

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2020;182:V06190343

# Integration af specialiseret palliation og onkologi

Jonas Sørensen<sup>1</sup>, Mette Asbjørn Neergaard<sup>2</sup>, Mogens Grønvold<sup>3</sup>, Anders Bonde Jensen<sup>4</sup>, Per Sjøgren<sup>5</sup>, Kristoffer Marsaa<sup>6</sup> & Geana Paula Kurita<sup>5</sup>

1) Palliativt Afsnit, Rigshospitalet, 2) Enhed for Lindrende Behandling, Aarhus Universitetshospital, 3) Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 4) Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital, 5) Palliativ Forskningsenhed, Rigshospitalet, 6) Palliationsenheden, Herlev og Gentofte Hospital

Ugeskr Læger 2020;182:V06190343

### HOVEDBUDSKABER

- Palliativ indsats opfattes fortsat af mange som ligestillet med terminal lindring og pleje.
- Integreret specialiseret palliativ indsats til onkologiske patienter har dokumenterede positive effekter.
- Integration kræver et styrket fokus på rekruttering, uddannelse og forskning inden for palliativ medicin.

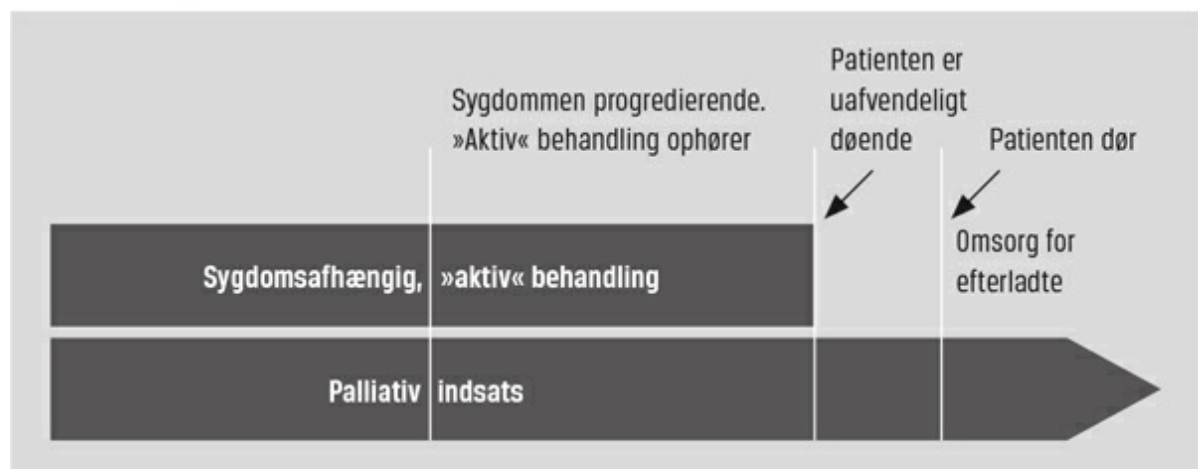
Som reaktion på en tiltagende hospitalisering af døden og fokus på helbredende behandling udvikledes hospicetanken i 1960'erne, og fra 1980'erne udvikledes en mere systematisk tilgang til lindrende og understøttende behandling til kræftpatienter [1]. Grundlæggende for denne udvikling var et øget patientcentreret fokus og derved et fokus på patientens udækkede behov under og efter tumorrettet behandling.

»Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art« [2, 3].

Palliativ indsats tilbydes på enten specialiseret eller basalt niveau. Specialiseret palliativ indsats (SPI) ydes i både hospice- og hospitalsregi. I 2019 var der i Danmark 20 hospicer og 31 SPI-enheder med ambulatorie-/udefunktion, hvoraf 11 havde egne sengeafsnit [4]. Den basale palliative indsats forventes at blive ydet i alle dele af sundhedsvæsenet og indgå som led i anden pleje og behandling. Den dækkes bl.a. af kliniske hospitalsafdelinger, egen læge og hjemmesygeplejen og varetages af fagpersoner, der ikke har palliation som deres hovedopgave.

Med sit afsæt i hospicetanken har palliativ indsats længe været ligestillet med terminal behandling og pleje, og en væsentlig del af SPI ydes også fortsat sent i forløbene [5]. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2017 [3] og internationale kilder [6] bør palliativ indsats indtænkes som en tværfaglig lindring og støtte i hele sygdomsforløbet [7] (Figur 1).

**FIGUR 1 / Palliative indsatser i et sygdomsforløb [3, 7].**



Det er veldokumenteret, at især patienter med fremskreden kræft kan have en stor symptombyrde og dermed behov for behandling og støtte, der kræver høj faglighed fra forskellige fagprofessionelle [8]. Men til trods for at man i flere nyere studier har påvist gavnlig effekt af integration af SPI og onkologi [9], foregår SPI og onkologisk behandling fortsat ofte i adskilte siloer i stadig længere og mere komplekse behandlingsforløb [10]. Formålet med denne artikel er at pege på potentialet ved at styrke især den lægefaglige integration af SPI og onkologisk behandling og at foreslå konkrete tiltag, der kan fremme denne udvikling for at forbedre behandlingen af kræftpatienter og deres pårørende.

### NYE ONKOLOGISKE BEHANDLINGSMULIGHEDER

Nye behandlingsmuligheder – f.eks. immunterapi, antistofbehandling og anden målrettet behandling – udvikles hastigt i disse år. For stadig flere grupper af patienter med dissemineret sygdom er der mulighed for flere behandlingslinjer, og nogle patienter lever i lang tid med symptomer fra metastatisk sygdom og bivirkninger fra behandling. Det er derfor vigtigt med en løbende vurdering af, hvordan onkologi og palliation bedst integreres [11]. Dette understreges af, at WHO [2], American Society of Clinical Oncology (ASCO) [6], European Society for Medical

Oncology (ESMO) [12] og European Association for Palliative Care (EAPC) [13] alle har formuleret selvstændige holdningspapirer til, hvordan det patientcentrerede perspektiv bør styrkes gennem hele behandlingsforløbet ved at fremme tidlig palliativ indsats.

## EVIDENS FOR TIDLIG PALLIATIV INDSATS

Der er tiltagende evidens for, at tidlig SPI til patienter med fremskreden kræft – beskrevet som en indsats integreret med den onkologiske behandling fra diagnosetidspunktet – kan have positive effekter såsom bedre symptomkontrol, øget livskvalitet samt reduktion af angst og depression, og enkelte studier tyder også på øget overlevelse [9, 10]. I Tabel 1 ses resultater fra de tolv randomiserede kliniske studier, der alle er udført med patienter med fremskreden sygdom siden 2000. Det er endnu ikke muligt at pege på, hvilke enkelte elementer i SPI, der medfører de positive effekter, da interventionerne er tværfaglige og komplekse.

Af vigtige fremtidige forskningsområder foreslås bl.a. i The Lancet Oncology Commission fra 2018 [10] studier af organisatoriske modeller for palliativ indsats, patientcentreret forskning inden for lindring af symptomer og psykosociale problemer, fælles beslutningstagning samt udvikling af kvalitetsindikatorer.

**TABEL 1 /** Randomiserede kliniske studier vedrørende tidlig palliativ indsats siden 2000. Sorteret i alfabetisk orden efter førsteforfatter på den primære artikel.

Randomiseret klinisk studie <sup>a</sup>	Land, inkluderede patienter i alt, n <sup>b</sup>	Deltagere Intervention	Resultater, effekt af tidlig palliativ indsats
Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT et al, 2009 O'Hara RE, Hull JG, Lyons KD et al, 2010	USA, 279	Patienter med uhelelig kræft: gastrointestinal, lunge, genital-/urinveje, bryst »Educational and care management palliative care intervention for persons with advanced cancer and a caregiver compared with care as usual (project ENABLE II)«	Livskvalitet: P, + Symptomscore: P, - Brug af sundhedsvæsen: P, - Psykisk reaktion: S, + Overlevelse: S, - Pårørendes byrde: S, -
Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z et al, 2015 Dionne-Odom JM, Azuero A, Lyons KD et al, 2015	USA, 207	Patienter med avanceret kræft: lunge, bryst, gastrointestinal, genital-/urinveje, hjerne, melanom, hæmatologisk »Early vs later palliative cancer care: clinical and biobehavioural outcomes (project ENABLE III)«	Livskvalitet: P, - Symptomscore: P, - Psykisk reaktion: P, - Overlevelse: P, + Brug af sundhedsvæsen: P, - Pårørendes byrde: S, - Pårørendes depression: S, + Pårørendes livskvalitet: S, - Dødssted: S, -
Brimis F, Gunatilake S, Lawrie I et al, 2019	Storbritannien og Australien, 174	Patienter med diagnosticeret mesoteliom »Early referral to specialised palliative care versus standard care«	Livskvalitet: P, - Angst/depression: S, - Overlevelse: S, - Pårørendes livskvalitet: S, - Pårørendes psykiske reaktion: S, - Pårørendes tilfredshed: S, +
Groenvold M, Petersen MA, Damkier A et al, 2017	Denmark, 300	Patienter med kræft i fremskredt stadie »Early referral to a specialist palliative care team plus standard care versus standard care alone«	Primære symptomscore: P, - Andre symptomscorer: S, - Overlevelse: S, -
Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M et al, 2016 Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M et al, 2016	Italien, 186	Patienter med lokal avanceret og/eller metastatisk pancreas kræft »Standard cancer care plus on-demand early palliative care or standard cancer care plus systematic early palliative care (interventional arm)«	Livskvalitet: P, + Angst/depression: S, - Pårørendes tilfredshed: S, - Brug af sundhedsvæsen: S, + Overlevelse: S, - Dødssted: S, -
McCorkle R, Jeon S, Ercolano E et al, 2015	USA, 146	Patienter med avanceret kræft: gynækologisk, lunge, hoved/hals, gastrointestinal »Advanced practice nurse co-ordinated multi-disciplinary intervention vs standard cancer care«	Symptomscore: P, - Depression: P, - Psykisk status: P, - Funktionsstatus: P, - Selvurderet sundhed: P, - Angst: S, - Self-efficacy: S, - <sup>b</sup>

Nordly M, Benthien KS, Vadstrup ES et al, 2019 von Heymann-Horan A, Bidstrup PE, Johansen C et al, 2019 von Heymann-Horan A, Bidstrup P, Guldin MB et al, 2018	Denmark, 340	Patienter med uhelbredelig kræft og ingen eller begrænsede antineoplastiske behandlingsmuligheder »A systematic fast-track transition from oncological treatment to specialized palliative care at home for patients reinforced with a psychological dyadic intervention«	Usikkerhed: S, - <sup>b</sup> Livskvalitet: S, - Pleje- og dødssted: P, - Livskvalitet: S, + Social/følelsesmæssig funktion: S, + Symptomscore: S, - Overlevelse: S, - Pårørendes angst/depression: S, + Fælles coping hos patienter og pårørende: S, + Pårørendes stresskommunikation: S, +
Tattersall MHN, Martin A, Devine R et al, 2014	Australien, 120	Patienter med nylig diagnosticeret uhelbredelig metastatisk kræft »Early contact with a palliative care nurse consultant with ongoing oncologist care vs oncologist care alone«	Symptomscore: P, - Livskvalitet: P, - Grad af oplevet støtte: P, - Kemoterapi: S, - Dødssted: S, - Overlevelse: S, - <sup>b</sup>
Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al, 2010	USA, 151	Patienter med metastatisk ikkesmåcellet lungekræft »Early palliative care integrated with standard oncological care as compared with standard oncological care alone«	Livskvalitet: P, + Angst/depression: S, + Brug af sundhedsvæsenet: S, + End-of-life care: S, + Dokumenterede ønsker: S, + Overlevelse: S, +
Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A et al, 2017 El-Jawahri A, Greer JA, Pirl WF et al, 2017	USA, 350	Patienter med metastatisk ikkesmåcellet lungekræft eller gastrointestinal cancer »Early integrated palliative and oncology care or usual care«	Livskvalitet efter 12 uger: P, - Livskvalitet efter 24 uger: S, + Depression: S, + Kommunikation, den sidste tid: S, + Pårørendes depression: S, +
Vanbutssele G, Pardon K, Belle SV et al, 2018	Belgien, 186	Patienter med avanceret kræft »Early and systematic integration of palliative care into oncological care, or standard oncological care alone«	Livskvalitet: P, + Angst/depression: S, - Forståelse af sygdom: S, + Kontakt til psykolog: S, + Kontakt til andre faggrupper: S, - Funktion og symptomscore: S, - Overlevelse: S, -
Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M et al, 2014 McDonald J, Swami N, Hannon B et al, 2017	Canada, 461	Patienter med kræft i sent stadie og dårlig klinisk prognose »Early intervention in patients with advanced cancer by a palliative care team vs standard cancer care«	Livskvalitet: P, - <sup>c</sup> Livskvalitet: S, + <sup>c</sup> Symptomscore: S, - Problemer med sundhedsvæsenet: S, - Tilfredshed med behandling: S, + Pårørendes livskvalitet: S, -

+: positiv signifikant effekt af intervention.

-: ikkesignifikant effekt af intervention.

P = primært resultat; S = sekundært resultat.

a) Antal analyserede patienter er lavere og vil variere.

b) Til fordel for kontrolgruppen.

c) Målt med 2 forskellige måleinstrumenter: 1 som primært resultat og 1 som sekundært resultat.

d) Kontakt forfatterne for fuldstændige bibliografiske oplysninger.

## BARRIERER OG UDFORDRINGER FOR INTEGRATION

Forskellige traditioner, arbejdsmetoder og syn på patientens situation kan være barrierer for integrationen i patientforløbene [10]. Ud over disse barrierer kan sundhedsvæsenets nuværende kapacitet, organisering og udfordringer med hensyn til at sikre sammenhængende patientforløb spille ind [14]. Det er således dokumenteret i et dansk studie, at køn, alder og socialstatus har betydning for, hvem der tilbydes SPI [15]. Det er alt sammen udfordringer, der vanskeliggør, at den palliative indsats bliver tilgængelig for alle patienter, der har behov for det [10]. Lav prioritering af forskningsmidler til palliativ indsats er derudover en selvstændig barriere for udvikling og integration af palliativ indsats i onkologien. Konkret allokteres kun 0,33-1% af de samlede onkologiske forskningsmidler til forskning i palliativ medicin [16, 17].

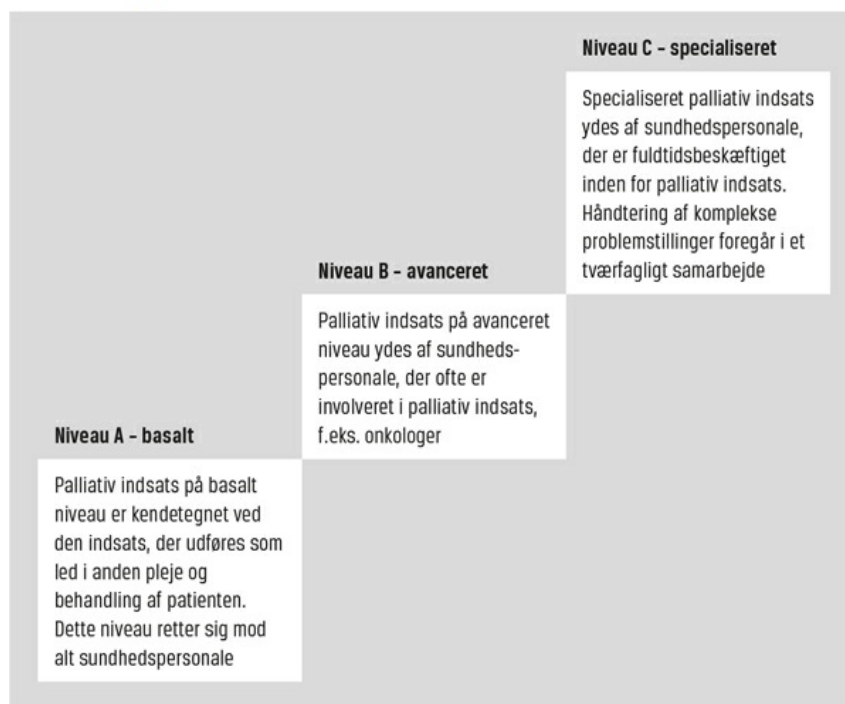
## SYSTEMATISK BEHOVSVURDERING

Systematisk monitorering af symptomer og behov er vigtig for at optimere patientforløbene. Man har i flere studier påvist, at samtalen og den kliniske vurdering bør suppleres med en systematisk vurdering af de hyppigste og mest alvorlige symptomer og problemer [18]. Korte, standardiserede spørgeskemaer til måling af patientrapporterede oplysninger (PROMs) er velegnede og har i årevis været brugt rutinemæssigt i SPI-enheder, men systematisk anvendelse af disse til identifikation af palliative behov er først nu begyndt at vinde indpas i onkologiske afdelinger. Svarene sikrer, at flere palliative behov bliver identificeret, og behandling bliver mulig. Det skal dog understreges, at det kræver klinisk kunnen og teoretisk viden at behandle de multiple symptomer, som kræftpatienter har. Spørgeskemasvar skal ses som et supplement til samtalen og skal løbende gentages og følges op af en tværfaglig klinisk vurdering og behandling.

## UDDANNELSE

Optimeret uddannelse anses for at være en forudsætning for samarbejde og integration af SPI og onkologi, men generelt er der stor kvalitativ og kvantitativ variation i uddannelsen i palliativ medicin i de vestlige lande, afhængigt af om uddannelsen er specialebærende eller ej [10, 19, 20]. WHO anbefaler intensiveret uddannelsesindsats på både det præ- og det postgraduate niveau [21], og EAPC anbefaler mindst 40 timers undervisning i specifikke emner på medicinstudiet og efterfølgende erhvervelse af kompetencer til et af tre niveauer [22] (Figur 2).

**FIGUR 2 /** Niveauer af palliativ uddannelse (modificeret efter [22]).



Den postgraduate certificering af læger inden for palliativ medicin i de vestlige lande kan

inddeles i tre kategorier: speciale, subspeciale og fagområdespeciale (Tabel 2), og der er på verdensplan en hastig stigning i antallet af lande, hvor man implementerer specialer og subspecialer i palliativ medicin [10, 19].

Det er bekymrende, at ingen danske universiteter lever op til EAPC's anbefalinger for undervisning på medicinstudiet, hverken hvad angår timetal eller indhold [23]. I Skandinavien er palliativ medicin godkendt som tillægsspeciale i Sverige (2015) og Island (2017), men kun som fagområde i Finland (2007), Norge (2011) og Danmark (2013). Nordisk Specialistkursus i Palliativ Medicin tilbyder en teoretisk specialuddannelse med seks moduler over to år kombineret med klinisk virke i en SPI-enhed [24]. Uddannelsen er ikke en del af Sundhedsstyrelsens uddannelsesstilbud og kan ikke som en speciallægeuddannelse tiltrække yngre læger og ressourcer i nødvendigt omfang. Kapaciteten matcher derfor langt fra behovet, da blot 42 ud af 98 læger, der var ansat i SPI pr. 1. januar 2019, var fagområdespecialister.

**TABEL 2 /** Lægelig certificering i palliativ medicin i udvalgte lande i alfabetisk rækkefølge [10]. Modificeret fra [19].

Land	Akkreditering	Klinisk praksis, år	Teoretisk Uddannelse, varighed	Obligatorisk forskningsprojekt
Australien/ New Zealand	Speciale	3	6/12 mdr.	Ja
Canada	Subspeciale	2	350 t.	Ja
Danmark	Fagområdespecialist	2	6 uger	Ja
Finland	Fagområdespecialist	2	150-270 t.	Ja
Frankrig	Fagområdespecialist	2	170 t.	Ja
Georgien	Subspeciale	0-5	75 t.	-
Letland	Fagområdespecialist	2	400 t.	80 t.
Irland	Speciale	4	Variierer	Nej
Israel	Subspeciale	2	-	-
Italien	Fagområdespecialist	0-5	1.500 t.	Ja
Malta	Speciale	Overvejende i udlandet	Overvejende i udlandet	Nej
Norge	Fagområdespecialist	2	180 t.	Ja
Polen	Speciale	2	-	Ja
Portugal	Fagområdespecialist	1	400 t.	Ja
Rumænien	Subspeciale	0-25	2 mdr.	-
Slovakiet	Fagområdespecialist	0-5	-	-
Storbritannien	Speciale	4	Variierer	Nej
Sverige	Subspeciale	2-5	120 t.	Nej
Tjekkiet	Subspeciale	1	12 mdr.	-
Tyskland	Subspeciale	1	40 t.	Nej
Ungarn	Subspeciale	1	80 t.	-
USA	Subspeciale	1	Variierer	Variierer

Andre organisatoriske strategier kan også fremme et kompetenceløft. F.eks. ESMO's akkrediteringsprogram »Designated Centres of Integrated Oncology and Palliative Care« [25], hvor Vejle Sygehus er det eneste danske kræftcenter, som har denne akkreditering.

## DISKUSSION

Der er dokumenteret positive effekter af integreret SPI i kræftforløb, hvilket har medført stærke anbefalinger fra WHO, ASCO, ESMO, EAPC og Sundhedsstyrelsen om en styrket patientcentreret tilgang og forslag til øget integration af SPI og onkologisk behandling.



Det kan forekomme at være en ekstra sundhedsydelse oveni allerede stigende udgifter, men i flere studier konkluderer man, at SPI reducerer de samlede sundhedsomkostninger i form af færre og kortere indlæggelser og lavere samlede medicinudgifter [26].

I komplekse behandlingsforløb kan det patientcentrerede fokus inklusive støtte til pårørende ofte vise sig at være vanskeligt. Derfor skal en bedre organisering indtænkes, så kvaliteten løftes gennem hele behandlingsforløbet. Det forudsætter, at alle relevante faggrupper har de rette kompetencer og inddrages på rette tid og sted. Standardiserede kliniske forløb (Standardised Care Pathways - SCP) er netop en sådan patientcentreret tilgang, hvor organiseringen af forløbene sikrer, at flere faggrupper bidrager kompetent og rettidigt [10]. Samme tanke ligger også bag udformningen af kræftpakkerne og brugen af multidisciplinære team (MDT)-konferencer, som begge kan profitere væsentligt af involvering af SPI. I stedet for først at henvise til SPI, når den terminale fase nærmer sig, eller når de onkologiske behandlingsmuligheder er udtømte, vil SPI ofte kunne bidrage tidligere i sygdomsforløbene. Konkrete tiltag, hvor øget integration kan styrke den basale palliative indsats, kan være deltagelse af en palliativ specialist på MDT-konferencer og ved tværfaglige konferencer i de onkologiske team, systematisk undervisning af onkologiske læger i palliative emner samt etablering af en rotationsordning, hvor onkologiske uddannelseslæger har klinisk ophold i den lokale palliative enhed og vice versa [10, 27]. Dog mangler der forskning i både valg af redskaber og effekt af integrationsindsatserne.

Jf. Figur 2 varetages mange opgaver fortsat helt naturligt af det onkologiske personale (niveau B). Det gælder f.eks. symptomscreening, initial symptombehandling, samtale om prognose og information om supplerende palliativ indsats ved egen læge eller støttetilbud i kommunen. Her er det igen afgørende, at indsatsen bliver tilrettelagt, så betydende behov og særlige patientgrupper ikke overses [28]. Den dokumenterede ulighed i adgangen til SPI i Danmark bør have større bevågenhed i fremtiden [15]. Centralt står systematisk brug af validerede spørgeskemaer/behovsvurderinger på faste tidspunkter i behandlingsforløbene. Elektroniske screeningsværktøjer vil forventeligt i fremtiden have indbyggede tærskelværdier [29] forstået som veldefinerede kriterier, der kan fungere som beslutningsstøtte for henvisning til SPI. F.eks. høj symptomscore i kombination med onkologiske data, komorbiditet og komplicerende psykosociale forhold.

For at styrke integrationen og sikre kvalificeret behandling og støtte til patienter og pårørende i tråd med anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen og internationale organisationer er det en forudsætning, at uddannelsesindsatsen styrkes, og det nødvendige antal palliative specialister uddannes. Derfor anbefaler Dansk Selskab for Palliativ Medicin og Kræftens Bekæmpelse [30], at der oprettes et selvstændigt speciale i palliativ medicin.

## PERSPEKTIVERING

De nationale anbefalinger for palliativ indsats fra 2017 [3] omhandler integration af palliativ

indsats til alle patienter med en livstruende sygdom. Det stiller krav til SPI om integration med andre specialer end blot onkologi. Selvom det er klinisk meningsfuldt, vil det sandsynligvis trække på de begrænsede SPI-ressourcer fra kræftpatienter til andre patienter med palliative behov. Det understreger blot det store behov for styrkelse af uddannelsesniveaue inden for palliation og allokering af flere ressourcer til både præ- og postgraduat uddannelse samt forskning. Helt central for denne udvikling er uddannelsen af fremtidige speciallæger i palliativ medicin.

## SUMMARY

### **Integration of specialised palliative care and oncology**

*Jonas Sørensen, Mette Asbjørn Neergaard, Mogens Grønvold, Anders Bonde Jensen, Per Sjøgren, Kristoffer Marsaa & Geana Paula Kurita:*

Ugeskr Læger 2020;182:V06190343

Palliative care (PC) is an approach, which improves the quality of life (QoL) of patients and their families facing problems associated with life-threatening illness. Hospital-based specialised PC alongside cancer treatment shows better symptom management, QoL, satisfaction with care, and less psychological distress. Strong recommendations have been given to integrate PC and cancer care. Systematic screening of symptoms and needs, use of standardised care pathways, better competencies in PC at all levels, more research and palliative medicine as a new speciality in Denmark are future perspectives.

Korrespondance: *Jonas Sørensen*. E-mail: [jonas.soerensen@regionh.dk](mailto:jonas.soerensen@regionh.dk)

Antaget: 4. marts 2020

Publiceret på Ugeskriftet.dk: 27. april 2020

Interessekonflikter: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

Litteratur: Findes i artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Rittenberg CN, Johnson JL, Kuncio GM. An oral history of MASCC, its origin and development from MASCC's beginning to 2009. *Support Care Cancer* 2010;18:775-84.
2. World Health Organization. Definition of palliative care. [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/) (10. jun 2019).
3. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. 2017. [www.sst.dk/da/udgivelser/2017/anbefalinger-for-den-palliative-indsats](http://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/anbefalinger-for-den-palliative-indsats) (10. jun 2019).
4. REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation. [www.rehpa.dk/professionelle/palliation/talogfakta/](http://www.rehpa.dk/professionelle/palliation/talogfakta/) (1. jun 2019).
5. Dansk Palliativ Database. Årsrapport 2018. [www.dmcgpal.dk/573/rsrapportfradanskpalliativdatabase](http://www.dmcgpal.dk/573/rsrapportfradanskpalliativdatabase) (27. april 2020).



- nov 2019).
6. Ferrell BR, Remel JS, Termin S et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2017;35:96-112.
  7. Jarlbæk L, Tellervo J, Timm HU. Målgrupper og tidspunkter for palliativ indsats: hvor er vi nu? *Omsorg* 2014;31:24-9.
  8. Strömngren AS, Niemann CU, Tange UB et al. Quality of life and symptoms in patients with malignant diseases admitted to a comprehensive cancer centre. *Support Care Cancer* 2014;22:1843-9.
  9. Haun MW, Estel S, Rücker G et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD011129.
  10. Kaasa S, Loge JH, Aapro M et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* 2018;19:e588-e653.
  11. Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med* 2015;4:89-98.
  12. Jordan K, Aapro M, Kaasa S et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018;29:36-43.
  13. Radbruch L, de Lima L, Lohmann D et al. The Prague Charter: urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care. *Palliat Med* 2013;27:101-2.
  14. Styrket indsats på kræftområdet – fagligt oplæg til Kræftplan IV. Sundhedsstyrelsen, 2016:17.
  15. Adersen M. Which cancer patients are admitted to specialised palliative care? [ph.d.-afhandl]. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2018.
  16. National Cancer Research Institute. <https://www.ncri.org.uk/ncri-cancer-research-database/> (11. jun 2019).
  17. Sleeman KE, Gomes B, Higginson IJ. Research into end-of-life cancer care – investment is needed. *Lancet* 2012;379:519.
  18. Homsí J, Walsh D, Rivera N et al. Symptom evaluation in palliative medicine: patient report vs systematic assessment. *Support Care Cancer* 2006;14:444-53.
  19. Bolognesi D, Centeno C, Biasco G. Specialization in palliative medicine for physicians in Europe 2014 – a supplement of the EAPC atlas of palliative care in Europe. EAPC Press, 2014.
  20. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. EAPC Press, 2019.
  21. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. 2013. [apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB134/B134\\_28-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf) (10. jun 2019).
  22. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *Eur J Palliat Care* 2013;20:86-91.
  23. Brask-Thomsen MK, Jespersen BA, Grønvold M et al. Danish medical school do not meet international recommendations for teaching palliative medicine. *Dan Med J* 2018;65(10):A5505.
  24. Nordic Specialist Course in Palliative Medicine. <http://nscpm.org> (10. jun 2019).
  25. Cherny N, Catane R, Schrijvers D et al. European Society for Medical Oncology (ESMO) program for the integration of oncology and palliative care: a 5-year review of the Designated Centers' incentive program. *Ann Oncol* 2010;21:362-9.
  26. Isenberg SR, Lu C, McQuade J et al. Impact of a new palliative care program on health system finances: an analysis of the palliative care program inpatient unit and consultations at Johns Hopkins Medical Institutions. *J Oncol Pract* 2017;13:e421-30.
  27. Hui D, Bansal S, Strasser F et al. Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus. *Ann Oncol* 2015;26:1953-9.

28. Adersen M, Thygesen LC, Jensen AB et al. Is admittance to specialised palliative care among cancer patients related to sex, age and cancer diagnosis? *BMC Palliative Care* 2017;16:2.
29. Glare PA, Chow K. Validation of a simple screening tool for identifying unmet palliative care needs in patients with cancer. *J Oncol Pract* 2015;11:e81-6.
30. Fisker J. Glemmer vi dem, som dør? *Ugeskr Læger* 2019;181:89.