

ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการแบบ Palliative Care

รศ.พญ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล

การเปลี่ยนแปลงของสภาวะโรคและสาเหตุการตายมีแนวโน้มเหมือนกันทั่วโลก คือการเปลี่ยนแปลงจากโรคป่วยเฉียบพลันซึ่งได้แก่การตายจากอหิวาตกโรคและโรคติดต่อ มาเป็นการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ซึ่งได้แก่โรคมะเร็ง ภาวะอวัยวะล้มเหลวต่าง ๆ¹ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างยืดเยื้อยาวนาน และเมื่อโรคอยู่ในระยะท้าย ต้องอยู่ในสภาวะไม่สุขสบายและมีโอกาสเสียชีวิตจากอวัยวะล้มเหลวหรือภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมักนำไปสู่การเสียชีวิตในโรงพยาบาล ในขณะที่ทีมสุขภาพและประชาชนมีความเชื่อมั่นในเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ว่าจะสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ จึงเกิดการรักษาที่มุ่งยืดชีวิตโดยใช้เครื่องพยุงชีพอย่างเต็มที่ ซึ่งคาดหวังว่าจะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้อย่างถึงที่สุด สถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับความทุกข์ทรมานและได้รับการพยุงชีพในระยะท้ายที่ไม่ก่อเกิดประโยชน์ และเพิ่มภาระค่าใช้จ่าย สถานการณ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาด้านค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพซึ่งพบว่า ครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีก่อนผู้ป่วยเสียชีวิตและสร้างผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอย่างรุนแรง^{2,3,4} นอกจากนี้ สถานการณ์ที่คุกคามต่อระบบสุขภาพของประเทศโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว คือการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ⁵ ซึ่งประเทศไทยก็อยู่ในสภาวะนี้เช่นกัน⁶ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและต้องใช้ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพสูง รวมถึงภาระที่หนักหน่วงและยาวนานของผู้ดูแล^{7,8}

การดูแลแบบ “Palliative care” (Palliative approach) เป็นการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลามหรือเป็นมาก (Advance disease) หรือมีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (Life threatening illness) เป็นการดูแลให้ผู้ผู้ป่วยมี “สมรรถนะและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด” ที่จะเป็นไปได้ ดูแลใน “ทุกมิติแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง” รวมถึงช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจสภาวะโรคและช่วยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเข้าใจความแตกต่างระหว่างการดูแลแบบ “Palliative care” และ “Hospice care” Palliative approach หมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตโดยทีมสุขภาพทั่วไป (Primary palliative care) สามารถนำหลักการการดูแลแบบ Palliative care มาใช้ ส่วนคำว่า Hospice care มักหมายถึงการจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จให้แก่ผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิตและโรคดำเนินมาถึงระยะท้ายของชีวิต ซึ่งอาจมีเวลาเหลือเพียง 6-12 เดือน⁹ ซึ่งผู้ให้การดูแลมักเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยเฉพาะ (Specialist palliative Care) หรือเป็นทีมสุขภาพทั่วไปที่ผ่านการอบรมระยะกลางเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะนี้ได้

องค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบ Palliative care คือการให้เข้าถึงบริการ การจัดประสานการดูแลแบบทีมสหสาขา การค้นหาเป้าหมายการดูแล การประเมินผลกระทบโดยรวมในการให้การรักษาดำเนินการต่างๆ เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดตอนการรักษาที่สร้างภาระ การประสานส่งต่อสถานที่ดูแลรวมถึงสถานที่เสียชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วย และการประสานการเปลี่ยนผ่านระดับการดูแลและการส่งต่อ

ผลดีของการดูแลแบบ Palliative care

ผลกระทบต่อผู้ป่วย แม้การศึกษาวิจัยในผู้ป่วยระยะท้ายจะทำได้ลำบาก แต่ก็มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าและมีระยะรอดชีวิตนานกว่า¹⁰

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care ได้รับการจัดการอาการที่ไม่สบาย ความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง มีความพึงพอใจ และมีคุณภาพการตายที่ดี ได้รับการดูแลให้สบายในช่วงสองสัปดาห์ก่อนเสียชีวิต¹¹

ผลกระทบต่อผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นภาระที่หนัก ผู้ดูแลจึงมักประสบปัญหาสุขภาพกายและจิตจากภาระที่หนักหน่วงนี้¹² การดูแลแบบ Palliative care ช่วยตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแล สร้างความพึงพอใจและลดความวิตกกังวล¹¹

ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การศึกษาในประเทศต่างๆ พบว่าการดูแลแบบ Palliative care นอกจากช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล^{13,14,15} การศึกษาของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์¹⁶ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยทีม Palliative care มีอุบัติการณ์ของการใช้เครื่องฟุ้งชีพ การรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติน้อยกว่า และประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึง 16,600 บาทต่อคน

องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบ palliative care

การเข้าถึงระบบบริการ ผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง เอดส์ Neurodegenerative diseases, End-stage organ failure ทีมสุขภาพควรให้การดูแลแบบ Palliative care เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม และในรายที่ซับซ้อนควรสามารถปรึกษาให้ทีมที่เกี่ยวข้องทางด้าน Palliative care มาร่วมดูแล ควรให้บริการแบบ Palliative care ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัวโดยไม่ต้องจำกัดเฉพาะตามการวินิจฉัยโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะที่ดีที่สุด องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้แนะนำให้นำการดูแลแบบ Palliative care เข้ามาในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ¹⁶ โดยนำเข้ามาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มการวินิจฉัยโรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยอาจมีอายุขัยสั้น และสามารถให้การดูแลแบบ Palliative care ควบคู่กับการรักษาพ่วงตัวโรค (Disease-modifying therapies)¹⁷

การทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพดีที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังที่ยังอาจต้องการการดูแลรักษาตัวโรคเพื่อให้สามารถควบคุมตัวโรคให้ได้ดีที่สุด การดูแลแบบสหสาขาซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เกษัช นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพหรือกิจกรรมบำบัด จะนำความเชี่ยวชาญของแต่ละสาขามาเพิ่มสมรรถนะผู้ป่วยให้ดีที่สุด เพื่อให้สามารถใช้เวลาในช่วงท้ายของชีวิตอย่างมีคุณภาพ

การกำหนดแผนการดูแล โดยการสื่อสารพยากรณ์โรคอย่างตรงจริง ให้ความหวังที่อยู่ในความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนเป้าหมายการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ให้ได้มีโอกาสสะสางภารกิจ และใช้เวลาที่เหลือที่มีจำกัดอย่างมีคุณภาพและได้มีโอกาสทำสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

ประเมินผลรวมของการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในสถานะที่เปราะบาง การให้การดูแลและการดำเนินการใดๆ จำเป็นต้องมีการเปรียบเทียบผลดีผลเสียและความเสี่ยงของการรักษาอย่างทั่วถ้วน ผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีโรคร่วมเรื้อรังหลายอย่างซึ่งผลรวมของโรคเรื้อรังแต่ละอย่างโดยรวมแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานะเปราะบางมีสมรรถนะเสื่อมถอย การให้การรักษาที่รุกราน (Invasive treatment) อาจเร่งการเสื่อมถอยของสมรรถนะของผู้ป่วย จึงต้องมีการพิจารณาแผนการรักษาโดยประเมินผลรวมที่คาดว่าจะเกิดขึ้น รวมถึงการปรับยาต่างๆ ที่ผู้ป่วยใช้ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีความดันสูงที่รับประทานยาลดความดันมาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายอาจมีน้ำหนัลด ผ่ายผอม ซึ่งควรต้องมีการปรับลดขนาดยาลงเพื่อไม่ให้เกิด Postural hypotension รวมถึงในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายอาจจำเป็นต้องมีการปรับยาหรือหยุดยาเมื่อผู้ป่วยมีภาวะผ่ายผอมเพื่อมิให้เกิดภาวะ

น้ำตาลต่ำ เมื่อโรคอยู่ในระยะท้ายการรักษาบางอย่างที่มุ่งหวังผลสำหรับอนาคตข้างหน้าอาจสามารถยุติได้ เช่น การรับประทานยากลุ่ม Statin เพื่อลดไขมันในเลือด เป็นต้น

พิจารณาเรื่องการยับยั้งหรือถดถอยการรักษา ที่อาจไม่ก่อเกิดประโยชน์หรือได้ประโยชน์น้อย แต่สร้างความทุกข์ทรมานและเกิดภาระจากการรักษา ผู้ป่วยระยะท้ายบางส่วนอาจมีการเริ่มการรักษาพียงชีพมาก่อนที่โรคจะเข้าสู่ระยะท้ายของโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืดชีวิต แต่เมื่อโรคเข้าสู่ระยะท้ายการยังคงการรักษาพียงชีพต่ออาจสร้างความไม่สุขสบายและเป้าหมายการดูแลอาจไม่สามารถพียงชีพต่อเนื่องจากโรคดำเนินถึงจุดสุดท้าย หรือมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมใหม่ที่ทำให้เป้าหมายการพียงชีพอาจต้องเปลี่ยนเป็นการดูแลให้สุขสบาย ตัวอย่างเช่น การยุติการล้างไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่โรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย การ Inactivate implantable defibrillator (ICD) ในผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะใกล้เสียชีวิต เป็นต้น การให้ข้อมูลและทางเลือกของการรักษา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละแบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์และวางแผนการรักษาไว้ล่วงหน้าในแนวทางที่ผู้ป่วยต้องการ

การพิจารณาเลือกสถานที่ดูแลและสถานที่เสียชีวิต โดยผู้ป่วยมีโอกาสเลือกสถานที่ดูแลและที่มสุขภาพ พยายามบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ โดยการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ มีทีมเยี่ยมบ้านให้บริการในชุมชน และสามารถเชื่อมต่อกับทีม Palliative care เมื่อต้องการคำปรึกษา

การประสานเชื่อมต่อการดูแลและการส่งต่อ การเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือชุมชน โดยให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และให้เข้าถึงบริการที่หลากหลายตามความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัว เช่นการสนับสนุนเครื่องมือแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน การสนับสนุนวัสดุเวชภัณฑ์ การเยี่ยมบ้าน การสามารถเข้าถึงการปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน

การพัฒนาระบบบริการแบบ Palliative care ที่เข้าถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลแบบ Palliative care เป็นความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในระบบสุขภาพของประเทศไทย ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบนี้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้ข้อเสนอแนะระบบบริการด้าน Palliative care เข้าในระบบสุขภาพ และการสร้างความเข้มแข็งของระบบ Palliative care และให้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาอย่างต่อเนื่อง^{15,16}

จากการประชุมของ World Health Assembly ในปี พ.ศ.2557¹⁷ องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนให้ประเทศต่างๆ ดำเนินการด้าน Palliative care โดยพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลแบบ Palliative care และกำหนดเป็นนโยบายที่ได้การสนับสนุนในระบบสุขภาพ ให้สามารถเข้าถึงบริการด้าน Palliative care อย่างเท่าเทียม และอย่างต่อเนื่องในทุกระดับของการดูแล โดยเน้นการดูแลแบบปฐมภูมิ การดูแลที่บ้านและครอบคลุมประชากรทั้งหมด ให้มั่นใจว่ามีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานและการสนับสนุนด้านบุคลากรในระดับที่เหมาะสมเพื่อขับเคลื่อน Palliative care ในทุกด้าน ตั้งแต่ต้นนโยบาย การพัฒนาฝึกอบรมบุคลากร การพัฒนาคุณภาพ และการสนับสนุนให้สามารถเข้าถึงยาที่เป็นใน Palliative care รวมถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการ ในด้านบุคลากร Palliative care ต้องเข้าไปอยู่ในหลักสูตรของการศึกษาระดับปริญญาและหลังปริญญาของและเป็นส่วนหนึ่งของ In-service training ของผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิ กลุ่มอาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลด้านจิตวิญญาณและด้านสังคม ให้การฝึกอบรมระดับกลางแก่บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening illnesses) รวมถึงผู้ทำงานในสาขาโรคเมะเร็ง โรคติดเชื้อ กุมารเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และอายุรศาสตร์ รวมถึงมีการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้าน Palliative care ซึ่งมีความจำเป็นในการเตรียมบุคลากรด้านสุขภาพ ให้นำการดูแลแบบ Palliative care

เข้าไปในงานประจำของการดูแลผู้ป่วย มีการจัดหายาที่เป็นใน Palliative care ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการทบทวนและปรับปรุงนโยบายและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาควบคุม โดยอ้างอิง WHO policy guidance เพื่อให้มีมาตรการการใช้ยาและการเข้าถึงยาในระดับ

การพัฒนาระบบ Primary palliative care ควบคู่กับ Specialist palliative care

การพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับบริการด้าน Palliative care เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเริ่มแต่แรกของการวินิจฉัยโรคที่คุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้บุคลากรทั้งระดับ Primary และ Specialist palliative care ควบคู่กันไป¹⁸ เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care มีจำนวนมากทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้าน Palliative care (Palliative specialist) ซึ่งมีจำนวนจำกัด ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างทั่วถึง ประกอบกับทีมสุขภาพทั่วไปควรมีความสามารถในการให้การดูแลแบบ Palliative care ได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ตั้งแต่แรกเริ่มการวินิจฉัยภาวะที่คุกคามต่อชีวิต และเข้าถึงบริการได้ง่าย จุดเริ่มต้นที่สำคัญคือการพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพทุกระดับให้สามารถให้การดูแลแบบ Palliative care ได้ (Primary palliative care) พร้อมกันนี้จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมผลิผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ (Specialist palliative care) อย่างรีบด่วนควบคู่กันไป เพื่อให้การดูแลกรณีที่มีความซับซ้อน รวมถึงเป็นแหล่งให้การปรึกษาแก่ทีมสุขภาพทั่วไป

สมรรถนะของทีมสุขภาพทั่วไปที่สามารถให้การดูแลแบบ Palliative care (Primary palliative care) และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน Palliative care (Specialist palliative care) จะมีความแตกต่างกันดังนี้

- Primary palliative care

- สามารถจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆได้ในระดับพื้นฐาน
- สามารถจัดการภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับพื้นฐาน
- มีความสามารถในการสื่อสารขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับ

- พยากรณ์โรค
- เป้าหมายการดูแล
- ความทุกข์ทรมาน
- แผนการกู้ชีพ

- Specialist palliative care

- สามารถจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆที่ซับซ้อนจัดการยาก
- สามารถจัดการภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าที่ซับซ้อน ปัญหาด้านจิตวิญญาณและการเผชิญความสูญเสีย
- ช่วยประสานความขัดแย้งเรื่องเป้าหมายการดูแลและแนวทางการรักษา ระหว่างครอบครัว ระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว และระหว่างทีมสุขภาพเอง
- ช่วยในการพิจารณาว่าเมื่อใดการดูแลแบบใดอาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และควรหลีกเลี่ยง

ประเทศไทยยังมีความล่าช้าในพัฒนาการด้าน Palliative care และจำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรด้านองค์ความรู้อย่างเร่งด่วนในทุกระดับ

บทสรุป

การดูแลประคับประคองแบบ Palliative care มีความสำคัญอย่างยิ่งยวด ซึ่งประเทศไทยต้องเริ่มมีการพัฒนา ศาสตร์ด้านนี้อย่างก้าวกระโดดในทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและองค์กรต่างๆ เพื่อผลักดันให้มีการพัฒนาระบบการดูแลที่ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ให้มีบริการนี้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่สามารถเชื่อมโยงการดูแลในทุกระดับเพื่อให้เกิดการดูแล อย่างต่อเนื่องจนถึงบ้านผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งจะส่งผลต่อการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Health Observatory. <http://www.who.int/gho/en/> (access September 16, 2014)
2. Alemayehu B and Warner KE. The lifetime distribution of health care cost. Health Serv Res. 2004;39:627-642.
3. Seshamani M, and Gray AM. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on healthcare costs. Age Ageing. 2004;33:556-61.
4. ชูติมา อรรคลีพันธุ์และพวก. การสำรวจการเข้าถึงสถานพยาบาลและรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พ.ศ. 2548-2549. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. พศ.2550.
5. United Nation. 2012 “World Population Prospect: the 2012 Revision”. <http://esa.un.org/wpp/> (Access February 2016)
6. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/ThaihealthProfileT2010T.pdf>. (Access February 2016).
7. Agency for Healthcare Research and Quality. Trends in Health Care Expenditures for the Elderly, Age 65 and Over: 2001, 2006, and 2011. http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st429/stat429.pdf. (Access February 2016)
8. Stajduhar K. Burdens of family caregiving at the end of life. Clin Invest Med. 2013;36:E121-6.
9. Kaplan BW. Comfort care for cancer patients: exploring distinctions between hospice care and palliative care. Oncology Nurse Advisor. 2010.

http://media.oncologynurseadvisor.com/documents/14/ona_tatalpatient0510_3277.pdf. (Access February 2016)

10. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-42.
11. Currow DC, Wheeler JL, Abernethy AP. International perspective: outcomes of palliative oncology. *Semin Oncol*. 2011;38:343-50.
12. Christakis NA, Iwashyna TJ. The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice used by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Soc Sci Med*. 2003;57:465-75.
13. Gozalo P, Plotzke M, Mor V, et al. Changes in Medicare Costs with the Growth of Hospice Care in Nursing Homes. *NEJM* 2015; 372:1823-31.
14. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, and Meier DE. Cost saving associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med*. 2008;168:1783-90.
15. Gomes B, Calanzani N, and Higginson IJ. Benefits and costs of home palliative care compared with usual care for patients with advanced illness and their family caregivers. *JAMA*. 2014;311:1060-1.
16. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, et al. A retrospective, single center, observational study, comparing the direct cost of end-of-life care patients with advanced cancer care: Palliative care versus usual care. Accepted for publication in *Pall Care Med*, Jan 06, 2016.
17. Stjernward J, Foley K, and Ferris F. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symp Manage* 2007;33:486-93.
18. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>. Cancer pain relief and palliative care. Technical report series 804. Geneva: World Health Organization, 1990. Available from <http://www.who.int/cancer/publications/en>.
19. 67th World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. WHO Agenda item 9.4, January 23, 2014.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf (Access September 22, 2014)
20. Quill TE and Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care – creating a more sustainable model. *N Engl J Med*. 2013;368:1173-5.