



**LUNDS**  
UNIVERSITET

# MEDICINSKA FAKULTETEN

## Tidig palliativ vård och livskvalitet hos patienter med cancer

Författare: Daniel Gunnarsson och Linda Morales Camelo

Handledare: Maria Johansson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2021

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Tidig palliativ vård och livskvalitet hos patienter med cancer

## Early palliative care and quality of life among patients with cancer

Författare: Daniel Gunnarsson och Linda Morales Camelo

Handledare: Maria Johansson

Kandidatuppsats, Litteraturstudie

Våren 2021

### Abstrakt

**Bakgrund:** Varje år bedöms 70000 - 75000 personer i Sverige behöva palliativ vård. En stor del av dessa är patienter med cancersjukdomar. Palliativ vård innebär att ge patienten god livskvalitet in i det sista. **Syfte:** Att undersöka om en tidig start av palliativ vård kan påverka livskvaliteten hos cancerpatienter. **Metod:** Metoden var en icke systematisk litteraturstudie där åtta artiklar granskades och analyserades. **Resultat:** 4 studier visade signifikant effekt av interventionen och 4 studier visade ingen signifikant effekt efter 12 veckor. Enstaka studier visade effekt vid länge uppföljning, för specifika subgrupper av patienter samt effekt på depression även när hälsorelaterad livskvalitet efter 12 veckors palliativ vård inte visade någon effekt. **Slutsats:** Resultatet visade inte konklusivt att tidig palliativ vård leder till förbättrad livskvalitet, även om det visades positiva resultat i vissa studier. Fortsatt forskning behövs för att optimera den palliativa vården för patienter med cancersjukdom.

### Nyckelord

cancer, tidig palliativ vård, livskvalitet

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal  
och sexuell hälsa  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Humanistisk syn på människan .....	3
Framväxt av palliativ vård .....	4
Palliativ vård för patienter med cancer .....	6
Livskvalitet .....	7
Mätinstrument .....	7
Syfte .....	9
Metod .....	9
Urval .....	9
Datainsamling .....	10
Data analys .....	12
Forskningsetiska avvägningar .....	12
Resultat .....	13
Primärt utfall .....	14
Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet .....	15
Ingen signifikant skillnad i hälsorelaterad livskvalitet .....	16
Sekundärt utfall .....	18
Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet på längre tid .....	18
Depression .....	19
Ångest .....	20
Förbättrad överlevnadsgrad .....	20
Diskussion .....	21
Diskussion av vald metod .....	21
Diskussion av framtaget resultat .....	23
Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet .....	23
Minskad depression .....	24
Inget starkt bevis på förbättrad ångest .....	25
Slutsats och kliniska implikationer .....	26
Författarnas arbetsfördelning .....	27
Referenser .....	28

# Introduktion

## Problemområde

Varje år avlider cirka 90 000 personer i Sverige varav mellan 70 000 - 75 000 har bedömts behöva palliativ vård (Socialstyrelsen, 2016). Palliativ vård faller enligt World Health Organisation (WHO, 2020) under den mänskliga rättigheten till hälsa och har som syfte att patienten ska lida så lite som möjligt för att ha en så pass bra livskvalitet som möjligt när de står inför livshotande sjukdom. Inom cancervården kan det ofta bli aktuellt med palliativ vård. Patienter med cancer är enligt Wigzell et al. (2009) den vanligaste patientgruppen inom den palliativa vården och enligt WHO (2020) den näst vanligaste patientgruppen

Palliativ vård associeras vanligtvis med död, hopplöshet, beroende och slutenvård vid livets slut (Zimmermann et al., 2016). Cancerfonden (2020) beskriver att det är lätt att tänka att palliativ vård bör ske under en kortare tid vid patientens sista dagar även om detta inte är fallet. Cancerfonden (2020) skriver vidare att det tvärtom är viktigt att den palliativa vården påbörjas när patienten får beskedet att sjukdomen inte kan botas och att den tillåter patienten att ha god livskvalitet fram i det sista. Patienter som nyligen diagnostiserats med avancerad cancer visar tecken på tydligt nedsatt livskvalitet redan inom de första åtta veckorna efter diagnos (Siemens et al., 2020). Men palliativ vård handlar inte bara om att förbättra patientens livskvalitet, en kombination av tidig palliativ vård och onkologisk vård kan bromsa sjukdomen och detta kan pågå i flera års tid (Cancerfonden, 2020). Sjuksköterskan spelar en viktig roll i den palliativa vården genom att ge känslomässigt stöd, att vara närvarande och att vara någon som patienten kan prata med, men framför allt bara genom att spendera tid med patienten (Johnston & Smith, 2006).

I studien av Hui, et al. (2018) framfördes frågan om palliativ vård för patienter med avancerad cancer inte längre är om en patient ska få denna vård, utan frågan är bland annat när patienten ska börja vårdas palliativt. Det är en viktig fråga att undersöka om en tidigt insatt palliativ vård skulle kunna öka livskvaliteten hos patienter med cancer.

## Bakgrund

### *Humanistisk syn på människan*

Enligt Hedelin et al. (2014) är hälsofrämjande omvårdnad uppbyggt på en humanistisk människosyn som i sin tur byggs upp av delaktighet, dialog och jämlikhet i mötet med patienten. Varje patient är en egen individ och har därför individuella behov av vården. Paterson och Zderads humanistiska människosynsteori publicerades 1976 och grundar sig i fenomenet omvårdnad som den upplevs i vardagen där sjuksköterskan och patienten är två unika individer som sammanförs av samma mål (Wu & Volker, 2011). Paterson och Zderad kallar denna teori Humanistic Nursing Theory eller HNT förkortat (Wu & Volker, 2011). Wu och Volker (2011) kopplar Paterson och Zderads humanistiska människosynsteori med palliativ vård eftersom hospice och palliativ vård använder sig av humanistisk omvårdnad och en holistisk approach vid patientomhändertagande.

Med en konstant utvecklande behandlingsteknik inom vården har medellivslängden ökat i västvärlden och detta har gjort att en långsam död har blivit vanligare (Hedelin et al., 2014). HNT har flertalet filosofiska perspektiv och koncept som är relevanta för palliativ vård (Wu och Volker, 2011). Först beskrivs människans unikheter, att varje person har en egen lins som används för att se, höra, känna, uppfatta och uppleva och genom denna lins formar den unika personen en egen mening av världen. Det är därför inte överraskande att varje person reagerar olika på de händelser som sker i livet och att varje person möter sin död på ett sätt som representerar den personens livserfarenhet (Wu och Volker, 2011).

En annan komponent av HNT är att varje människa besitter kunskapen att välja hur de reagerar till varje given situation. De val en person gör eller inte gör formar den person man blir. Genom självreflektion kan personen tänka tillbaka på sina egna erfarenheter för att få en bättre förståelse för sig själv. Detta kopplas till palliativ vård då denna förmåga för självreflektion kan hjälpa personen att förstå sin upplevelse av livets slut (Wu och Volker, 2011).

Då ett humanistiskt “livsvärlds-lett” synsätt inkluderar ett fokus på existentiell mening om sjukdom samt ett välbefinnande för personer är detta synsätt passande för palliativ vård (Wu & Volker, 2011).

### *Framväxt av palliativ vård*

Palliativ vård började redan på 1000-talet då korsfarare behandlade resande och andra korsfarare som blev terminalt sjuka med “hospice” vård, men det är Cicely Saunders, en brittisk sjuksköterska, som anses ha utvecklat den moderna hospicevården på 60-talet (Lutz, 2011). 1967 grundade Saunders St Christopher’s, känd som den första moderna hospiceavdelningen, i London (Saga et al., 2018). Det var först 1974 som begreppet palliativ vård, som kommer från det latinska ordet *palliare* och betyder ”mantel”, användes för första gången av en kanadensisk läkare, Balfour Mound (Lutz, 2011). Det var runt den tiden, på 70-talet, som den palliativa vårdformen först introducerades i Sverige, här var det Barbro Beck-Friis som var en pionjär då hon skapade hemsjukvård ansluten till sjukhus i Motala (Nationella rådet för palliativ vård [NRPV], 2010). Under 1980-talet utvecklades den palliativa vården då det startades palliativt inriktad verksamhet vid Bräcke diakonianstalt i Göteborg och vid Ersta i Stockholm (NRPV, 2010).

De första riktlinjerna för klinisk praxis inom palliativ vård i Sverige publicerades 2012 och den första nationella vägledningen för palliativ vård introducerades 2013 (Hench et al., 2016).

Forskningen inom palliativ vård i Sverige har under 2000-talet sett en stor ökning av vetenskapligt underlag. Mellan 2007 och 2012 så publicerades det 263 nya studier, mellan 1970 och 2006 så hade det bara publicerats 133 studier. Detta tyder på ett ökat intresse inom området som relateras till en åldrande population i Europa. Då medellivslängden ökar så ökar även vikten av kunskap om vården av den äldre populationen, specifikt de personer som är över 85 år som samtidigt har kroniska sjukdomar. (Hench et al., 2016).

Enligt WHO (2020) ska palliativ vård förbättra livskvaliteten för patienter som står inför utmaningar förknippade med livshotande sjukdom, vare sig det är fysiskt, psykiskt, socialt eller andligt, den ska även innefatta patienternas familjer. Haun et al. (2017) beskriver att

detta görs genom preventionen och lindrandet av lidande genom tidig identifikation, oklanderlig bedömning och behandling av smärta.

Den palliativa vården baseras på fyra hörnstenar; teamarbete mellan olika professioner, symtomlindring, kontinuitet i vårdandet med god kommunikation och stöd till närstående både under sjukdomstiden och i sorgen efteråt (NRPV, 2010). Palliativ vård delas in i två faser; tidig fas och sen fas (Cancerfonden, 2020; NRPV, 2010, Socialstyrelsen, 2013). Den tidiga fasen kan pågå under en längre tid och kräver ofta riktade insatser som lindrar specifika symtom eller ger anpassat stöd. I den senare fasen krävs ofta mer lindring av symtom och stöd av ett specialiserat team där den allra sista tiden är vård i livets slutskede och kan inkludera vård under hela dygnet (NRPV, 2010)

Palliativ vård delas i allmän palliativ vård och specialiserad palliativ vård där allmän palliativ vård kan utföras av personal med grundläggande kompetens i palliativ vård medan specialiserad palliativ vård utförs av specialister och inkluderar att behandla komplexa symtom och att facilitera kommunikation (Ghosh et al., 2015; Socialstyrelsen, 2018).

Att börja vårdas palliativt sker oftast inte vid ett specifikt tillfälle utan det är vanligen en process som händer över tiden där en patient har flera så kallade brytpunkter under sin sjukdomsperiod. Det är vanligtvis omvårdnadspersonal som sjuksköterskor och undersköterskor som lägger märke till en patients tillståndsförändring som leder till att en läkare kontaktas för att ta beslutet angående patientens vård och om punkten för palliativ vård i livets slutskede är nådd (Socialstyrelsen, 2018). Kroniskt sjuka patienter brukar vilja ha samtal om deras vård och de val de behöver ta. Det är oftast så att patienter föredrar när deras vårdgivare startar samtalet med dem angående deras sjukdom (Swami & Case, 2018).

Ett palliativt förhållningssätt är en viktig del av vården av patienter med obotliga sjukdomar och är ofta tillämpligt redan vid början av sjukdomen. Detta är användbart för alla olika vårdformer som arbetar med palliativ vård, från hemtjänsten till kirurgin är detta förhållningssätt för att hjälpa patienten att leva resten av sitt liv med värdighet (Socialstyrelsen, 2018).

## *Palliativ vård för patienter med cancer*

Patienter som är svårt sjuka med cancer genomgår en ständigt förändrande process där olika känslor är mest framträdande vid olika tidpunkter (García-Rueda et al., 2016). En av de svåraste aspekterna av att ha en obotlig cancersjukdom är oron som medföljer. Många patienter beskriver att de har en känsla av existentiell ångest och förminskad kontroll och andra beskriver oro över en dålig symtomlindring eller svårigheter med att vara beroende av andra för att klara sig (Sherman et al., 2018). Det är inte ovanligt att patienter försöker ignorera eller stå emot förändringarna som sker vid avancerad cancer då de känner ett starkt behov av att ha kontroll, även om dessa förändringar är oundvikliga (García-Rueda et al., 2016). Patienter som har cancer uttrycker också ofta en oro över hur deras sjukdom påverkar deras närstående och att de inte vill vara en börda för sin familj (Sherman et al., 2018). Bland de fysiska symtomen räknas trötthet och smärta som de värsta enligt patienterna själva. Andra symtom som är svåra att hantera är bland annat dyspné, illamående och muntorrhet (García-Rueda et al., 2016). Den gemensamma nämnaren hos patienter med avancerad cancer är att de vill leva ett normalt liv även om de är fullt medvetna om sin prognos (García-Rueda et al., 2016).

Enligt Planck och Palmgren (2016) är onkologisk behandling antingen kurativ eller palliativ. Målet med kurativ behandling är att bota cancer medan den palliativa onkologiska vården endast har som syfte att ge patienten en så bra symtomlindring som möjligt samt en bra livskvalitet. Då målet med palliativ vård vid cancersjukdom är en god livskvalitet är biverkningar mindre acceptabla vid palliativ vård än vid kurativ vård (Planck och Palmgren, 2016). Swami och Case (2018) anser däremot att palliativ vård utgör ett komplement till den onkologiska vården och kan minska mängden stress och lidande som patienten upplever.

Hantering av sociala förhållanden är ett återkommande tema bland patienter med obotlig cancer och patienterna känner att samtal med sina närstående angående sjukdomen och livets slut är svåra men nödvändiga (Sherman et al., 2018).

Inom HNT (Wu & Volker, 2011) är sjuksköterskan en vital komponent i palliativ vård då de företräder patienten och familjen och är den som kontinuerligt vårdar patienten under en längre tid. Det är därför av vikt för sjuksköterskan att veta hur tidig palliativ vård kan påverka patientens livskvalitet.



## *Livskvalitet*

WHO (2012) definierar livskvalitet som hur en individ uppfattar sin position i livet i förhållande till den kultur och de värdesystem som de lever i och i relation med deras mål, förväntningar, standard och problem. Det är ett brett koncept som täcker en persons fysiska hälsa, psykologiska tillstånd, känsla av självständighet, sociala förhållanden, personliga övertygelser och dess förhållande till sin omgivning. Livskvalitet är ett begrepp som ofta används för att bedöma hur patienter påverkas av den vård de får men enligt Moons, Budts och De Geest (2006) finns det ingen generell accepterad definition på vad livskvalitet innebär.

I vårdrelaterad forskning används ofta begreppet hälsorelaterad livskvalitet vilket innefattar de delar av den allmänna livskvaliteten som påverkas av hälsa (SBU, 2012). Men det kan vara begränsande att tala om hälsorelaterad livskvalitet då patienten inte alltid anser att hälsa är en faktor som påverkar livskvaliteten (Moons, Budts & De Geest, 2006).

Karimi och Brazier (2016) undersöker i en litteraturstudie vad som skiljer användandet av begreppen hälsa, hälsorelaterad livskvalitet och livskvalitet i litteraturen. De föreslår att hälsorelaterad livskvalitet kan användas som ett mått på hur hälsa empiriskt påverkar livskvalitet (Karimi & Brazier, 2016). Depression och ångest används inte som direkta mått på livskvalitet men definitionen av WHO (2012) innefattar psykisk hälsa som en av de faktorer som har inflytande på livskvalitet. Depression och ångest har visat sig spela en stor roll för att avgöra hur patienter med cancer uppfattar livskvalitet (Omran & Mcmillan, 2018) och Bellali et al. (2020) fann att ökad depression ledde till minskad livskvalitet. Vi har därför tolkat det som att depression och ångest kan användas som komplement till hälsorelaterad livskvalitet som mått på livskvalitet.

## **Mätinstrument**

I de studier som är inkluderade i denna litteraturstudies resultatdel har olika instrument använts för att mäta patientrapporterad hälsorelaterad livskvalitet samt psykiskt välmående. Här följer en kort introduktion av mätinstrumenten som används i studierna.

Skalan Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) har en huvudsaklig skala, FACT-G, som består av 27 frågor som behandlar de fyra områdena för hälsorelaterad livskvalitet (Health Related Quality of Life, HRQOL), fysiskt, socialt, känslomässigt och funktionellt välmående (FACIT.org, 2020). FACT-G är ett av många mätinstrument som FACIT.org erbjuder och kan kombineras med olika cancerspecifika skalor från FACIT.org som koncentrerar sig på den cancertyp patientgruppen har. När FACT-G används tillsammans med Lung Cancer Subscale (LCS), kallas den för FACT-L och används då för att mäta livskvaliteten hos lungcancerpatienter (Cella et al., 1995). En annan subskala som används som mätinstrument är Functional Assessment of Chronic Illness Therapy– Palliative Care (FACIT-Pal) som innehåller ytterligare 19 frågor som behandlar livs begränsande sjukdomstillstånd (Lyons et al., 2009). Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being (FACIT-Sp) baseras också på FACT-G men har anpassats för att inkludera andlighet och tro och dess påverkan på livskvaliteten. FACIT-Sp utvecklades i samarbete med cancerpatienter, psykoterapeuter och religiösa/andliga experter (Peterman et al., 2002). FACT-Hep är ett specifikt mätinstrument som integrerar pankreascancer specifika bekymmer, HCS, med frågor från FACT-G. HCS är en subskala som används vid lever eller gallvägscancer som består av 45 frågor. Trial outcome index (TOI) är ett måttvärde som beräknas från ovan beskrivna mätinstrument. Det är summan av poängen från fysiskt välmående, funktionellt välmående och den subskala som använts i studien. (FACIT.org., 2020). För mätningar med FACIT instrument betyder högre poäng ett bättre resultat (FACIT.org., 2020).

Skalan European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) är ett mätinstrument utformat av Aaronson et al., (1993) speciellt för att mäta livskvalitet hos studiedeltagare vid kliniska studier inom cancer. Det består av 30 punkter och inkluderar hälsorelaterad livskvalitet samt mätning av symtom där högre poäng vid mätning av hälsorelaterad livskvalitet betyder ett bättre resultat medan högre poäng vid symtom mätning betyder starkare symtom (Aaronson et al., 1993).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) är ett självbedömnings verktyg för att upptäcka både depressioner och ångeststämningar hos patienter, det är även ett bra verktyg för att tyda allvarlighetsgraden av dessa stämningar. Poängen varierar från 0 till 21, där 0 poäng indikerar inga bekymmer (Zigmond & Snaith, 1983).

Patient Health Questionnaire (PHQ9) är ett pålitligt verktyg för att sätta diagnoser av depressiva sjukdomar samt för att mäta dess intensitet, högre poäng indikerar en svårare depression. PHQ-9 är en självadministrerad version av PRIME-MD (Kroenke et al., 2001).

## **Syfte**

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka om en tidig start av palliativ vård kan påverka livskvalitet hos cancerpatienter.

## **Metod**

För att besvara syftet har en icke-systematisk litteraturstudie utförts. Det är adekvat att använda sig av denna metod då litteraturstudier kritiskt granskar den forskning som finns inom ämnet med målet att summera den bevisning som finns eller sätta ett forskningsproblem i sitt sammanhang (Polit & Beck, 2018).

Denna process påbörjas med att formulera en frågeställning för att senare samla in, analysera och tolka data i artiklarna (Polit & Beck, 2018).

## **Urval**

Urvalet består av vetenskapliga artiklar som undersöker tidig palliativ vård av cancersjuka patienter och dess påverkan på patienternas hälsorelaterade livskvalitet. För att sammanställa denna litteraturstudie gjordes sökningar i databaserna PubMed och Cinahl för att hitta relevanta vetenskapliga artiklar.

Inklusionskriterier var att artiklarna inte var äldre än 10 år gamla, att de var skrivna på engelska, att patienterna i studierna var vuxna, att studierna var av Randomised Controlled Trial (RCT) design, inkluderade frågeformulär om hälsorelaterad livskvalitet samt att de

utvalda söktermerna fanns med i artikelns abstrakt. Studier som inkluderade barn och review artiklar har exkluderats.

## Datainsamling

Sökorden som användes för att hitta relevanta vetenskapliga artiklar var *cancer*, *neoplasms*, *palliative care*, *quality of life* och *early*. Dessa sökord användes i både PubMed och Cinahl. *Cancer* och *early* söktes i fritext medan *neoplasms*, *palliative care* och *quality of life* söktes som MeSH termer i PubMed och som Cinahl subject headings i Cinahl. I sökningarna har den booleska termen AND använts för att koppla samman flera olika sökord i en sökning. AND användes för att försäkra att de artiklar som kom upp i sökningen innehöll alla sökorden. En annan boolesk term är OR som användes för att begränsa en sökning till bara ett av de sökorden som används i sammanband med denna term.

Av de artiklar som framkom vid databassökningarna lästes samtliga 236 titlar för att identifiera de som kunde vara av möjligt intresse.

Sökningen i PubMed genererade 154 artiklar (se tabell 1). Efter att ha läst alla titlar sållades de artiklar bort som inte ansågs svara på syftet och 45 abstrakt lästes för att göra ett urval av 25 artiklar som lästes i fulltext. Efter att ha läst artiklarna i fulltext gjordes ett urval av 15 artiklar som ansågs svara mot inklusionskriterier och syfte till att kvalitetsgranskas.

Sökningen i Cinahl genererade 82 artiklar (se tabell 2) där alla titlar lästes för att göra ett första urval av 28 artiklar. Vidare lästes 28 abstrakt för att göra ett urval av 12 artiklar att läsa i fulltext och 7 artiklar att kvalitetsgranska. Alla dessa 7 artiklar var dubletter av de artiklar som valts att kvalitetsgranskas i PubMed sökningen vilket betyder att sökningen i Cinahl inte bidrog med några artiklar av intresse utöver de 15 som genererades av PubMed sökningen.

De 15 artiklarna granskades kritiskt med hjälp av SBU's granskningsmall för kvantitativa RCT studier för att bedöma artiklarnas kvalitet (SBU, 2020). Granskningsmallen används som hjälpmedel för att bedöma kvaliteten på artiklarna. Med hjälp av mallen bedöms studierna genom att väga styrkor och svagheter, till hög, måttlig eller låg kvalitet. Endast studier med hög kvalitet inkluderades. Sju studier kvalitetsgranskades men inkluderades inte i denna litteraturstudie, detta var på grund av att de antingen var av låg eller måttlig kvalitet. Efter kvalitetsgranskning inkluderades åtta artiklar som ansågs ha god kvalitet.

## Sökscheman

**Tabell 1:** Sökningar i PubMed

Databas PubMed	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Kvalitets granskade	Artiklar till resultat
#1	Cancer	4322822					
#2	"Neoplasms"[MeSH]	3440411					
#3	"Quality of Life"[MeSH]	206830					
#4	"Palliative Care"[Mesh]	55910					
#5	#1 OR #2 AND #3 AND #4	3746					
#6	#5 AND early	404					
#7	#6 (10 years, English, Adult: 19+ years)	154	154	45	25	15	8

**Tabell 2:** Sökningar i Cinahl

Databas Cinahl	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa i fulltext	Kvalitets granskade	Artiklar till resultat
#1	Cancer	459847					
#2	"Neoplasms"[subject heading]	577339					
#3	"Quality of Life"[subject heading]	126403					
#4	"Palliative Care"[subject heading]	37698					
#5	#1 OR #2 AND #3 AND #4	2087					
#6	#5 AND early	189					
#7	#6 (10 years, English, Adult: 19+ years)	82	82	28	12*	0	0

\*= dubletter och därmed exkluderade

## **Data analys**

Inledningsvis lästes artiklarna i sin helhet för att ge en helhetsbild av studierna. Artiklarna lästes flera gånger för att få en klar bild av studiernas innehåll för att kunna jämföra resultat. En RCT design används för att undersöka hur en intervention påverkar resultatet i gruppen jämfört med en kontrollgrupp som inte har interventionen (Polit och Beck, 2018).

Resultatdelen analyserades noggrant utifrån denna litteraturstudies syfte för att undersöka om interventionen hade effekt på studiedeltagarnas livskvalitet. Utifrån denna analys presenteras resultatet i ett primärt utfallsmått som var livskvalitet efter 12 veckor. Övriga resultat från studierna presenteras som sekundära utfallsmått och inkluderar livskvalitet efter en längre tid, depression, ångest och överlevnad beroende av tidig palliativ vård.

## **Forskningsetiska avvägningar**

Det är av största vikt att etiska principer följs vid forskning på människor.

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2018) består av riktlinjer som föreskriver etiska regler vid forskning som involverar människor. Deklarationen, som antogs 1964 och senast uppdaterades 2013, riktar sig främst till läkare men WMA uppmuntrar alla som är inblandade i medicinsk forskning på människor att följa dess principer. En av de viktigaste principerna i Helsingforsdeklarationen är att individens rättigheter och hälsa alltid är viktigare än forskningen och dess intresse. I uppsatsen har särskild vikt lagts vid att artiklarna som används har blivit godkända av en etisk kommitté eller att artikeln för ett etiskt resonemang.

## Resultat

Resultatet i denna litteraturstudie baseras på kvantitativa studier av randomiserad design. Samtliga studier (Bakitas et al., 2015; Brims et al., 2019; Franciosi et al., 2019; Maltoni et al., 2016; Temel et al. 2010; Temel et al., 2017; Vanbutsele et al., 2018; Zimmermann et al., 2014) inkluderade i resultatet har haft som primärt syfte att mäta effekten av tidig palliativ vård på hälsorelaterad livskvalitet hos personer som nyligen har diagnostiserats med avancerad eller metastatisk cancer. I alla studier delades de patienter som kvalificerade för studien slumpmässigt in i en interventionsgrupp som fick tidig palliativ vård kombinerat med standard onkologisk vård eller en kontrollgrupp som fick endast standard onkologisk vård. Den palliativa vård som erbjöds interventionsgrupperna varierade mellan studierna. Med standard onkologisk vård menas den vård som patientgruppen involverad i studien vanligen skulle få efter diagnos. Det gjordes en initial mätning av hälsorelaterad livskvalitet av alla studiedeltagare innan palliativ vård sattes in för interventionsgruppen och sedan återigen vid 12 veckor.

Vid analys av resultatet (se tabell 3) identifierades varierande sekundära utfall; hälsorelaterad livskvalitet på längre tid, depression, ångest och överlevnadsgrad. I fyra av studierna (Brims et al., 2019; Temel et al., 2017; Vanbutsele et al., 2018 och Zimmermann et al., 2014) gjordes additionella mätningar av livskvalitet efter en längre tid (vid 16, 18 eller 24 veckor). Brims et al. (2019), Maltoni et al. (2016), Temel et al. (2010), Temel et al. (2017) och Vanbutsele et al. (2018) gjorde även mätningar av effekten av tidig palliativ vård på depression och ångest. I tre av studierna (Bakitas et al., 2015; Temel et al., 2010; Vanbutsele et al., 2018) utvärderades överlevnadstiden hos studiedeltagarna.

Tabell 3. Sammanställning av analysen

Artikel	Typ av cancer	Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet efter 12 veckor	Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet på längre tid	Minskad depression	Minskad ångest	Förbättrad överlevnad
Bakitas et al. (2015)	Blandat	NEJ	N/A	N/A	N/A	JA
Brims et al. (2019)	Lungsäckscancer	NEJ	NEJ (24 veckor)	NEJ	NEJ	N/A
Franciosi et al. (2019)	Blandat	NEJ	N/A	N/A	N/A	N/A
Maltoni et al. (2016)	Pankreascancer	JA	N/A	JA	JA	N/A
Temel et al. (2010)	Lungcancer	JA	N/A	JA	NEJ	JA
Temel et al. (2017)	Lungcancer och GI-cancer	JA	JA (24 veckor)	JA	NEJ	N/A
Vanbutsele et al. (2018)	Blandat	JA	JA (18 veckor)	NEJ	NEJ	NEJ
Zimmermann et al. (2014)	Blandat	NEJ	JA (16 veckor)	N/A	N/A	N/A

N/A = not applicable

### Primärt utfall

Samtliga vetenskapliga studier som inkluderades i denna litteraturstudies resultat hade som primär slutpunkt att mäta skillnaden i hälsorelaterad livskvalitet 12 veckor efter studiens början. Syftet i dessa studier var att se om tidigt insatt palliativ vård ledde till en bättre livskvalitet ibland studiedeltagarna. Resultatet visade att tidig palliativ vård inte alltid innebär patientrapporterad förbättrad hälsorelaterad livskvalitet. I en del studier resulterade tidig palliativ vård till att patienterna i interventionsgruppen fick en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet medan andra studier visade att en intervention av tidig palliativ vård inte hade någon påverkan på hälsorelaterad livskvalitet.



## *Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet*

Ett flertal studier fann att tidig palliativ vård hade en positiv påverkan på patientens hälsorelaterade livskvalitet (Maltoni et al., 2016; Temel et al., 2010; Temel et al., 2017; Vanbutsele et al., 2018). Temel et al. (2010) hade som syfte att undersöka om tidig palliativ vård kan förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten för personer med metastatisk icke-småcellig lungcancer. Patienter med den här typen av cancer har en stark symtombild och får ofta aggressiv behandling mot slutet av sjukdomstiden. Studien bestod av 151 patienter som slumpmässigt delades in i en interventionsgrupp (n=77) eller en kontrollgrupp (n=74). Interventionsgruppen fick möta en medlem av ett palliativt vårdteam initialt inom tre veckor av studiens början och sedan minst en gång i månaden fram till patientens död. Patienter i kontrollgruppen fick standardvård utan några planerade möten med det palliativa teamet men fick träffa dem om de själva bad om det. Mätning av hälsorelaterad livskvalitet gjordes med hjälp av FACT-L och LCS, därefter beräknades TOI för att jämföra de olika utfallen. Vid jämförelse av hälsorelaterad livskvalitet vid 12 veckor fann studien att patienter i gruppen som fick tidig palliativ vård hade en genomsnittlig ökning i TOI poäng med 2.3 medan de patienter som fick standardvård hade en genomsnittlig sänkning på 2.3 poäng.

Detta styrks av ytterligare en studie av Temel et al. (2017). I studien ingick 350 patienter där hälften av patienterna delades in i en interventionsgrupp som träffade en palliativ vårdkliniker en gång i månaden fram tills att de avled. Den andra hälften ingick i en kontrollgrupp som fick standardvård som innebar att de träffade en palliativ vårdkliniker vid förfrågan. I denna studie användes FACT-G som det primära verktyget för att fastställa resultatet av studien. Vid 12 veckor påvisade FACT-G en 0.39-poängökning från baslinjevärden hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen som rapporterade en 1.13-poängminskning från baslinjevärden.

I en studie (Maltoni et al., 2016) av patienter med pankreascancer delades 186 patienter slumpmässigt till en interventionsgrupp med tillgång till systematisk palliativ vård (n=97) eller till en kontrollgrupp som endast hade on-demand palliativ vård (n=99). I denna studie användes mätinstrumentet FACT-Hep. Studien utgick från att patienter i interventionsgruppen hade systemisk palliativ vård där det var förutbestämt när den tidiga palliativa vården skulle börja och hur den var strukturerad. Interventionen bestod av en avtalad tid med en palliativ vårdsspecialist som hade en checklista med problem som skulle diskuteras med patienten.

Detta möte skedde inom två veckor från inskrivning och patienterna i interventionsgruppen hade sedan ett möte varannan vecka fram till sin död. Patienterna i kontrollgruppen fick standardiserad palliativ vård där startpunkten beror på när den begärs. Studiens resultat visar en signifikant ökning i hälsorelaterad livskvalitet hos patienterna i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen.

Även Vanbutsele et al. (2018) fann en signifikant förbättrad hälsorelaterad livskvalitet efter 12 veckor. I studien (Vanbutsele et al. 2018) undersöktes fördelarna med tidig palliativ vård hos cancerpatienter med en förväntad livslängd på 12 månader där de svarade på frågeformulär var sjätte vecka efter det första formuläret vid 12 veckor in i interventionen. 186 patienter delades slumpmässigt in i interventionsgrupp (n=92) eller kontrollgrupp (n=94). Den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienterna i interventionsgruppen var signifikant bättre vid 12 veckor än hos de patienter som var i kontrollgruppen. I denna studie användes EORTC QLQ C30 som instrument för att mäta hälsorelaterad livskvalitet. Den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienterna i interventionsgruppen visade en signifikant förbättring i jämförelse med patienterna i kontrollgruppen, med en skillnad på 7.60 poäng vid 12 veckor. Även med dessa resultat så nåddes inte den minimala kliniska skillnaden på 10 poäng.

### *Ingen signifikant skillnad i hälsorelaterad livskvalitet*

Fyra av studierna fann att tidig palliativ vård inte gjorde någon signifikant skillnad i hälsorelaterad livskvalitet (Bakitas et al., 2015; Brims et al., 2019; Franciosi et al., 2019, Zimmermann et al., 2014). Zimmermann et al. (2014) jämförde hälsorelaterad livskvalitet hos 461 patienter med olika typer av cancer som fick tidig palliativ vård (n=228) eller standardiserad vård (n=233). Interventionen bestod av ett initialt möte med det palliativa teamet inom en månad av att patienten påbörjade studien, ett uppföljningssamtal via telefon inom en vecka av detta möte och sedan minst ett möte i månaden och tillgång till en 24 timmars hjälplinje för akuta problem. Kontrollgruppen fick ingen palliativ intervention men nekades inte remiss till palliativ vård om det efterfrågades. Patienter som blev remitterade till palliativ vård från kontrollgruppen fick samma palliativa vård men hade inte en automatisk uppföljning varje månad. Mätning av hälsorelaterad livskvalitet gjorde vid början av studien och igen vid 12 veckor med hjälp av FACIT-Sp. Vid jämförelse av hälsorelaterad livskvalitet

vid 12 veckor fann studien att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan de två grupperna.

Inte heller Franciosi et. al (2019) fann att tidig palliativ vård ledde till förbättrad hälsorelaterad livskvalitet. Studien (Franciosi et al., 2019) inkluderade 281 patienter med olika typer av cancer som blev slumpmässigt tilldelade antingen en grupp med standardvård integrerat med tidig palliativ vård (n=142) eller en grupp som endast fick standardvård (n=139). Den grupp som tilldelats interventionsgruppen träffade det palliativa teamet inom två veckor från studiens början och sedan minst var tredje vecka, oftare om det efterfrågades av patient, palliativt team eller onkolog. Under dessa besök diskuterades hur patienten och närstående kan hantera sjukdomen och den förestående döden. Den vård som kontrollgruppen fick baserades på cancerbehandling, såsom strålbehandling eller behandling av sjukdomssymtom och sidoeffekter. De fick ingen palliativ rådgivning men blev remitterad om de önskade palliativ vård. Mätning av hälsorelaterad livskvalitet gjorde vid början av studien och vid 12 veckor med hjälp av FACT-G. Vid jämförelse av hälsorelaterad livskvalitet vid 12 veckor fann studien att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan de två grupperna.

Lungsäckscancer har hög symtombörda och låga överlevnadschanser (Brims et al, 2019). I studien jämfördes hälsorelaterad livskvalitet hos 174 patienter som fick tidig specialiserad palliativ vård (n=87) eller standardvård (n=87). Interventionsgruppen fick initialt ett besök med det palliativa teamet inom 3 veckor från att patienten påbörjade studien och sedan ett besök var fjärde vecka. Kontrollgruppen fick all onkologisk vård som finns tillhanda för lungsäckscancer i England och Australien där studien tog plats. Mätning av hälsorelaterad livskvalitet gjorde vid början av studien och vid 12 veckor med hjälp av EORTC QLQ C30. Vid jämförelse av hälsorelaterad livskvalitet vid 12 veckor fann studien (Brims et al., 2019) att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan de två grupperna.

Resultatet i föregående studier stöds även av Bakitas et. al. (2015). I studien (Bakitas et al., 2015) delades 207 patienter slumpmässigt i interventionsgrupp (n=104) eller kontrollgrupp (n=103) där patienterna i interventionsgruppen fick ett möte med en palliativ vård-konsult, regelbundna telefontider med en palliativ vård-sjuksköterska samt uppföljningar varje månad. Målet var att undersöka effekten av tidig palliativ vård jämfört med fördröjd palliativ vård med hjälp av FACIT-Pal. Studien (Bakitas et al., 2015) visade ingen statistisk signifikant

skillnad i hälsorelaterad livskvalitet mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen vid någon av tidpunkterna där det kontrollerades.

## **Sekundärt utfall**

### *Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet på längre tid*

Temel et al. (2017) hade en sekundär slutpunkt för mätning av hälsorelaterad livskvalitet vid 24 veckor. Redan vid 12 veckor påvisade FACT-G en 0.39-poängökning från baslinjevärden hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen som rapporterade en 1.13-poängminskning från baslinjevärden. Vid 24 veckor hade denna skillnad ökat till 1.59-poängökning hos interventionsgruppen jämfört med 3.40-poängminskning hos kontrollgruppen. Även Vanbutsele et al. (2018) hade en sekundär slutpunkt för mätning av hälsorelaterad livskvalitet och fann att vid 18 veckor hade skillnaden mellan grupperna ökat till 9.48 poäng till fördel för interventionsgruppen. Brims et al. (201) fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna vid den primära mätningen efter 12 veckor och inte heller vid en andra mätning av hälsorelaterad livskvalitet efter 24 veckor kunde en skillnad mätas. Zimmermann et al. (2014) däremot, som inte fann någon signifikant skillnad i hälsorelaterad livskvalitet mellan de två grupperna i den primära mätningen vid 12 veckor, fann i en sekundär mätning efter 16 veckor att studiedeltagarna i interventionsgruppen upplevde en signifikant förbättring i livskvalitet.

I en sekundär mätning av variabler som påverkar hälsorelaterad livskvalitet fann Franciosi et al. (2019) att de patienter i interventionsgruppen som hade lungcancer visade en signifikant bättre hälsorelaterad livskvalitet. Även Temel et al. (2017) påvisade en skillnad på resultatet beroende på vilken cancertyp som patienten hade. Patienter med lungcancer hade bättre resultat vid studiens slutpunkter när det gällde FACT-G jämfört med de patienter som hade GI-cancer. Denna skillnad visades även hos patienterna innan de avled. Patienterna med lungcancer hade signifikant bättre poäng vid 2, 4 och 6 månader innan att de avled jämfört med patienterna med GI-cancer (Temel et al., 2017).

Franciosi et al. (2019) fann även att patienter i interventionsgruppen som bodde med en partner hade en signifikant bättre hälsorelaterad livskvalitet.

### *Depression*

Flera av studierna har också undersökt effekten som tidig palliativ vård har på depression, och resultaten har varierat mellan de olika studierna. Studierna av Brims et al. (2019) och Vanbutsele et al. (2018) undersökte effekten som tidig palliativ vård hade på depressiva symtom men deras studier visade ingen signifikant skillnad mellan interventions grupperna och kontrollgrupperna när det gällde depression. I studierna gjorda av Temel et al. (2017), Temel et al. (2010) och Maltoni et al. (2016) påvisades det signifikanta skillnader mellan grupperna, till fördel av interventionsgruppen.

I studien av Temel et al. (2017) där PHQ-9 användes som verktyg för att mäta depressiva symtom påvisades en signifikant minskning av depressiva symtom hos patienterna i interventionsgruppen som hade lungcancer där de hade 1.17 poäng lägre än kontrollgruppen, Interventionsgruppen för patienterna med GI-cancer hade dock annorlunda resultat, här var skillnaden endast 0.38 poäng från kontrollgruppen. I en annan studie av Temel et al. (2010) hade en signifikant mindre mängd patienter depressiva symtom i interventionsgruppen relaterat till kontrollgruppen, vid studiens slutpunkt, mätt med både HADS och PHQ-9. Bland patienterna hade 38% av patienterna i kontrollgruppen en depression jämfört med 16% i interventionsgruppen mätt med HADS. Bland patienterna i kontrollgruppen hade 17% av patienterna en depression jämfört med 4% i interventionsgruppen mätt med PHQ-9.

I studien av Maltoni et al. (2016) som använde sig av HADS verktyget påvisades en större del av normala värden för depressiva symtom hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, 65,7% jämfört med 55,4%. Dessa värden föll dock inte inom statistiskt signifikanta p-värden.

Sammanfattningsvis var det fem studier som studerade effekten som tidig palliativ vård hade på depression och depressiva symtom. Utav dessa fem studier visade tre av dem ha signifikanta positiva effekter hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, såsom

minskad depression och mindre depressiva symtom. Två av studierna visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gällde depression eller depressiva symtom.

### *Ångest*

I fem av studierna studerades också effekten som tidigt palliativ vård hade på ångest och ångestsymtom. Av dessa fem studier var resultatet i fyra av studierna att tidig palliativ vård inte hade någon effekt på ångest och en av studierna fann att det fanns positiva ändringar hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Studierna av Temel et al. (2010), Temel et al. (2017) och Vanbutsele et al. (2018) så användes HADS och PHQ-9 som mätinstrument och dessa studier visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gällde ångest eller ångestsymtom. I studien av Brims et al. (2019) användes EORTC och här fanns det inte heller någon fördel till interventionsgruppen gällande ångest.

I studien av Maltoni et al. (2016) användes HADS för att mäta ångestsymtomen hos patienterna och det påvisades att 64,1% av patienterna i interventionsgruppen rapporterade normala värden jämfört med 47,7% i kontrollgruppen. Dessa resultat föll dock inte inom statistiskt signifikanta p-värden. Det undersöktes även hur många patienter gick från att ha ångest eller ångestsymtom till att bli av med dessa problem vid slutet av studien. Det visades att i interventionsgruppen blev 34,2% av patienterna som hade onormala värden av med dessa och föll i stället inom normala värden, jämfört med 13,5% i kontrollgruppen.

Sammanfattningsvis var det fem studier som studerade effekten som tidig palliativ vård hade på ångest och ångestsymtom. Av dessa visade endast en av studierna en signifikant positiv effekt av den tidigt integrerade palliativa vården på ångest och ångestsymtom. De resterande fyra studierna visade ingen signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen.

### *Förbättrad överlevnadsgrad*

Även bland de studier som inte fann att hälsorelaterad livskvalitet påverkades påvisades andra fördelar med tidig palliativ vård. Bakitas et al. (2015) fann att genomsnittlig överlevnad i

gruppen som fick tidig palliativ vård var 18,3 månader medan kontrollgruppen hade en genomsnittlig överlevnad av 11,8 månader. Detta stöds även av Temel et al. (2010), genomsnittlig överlevnad i interventionsgruppen var 11,6 månader jämfört med 8,9 i kontrollgruppen. Temel et al. (2010) fann också att behovet av aggressiv behandling i livets slutskede minskade bland patienter som fick tidig palliativ vård.

Vanbutsele et al. (2018) däremot fann ingen signifikant skillnad i överlevnad mellan grupperna med en överlevnadsgrad på 312 dagar i interventionsgruppen och 343 dagar i kontrollgruppen.

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

För att undersöka om tidig palliativ vård påverkar livskvalitet hos patienter med cancer valdes metoden icke-systematisk litteraturstudie. Litteraturstudier passar för att samla information som redan finns inom ett ämne och kan belysa vilken typ av forskning som saknas inom området (Polit & Beck, 2018).

Sökningar av vetenskapliga artiklar gjordes i PubMed och Cinahl. PubMed är en databas som möjliggör tillgång till MEDLINE som har över 21 miljoner artiklar och Cinahl är en mycket viktig databas för sjuksköterskor och innehåller referenser till hundratals medicinska tidskrifter (Polit & Beck, 2018). Inga ytterligare sökmotorer användes eftersom sökningarna i PubMed och Cinahl genererade ett tillräckligt antal artiklar med hög kvalitet. Till denna litteraturstudies resultatdel har endast kvantitativa forskningsstudier av RCT design inkluderats eftersom syftet med litteraturstudien var att undersöka om det fanns någon skillnad i livskvalitet genom tidig insatt palliativ vård och inte att undersöka patientens upplevelse av palliativ vård. RCT studier är väl lämpade för syftet då de undersöker skillnader mellan en interventionsgrupp och en kontrollgrupp (Polit & Beck, 2018), i det här fallet en grupp av patienter som fick tidig palliativ vård kombinerat med onkologisk vård (intervention), och en grupp, som fick onkologisk behandling utan tidig palliativ vård (kontroll). Till denna litteraturstudie har endast studier med hög kvalitet inkluderats. Enligt

SBU mallen för RCT studier (SBU, 2012) så innebär en hög kvalitet att det är en låg chans att det skattade utfallet i studien har blivit systematiskt snedvridet. Alla studier använde sig av samma signifikansnivå, 5%,  $p=0,05$ .

För att mäta livskvaliteten hos studiedeltagarna i de studier som inkluderats i denna litteraturstudies resultatdel användes till mesta delen FACT eller en subskala av detta instrument som det huvudsakliga mätinstrumentet, vilken subskala som användes var beroende på typen av cancer som undersöktes i respektive studie. Användningen av dessa olika subskalor anses inte ändra resultatet på något signifikant sätt, utan i stället ökade pålitligheten av resultatet då skalorna var specifikt utformade för en specifik typ av cancer (Cella et al., 1995; Lyons et al., 2009; Peterman et al., 2002).

Det har identifierats svagheter i denna litteraturstudie, en av dessa svagheter är att endast åtta studier har använts i resultatet. Även om antalet vetenskapliga artiklar räckte till att utföra litteraturstudien hade det varit önskvärt att ha fler studier att undersöka för att ha mer resultat att jämföra så att en bättre insikt i hur välgörande tidig palliativ vård kan vara för patienter med obotlig cancer.

En annan svaghet är angående begreppen som används i studierna; standardvård, standard onkologisk vård, specialiserad palliativ vård, då dessa inte haft en uniform beskrivning i alla artiklar. Då det inte finns en uniform beskrivning av dessa begrepp är det är möjligt att vården som patienterna har fått i de olika vetenskapliga studierna skiljer sig från varandra och därför påverkar livskvaliteten hos patienterna. Vi har tolkat specialiserad palliativ vård som tillgång till specialister inom området som erbjuder behandling av komplexa symtom och underlättar samtal om sjukdomstillståndet (Ghosh et al., 2015; Socialstyrelsen, 2018) men det hade varit önskvärt med klara definitioner av begreppen för att med säkerhet säga att alla studier utförts på samma sätt.

I arbete med denna litteraturstudie uppmärksammades den viktiga frågan om etik och informerat samtycke. I studien av Zimmermann (2019) var patienterna i kontrollgruppen inte medvetna om den vård som interventionsgruppen fick, det vill säga att de fick en tidigt introducerad palliativ vård. Patienter i kontrollgruppen fick endast denna palliativa vård om de bad om det själva, detta kan medföra ett etiskt dilemma då Swami och Case (2018) fann att patienter föredrar att samtal initieras av vårdgivare och inte av dem själva. Moons, Budts &



De Geest, (2006) beskriver att hälsa inte alltid är en faktor som patienten anser påverkar livskvaliteten. Det kan därför vara en begränsning att basera samtal runt hälsorelaterad livskvalitet, Å ena sidan är denna forskning viktig och det behövs en kontrollgrupp att jämföra resultatet med, men å andra sidan är kontrollgruppen utgjord av personer som upplever en svår sjukdom och potentiellt hade kunnat ta nytta av den intervention som utfördes och de positiva resultat som patienterna i interventionsgruppen upplevde från interventionen.

I resterande studier var det inte tydligt om de två grupperna var medvetna om varandra.

## **Diskussion av framtaget resultat**

I denna litteraturstudie beskrivs tre huvudsakliga delar; *förbättrad hälsorelaterad livskvalitet, minskad depression och inget starkt bevis på förbättrad ångest* som författarna ämnar diskutera.

### *Förbättrad hälsorelaterad livskvalitet*

Av de åtta studier som ingick i resultatet av denna litteraturstudie visade fyra av dem att tidig palliativ vård kan ha en positiv påverkan på hälsorelaterad livskvalitet (Maltoni et al., 2016; Temel et. al., 2010; Temel et al., 2017; Vanbutsele et al., 2018). Även Zimmermann et al. (2014) som vid 12 veckor inte visade någon signifikant skillnad mellan de två grupperna, fann, när additionella mätningar gjordes efter 4 månader, en betydlig skillnad i förbättrad hälsorelaterad livskvalitet i interventionsgruppen. Andra positiva effekter identifierades såsom förbättrad överlevnad (Bakitas et al., 2015; Temel at al., 2010) och mindre behov av aggressiv behandling i livets slutskede (Temel at al., 2010). Att patienter som får tidig palliativ vård behöver mindre aggressiv behandling i livet slutskede stöds även av Rozman et al. (2018). Ovanstående styrker Cancerfondens (2020) rekommendation att palliativ vård ska påbörjas så fort patienten får beskedet om terminal cancer. Det finns inte heller någon vetenskaplig studie som har påvisat att patienter eller närstående tar skada av tidigt insatt palliativ vård eller att det har en överdrivet ökad kostnad (Smith et al., 2012).

Det förefaller att cancertyp har inflytande på hur väl tidig palliativ vård påverkar patientens hälsorelaterade livskvalitet men även kön och ålder kan påverka hur väl hälsorelaterad livskvalitet förbättras av palliativ vård. Män och yngre patienter upplever förbättrad hälsorelaterad livskvalitet vid tidig palliativ vård medan kvinnor och äldre patienter inte upplever någon effekt (Nipp et al., 2016). Alla patienter är individer och har olika behov så trots kunskap på gruppnivå behövs sjuksköterskans kompetens för att individanpassa den palliativa vården. Det är även sjuksköterskans ansvar att företräda patienten och försäkra att dennes intresse bevaras (Wu & Volker, 2011). Det är därför av vikt för sjuksköterskan att veta vilka faktorer som inverkar på patientens livskvalitet.

Frågan om tidig palliativ vård är komplex och det är tydligt att det inte fungerar att använda samma modell av palliativ vård i alla situationer. Det visar på att det behövs mer riktade studier som undersöker en mer personcentrerad och sjukdomsrelaterad palliativ vård, vilket överensstämmer med Humanistic Nursing Theory (Wu och Volker, 2011) som fokuserar på humanistisk vård och tar hänsyn till att varje person är unik.

### *Minskad depression*

I studierna som undersökte effekten som tidig palliativ vård har på depression kom tre av fem fram till att det hade en positiv inverkan på depression och depressiva symtom. Detta tyder på att denna vård kan ha en positiv effekt hos patienter med en obotlig cancersjukdom då de lider av depression. De resultat som Temel et al. (2010), Temel et al. (2017) och Maltoni et al. (2016) visade i sina studier är signifikanta och styrker värdet av en tidigt introducerad palliativ vård.

Enligt Wu och Wolker (2011) är det inte överraskande att varje patient upplever slutet av livet på olika sätt beroende på deras levda liv. En del av den tidiga palliativa vården är att patienten har flera samtal med en palliativ vårds kliniker där patienterna kan prata om vad de tänker på och hur de känner sig. Resultat i denna litteraturstudie visar att dessa samtal tidigt i sjukdomen kan minska de depressiva symtomen som patienterna upplever.

Garcia-Rueda et al. (2016) skriver att det är en gemensam nämnare hos patienter med avancerad cancer att de vill leva ett så normalt liv som möjligt, även med sin prognos. Tidig

palliativ vård kan leda till mindre aggressiv behandling i livets slutskede (Temel et al., 2010) och minskad depression (Maltoni et al., 2016; Temel et al., 2010; Temel et al., 2017). Dessa faktorer kan ge patienten möjligheten att leva ett normalt liv även livets slutskede.

Det var två av studierna där resultatet inte tydde på att den tidiga palliativa vården hade någon effekt på depression (Brims et al., 2019; Vanbutsele et al., 2018). Detta är viktigt att ha i åtanke då det är motstridande resultat. Den tidiga palliativa vården blev integrerad på olika sätt i de olika studierna, detta är också viktigt att ha i åtanke då det är möjligt att det är metoden som har gjort skillnad. Det var även bara fem artiklar som undersökte effekten av tidig palliativ vård på depression, detta kombinerat med resultaten inte överensstämde helt så kan resultatet inte vara helt pålitligt.

Sammanfattningsvis anser vi att en tidigt introducerad palliativ vård kan ha en bra effekt på patienters depression när de har en obotlig cancersjukdom. Men detta kan vara beroende på typen av cancer samt hur den palliativa vården blir utförd. Rekommendationen är att utöva ytterligare forskning inom området då den nuvarande forskningen har visat positiva resultat när det gäller att minska depression och det är ett viktigt område att förfinas. Denna framtida forskning bör följa i stegen av de tidigare studierna som har haft positiva effekter på patienters depression, då dessa har visats vara effektiva.

### *Inget starkt bevis på förbättrad ångest*

Endast en av de studier som undersökte effekten av tidig palliativ vård på ångest och ångestsymtom fann någon positiv förändring hos patienterna gällande dessa problem, de andra fyra artiklarna som undersökte samma problemområde fann ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Utifrån dessa resultat tyder det inte på att tidig palliativ vård har en stor inverkan på ångest. I studien av Maltoni et al. (2017) var skillnaden mellan grupperna signifikant vilket kan tyda på att det kan finnas en fördel med tidig palliativ vård hos patienter med en obotlig cancersjukdom. Det kan vara så att metoden som användes av Maltoni et al. (2017) var bättre utformad för att hantera dessa ångestproblem som patienterna upplevde, i den studien fick patienterna träffa en specialist inom palliativ vård som hade förberedd checklista med frågor som skulle besvaras och pratas om under det första mötet.

I studierna av Temel et al. (2010) och (2017) där resultatet visade minskade depressiva symtom hos patienterna visades det dock ingen skillnad på patienternas ångestproblem. Detta kan visa på hur olika dessa problem är från varandra och att studier behöver specifikt mål inriktas på specifika problem såsom ångest. Sherman et al. (2018) skriver i sin studie att existentiell ångest är någonting som många patienter upplever då de känner en oro för bland annat dålig symtomlindring och att de inte vill vara beroende av andra för att klara sig i det dagliga livet. Det är ett viktigt område att forska i för att minska lidandet som dessa patienter går igenom i livets slut.

I studierna så blev den tidigt introducerade palliativa vården införd på olika sätt och den överväldigande majoriteten visade samma resultat, vilket kan tyda på att tidig palliativ vård inte har en stor innebörd på ångest. Dock var det endast fem studier som studerade detta problem vilket är en för liten provstorlek för att sätta ett konklusivt svar på effektiviteten av tidigt introducerad palliativ vård. Vi rekommenderar vidare forskning inom detta problemområde, även om endast en av fem resultat visade någon positiv inverkan anser vi att det är ett viktigt område att studera och det kan ha många fördelar för patienter i livets slutskede.

## **Slutsats och kliniska implikationer**

Syftet med litteraturstudien var att undersöka om en tidig palliativ vård påverkar livskvaliteten hos patienter med cancer. Resultatet visar inte konklusivt att tidig palliativ vård leder till förbättrad hälsorelaterad livskvalitet, minskad depression eller minskad ångest. Trots detta finns det tillräckligt stöd i resultatet för att stödja implementering av tidig palliativ vård som ett komplement till onkologisk vård. Särskilt eftersom det inte finns någon bevisning på att tidig palliativ vård leder till varken skada för patienter och närstående eller en ökad kostnad.

Sjuksköterskan har ansvaret att representera patienten och bevara dennes intressen när hen inte har möjlighet att själv föra sin talan. Det är speciellt viktigt inom den palliativa vården för att försäkra att patienten har en god livskvalitet i sina sista dagar. Det är därför av största vikt för sjuksköterskan att förstå hur tidig palliativ vård påverkar patientens livskvalitet, vilka faktorer som spelar in och när den palliativa vården ska sättas in.

Palliativ vård av patienter med cancer är en komplex fråga och det saknas mycket information om vad som är god praxis. Fortsatt forskning inom området behövs för att optimera den palliativa vården för patienter med cancersjukdom.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Arbetsfördelningen mellan författarna har varit lika under hela arbetets gång. Initial läsning och val av artiklar har skett enskilt för att sedan sammanställas gemensamt. Granskning och analys av artiklar har varit ett samarbete och all text är skriven av båda författarna tillsammans.

## Referenser

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J. C., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>

\* Bakitas, M. A., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., Dionne-Odom, J. N., Frost, J., Dragnev, K. H., Hegel, M. T., Azuero, A., & Ahles, T. A. (2015). Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(13), 1438–1445. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.6362>

Bellali, T., Manomenidis, G., Meramveliotaki, E., Minasidou, E., & Galanis, P. (2020). The impact of anxiety and depression in the quality of life and psychological well-being of Greek hematological cancer patients on chemotherapy. *Psychology, health & medicine*, 25(2), 201–213. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1695864>

\* Brims, F., Gunatilake, S., Lawrie, I., Marshall, L., Fogg, C., Qi, C., Creech, L., Holtom, N., Killick, S., Yung, B., Cooper, D., Staddon, L., Cook, P., Fuller, E., Walther, J., Plunkett, C., Bates, A., Mackinlay, C., Tandon, A., ... Chauhan, A.J. (2019). Early specialist palliative care on quality of life for malignant pleural mesothelioma: a randomised controlled trial. *Thorax*, 74(4), 354–361. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-212380>

Cancerfonden. (6 februari 2020). Palliativ vård i livets slut. <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/obotlig-cancer/vard-livets-slut>

Cella, D. F., Bonomi, A. E., Lloyd, S. R., Tulsky, D. S., Kaplan, E., & Bonomi, P. (1995). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L) quality of life instrument. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 12(3), 199–220. [https://doi.org/10.1016/0169-5002\(95\)00450-f](https://doi.org/10.1016/0169-5002(95)00450-f)

FACIT.org. (2020). FACIT-Sp. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being. <https://www.facit.org/measures/FACIT-Sp>

\* Franciosi, V., Maglietta, G., Degli Esposti, C., Caruso, G., Cavanna, L., Bertè, R., Bacchini, G., Bocchi, L., Piva, E., Monfredo, M., Scafuri, V., Di Cesare, P., Melotti, B., Sequino, M., Rimanti, A., Binovi, C., Ghisoni, F., & Caminiti, C. (2019). Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients—a multicenter randomized clinical trial. *Annals of palliative medicine*, 8(4), 381–389. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.02.07>

García-Rueda, N., Carvajal Valcárcel, A., Saracíbar-Razquin, M., & Arantzamendi Solabarrieta, M. (2016). The experience of living with advanced-stage cancer: a thematic synthesis of the literature. *European journal of cancer care*, 25(4), 551–569. <https://doi.org/10.1111/ecc.12523>

Ghosh, A., Dzung, E., & Cheng, M. J. (2015). Interaction of palliative care and primary care. *Clinics in geriatric medicine*, 31(2), 207–218. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.001>

Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H. C., Villalobos, M., Thomas, M., & Hartmann, M. (2017). Early palliative care for adults with advanced cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD011129. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>

Hedelin, B. Jormfeldt, H & Svedberg, P. (2014). Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. I F.Friberg & J.Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (2.5 uppl., s. 361-382). Studentlitteratur.

Henoch, I., Carlander, I., Holm, M., James, I., Sarenmalm, E. K., Hagelin, C. L., Lind, S., Sandgren, A., & Öhlén, J. (2016). Palliative Care Research--A Systematic Review of foci, designs and methods of research conducted in Sweden between 2007 and 2012. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(1), 5–25. <https://doi.org/10.1111/scs.12253>

Hui, D., Hannon, B. L., Zimmermann, C., & Bruera, E. (2018). Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(5), 356–376. <https://doi.org/10.3322/caac.21490>

Johnston, B., & Smith, L. N. (2006). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of advanced nursing*, 54(6), 700–709. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x>

Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Lyons, K. D., Bakitas, M., Hegel, M. T., Hanscom, B., Hull, J., & Ahles, T. A. (2009). Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative care (FACIT-Pal) scale. *Journal of pain and symptom management*, 37(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.015>

Lutz S. (2011). The history of hospice and palliative care. *Current problems in cancer*, 35(6), 304–309. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2011.10.004>

\* Maltoni, M., Scarpi, E., Dall'Agata, M., Zagonel, V., Bertè, R., Ferrari, D., Brogna, C. M., Bortolussi, R., Trentin, L., Valgiusti, M., Pini, S., Farolfi, A., Casadei Gardini, A., Nanni, O., Amadori, D., & Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG) (2016). Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 65, 61–68. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.06.007>

Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International journal of nursing studies*, 43(7), 891–901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>

Nationella rådet för palliativ vård. (2010). *Palliativguiden – vägvisaren till lindrande vård*. <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/Palliativguiden-2010-sid-1-18.pdf>

Nipp, R. D., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Traeger, L., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., & Temel, J. S. (2016). Age and Gender Moderate the Impact of Early Palliative Care in Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer. *The oncologist*, 21(1), 119–126. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0232>

Omran, S., & Mcmillan, S. (2018). Symptom Severity, Anxiety, Depression, Self- Efficacy and Quality of Life in Patients with Cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 19(2), 365–374. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.2.365>

Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 49–58. [https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401\\_06](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_06)

Planck, M & Palmgren, A. (2016). *Cancersjukdomar*. I A.Ekwall. & A.M. Jansson (Red), *Omvårdnad och Medicin* (1:4 uppl., s. 569-586). Studentlitteratur Lund.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018). *Essentials of Nursing Research Appraising Evidence for Nursing Practice* (9 uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rozman, L. M., Campolina, A. G., López, R., Kobayashi, S. T., Chiba, T., & de Soárez, P. C. (2018). Early Palliative Care and Its Impact on End-of-Life Care for Cancer Patients in Brazil. *Journal of palliative medicine*, 21(5), 659–664. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0418>

Saga, Y., Enokido, M., Iwata, Y., & Ogawa, A. (2018). Transitions in palliative care: conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. *Chinese clinical oncology*, 7(3), 32. <https://doi.org/10.21037/cco.2018.06.02>

SBU. (2020). SBU Granskningsmallar. <https://www.sbu.se/contentassets/ed45ea66fb3d4053bde57f5ba9d36d57/kvalitetsgranskning-rct.pdf>

SBU. (12 april 2012). *Viktigt men svårt att mäta livskvalitet*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>

Sherman, A. C., Simonton-Atchley, S., Mikeal, C. W., Anderson, K. M., Arnaoutakis, K., Hutchins, L. F., Makhoul, I., Mahmoud, F., Milojkovic, N., Harrington, S. E., & Suen, J. Y. (2018). Cancer patient perspectives regarding preparedness for end-of-life care: A qualitative study. *Journal of psychosocial oncology*, 36(4), 454–469. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1466845>



Siemens, W., Schönsteiner, S. S., Orellana-Rios, C. L., Schaekel, U., Kessler, J., Eschbach, C., Viehrig, M., Mayer-Steinacker, R., Becker, G., & Gaertner, J. (2020). Severe symptoms and very low quality-of-life among outpatients newly diagnosed with advanced cancer: data from a multicenter cohort study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(11), 5547–5555. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05388-y>

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 : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(8), 880–887. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.5161>

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-8-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede Indikatorer och underlag för bedömningar*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2016-12-12.pdf>

Swami, M., & Case, A. A. (2018). Effective Palliative Care: What Is Involved?. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 32(4), 180–184.

\* 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. *The New England journal of medicine*, 363(8), 733–742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>

\* Temel, J. S., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Pirl, W. F., Park, E. R., Jackson, V. A., Back, A. L., Kamdar, M., Jacobsen, J., Chittenden, E. H., Rinaldi, S. P., Gallagher, E. R., Eusebio, J. R., Li, Z., Muzikansky, A., & Ryan, D. P. (2017). Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(8), 834–841. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.5046>

\* Vanbutsele, G., Pardon, K., Van Belle, S., Surmont, V., De Laat, M., Colman, R., Eecloo, K., Cocquyt, V., Geboes, K., & Deliens, L. (2018). Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *The Lancet. Oncology*, 19(3), 394–404. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30060-3)

Wigzell, K., Halle, C., Hållén, J., Högberg, M., Jonsson, P.M., & Lindblom, B. (2009). *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11). Fritzes. <https://www.regeringen.se/49b6a6/contentassets/e343b40615eb46b395e5c65ca38d1337/en-nationell-cancerstrategi-for-framtiden-sou-200911>

World Health Organization. (5 augusti 2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. (2012). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/toolkits/whoqol>

World Medical Association. (9 juli 2018). *WMA Declaration Of Helsinki – Ethical Principles For Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, H, L.& Volker D, L. (2012). Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care. *Journal of advanced nursing*, 68(2), 471-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05770.x

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

\* Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., Moore, M., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I., Donner, A., & Lo, C. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9930), 1721–1730. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62416-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2)

Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Leighl, N., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I., & Hannon, B. (2016). Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 188(10), E217–E227. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151171>

\* Artiklar som ingår i resultatet

