

Autor(id): Ivi Normet

Küsimus: Spetsialistidega palliatiivse ravi teenuste osutamise võrgustikku võrreldes mitte palliatiivse ravi korraldamiseks (teenuste efektiivsus, sümptomkontroll, patsientide rahulolu, hospitaliseerimine) (küsimus 6)

Kontekst: palliatiivset ravi vajavad patsiendid kodus, haiglas, hospitsis, palliatiivse ravi teenuste osutamine erinevatel tervisehoiustasanditel

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	spetsialistidega palliatiivse ravi teenuste osutamise võrgustikku	mitte	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Elukvaliteet, palliatiivse ravi teenused vs. standardravi (järelkontroll: keskmine 3 kuud; hinnatud millega:: elukvaliteet)

6 ¹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	suur ^b	väike	väike	puudub	1218	564	-	SMD 0.16 SD kõrgem (0.01 kõrgem kuni 0.31 kõrgem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------------------	-------	-------	--------	------	-----	---	--	---------------	------------

Elukvaliteet, palliatiivse ravi teenused vs. standardravi (järelkontroll: vahemik 1 kuud kuni 3 kuud; hinnatud millega:: elukvaliteet lühikeses perspektiivis)

9 ²	randomiseeritud uuringud	suur ^c	väike	väike	väike	puudub	728	759	-	SMD 0.24 SD kõrgem (0.13 kõrgem kuni 0.35 kõrgem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	-----	-----	---	--	------------------	------------

Elukvaliteet, palliatiivse ravi teenused (järelkontroll: vahemik 27 nädalat kuni 13 kuud; hinnatud millega:: elukvaliteet (piikaajaline mõju))

5 ²	randomiseeritud uuringud	suur ^c	väike	väike	suur ^d	puudub	Kokku uuringutes 549 vāhipatsienti. 6 kuu -1 aasta perspektiivis elukvaliteedi paranemises erinevust ei leitud palliatiivset ravi saanute ja kontrollrühma vahel. SMD 0,15 kõrgem (vahemik - 0,12 kuni 0,43) I2 = 28% .			⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	---	--	--	---------------	------------

Elukvaliteet, palliatiivse ravi osutamine (raske südamepuudulikkusega patsiendid) (hinnatud millega:: elukvaliteet, rahulolu, sümptomkontroll)

6 ³	randomiseeritud uuringud	suur ^e	suur ^d	väike	väike	puudub	6 uuringus patsientide elukvaliteet oluliselt paranes - 83% ja rahulolu 67%. Positiivne mõju oli palliatiivsel ravil õhupuuduse vähendamisele, une kvaliteedile, depressioonile ja ärevusele.			⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------------------	-------	-------	--------	---	--	--	---------------	------------

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	spetsialistidega palliatiivse ravi teenuste osutamise võrgustikku	mitte	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Valu vähenemine, palliatiivse ravi osutamise mõju (järelkontroll: vahemik 3 kuud kuni 4 kuud; hinnatud millega:: valu (VAS 0-10))

3 ¹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	väike	suur ^f	puudub	Uuringutes osales kokku 410 patsienti, neist ainult standardravi sai 206 patsienti, 204 patsienti said ka palliatiivset ravi. Palliatiivse ravi mõju valu tugevuse vähendamisel oli väike -0.38, 95% absoluutse mõju vahemik lai -0.82 kuni 0,06; I ² =23%.	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	---------------	------------

Sümptomkontroll, palliatiivse ravi mõju (järelkontroll: vahemik 1 kuud kuni 3 kuud; hinnatud millega:: erinevad sümptomite hindamise skaalad)

5 ²	randomiseeritud uuringud	suur ^c	väike	väike	suur ^d	puudub	383	400	-	SMD 0.25 SD madalam (0.39 madalam kuni 0.11 madalam)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	-----	-----	---	--	---------------	------------

Sümptomkontroll, kodus osutatavad palliatiivravi teenused sclerosis multiplexi patsientidele vs. kontrollgrupp (järelkontroll: vahemik 3 kuud kuni 6 kuud; hinnatud millega:: Palliative care Outcome Scale-Symptoms-MS (POS-S-MS), Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting (SEIQoL-DW))

1 ⁴	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^g	puudub	Palliatiivset ravi sai 50 patsienti ja kontrollrühmas oli 26. Sümptomkontroll oluliselt paranes palliatiivset ravi saanute grupis. Kuue kuu järel muutus POS-S-MS 2,3 punkti (95% CI, 0,4 kuni 4, 1) palliatiivset ravi saanud uuritavate grupis ja 0,3 (-2,0 kuni 2,6) kontrollrühmas, uuringugruppide erinevus 1,9 (95% CI, -1,1 kuni 5,0). Muutused SEIQoL-DW indeksis ei erinevad gruppide vahel, samuti muude tulemuste osas.	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
----------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	--	------------------	------------

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	spetsialistidega palliatiivse ravi teenuste osutamise võrgustikku	mitte	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Sümptomkontroll, igapäevased telefonikonsultatsioonid (palliatiivse ravi patsiendid) (järelkontroll: keskmine 12 nädalat; hinnatud millega:: Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

1 ⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^h	väike	väike	suur ⁹	puudub	Uldine stressi skoor oli kõrgem 1 x nädalas õe telefonikonsultatsiooni saanud patsientidel 6,9 punkti, 95% CI, 0,17 kuni 13,63; $P=0,04$. Kohandatud ärevuse skoorid olid kõrgemad telefonikonsultatsiooni saavatel patsientidel 1,40 punkti; 95% CI, 0,14 kuni 2,55; $P=0,03$. Depressiooni osas ei olnud erinevusi kontrollrühmaga 0,30 punkti; 95% CI, -1,39 kuni 1,99; $P=0,73$.	⊕⊕○○ MADAL	KRITILINE
----------------	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	---	---------------	-----------

Suremus, palliatiivse ravi osutamise mõju (järelkontroll: vahemik 12 kuud kuni 36 kuud; hinnatud millega:: suremus)

4 ²	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	väike	puudub	Suremuse osas jälgiti kokku 866 patsienti ja HR 0,77 (0,61 kuni 0,98). Palliatiivset ravi saanud patsientide hulgas oli keskmiselt 14,6 kuu jooksul 96 surma vähem 1000 patsiendi kohta (7 kuni 179 vähem surmasid) kui kontrollrühmas.	⊕⊕⊕⊕ KÕRGE	
----------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------	--------	---	---------------	--

Koduse palliatiivse ravi osutamise efektiivsus (hinnatud millega:: suremine kodus)

3 ⁶	jälgimisuuringud						3 süstemaatilist ülevaadet: CR ja võimalusel metaanalüüs (Gomes et al 2013) - kodus palliatiivset ravi saavate patsientide arv, kes soovisid kodus surra, kahekordistus. Süstemaatiline ülevaade ja metaanalüüs (Luckett et al 2013) - kodus suremiste arv suurenes, ei halvenenud sümptomkontroll ega elukvaliteet ning kulud ei kasvanud. CR ja metaanalüüs/kirjeldav kokkuvõtte (Shepperd et al 2011) palliatiivset elulõpuravi kodus saanud soovisid rohkem kodus surra kui standardravi saanud patsiendid ($p=0,0002$)	-	
----------------	------------------	--	--	--	--	--	---	---	--

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	spetsialistidega palliatiivse ravi teenuste osutamise võrgustikku	mitte	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Milline palliatiivse ravi korralduslik mudel on efektiivsem? (hinnatud millega:: elukvaliteet, rahulolu, maksumus jms)⁶

4 ⁶	jälgimisuuringud						<p>Kirjeldav ülevaade (Arora et al 2011) - palliatiivse ravi osutamine kodus v ahenendas haiglaravi v ajadust. Tervishoiukulude v ahenemine koduse palliatiivse ravi teenuste osutamisel. Muus osas v o r d l e v a i d j a r e l d u s i e i t e h t u d .</p> <p>Kirjanduse ülevaade (Harding et al 2005) - HIV+/AIDS patsiendid, nii kodune palliatiivne ravi kui hospitiivne leevendasid oluliselt valulisi sümptomeid, v a h e n d a s i d ä r e v u s t j a p a r a n d a s i d h i n g e l i s t h e a o l u .</p> <p>Kirjanduse ülevaade (Sampson et al. 2005) - dementsussündroomiga patsientidele palliatiivse ravi teenuste osutamise efektiivsus ei ole tõendatud - tulemust hinnati patsientide düskomforti, kulude ja suremuse järgi.</p> <p>Ülevaade (Rabow et al 2013) - ambulatoorsed palliatiivse ravi teenused parandavad patsientide rahulolu, sümptomkontrolli ja elukvaliteeti. Ambulatoorsed teenused v a h e n d a v a d t e r v i s h o i u k u l u t u s i j a p i k e n d a v a d k o p s u v ä h i h a i g e t e e l e m u s t . L ä h e d a s t e j a t e r v i s h o i u t ö ö t a j a t e r a h u l o l u k a s v a s .</p>	-	
----------------	------------------	--	--	--	--	--	--	---	--

Milline spetsialiseeritud palliatiivravi teenuste osutamise mudel on efektiivsem elulõpuravis? (hinnatud millega:: sümptomkontroll, elukvaliteet jms.)⁶

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	spetsialistidega palliatiivse ravi teenuste osutamise võrgustikku	mitte	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
4 ⁶	jälgimisuuringud						<p>Ülevaade (Garcia-Perez et al. 2009) - ükski spetsialiseeritud palliatiivse ravi programmidest ei olnud efektiivsem või kulutõhusam.</p> <p>Kvalitatiivne kirjeldav kokkuvõte (Zimmermann et al. 2009) - spetsialiseeritud palliatiivne ravi parandab lähedaste rahulolu arstiabiga, muus osas tõendus madal, et parandab elukvaliteeti, sümptomkontrolli, patsiendi rahulolu või vähendab kulusid. AMSTAR score - 8</p> <p>Süsteemiline ülevaade, kvantitatiivne ja kvalitatiivne analüüs (Davies & Higginson 2005) - vähiga patsientide rahulolu oli kõrge päev arvi teenustega väärtustades sotsiaalset kontakti tervishoiutöötajatega ja teiste patsientidega. AMSTAR score - 4</p> <p>Süsteemiline ülevaade, kvantitatiivne ja kvalitatiivne analüüs (Candy et al 2011) - kvantitatiivne analüüs näitas, et hospitsi teenused vähendavad tervishoiuteenuste kasutust ja kulusid, leevendavad valusid paremini, haiglates suremine väheneb ja patsientide ning lähedaste rahulolu arstiabiga on kõrgem. Kvalitatiivne analüüs näitas, et hospitsi on patsientide ja lähedaste poolt kõrgelt hinnatud. Kodused hospitsi teenused võimaldab patsiendil kodus olla. Päev arvi teenused olid patsientide jaoks uus võimalus. AMSTAR score - 8</p>			-		

Kas palliatiivse ravi osutamine on kulutõhus? (hinnatud millega:: tervishoiukulud, ressursi kasutus)

1 ⁶	jälgimisuuringud						<p>Kulude ja kulutõhususe kirjeldav ülevaade (Smith et al 2014) - palliatiivse ravi teenused on odavamad teistest ravivõimalustest ja erinev mõju ressursi kasutusele. AMSTAR score - 7</p>				-	
----------------	------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--

g. Uuritavate arv väike

h. Uuringus ei olnud kasutatud pimendamist

i. Uuringu disain hõlmas ainult tervishoiutöötajate küsitlust

j. Uuritavate arv väike, küsimustikule vastamise protsent väike

Viited

1. Gaertner, J., Siemens, W., Meerpohl, J.J., al, et. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis.. *BMJ*; 2017.
2. Fulton, J.J., LeBlanc, T.W., Cutson, T.M., al, et. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis.. *Palliative Medicine*; 2019.
3. Diop, M.S., Rudolph, J.L., Zimmerman, K.M., Richter, M.A., Skarf, L.M.. Palliative care interventions for patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis.. *Journal of Palliative Medicine*; 2017.
4. Solari, A., Giordano, A., Patti, F., al, et. Randomized controlled trial of a home-based palliative approach for people with severe multiple sclerosis.. *Multiple Sclerosis*; 2018.
5. Hoek, P.D., Schers, H.J., Bronkhorst, E.M., Vissers, K.C.P., Hasselaar, J.G.J.. The effect of weekly specialist palliative care teleconsultations in patients with advanced cancer -a randomized clinical trial.. *BMC Medicine*; 2017.
6. Brereton, L., Clark, J., Ingleton, C., Gardiner, C., Preston, L., Ryan, T., Goyder, E.. What do we know about different models of providing palliative care? Findings from a systematic review of reviews.. *Palliative Medicine*; 2017.
7. Thoosen, B., Gerritzen, S.H.M., Vissers, K.C.P., Verhagen, S., van Weel, C., Groot, M. & Engels, Y.. Training general practitioners contributes to the identification of palliative patients and to multidimensional care provision: secondary outcomes of an RCT. *BMJ Supportive and Palliative Care*; 2019.