony pracowników ochrony zdrowia, co może skutkować niechęcią chorego do podejmowania leczenia[36].
- Nowe dane wskazują jednak, że POChP nie jest związana wyłącznie z paleniem tytoniu. Istnieje wiele innych czynników ryzyka powodujących rozwój choroby, w tym zanieczyszczenie powietrza w pomieszczeniach i na zewnątrz, predyspozycje genetyczne, nieprawidłowy rozwój płuc i przyspieszone starzenie[2].
- Pracowników ochrony zdrowia, pacjentów i całe społeczeństwo należy edukować w zakresie licznych czynników ryzyka związanych z POChP, tak aby ograniczyć stygmatyzację chorych i zadbać o to, by pacjenci nie unikali szukania pomocy.

Nr id. Veeva: PL-20118
Data opracowania: październik 2020 r.

Referencje

[1] WHO. *The top 10 causes of death*; https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death [dostęp: październik 2020].
[2] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD*. 2020; https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf [dostęp: październik 2020].
[3] GBD 2015 Chronic Respiratory Disease Collaborators. *Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systemic analysis for the Global burden of Disease Study 2015*. The Lancet Respiratory Medicine, 2017; 5(9): 691–706.
[4] Chen X. i wsp. *Costs of chronic obstructive pulmonary disease in urban areas of China: a cross- sectional study in four cities.* International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2016; 2625.
[5] Nishimura S., Zaher C. *Cost impact of COPD in Japan: opportunities and challenges?* Respirology, 2004; 9: 466–473.
[6] Miravitlles M., Vogelmeier C., Roche N. i wsp. *A review of national guidelines for management of COPD in Europe*. European Respiratory Journal, 2016; 47(2): 625–637.
[7] Gershon A.S., Hwee J. i wsp. *Factors associated with undiagnosed and overdiagnosed COPD*. Eur. Respir. J., 2016; 48: 561–564.
[8] Price D., West D., Brusselle G. i wsp. *Management of COPD in the UK Primary-Care Setting: An Analysis of Real-Life Prescribing Patterns*. Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis., 2014; 9: 889–904.
[9] Albitar H.A., Iyer V.N. *Adherence to Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Guidelines in the Real World: Current Understanding, Barriers, and Solutions*. Curr. Opin. Pulm. Med., 2019.
[10] Leidy N.K. i wsp. *Identifying cases of undiagnosed, clinically significant COPD in primary care: qualitative insight from patients in the target population.* NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 2015; 24.
[11] Larsson K., Janson C., Stallberg B. i wsp. *Impact of COPD diagnosis timing on clinical and economic outcomes: the ARCTIC observational cohort study*. Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis., 2019; 14: 995–1008.
[12] Labonté L.E. i wsp. *Undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease contributes to the burden of health care use. Data from the CanCOLD study*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2016; 194(3): 285–298.
[13] Medscape. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Treatment & Management*. 2019; https://emedicine.medscape.com/article/297664--treatment [dostęp: październik 2020].
[14] Negewo N.A., McDonald V.M., Gibson P.G. *Comorbidity in chronic obstructive pulmonary disease*. Respiratory Investigation, 2015; 53(6): 249–258.
[15] Westerik J.A. i wsp. *Associations between chronic comorbidity and exacerbation risk in primary care patients with COPD*. Respiratory Research, 2017; 18(1): 31.
[16] Zwerink M. i wsp. *Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(3).
[17] Celli B., Decramer M., Kesten S. i wsp. *Mortality in the 4-year trial of tiotropium (UPLIFT) in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2009; 180: 948–955.
[18] Lipson D.A., Crim C., Criner G.J. i wsp. *Reduction in all-cause mortality with fluticasone furoate/umeclidinium/vilanterol in COPD patients*. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2020.
[19] Scuri M., Fabbri L.M., Singh D. i wsp. *Reduction in fatal events with ICS-containing medications: results of safety pooled analysis from the TRILOGY, TRINITY and TRIBUTE studies [abstract]*. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2018; 197: A7725.
[20] Make B. i wsp. *Undertreatment of COPD: A Retrospective Analysis of US Managed Care and Medicare Patients.* Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis., 2012; 7: 1–9.
[21] Halpin D.M.G. i wsp. *Distribution, Temporal Stability and Appropriateness of Therapy of Patients With COPD in the UK in Relation to GOLD 2019.* EClinicalMedicine, 2019; 14: 32–41.
[22] Halpin D.M., Miravitlles M., Metzdorf N., Celli B. *Impact and prevention of severe exacerbations of COPD: a review of the evidence*. Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis., 2017; 12: 2891–2908.
[23] Rothnie K.J., Müllerová H., Smeeth L., Quint J.K. *Natural history of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations in a general practice–based population with chronic obstructive pulmonary disease*. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2018; 198: 464–471.
[24] Han M.K., Quibrera P.M., Carretta E.E. i wsp. *Frequency of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease: an analysis of the SPIROMICS cohort.* Lancet Respir. Med., 2017; 5(8): 619–626.
[25] Hoogendoorn M., Feenstra T.L., Boland M. i wsp. *Prediction models for exacerbations in different COPD patient population: comparing results from five large data sources*. Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis., 2017; 12: 3183–3194.
[26] Tashkin D.P., Celli B., Senn S. i wsp. *A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease*. N. Engl. J. Med., 2008; 369: 1543–1554.
[27] Müllerová H. i wsp. *Risk factors for acute exacerbations of COPD in a primary care population: a retrospective observational cohort study*. BMJ Open, 2014; e006171.
[28] Donaldson G.C., Hurst J.R., Smith C.J. i wsp. *Increased risk of myocardial infarction and stroke following exacerbation of COPD*. Chest, 2010; 137(5): 1091–1097.
[29] Kessler R. i wsp. *Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations: an observational, interview-based study*. Chest, 2006; 130(1): 133–142.
[30] Dalal A. i wsp. *Observational study of the outcomes and costs of initiating maintenance therapies in patients with moderate exacerbations of COPD*. Respiratory Research, 2012: 41.
[31] Xu W. i wsp. *Negative impacts of unreported COPD exacerbations on health-related quality of life at 1 year*. European Respiratory Journal, 2010; 35(5): 1022–1030.
[32] Hartl S., Lopez-Campos J.L., Pozo-Rodriguez F. i wsp. *Risk of death and readmission of hospital-admitted COPD exacerbations: European COPD Audit.* Eur. Respir. J., 2016; 47(1): 113–121.
[33] Royal College of Physicians. National Asthma and COPD Audit Programme (NACAP). *COPD clinical Audit 2017/18*; https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-asthma-and-copd-audit-programme-nacap-copd-clinical-audit-201718 [dostęp: październik 2020].
[34] EFA. *Minimum Standards of Care for COPD Patients in Europe*; https://www.efanet.org/images/2014/10/EFA-Book-Minimum-Standards-of-Care-for--COPD-Patients-in-Europe_ENGLISH.pdf [dostęp: październik 2020].
[35] Russell S. i wsp. *Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals.* NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 2018; 28(1): 1–3.
[36] Lippiett K.A., Richardson A., Myall M. i wsp. *Patients and informal caregivers' experiences of burden of treatment in lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review and synthesis of qualitative research.* BMJ Open, 2019; 9: e020515.