



# Patientenorientierung in der Onkologie

## OncoCoaches an der Seite der Krebspatient:innen

Nominiert für den MSD Gesundheitspreis 2021

Autoren: Dr. Manfred Welslau, Prof. Dr. Hans Tesch, Dr. Dirk Mohr

Federführende Organisation: Arbeitskreis Klinische Studien AKS e. V.

Die inhaltliche Verantwortung des Beitrags liegt allein bei den genannten Autoren. MSD weist ausdrücklich auf die finanzielle Unterstützung dieser Publikation hin.

## Management Summary

*OncoCoaching* wurde aus der Beobachtung entwickelt, dass die Aufnahmefähigkeit von Patient:innen bei onkologischen Diagnosegesprächen aufgrund der emotionalen Belastung stark eingeschränkt ist. Psychoonkolog:innen raten dazu, diese Gespräche zu verkürzen und von der Beratung zu Therapie und Nebenwirkungsmanagement zu entkoppeln. Bislang existieren jedoch keine strukturierten Versorgungspfade, über die sichergestellt wird, dass die Patient:innen ein umfassendes Verständnis ihrer Erkrankung erlangen und informierte Entscheidungen rund um ihre Lebens- und Versorgungssituation treffen können. Darüber hinaus erfolgt vielfach keine frühe Integration palliativer Versorgungsangebote, obwohl innerhalb der Fachgesellschaften ein breiter Konsens darüber besteht, dass dies die Versorgung vieler Patient:innen verbessert. Diese Versorgungslücken sollen im Rahmen des Projektes *OnCoPaTh* geschlossen werden. Dabei übernehmen speziell geschulte *OncoCoaches* eine beratende und koordinierende Rolle an der Schnittstelle zur Palliativmedizin und zu anderen Versorgungsbereichen. Die *OncoCoaches* tragen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Patient:innen und zur Entlastung von Onkolog:innen bei.

## Versorgungsherausforderung

Die demografische Entwicklung, Fachärztemangel und komplexere Therapiekonzepte mit verbesserten Überlebenschancen führen zu neuen Herausforderungen in der Behandlung onkologischer Patient:innen. Krebs entwickelt sich zunehmend zu einer chronischen Erkrankung, die eine Langfristversorgung mit steigender Beratungsintensität sowie multiprofessioneller Betreuung erfordert. Besonders im ambulanten Setting können die neuen Therapien ihren Nutzen nur entfalten, wenn die Patient:innen in der Therapie adäquat begleitet werden. Dazu gehört nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die Organisation an den Schnittstellen der Versorgung.

Für Onkolog:innen wird es allerdings zeitlich immer schwieriger, umfassende Beratungsleistungen und die Koordination mit anderen Versorgern zu gewährleisten.

So besteht in der Regel ein hoher Klärungsbedarf rund um therapeutische und pflegerische Maßnahmen, hinzu kommen Zukunftsfragen und organisatorische Aspekte. Zudem können krisenhafte Lebenssituationen entstehen, die mit unnötigen Krankenhauseinweisungen verbunden sind und in vielen Fällen Behandlungen nach sich ziehen, die medizinisch nicht notwendig und von den Patient:innen auch nicht gewünscht sind.

Solche unkoordinierten Abläufe können zulasten der Lebensqualität und der Selbstbestimmung der Patient:innen gehen. Nicht zuletzt entstehen dadurch vermeidbare Kosten für das Gesundheitssystem (Smith et al., 2014). Bisherige Ansätze, die Kommunikation mit den Patient:innen (Drummond, 2005) und ihre Steuerung durch das Versorgungssystem zu verbessern, scheiterten oft an mangelnden personellen und zeitlichen Kapazitäten, fehlenden Vergütungen oder einer unzureichenden Implementierung in die Praxisabläufe (Berkhof et al., 2011).

Ein weiterer Aspekt betrifft die frühzeitige Integration der Palliativmedizin (Early Integration – EI). Die American Society of Clinical Oncology empfiehlt, allen Patient:innen mit metastasierter Tumorerkrankung und/oder hoher Symptomlast frühzeitig eine Kombination aus onkologischer Standardtherapie und Palliativversorgung anzubieten. Diese Empfehlung wurde durch eine gemeinsame Stellungnahme der AG Interdisziplinäre Onkologie in der Palliativmedizin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) bekräftigt (DGP & DGHO, 2015). In Best-Practice-Modellen zur Umsetzung findet diese Integration bereits innerhalb weniger Wochen nach der Diagnose statt (Temel et al., 2010). Leider existieren in Deutschland bislang keine geeigneten Versorgungsstrukturen und spezifischen Versorgungspfade für die Umsetzung der EI.

Es fehlt in der Patientenberatung und -begleitung ein systematischer Einsatz von qualifiziertem onkologischen Fachpersonal, der auch eine frühzeitige Integration von Palliativpflegefachkräften umfasst. Die Etablierung eines ambulanten multiprofessionellen und interdisziplinären Versorgungspfades mit *OncoCoach* und kooperierender Palliativpflegefachkraft könnte hier zu deutlichen Verbesserungen führen. Eine erste Studie zum Einsatz von

*OncoCoaching (PACOCT)* hat gezeigt, dass Patient:innen unter oraler Therapie von strukturierten Schulungen und Beratungen durch *OncoCoaches* profitieren (Riese et al., 2017). Im Rahmen von *OnCoPaTh* soll ein patientenzentriertes Versorgungssystem für onkologische Patient:innen etabliert werden, das Potenzial für den Übergang in die Regelversorgung hat.

## Beschreibung der neuen Versorgungsform

Das Versorgungsmodell „*OncoCoaching* und frühe Palliative Begleitung als patientenzentrierte Versorgungselemente in der Therapie nicht heilbarer Krebserkrankungen“ – *OnCoPaTh* – basiert auf dem „Integrated Care Model“ nach Bruera & Hui (2010) und wurde um die Funktion des *OncoCoaches* erweitert. Die Intervention, in der der *OncoCoach* eine Schlüsselfunktion einnimmt, soll einerseits helfen, dem steigenden Gesprächs- und Aufklärungsbedarf der Patient:innen gerecht zu werden (s. Abb. 1). Andererseits trägt es der Forderung der führenden Fachgesellschaften Rechnung, Krebspatient:innen frühzeitig eine Palliativversorgung anzubieten.

Zentrales Element der neuen Versorgungsform ist der *OncoCoach*, eine nach einem speziellen Curriculum fortgebildete onkologische Fachassistenz, an die Onkolog:innen bestimmte Leistungen delegieren können. Zu den Aufgaben der *OncoCoaches* zählen Patientenschulungen zur Therapie und zum Umgang mit Nebenwirkungen sowie die Beratung zu weiteren Versorgungsangeboten (s. Abb. 1). Ein wichtiges Ziel ist es dabei, die Selbstbestimmung und die Entscheidungskompetenz der Patient:innen zu stärken. Dies setzt voraus, dass die Patient:innen und die Angehörigen alle Aspekte der Diagnose und der Therapie hinreichend verstanden haben. Die Erkenntnisse aus den Gesprächen meldet der *OncoCoach* an den Arzt bzw. die Ärztin zurück.



**Abbildung 1** Im Projekt *OnCoPaTh* beraten und schulen *OncoCoaches* die Patient:innen

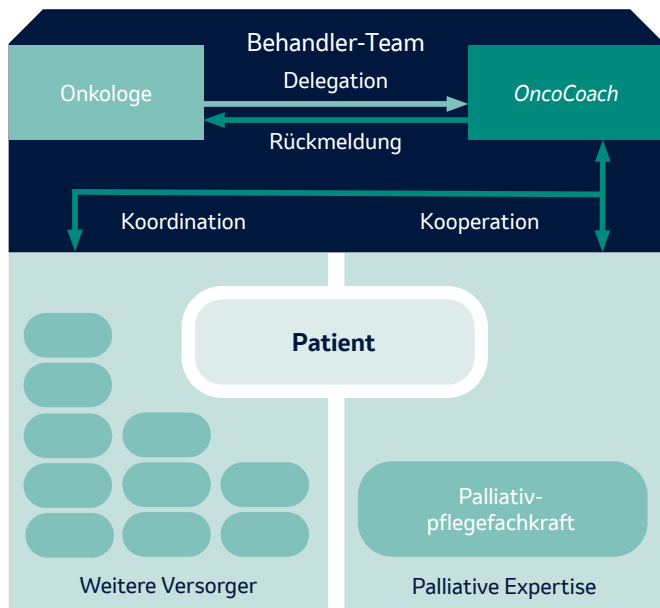
Quelle: Eigene Darstellung

Ein weiterer Aufgabenbereich des *OncoCoaches* umfasst die Kooperation mit einer konsiliarisch tätigen Palliativpflegefachkraft (KoPP) im Sinne der frühen palliativen Integration. Die frühe palliative Integration (Early Integration, EI) wird von allen führenden Fachgesellschaften befürwortet und empfohlen. Daher rufen die Fachgesellschaften dazu auf, die Voraussetzungen für die Umsetzung durch interdisziplinäre und multiprofessionelle Handlungsansätze zu fördern. Neben der ethisch-moralischen Verpflichtung für EI zeigen internationale Studien, dass durch eine frühe palliative Integration auch Versorgungskosten eingespart werden können (Smith et al., 2014). Zudem haben Patient:innen nach § 27 SGB V Anspruch auf eine Palliativversorgung.

Die Unterstützungsleistungen durch die KoPP werden den Patient:innen durch den *OncoCoach* angeboten. Sofern der Patient bzw. die Patientin zustimmt, leitet der *OncoCoach* die entsprechenden Maßnahmen ein. Die KoPP kümmert sich dann im häuslichen Umfeld um die Erfassung von Symptomen sowie die pflegerische Beratung und unterstützt die Patient:innen in der Ressourcenförderung und der Zukunftsplanung. Sofern es von den Patient:innen gewünscht ist, werden Angehörige einbezogen und angeleitet.

Die KoPP und der *OncoCoach* halten regelmäßig Patientenkonsile ab. Die Ergebnisse der Konsile werden durch den *OncoCoach* an den Arzt bzw. die Ärztin übermittelt. Auch die Koordination und Abstimmung mit weiteren

Versorgern, z. B. mit Hausärzt:innen, gehört zu den Aufgaben der *OncoCoaches* (s. Abb. 2).



**Abbildung 2** Versorgungsform *OnCoPaTh*

Quelle: Eigene Darstellung

Ein weiterer Aspekt der Beratungstätigkeit durch *OncoCoach* und KoPP liegt in der Aufklärung über komplementäre und alternative medizinische Versorgungsmöglichkeiten (KAM). Ungefähr die Hälfte aller Krebspatient:innen nutzen KAM, bei einigen Tumorarten liegt die Nutzungsrate sogar bei 80 bis über 90 Prozent (AWMF online, o. J.). Es zeigt sich daher ein hoher Bedarf an verlässlichen, leicht zugänglichen und behandlungsspezifischen Informationen, sowohl für Fachpersonal als auch für Patient:innen.

Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen des Projektes *OnCoPaTh* als weiteres Versorgungselement eine digitale Wissensdatenbank zu KAM erstellt. Die mit Unterstützung der Deutschen Krebsgesellschaft erstellte Plattform berücksichtigt die Leitlinieninhalte und kann bei der Beratung der Patient:innen zu KAM-Methoden zurate gezogen werden. *OncoCoach* und KoPP greifen auf die Wissensdatenbank über eine App zu, die speziell für das Projekt entwickelt wird und die Leistungserbringer bei der Steuerung der Versorgungsprozesse unterstützt. Für Patient:innen und Angehörige werden die Inhalte der KAM-Datenbank in laiengerechter Sprache zur Verfügung gestellt. Für sie erfolgt der Zugriff online. In diesem

Sinne trägt *OnCoPaTh* auch zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen bei, wie sie im Gutachten des Sachverständigenrates von 2018 gefordert wurde.

Das Versorgungskonzept *OnCoPaTh* mit dem *OncoCoach* als zentralem Element und definierten Behandlungspfaden schafft strukturelle Rahmenbedingungen, um die Gesundheits- und Entscheidungskompetenz der Patient:innen zu erhöhen und eine frühe palliative Begleitung zu realisieren. Die kooperative Beratung durch *OncoCoaches* und KoPP versetzt Patient:innen und Angehörige in die Lage, die Erkrankung zu verstehen, sie besser zu bewältigen und sich selbstbestimmt an Behandlungsentscheidungen zu beteiligen. Die frühe Integration palliativer Pflege sichert zudem die Kontinuität in der Behandlung und Betreuung, wenn ein Übergang von onkologischer Therapie in eine palliativmedizinische Betreuung sinnvoll wird.

### Angestrebter Mehrwert

Mithilfe des Versorgungskonzepts werden strukturelle Rahmenbedingungen gestaltet, um die Versorgung onkologischer Patient:innen zu optimieren und eine frühe palliative Begleitung in die Betreuung der Patient:innen zu erreichen. Auf der Patientenebene stehen insbesondere das Patienten-Empowerment sowie die Steigerung von Patientenkompetenz und Lebensqualität im Fokus.

Auf Organisationsebene zielt *OnCoPaTh* auf eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und die Kontinuität der Versorgung ab. Auf gesundheitsökonomischer Ebene soll u. a. eine Reduktion von Hospitalisierungen und Rettungsdiensttransporten erreicht werden. Es wird ein multiprofessionelles Betreuungskonzept entwickelt, das Patient:innen von der Erstdiagnose der Metastasierung bis zur palliativen Endphase kontinuierlich begleitet. Hiermit nimmt die Intervention Bezug auf die EAPC Charta von 2007 und die daraus entstandene Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e. V. und der Bundesärztekammer von 2015. Darin wird betont, dass Schwerstkranke und ster-

bende Menschen einer Versorgung bedürfen, die je nach individueller Situation ein multiprofessionelles, interdisziplinäres, sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Handeln in enger Kooperation zwischen allen Beteiligten erfordert.

Der Ausbau von delegierbaren Leistungen und die Schaffung von multiprofessionellen Teams tangiert über die Onkologie hinaus fast alle Fachbereiche. Durch die arbeitsteilige Versorgung kann die ärztliche Arbeitskraft entlastet werden und steht für andere medizinische Fachaufgaben zur Verfügung. Zudem wird die frühe palliative Begleitung auch in anderen Fachbereichen gefordert, in denen Patient:innen mit schweren Erkrankungen begleitende Unterstützung benötigen. Das Konzept der Kooperation zwischen MFA und Palliativpflegefachkraft kann somit auch auf andere Indikationen übertragen werden.

## Evaluation

Übergeordnetes Ziel der Evaluation ist es, zu ermitteln, ob *OnCoPaTh* zu einer Weiterentwicklung der teilweise bereits etablierten Versorgungsmodelle mit *OncoCoach* beitragen und somit die Versorgung von GKV-Versicherten in Deutschland verbessern kann. Darüber hinaus sollen Erkenntnisse erlangt werden, die eine spätere Übertragung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung unterstützen.

Zur Evaluation dieser Fragestellungen werden zwei partikulare Studien durchgeführt, die auf einem Mixed-Methods-Ansatz basieren.

### 1. Cluster-randomisierte Kontrollstudie (C-RCT) zum Unterstützungs- und Informationsbedarf der Patientinnen

Im Zentrum dieser Studie steht folgende Fragestellung: Ist die neue Versorgungsform wirksam, um den aus Sicht der Patient:innen unzureichend gedeckten Unterstützungs- und Informationsbedarf zu senken?

Die Fragestellung wird im Rahmen einer cluster-randomisierten Kontrollstudie (C-RCT) als primärer Endpunkt auf Patientenebene untersucht (s. Abb. 3, Nr. 2).

Sekundäre Endpunkte sind z. B. Patienten-Empowerment (PEN-13), Lebensqualität (EQ-5D-5L) und die Zufriedenheit mit der Versorgung, die anhand selbstentwickelter Fragebogen gemessen wird. Für die Studie werden drei Vergleichsgruppen gebildet, die für die Evaluation herangezogen werden:

1. Vergleichsgruppe I (VG I) = Regelversorgung
2. Vergleichsgruppe II (VG II) = Regelversorgung + OncoCoach (erweiterte Regelversorgung)
3. Interventionsgruppe (IG) = Regelversorgung + OnCoPaTh (OncoCoach mit strukturiertem Implementierungsprogramm und strukturierter Einbindung der Palliativpflegefachkräfte)

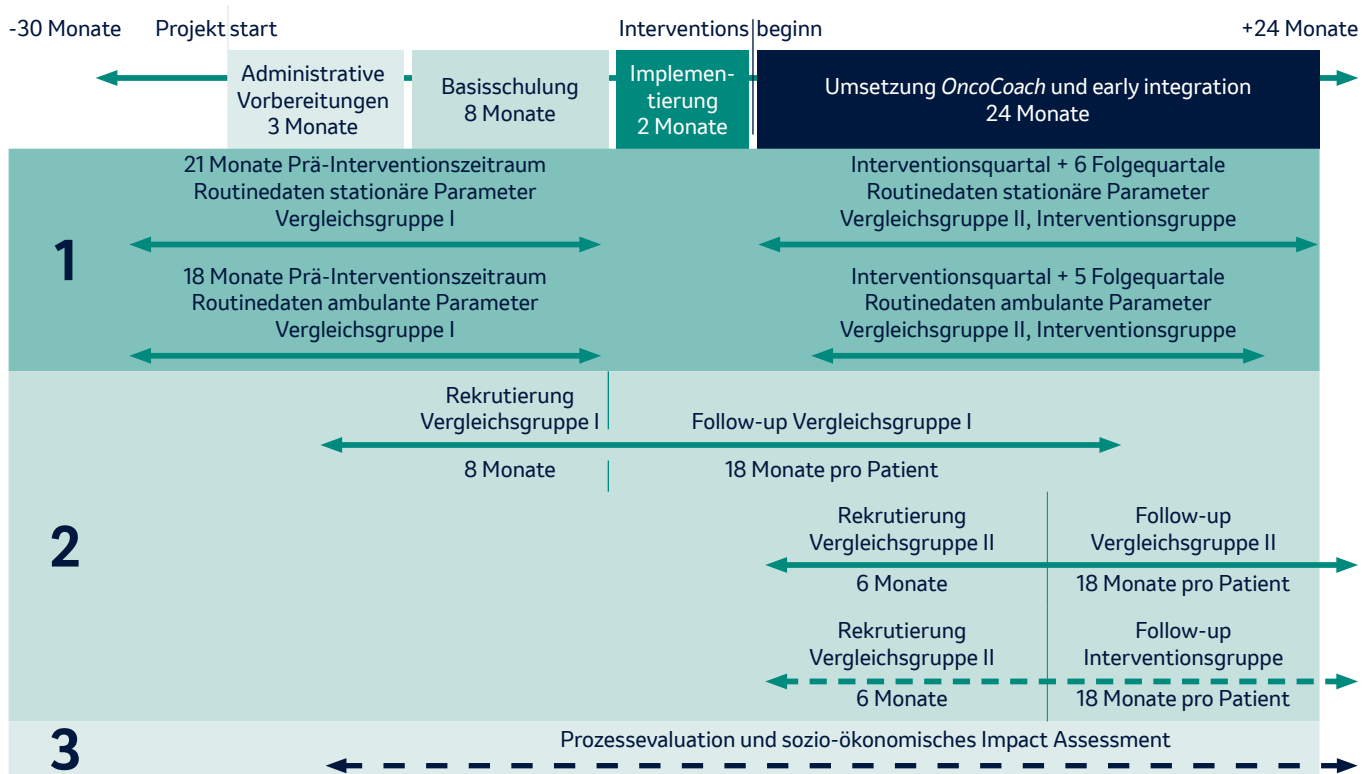
In jede Vergleichsgruppe sollen 600 Patient:innen eingeschlossen werden, die in 30 onkologischen Zentren deutschlandweit rekrutiert werden. Berücksichtigt werden erwachsene, voll entscheidungsfähige Patient:innen mit neu metastasierten soliden Tumoren. Die C-RCT ist über einen Zeitraum von 24 Monaten geplant. Von diesen werden sechs Monate für eine konsekutive Rekrutierung der Patient:innen verwendet. Die patientenindividuelle Follow-up-Phase umfasst 18 Monate.

Die C-RCT vergleicht die Wirksamkeit der Intervention *OnCoPaTh (IG)* mit der erweiterten Regelversorgung mit *OncoCoach (VG II)* auf Basis patientenberichteter Outcome-Maße (PROM). Die VG I, in der die aktuelle Regelversorgung beobachtet wird, ist der C-RCT-Phase zeitlich vorgelagert und wird als reine Kontrollgruppe für den Vergleich der genannten Endpunkte herangezogen. In die C-RCT werden Patient:innen aller gesetzlichen Krankenkassen eingeschlossen. Begleitend zur C-RCT wird in den teilnehmenden Institutionen eine Prozessevaluation durchgeführt, die zusätzlich das dort tätige Gesundheitspersonal einschließt. Darüber hinaus werden KoPP und *OncoCoaches* qualitativ und quantitativ zur interprofessionellen Zusammenarbeit, zur EI, zur Gesundheitskompetenz und zur Versorgungskontinuität befragt. Zudem erfolgt ein sozio-ökonomisches Impact Assessment auf Basis einer Cost-Benefit Analyse als Nachhaltigkeitsanalyse (s. Abb. 3, Nr. 3). Die Datenerhebung erfolgt für die Mehrzahl der Endpunkte mittels Fragebögen.

## 2. Kosteneffektivitätsanalyse anhand von Routinedaten

Die Fragestellung der zweiten Studie lautet: Ist die neue Versorgungsform *OnCoPaTh* wirksam, um Krankenhausaufnahmen bei erwachsenen Patient:innen mit neu diagnostizierten metastasierten Tumoren zu senken?

Diese Fragestellung wird auf der Basis von Routinedaten der AOK Hessen als primärer Endpunkt untersucht. Darüber hinaus werden weitere sekundäre Endpunkte betrachtet, z. B. die Anzahl der Rettungsdiensttransporte und die Gesamttherapiekosten. Es werden die Versorgungsdaten aller in VG I, VG II und IG rekrutierten AOK-Versicherten eingeschlossen, die ihr Einverständnis für die Routinedatennutzung erklärt haben. Die Wirksamkeit sowie die Kosten-Effektivität der geplanten Intervention werden in einem quasi-experimentellen Ansatz mittels Interrupted Time Series Analyse (ITSA) und Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) überprüft (s. Abb. 3, Nr. 1).



**Abbildung 3** Fragestellungen und Analysepopulationen der Evaluation

Quelle: Eigene Darstellung

## Projektpartner/Konsortium

Das Projekt wird wissenschaftlich geleitet von Dr. Manfred Welslau, Chefarzt der Hämato-Onkologischen Schwerpunktpraxis am Klinikum Aschaffenburg, und Prof. Dr. Hans Tesch, Direktor Centrum für Hämatologie und Onkologie am Bethanien-Krankenhaus. Dr. Dirk Mohr, Geschäftsführer der DMMP Vertrieb und Dienstleistungen im Gesundheitswesen GmbH & Co. KG, hat die Antragstellung koordiniert und ist für die Projektkoordination und das Controlling im Projekt verantwortlich. Federführende Organisation ist der Arbeitskreis Klinische Studien e. V. (AKS) unter der Projektleitung von Beate Paschen.

Zu den Konsortialpartnern gehören der Fachverband SAPV Hessen e. V., die Deutsche Krebsgesellschaft e. V., die DMMP GmbH & Co KG, die eHealthTec GmbH (ehemals Clinpath GmbH), das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) GmbH, die Bergische Universität Wuppertal und die Universität zu Köln (PMV Forschungsgruppe). Weiterer Kooperationspartner ohne Förderung ist zudem die AOK Hessen, von der die Routinedaten bereitgestellt wurden.

## Finanzierung

Das Projekt wird ausschließlich durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert.

## Nächste Schritte

Das Projekt befindet sich im ersten Jahr der Förderung durch den Innovationsfonds. Die Rekrutierung für die Vergleichsgruppe I lief von Oktober 2020 bis Ende Mai 2021. Nach einer zweimonatigen Implementierungsphase soll im August 2021 die Rekrutierung für die Vergleichsgruppe II und die Interventionsgruppe beginnen. Mit ersten Ergebnissen ist im Jahr 2022 zu rechnen. Die vom AKS organisierten *OncoCoach*-Fortbildungen außerhalb des Projekts laufen parallel weiter. Ein Ausbau der Fortbildungen und eine Eingliederung in ein Fortbildungsinstitut sind geplant.

## Ansprechpartner

### **Dr. Manfred Welslau**

Chefarzt  
Hämato-Onkologische Schwerpunktpraxis  
am Klinikum Aschaffenburg  
Am Hasenkopf 1  
63739 Aschaffenburg  
Telefon: 06021 45273-00  
E-Mail: Manfred.Welslau@klinikum-ab-alz.de

### **Prof. Dr. Hans Tesch**

Direktor, Centrum für  
Hämatologie und Onkologie  
am Bethanien Krankenhaus  
Im Prüfling 17-19  
60389 Frankfurt/Main  
Telefon: 069 451080  
E-Mail: hans.tesch@chop-studien.de

### **Dr. Dirk Mohr**

Geschäftsführer  
DMMP Vertrieb und Dienstleistungen im  
Gesundheitswesen GmbH & Co. KG  
Salierweg 5  
53859 Niederkassel  
Telefon: 0152 01915411  
d.mohr@dmmp-kg.de



## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2017). Komplementärmedizin in der Behandlung von onkologischen PatientInnen. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/032-055OL.html>, letzter Zugriff am 11.06.2021
- Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J., Anema, J. R. & van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>
- Bruera, E. & Hui, D. (2010). Integrating Supportive and Palliative Care in the Trajectory of Cancer: Establishing Goals and Models of Care. *Journal of Clinical Oncology*, 28(25), 4013–4017. <https://doi.org/10.1200/jco.2010.29.5618>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (2015). Frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung in die onkologische Therapie. [https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/palliativmedizinische\\_versorgung/Stellungnahme\\_DGP\\_DGHO.pdf](https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/palliativmedizinische_versorgung/Stellungnahme_DGP_DGHO.pdf), letzter Zugriff am 11.06.2021
- Deutsch Gesellschaft für Palliativmedizin & Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer (2011). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Charter for the care of terminally ill and dying people in Germany. <https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta.html>, letzter Zugriff am 28.06.2021
- Drummond, M. F. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 3rd edition. ed. Oxford University Press
- Riese, C., Weiß, B., Borges, U., Beylich, A., Dengler, R., Hermes-Moll, K., Welslau, M. & Baumann, W. (2017). Effectiveness of a standardized patient education program on therapy-related side effects and unplanned therapy interruptions in oral cancer therapy: a cluster-randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 25(11), 3475–3483. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3770-0>
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S. & Normand, C. (2013). Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 28(2), 130–150. <https://doi.org/10.1177/0269216313493466>
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., Ferrell, B. R., Loscalzo, M., Meier, D. E., Paice, J. A., Peppercorn, J. M., Somerfield, M., Stovall, E. & von Roenn, J. H. (2012). American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), 880–887. <https://doi.org/10.1200/jco.2011.38.5161>
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A. & Lynch, T. J. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 733–742. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1000678>