

## Kas kasutada multidistsiplinaarset lähenemist või mitte palliativset ravi vajava patsiendi ja lähedaste elukvaliteedi parandamiseks ja rahulolu suurendamiseks (küsimus 5)?

SIHTRÜHM:	palliativset ravi vajava patsiendi ja lähedaste elukvaliteedi parandamiseks ja rahulolu suurendamiseks (küsimus 5)
SEKKUMINE:	Multidistsiplinaarne lähenemine
VÕRDLOS:	Mitte kasutamine (nö tavaravi)
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	Elukvaliteet. Täiskasvanud, erinevad seisundid (nii maliigsed kui mittemaliigsed), hinnatud erinevate skaaladega (7 süstemaatilist ülevaadet); Elukvaliteet. Palliativse ravi meeskond vs tavaravi (kõik patsiendigrupid); Surm kodus. Erinevad patsiendigrupid (4 süstemaatilist ülevaadet); Surm kodus (patsiendi eelistatud surmakohat); Rahulolu raviga, palliativse ravi meeskond vs. tavaravi; Patsientide rahulolu, erinevad seisundid, erinevad patsiendigrupid (3 süstemaatilist ülevaadet); Sümptomite koormus, palliativse ravi meeskond vs. tavaravi; Mõju füüsilistele sümptomitele, erinevad seisundid, patsiendigrupid (4 süstemaatilist ülevaadet); Mõju psüühilistele sümptomitele, erinevad seisundid, patsiendigrupid (4 süstemaatilist ülevaadet); Valu tugevus, palliativse ravi meeskond vs. tavaravi; Lähedaste rahulolu raviga (1 süstemaatiline ülevaade); Mõju lähedaste psüühilistele sümptomitele (1 süstemaatiline ülevaade); Lähedaste hoolduskoormus; Telemeditsiin (telefoni teel/video, põhiliselt maapiirkondades); Palliativse ravi meeskonna mõju intensiivravi osakonnas; Kodune palliativne ravi, patsiendi tulemusnäitajad; Kodune palliativne ravi; ressurside kasutamine; Tulevikujuhised, raviotsused (k.a DNR), erinevad patsiendigrupid: aktiivravi, õendushaiglad jne. (4 süstemaatilist ülevaadet); Tasuvusanalüüs, varajane (3 päeva jooksul) palliativse ravi meeskonna konsultatsioon haiglas (kõik patsiendid); Tasuvusanalüüs (kõik kasvajaga patsiendid); Juhtumikorraldaja, mõju patsiendi tulemusnäitajatele (rahulolu, elukvaliteet, sümptomite koormus) ja hospitaliseerimisele. Kõik patsiendid.; Juhtumikorraldaja, mõju patsiendi tulemusnäitajatele (rahulolu, elukvaliteet, sümptomite koormus), kasvajaga patsiendid;
KONTEKST:	Palliativse ravi meeskonna efekt kodusel palliativsel ravi, aktiivris, õendushaiglas, emos, hospitaliseeritud patsientide ja lähedaste tulemusnäitajatele (erinevate haigustega patsiendid).

## HINNANG

Probleem		
Kas probleem on prioriteetne?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input checked="" type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	<p>Palliativse ravi osutamine toimub alati interdistsiplinaarse lähenemisena: erinevate erialade, oskustega meeskonna koostöö vastavalt patsiendi ja/või tema lähedaste vajadustele. Meeskonna vajadus on tavaliselt suurim elulõpus, kuid peab olema kättesaadav kogu haiguse vältel. Näiteks on välja toodud, et interdistsiplinaarse palliativse ravi meeskonna kaasamine vähendab opioidide väärkasutamist(1).</p> <p>Täpne meeskonna koosseis ja töökorraldus on riigiti erinev. Põhiliselt on meeskonnad nõ arstil ja kindlasti spetsiaalse väljaõppega õe põhised. Lisaks psühholoog, sotsiaaltöötaja, hingehoidja/kaplan, füsioterapeut, farmatseut, logopeed, erinevate teraapiate esindajad (muusika, kunstiterapeut). Rahvusvahelise spetsialistide konsensusotsusega peaks meeskonda kuuluma minimaalselt arst, õde, psühholoog/sotsiaaltöötaja(2).</p>	
Soovitud mõju		
Kui suur on eeldatav soovitud mõju?		

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>o Tühine</li> <li>o Väike</li> <li>o keskmine</li> <li>o Suur</li> <li>o Varieerub</li> <li>o Ei oska öelda</li> </ul>	<p>Uuringutes erineva koosseisuga ja erinevaid teenuseid/võimalusi pakkuvad meeskonnad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• haigla palliatiivse ravi meeskonnad- statsionaarsed kui ka ambulatoorsed patsiendid (k.a intensiivravi mõningatel juhtudel)</li> <li>• kodune palliatiivne ravi</li> <li>• hospiits</li> </ul> <p>Tõendusmaterjal põhineb peamiselt <i>National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care 2018</i> aluseks oleval süstemaatilisel ülevaatel, kuhu on haaratud 139 süstemaatilist ülevaadet ning lisaotsinguga leitud uuem ülevaade.</p> <p>Seitsme süstemaatilise ülevaate kokkuvõttes leiti, et multidistsiplinaarsel lähenemisel on vähene positiivne mõju patsiendi <b>elukvaliteedile</b>, enam väljendunud kasvajaga patsientidel (3). Ühes ülevaates leiti, et elukvaliteeti mõjutas enim meeskonna koosseis ehk oluline on erinevate erialade esindatus (10). Samale järeldusele jõudti ka teises süstemaatilises ülevaates (11).</p> <p>Palliatiivse ravi meeskonna kaasamine parandab sümptomkontrolli kvaliteeti, suurendab patsiendi heaolu ja vähendab füüsiliste sümptomite avaldumist (3)(11). On hinnatud ka palliatiivse ravi meeskonna mõju erinevatele psüühilistele sümptomitele ja enamjaolt on välja toodud, et meeskonna kaasamine, toimetulekuoskuste õpetamine ning juhtumipõhine lähenemine vähendavad patsientide depressiooni ja ärevust.(3)</p> <p>Palliatiivse ravi meeskondade kaasamine suurendab tõenäosust, et patsiendid surevad kodus (3)(11)</p> <p>Mõju lähedaste rahulolule ja hoolduskoormusele ei ole selge, uuringute tulemused on vasturääkivad, kuid omaste depressioon väheneb, kui palliatiivse ravi meeskonna poolt pakutakse nõustamist, oskuste treenimist, teraapiat (3)(11).</p> <p>Kahes ülevaates hinnati ainult koduse palliatiivravi efektiivsust ning leiti, et mõju füüsilistele sümptomitele, elukvaliteedile ja patsiendi rahulolule olid vasturääkivad; surm kodus - statistiliselt mitteoluline positiivne mõju (3).</p> <p>Telemeditsiin (telefoni teel/videokõned) - kokkuvõttes leiti, et telemeditsiini kasutamine peamiselt maapiirkondades võib parandada patsiendi elukvaliteeti, vähendada psühholoogilisi sümptome (ärevus, depressioon, PTSH) ning suurendada nii patsiendi kui ka omaste rahulolu.(3)</p> <p>Neli süstemaatilist ülevaadet hindasid palliatiivse ravi meeskonna mõju haiglas (nii aktiivrais, EMO-s kui ka nt õendushaiglas) tulevikujuhiste ja raviotsuste tegemisel. Leiti, et suureneb tõenäosus tulevikujuhiste vormistamiseks, südamepuudulikkusega patsientide puhul paranes dokumentatsiooni täitmine (elulõpuravi otsused, mitte-elustamise otsused jne); paranes teadlikkus haigusest, prognoosist, paranes opioidide kasutus ja muutusid raviotsused (4). Ühes ülevaates toodi välja, et spetsiaalse meeskonna kaasamine patsiendi</p>	

	<p>haiglasse sattumisel ja seisundi muutumisel suurendas edasiste raviotsuste ümbervaatumist ja tegemist (5).</p> <p>On uuritud ka palliativse ravi meeskonna kaasamist intensiivraviosakonnas. Suremuse osas vahet ei leitud, meeskonna kaasamine ei suurendanud lähedaste rahulolu, kud olulisel määral vähenesid erimeelsused tervishoiutöötajate ja lähedaste vahel raviotsuste tegemisel ning meeskonna kaasamine vähendas olulisel määral lähedaste ärevust ja PTSH-d (6)(7).</p> <p>Kahes süstemaatilises ülevaates hinnati juhtumikorraldaja (ingl k. <i>case manager; case coordinator</i>) mõju. Tulemused on heterogeensed, konkreetset viisid juhtumi käsitlemisel olid erinevad. Gorini jt ülevaatesse olid haaratud ainult kasvajaga patsiendid ning leiti, et 81% -l kaasatud uuringutes (kokku 57 uuringut) oli positiivne mõju patsiendi tulemusnäitajatele; elukvaliteedile mõju ei leitud. Leiti ka, et juhtumikorralduse juurutamine parandas üldiselt patsientide eest hoolitsemise protsessi. Uuringutes hinnati ka mõju ravi agressiivusele (nt keemiaravi 60 päeva enne surma), tulemused on vastukäivad. Leiti, et juhtumikorraldus parandas ressursside kasutamist kõikidel tasanditel - esmatasandil, hosiipsis, aktiivrais, EMOs ja intensiivrais. (8).</p> <p>Thomas jt ülevaatesse olid haaratud kõikide haigustega patsiendid elu lõpus ning leiti, et juhtumikorraldus elu lõpu ravis võib suurendada patsientide ja nende omaste rahuolu, elukvaliteeti ning vähendada sümptomite koormust ning hospitaliseerimiste arvu (9).</p>	
--	--	--

## Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Suur <input type="radio"/> keskmine <input type="radio"/> Väike <input checked="" type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	<p>Üheski uuringus ei ole leitud palliativse ravi meeskonna negatiivseid mõjusid patsiendile/lähedastele.</p>	

## Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
-------	---------------------------	------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Väga madal</li> <li><input type="radio"/> madal</li> <li><input checked="" type="radio"/> keskmine</li> <li><input type="radio"/> väga</li> <li><input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad</li> </ul>	<p>Tõendusmaterjal on enamasti madala või väga madala kvaliteediga, osade tulemusnäitajate osas mõõduka kvaliteediga. Põhjuseks, et ülevaadetesse kaasatud uuringud ei ole alati randomiseeritud kontrollitud uuringud, tulemused on vasturääkivad. Uuringutes on erinevate koosseisudega meeskonnad, samuti erinevad teenused mida patsientidele/ omastele pakutakse. Enamike tulemusnäitajate osas on tegemist positiivse mõjuga, kuid efekt ei ole suur, haaratud on nii kasvajaga kui ka mittemaliigse haigusega patsiendid.</p>	<p>Hinnatakse mõõduka kvaliteediga tõendusmaterjaliks, sest antud uurinugid ei olegi võimalik enamasti teostada RCTdena. Samas on tõendusmaterjali hulk märkimisväärne, teemat on põhjalikult erinevate tulemusnäitajate lõikes uuritud.</p>
--	--	--

## Väärtushinnangud

Kas see, kuivõrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus</li> <li><input type="radio"/> võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus</li> <li><input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub</li> <li><input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus puudub</li> </ul>	<p>Eraldi ei otsitud, uuringutes oli hinnatud patsientide ja lähedaste elukvaliteeti ja lähedaste rahulolu. Palliatiivse ravi meeskonnal positiivne efekt.</p>	

## Mõjude tasakaal

Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahetõidab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> soosib võrdlust</li> <li><input type="radio"/> pigem soosib võrdlust</li> <li><input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust</li> <li><input type="radio"/> pigem soosib sekkumist</li> <li><input type="radio"/> soosib sekkumist</li> <li><input type="radio"/> Varieerub</li> <li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li> </ul>	<p>Eraldi ei otsitud.</p>	

## Vajaminevad ressursid

Kui suur on ressursivajadus (kulud)?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> suur kulu</li> <li><input type="radio"/> keskmine kulu</li> <li><input type="radio"/> mitteamvestatav kulu ja sääst</li> <li><input type="radio"/> keskmine sääst</li> <li><input type="radio"/> suur sääst</li> <li><input type="radio"/> Varieerub</li> <li><input type="radio"/> Ei oska öelda</li> </ul>	<p>Spetsialiseeritud palliatiivse ravi üksuste hulk riigis on üks parimaid palliatiivse ravi taseme näitajaid. Euroopa Palliatiivse Ravi Assotsiatsiooni (EAPC) soovitus on rajada iga 100 000 elaniku kohta 2 palliatiivse ravi meeskonda (üks haigla meeskond ning üks koduravi meeskond) ning miljoni inimese kohta 80–100 palliatiivse ravi ja hospitsi voodikohta. Palliatiivne ravi peab olema kättesaadav kõigil tervishoiu tasanditel, kuid patsiendi algne hindamine peaks toimuma esmatasandil. Komplekseid ravijuhte peab olema võimalik edasi suunata spetsialiseeritud keskusesse.</p> <p>Palliatiivse ravi baas ja täiendkoolitus õdedele, arstidele, tugispetsialistidele ning omasteholdajatele. (12, 13)</p>	<p>Vajalik on palliatiivse ravi meeskonda kuuluvate tugispetsialistide lisamine teenuse rahastamisel (sotsiaaltöötaja, juhtumikorraldaja (kui ei ole õde), hingehoidja/kaplan).</p> <p>Palliatiivse ravi teenuse rahastamiseks palliatiivse ravi komplekshinna väljatöötamine, teenuse osutamise tingimused erinevatel tervishoiusüsteemi tasanditel ja -asutustes, teenuse osutamise tingimuste kirjeldamine ning kokkuleppimine.</p> <p>Vabatahtlike kaasamine ja ettevalmistamine</p>
---	---	--

## Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Väga madal</li> <li><input type="radio"/> madal</li> <li><input type="radio"/> keskmine</li> <li><input type="radio"/> väga</li> <li><input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad</li> </ul>	N/A	

## Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> soosib võrdlust</li> <li><input type="radio"/> pigem soosib võrdlust</li> <li><input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust</li> <li><input type="radio"/> pigem soosib sekkumist</li> <li><input type="radio"/> soosib sekkumist</li> <li><input type="radio"/> Varieerub</li> <li><input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad</li> </ul>	<p>Tasuvusanalüüside tulemused on erinevad, sest riikides on palliatiivse ravi tasustamine ning süsteem erinevad. Hinnatud on ka erinevate tulemusnäitajate põhjal: surma koht, haiglasoleku aeg, EMO visiitide arv, rehospitalseerimine jne.</p> <p>May jt hindasid palliatiivse ravi meeskonna varajase (3 päeva jooksul hospitaliseerimisest) konsultatsiooni mõju ja leidsid, et kulud vähenesid kõikide haigustega patsientide puhul aga enam kasvajaga patsientidel ja kui patsiendil oli rohkem kaasuvaid haigusi (&gt;3)(14).</p> <p>Yadav jt leidsid, et palliatiivse ravi meeskondade kaasamine vähendab nii haiglakulusid kui ka koduse palliatiivravi kulusid. Ambulatoorse patsientide puhul vähenes oluliselt viimase elukuu maksumus võrreldes tavaraviga emo visiitide, lühema haiglasoleku ja intensiivis viibimise arvelt. Kahes uuringus hinnati ka lisakulusid ja leiti oluline laborikulude vähenemine, mõju oli suurem kui palliatiivse ravi konsultatsioon toimus 2 päeva jooksul haiglasse saabumisest. Samades uuringutes leiti ka oluline apteegikulude vähenemine. (15).</p>	

## Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> vähendab võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt vähendab võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt suurendab võrdsust <input type="radio"/> suurendab võrdsust <input type="radio"/> Varieerub <input checked="" type="radio"/> Ei oska öelda	<p>Palliatiivne ravi ei ole hetkel Eestis võrdselt kättesaadav. Hetkel toimub palliatiivse ravi teenuste pakkumine süsteemselt vaid ühes piirkondlikus haiglas.</p> <p>Palliatiivse ravi meeskondade moodustamine ja süsteemi loomine parandab ravi kättesaadavust eriti keskustest kaugemal elavatele patsientidele.</p>	

## Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input checked="" type="radio"/> Ei oska öelda	N/A	

## Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Teostatav vaid rahastuse olemasolul.	

## OTSUSTE KOKKUVÕTE

	OTSUS						
PROBLEEM	Ei	Pigem ei	Pigem jah	<b>jah</b>		Varieerub	Ei oska öelda

OTSUS							
SOOVITUD MÕJU	Tühine	Väike	keskmine	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVIMATU MÕJU	Suur	keskmine	Väike	<b>Tühine</b>		Varieerub	Ei oska öelda
TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	<b>keskmine</b>	väga			kaasatud uuringud puuduvad
VÄÄRTUSHINNANGUD	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
MÕJUDE TASAKAAL	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVAD RESSURSID	suur kulu	keskmine kulu	mittearvestatav kulu ja sääst	keskmine sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	keskmine	väga			kaasatud uuringud puuduvad
KULUTÕHUSUS	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	kaasatud uuringud puuduvad
VÕRDESED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	tõenäoliselt suurendab võrdsust	suurendab võrdsust	Varieerub	<b>Ei oska öelda</b>
VASTUVÕETAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	<b>Ei oska öelda</b>
TEOSTATAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda

## SOOVITUSE LIIK

Tugev soovitus mitte teha	Nõrk soovitus sekkumise vastu	Nõrk soovitus kas sekkumise või alternatiivi poolt	Nõrk soovitus sekkumise poolt	Tugev soovitus teha
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

## JÄRELDUSED

### Soovitus

Palliatiivne ravi on interdistsiplinaarne meeskonnatöö, mis lähtub patsiendi ja lähedaste vajadustest. Palliatiivse ravi tuumikmeeskonda peavad kuuluma arst, õde, sotsiaaltöötaja, hingehoidja/kaplan ja/või psühholoog ning juhtumikorraldaja.

*Tugev soovitus, mõõdukastõendatuse aste*



## VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Arthur, J., Edwards, T., Reddy, S., Nguyen, K., Hui, D., Yennu, S., Park, M., Liu, D., Bruera, E.. Outcomes of a Specialized Interdisciplinary Approach for Patients with Cancer with Aberrant Opioid-Related Behavior. *The Oncologist*; 2018.
2. Hui, D., Bansal, S., Strasser, F., al, et. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus.. *Annals of Oncology*; 2015.
3. Ahluwalia, S.C., Chen, C., Raaen, L. et al. A Systematic Review in Support of the National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Fourth Edition. *Journal of Pain and Symptom Management*; 2018.
4. Yang, G.M., Neo, S.H., Lim, S.Z., Krishna, L.K.. Effectiveness of hospital palliative care teams for cancer inpatients: a systematic review.. *Journal of Palliative Medicine*; 2016.
5. Field, R.A., Fritz, Z., Baker, A., Grove, A., Perkins, G.D.. Systematic review of interventions to improve appropriate use and outcomes associated with do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation decisions. *Resuscitation*; 2014.
6. Martins, B., Oliveira, R.A., Cataneo, A.J.M.. Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: systematic review and metaanalysis... *Palliative and Supportive Care*; 2017.
7. Aslakson, R., Cheng, J., Vollenweider, D., Galusca, D., Smith, T.J., Pronovost, P..J. MD PhD. Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *Journal of Palliative Medicine*; 2014.
8. Gorin, S.S., Haggstrom, D., Han, P.K.J., Fairfield, K.M., Krebs, P., Clouser, S.B.. Cancer care coordination: a systematic review and meta-analysis of over 30 years of empirical studies.. *Annals of Behavioral Medicine*; 2017.
9. Thomas RE, Wilson DM Birch S Woytowich B.. ExamIning end-of-life case management: systematic review.. *Nursing Research and Practice*; 2014.
10. Phongtankuel, V., Meador, L., Adelman, R.D., al, et. Multi-component palliative care interventions in advanced chronic diseases: a systematic review.. *The American Journal Hospice & Palliative Care*; 2018.
11. Bajwah, S., Oluyase, A.O., Yi, D., Gao, W., Evans, C.J., Grande, G., Todd, C., Costantini, M., Murtagh, F.E., Higginson, I.J.. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers.. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2020.
12. Radbruch, L., Payne, S.. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care.. *European Journal of Palliative Care*; 2009.
13. Radbruch, L., Payne, S.. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care.. *European Journal of Palliative Care*; 2010.
14. May, P., Normand, C., Cassel, J.B., al, et. Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis.. *JAMA Internal Medicine*; 2018.
15. Yadav, S., Heller, I.W., Schaefer, N., Salloum, R.G., Kittelson, S.M, Wilkie, D.J., Huo, J.. The health care cost of palliative care for cancer patients: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*; 2020.