

## **Palliatieve zorg van diagnose tot overlijden**

*Er is toenemend bewijs dat mensen profijt kunnen hebben van palliatieve zorg vroeg tijdens het ziektebeloop, zeggen Scott Murray en collega's, maar zorg moet worden toegesneden op maat voor verschillende condities*

**Murray S.A., Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblas-Novellas J, Boyd K. BMJ 2017;356**

Veel mensen associëren palliatieve zorg met zorg in de terminale fase van kanker, en patiënten met kanker hebben nog steeds een grotere kans het te krijgen dan degenen met andere ziekten.(1) Het wordt vaak uitgesteld tot de laatste weken of dagen van het leven als het ziekteproces vergevorderd is en op de ziekte gerichte behandelingen niet langer effectief zijn. Maar late palliatieve zorg is een gemiste kans om het beter te doen voor patiënten, families en de gezondheidszorg. In landen met een hoog inkomen zou 80% van de mensen die gaan sterven veel eerder in hun ziekteproces kunnen profiteren van palliatieve zorg.(2)

De Wereld Gezondheids Organisatie nam in 2014 een resolutie aan over vroege palliatieve zorg. Hierin staat dat palliatieve zorg overwogen moet worden vanaf de diagnose en geïntegreerd in de zorg voor mensen met elke ziektebeeld dat betekent dat ze in de nabije toekomst kunnen overlijden.(3) Palliatieve zorg kan de kwaliteit van leven verbeteren van patiënten en hun families door het tijdig onderkennen van verslechterende gezondheid, een holistische inschatting van behoeften, controleren van pijn en andere problemen (fysieke, psychosociale en spirituele), en persoonsgerichte planning van zorg.

Door de principes van palliatieve zorg in hun dagelijkse praktijk te omarmen kunnen klinici effectiever tegemoet komen aan de multidimensionele behoeften van mensen van wie de gezondheid achteruitgaat. Specialisten palliatieve zorg kunnen voorzien in ondersteuning, training, aanvullende adviezen, en betrokken worden bij meer gecompliceerde of onstabiele situaties.(4)

### **Wat is het bewijs voor het nut van vroege palliatieve zorg?**

RCT's en andere studies laten meerdere voordelen zien van vroege palliatieve zorg. Een historische RCT waarin standaard zorg werd vergeleken met poliklinische specialistische palliatieve zorg gecombineerd met oncologische zorg voor patiënten met gevorderde of gemetastaseerde ziekte verbeterde de kwaliteit van leven en betekende, voor sommige mensen, ook langer leven.(5) Andere recente trials en aan systematische review rapporteren dat het vroeg en systematisch voorzien in palliatieve zorg door vele klinici, niet alleen specialisten palliatieve zorg, de kwaliteit van leven van mensen met kanker en andere gevorderde, levensduur beperkende, ziekten kan verbeteren. (6-8) Dit kan ook helpen om belastende interventies met weinig opbrengst te vermijden.(9) Studies onder ouderen in Australië en mensen met een chronische ziekte in Canada lieten een significante vermindering van ziekenhuisopnames zien.(10-12)

Het is aangetoond dat patiënten behoefte hebben aan palliatieve zorg vanaf de diagnose.(13). Hoewel het uit de trials niet duidelijk wordt welke aspecten van palliatieve zorg het belangrijkste zijn, lijkt het mensen helpen om keuzes te maken die aansluiten bij hun prioriteiten de goede weg.(14)

Hieronder motiveren we het belang van vroege palliatieve zorg gebaseerd op de drie typerende trajecten van functionele achteruitgang bij het levenseinde (snel, intermitterend en geleidelijk) (15,16) en geven aan hoe dit kan worden geïntegreerd in ziekte specifieke zorg.

### **Snelle functionele achteruitgang**

Bij mensen met progressieve kanker gaat het sociaal functioneren gelijk achteruit met de fysieke toestand, terwijl psychologisch en spiritueel welbevinden vaak samenvallen met vier sleutelmomenten: tijdens de diagnose, bij ontslag na een eerste behandeling, bij progressie van de ziekte en in de terminale fase (fig 1). Patiënten en familieleden rapporteren dat de tijd rondom de diagnose een van de meest traumatische is, zowel psychisch als existentieel, met verdere emotionele onrust als de patiënt zieker wordt. (17)

Voor alle mensen van wie de kanker levensbeperkend kan zijn, maar niet noodzakelijkerwijs onbehandelbaar, zou palliatieve zorg vanaf de diagnose moeten worden overwogen. Zij kunnen profijt hebben van holistische zorg en ondersteuning evenals van geplande zorg zelfs als ze fysiek relatief goed zijn. Patiënten vertellen dat het ze steunt als professionals alleen al erkennen dat de beginperiode van een ziekte een uitdaging vormt. Sommigen stellen het ook op prijs als verteld wordt wat het gebruikelijke beloop is voor mensen met hun aandoening. Wachten op fysieke verslechtering betekent het missen van de kans om goed gecoördineerde palliatieve zorg te integreren met andere behandelingen. Ontslag uit het ziekenhuis na behandeling, symptomen die slecht onder controle zijn, afnemende prestaties en andere klinische tekenen van ziekteprogressie zijn triggers voor het herzien van de behoefte aan palliatieve zorg.

### **Intermitterende achteruitgang**

Bij mensen met chronische ziekten die de levensduur beperken of met meerde kwalen is het dynamische “vierdimensionele” patroon van zorgbehoeftes anders dan bij mensen met een progressieve vorm van kanker. Sociale en psychologische achteruitgang hebben de neiging om de fysieke achteruitgang te volgen, terwijl spirituele nood meer schommelt en gewijzigd wordt door andere invloeden, waaronder het vermogen van iemand om veerkrachtig te blijven. (fig 2) (16) Mensen kunnen plotseling sterven tijdens een exacerbatie of terwijl ze nog redelijk goed functioneren, waardoor de dood vaak als onverwacht wordt gezien, hoewel het eigenlijk een voorspelbaar risico was gedurende enkele jaren.(18)

Gedurende de toenemend frequente exacerbaties bij hart- en leverfalen, of bij COPD zijn patiënten en hun verzorgers angstig, hebben ze behoefte aan informatie en zijn er vaak sociale problemen. Aandacht voor deze behoeftes kan waarschijnlijk effectiever zijn om ziekenhuisopnames te verminderen dan interventies die focussen op ziektebehandeling of fysiek welzijn, vooral omdat multimorbiditeit de norm is bij deze aandoeningen. Behandelpunten voor exacerbaties moeten rekening houden met multidimensionele behoeftes en regelmatig updates van plannen en wensen van patiënten naar huisartsenposten en ziekenhuizen sturen. Dat maakt een goede behandeling tijdens en na crises mogelijk.(19)

### **Geleidelijke achteruitgang**

Voor ouderen met een zwakke gezondheid, dementerenden, of mensen met een progressieve neurologische aandoening, en degenen met een langdurige handicap na een CVA, is kenmerkend dat ze een geleidelijke fysieke neergang meemaken vanuit een beperkte uitgangspositie en een kleiner wordende sociale omgeving.(20) Psychologisch en existentieel welzijn vermindert soms als reactie op veranderde sociale omstandigheden of een acute fysieke aandoening, maar een afname in sociaal, psychologisch of existentieel welzijn kan de voorbode zijn van algehele fysieke achteruitgang of doodgaan.(fig.3) Sommige oudere mensen bereiken een omslagpunt wanneer ze voelen niet meer nuttig of met waardigheid te kunnen leven en ervaren toenemende psychologische en existentiële nood voor het overlijden.(21)

Acties om een optimale fysieke gezondheid te promoten zouden gecombineerd moeten worden met hulp om bezig te zijn met sociale steun en zorg die kwetsbare ouderen helpt een gevoel van eigenwaarde en een doel in het leven te handhaven zelfs in het licht van groeiende afhankelijkheid. Het ouderen toestaan om hun grootste angsten te uiten en te bediscussieren - onafhankelijkheidsverlies, dementie, het zijn tot last van anderen – is persoonsgebonden vroege palliatieve zorg. Anticiperen en plannen maken in het licht van een verslechterende gezondheid op oudere leeftijd kan negatieve stress verminderen terwijl tegelijk een reëel begrip ontstaat van normaal oud worden en hoe de dood er is aan het eind van een lang leven. Mensen met vroege dementie of een progressieve neurologische ziekte hebben behoefte aan holistische palliatieve zorg en steun om vooruit te plannen vanaf de tijd van de diagnose.

### **Vroege palliatieve zorg voor alle ziektes**

Niet tijdig identificeren van de mensen die er baat bij kunnen hebben is de grootste barrière voor vroege palliatieve zorg. We zouden, op dezelfde manier waarop we screenen op cardiovasculaire risicofactoren of op diabetes, routinematig en systematisch kunnen overwegen welke patiënten baat hebben bij vroege palliatieve zorg. Tekenen van achteruitgang in algemene gezondheid kunnen worden gecombineerd met signalen als niet geplande ziekenhuisopnames, slecht te behandelen symptomen, of een toename in behoefte aan ondersteuning.. Screening kan plaatsvinden bij behandelafspraken, bij opname of ontslag, of bij een jaarlijks onderzoek bij ouderen. Verschillende identificatietools – zoals de SPICT, Necesidades Paliativas, en de Gold Standards Framework guide - zijn beschikbaar en internationaal toenemend populair.(22,23) Actie voor de laatste weken of dagen van het leven betekent het accepteren van prognostische onzekerheid in plaats van het vertrouwen op tools de sterfte voorspellen maar die niet werken voor een individu. (1,24)

### **Goede gesprekken**

Vroege gesprekken met de suggestie dat het helpt om te beginnen te praten over wat er kan gebeuren in de toekomst en over mogelijke behandel- en zorgopties moeten met gevoel worden aangekondigd. (14) Uitleg over de onzekerheden die inherent zijn aan een ziekte die de levensverwachting beperkt is wat anders dan een slecht nieuws gesprek. Dit vraagt een doorlopend gesprek over wat er kan gebeuren en wat er kan helpen. (25) Er zijn vele goed gevalideerde handleidingen om clinici te helpen te onderzoeken wat mensen begrepen hebben, om geïndividualiseerde informatie te delen, op emoties te reageren en verlies te erkennen op zo'n manier dat zorg wordt toegesneden op ieders behoeften en prioriteiten. Inhoud en context van zulke gesprekken moeten relevant zijn voor de toestand waarin iemand zich bevindt en voor zijn naasten. (box 1). (14-28)

Veel dokters vinden het een uitdaging om over palliatieve zorg te beginnen met patiënten omdat dat in verband wordt gebracht met spoedig overlijden. In Canada en het Verenigd Koninkrijk gebruiken sommige specialisten palliatieve zorg de term "supportive care" om de toegang ertoe te vergemakkelijken. (29) In een studie vonden veel patiënten die vroegtijdige palliatieve zorg kregen dat dit een andere benaming moest krijgen. (30) De praktische aspecten van het invoeren hiervan zijn recent in een review besproken.(31) In een experiment waarbij de term "anticipatory care" in heel Schotland werd gebruikt bleek dat het eerdere gesprekken mogelijk maakte. Voorbereiding op mogelijke verslechtering maakte het veel gemakkelijker om te praten over en te plannen voor mogelijke gebeurtenissen in het ziekte traject, inclusief het overlijden. Hierdoor kregen meer patiënten deze geplande holistische zorg voor het overlijden. (19)

## **Integratie met doorlopende behandeling**

Integratie is de enige manier waarop vroege palliatieve zorg ruim beschikbaar en acceptabel kan zijn voor de meeste mensen. Een open gesprek en planning zou plaats moeten vinden in de gemeenschap, in verzorgingshuizen en ziekenhuisafdelingen, zodat iedereen die er behoefte aan heeft er van kan profiteren.(32) Communicatie tussen instellingen is van vitaal belang. Specialisten in ziekenhuizen, specialisten palliatieve zorg, huisartsen, wijkverpleegkundigen, patiënten en mantelzorgers, leveranciers van zorg en opdrachtgevers moeten er allemaal bij betrokken worden.

Verschillende soortgelijke initiatieven zijn al geïmplementeerd in gezondheidszorgsystemen in Europa.(33) Een website van de WHO, gewijd aan geïntegreerde mensgerichte palliatieve zorg ([www.integratedcare4people.org/communitis/integrated-people-centred-palliative-care](http://www.integratedcare4people.org/communitis/integrated-people-centred-palliative-care)) is gelanceerd om goede praktijkvoorbeelden, ervaringen en lessen te delen.

Palliatieve zorg kan een vriendelijker en meer realistische gezondheidszorg bevorderen en daarbij onnodige behandeling voorkomen door elke dimensie van zorgbehoefte te overwegen. Een open gesprek waarin het waarschijnlijke beloop van de ziekte en de toekomstige zorgbehoefte met de patiënt en zijn familie in kaart wordt gebracht kan zorgen voor een vroeger focus van de zorg op kwaliteit van leven en behandeling van symptomen. Initiatieven om een publiek gesprek op gang te brengen over dood en doodgaan lopen in Schotland ([www.goodlifedeathgrief.org.uk](http://www.goodlifedeathgrief.org.uk)), Engeland ([www.dyingmatters.org](http://www.dyingmatters.org)) en Ierland (<http://hospicefoundation.ie/programmes/public-awareness>). Deze omvatten het aan mensen vertellen hoe vroege palliatieve zorg kan helpen om een goed leven te leiden vanaf de diagnose.

Vroege palliatieve zorg vraagt van dokters om alert te zijn op de mogelijkheid om erover te beginnen. Het is belangrijk om te luisteren naar wat iemand denkt, en om voortdurende ondersteuning aan te bieden. Begrip van typische patronen van achteruitgang en nood maakt het mogelijk voor professionals, patiënten en hun verzorgers om een realistische kijk te delen waarbij palliatieve zorg hoort die zorgbehoeftes zowel voorkomt als behandelt. Uitleg over wanneer er praktische, emotionele en existentiële problemen kunnen ontstaan, en over welke hulp beschikbaar is, helpt om patiënten in hun kracht te zetten en geeft reële hoop.

Daarom gaat vroege palliatieve zorg over het meer doen voor iemand, niet minder. Het zou inderdaad wel eens beter kunnen zijn om het niet palliatieve zorg te noemen, maar juist goede patiënt gerichte zorg en planning, iets waarnaar we allemaal zouden moeten streven.

### **Box 1. Het introduceren van vroege palliatieve zorg**

- Praat over waarom het starten van een gesprek over wat er gaat gebeuren belangrijk is: als iemand een dergelijk probleem met zijn gezondheid heeft spreken we meestal af om samen te praten over wat er gebeurt en wat voor hulp ze graag zouden hebben, nu en in de toekomst...  
De behandeling heeft deze keer geholpen en ik ben blij dat je je beter voelt, maar ik maak me er zorgen over dat het weer minder goed met je gaat: kunnen we erover praten hoe we daar op kunnen anticiperen?
- Vraag wie er bij moet worden betrokken:  
Wat zou de beste manier voor ons zijn om hierover te praten? Veel mensen vinden het prettig als we er een familielid of goede vriend bij betrekken..
- Heb het over de belangrijkste doelen van het gesprek:  
We willen uitzoeken welke zaken belangrijk voor je zijn zoals waar je toe in staat wil zijn nu en in de toekomst te doen...  
We kunnen spreken over je huidige situatie en wat je wil weten over je gezondheidsproblemen.. Hoe gaat het de laatste tijd met je?

Dit is een goed moment voor ons om het te hebben over wat voor gedachten of zorgen je ook hebt over de toekomst...

- Vraag wat diegene weet, wat hem verteld is, en wat hij denkt dat hem staat te wachten
- Praat over wat er kan gebeuren in relatie tot zijn begripsvermogen en attentie door korte “brokken” informatie met pauzes te geven en tijd te nemen voor vragen of reacties.
- Vraag wat er het meest toe doet zodat er goede plannen die helpen kunnen worden gemaakt
- Spreek over het advies vragen aan een collega die je kan helpen goed voor hen te zorgen als de situatie meer gecompliceerd of instabiel wordt. Leg uit dat palliatieve zorg draait om wat we kunnen doen om mensen zo gezond mogelijk te laten blijven

## Kern boodschappen

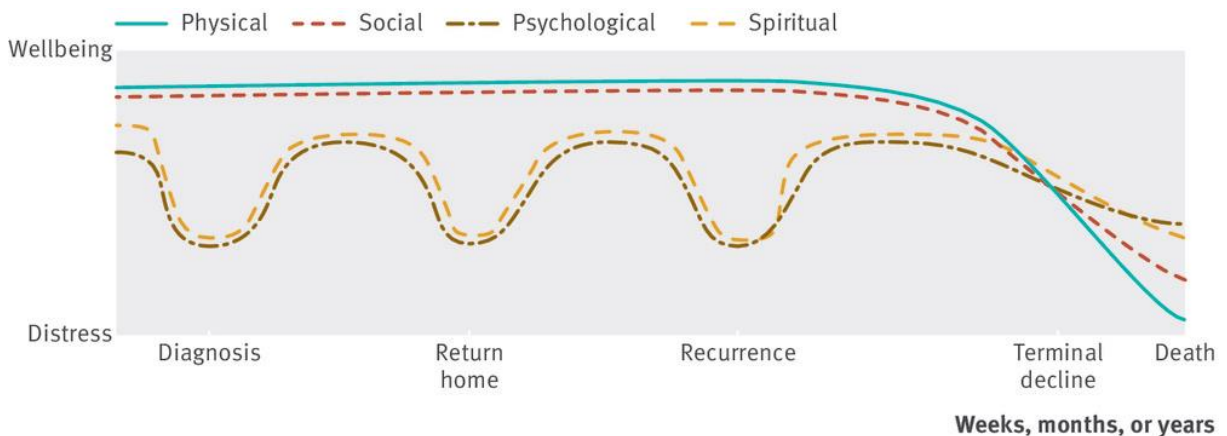
Palliatieve zorg moet beginnen bij de diagnose en niet worden beperkt tot de terminale fase

Vroege palliatieve zorg verbetert de kwaliteit van leven door te focussen op goed leven met een verslechterende gezondheid

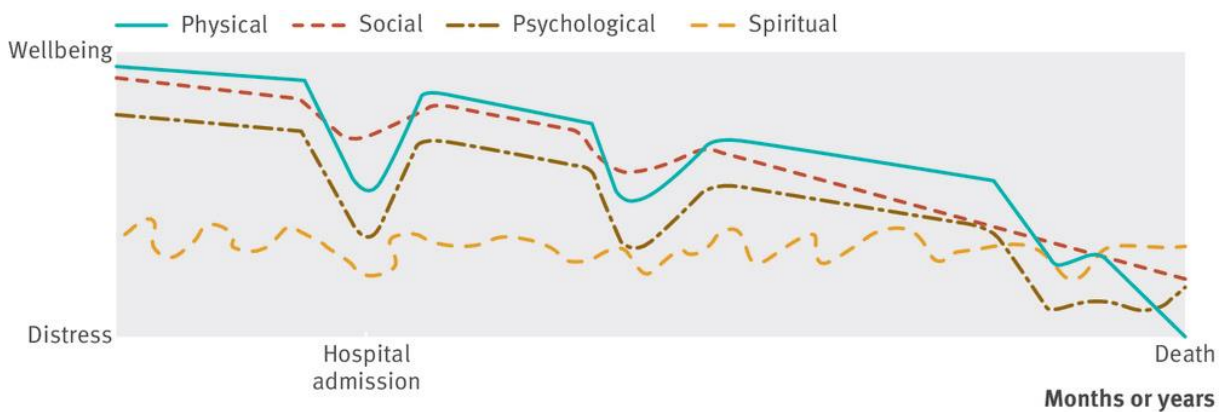
Alle professionals in de gezondheidszorg moeten holistische palliatieve zorg opnemen in hun praktijkvoering

Begrip van typische, multidimensionale ziekte-trajecten kan dokters helpen te weten wat wanneer aan te bieden

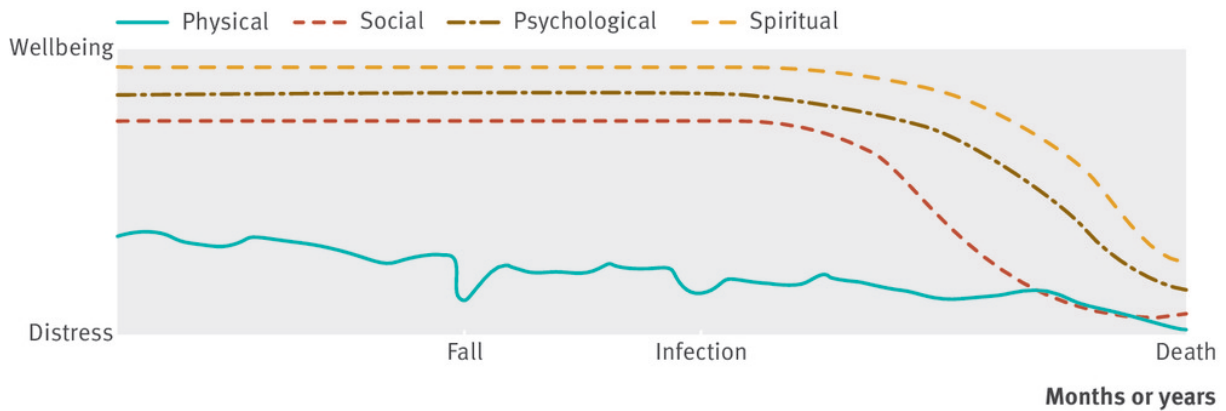
## Figuren



Figuur 1. Welzijnstrajecten bij patiënten met ziekten zoals kanker waarbij snelle functionele achteruitgang optreedt



Figuur 2. Welzijnstrajecten bij patiënten met intermitterende achteruitgang (zoals bij orgaanfalen of multimorbiditeit)



Figuur 3. Welzijnstrajecten bij patiënten met geleidelijke achteruitgang (zoals bij kwetsbare ouderen of cognitieve achteruitgang)

## Literatuur

- 1 British Medical Association. End-of-life care and physician-assisted dying. Vol 3. Reflections and recommendations. 2016. <http://www.bma.org.uk/working-for-change/improving-andprotecting-health/end-of-life-care#recommendations>
- 2 Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med* 2014;28:49-58. doi:10.1177/0269216313489367pmid:23695827.
- 3 World Health Assembly. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. 134th session of the World Health Assembly. EB134.R7 May 2014. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_31-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-en.pdf)
- 4 Masso M, Allingham SF, Banfield M, et al. Palliative care phase: inter-rater reliability and acceptability in a national study. *Palliat Med* 2015;29:22-30. doi:10.1177/0269216314551814pmid:25249239.
- 5 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42. doi:10.1056/NEJMoa1000678pmid:20818875.
- 6 Higginson IJ, Bausewein C, Reilly CC, et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med* 2014;2:979-87. doi:10.1016/S2213-2600(14)70226-7pmid:25465642.
- 7 Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of early integrated palliative care in

- patients with lung and GI cancer: a randomized clinical trial. *J Clin Oncol* 2016;33:JCO2016705046. pmid:28029308.
- 8 Tassinari D, Drudi F, Monterubbianesi MC, et al. Early palliative care in advanced oncologic and non-oncologic chronic diseases: a systematic review of literature. *Rev Recent Clin Trials* 2016;11:63-71. doi:10.2174/1574887110666151014141650pmid:26464077.
- 9 Scottish Government. Realistic medicine. 2014.  
<http://www.gov.scot/Resource/0049/00492520.pdf>
- 10 Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345. doi:10.1136/bmj.c1345pmid:20332506.
- 11 Rocker G, Downar J, Morrison RS. Palliative care for chronic illness: driving change. *CMAJ* 2016;188:E493-8. doi:10.1503/cmaj.151454pmid:27551031.
- 12 Mitchell G, Zhang J, Burrige L, et al. Case conferences between general practitioners and specialist teams to plan end of life care of people with end stage heart failure and lung disease: an exploratory pilot study. *BMC Palliat Care* 2014;13:24. doi:10.1186/1472-684X-13-24pmid:24829539.
- 13 Beernaert K, Pardon K, Van den Block L, et al. Palliative care needs at different phases in the illness trajectory: a survey study in patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016;25:534-43. doi:10.1111/ecc.12522pmid:27271354.
- 14 Jackson VA, Jacobsen J, Greer JA, Pirl WF, Temel JS, Back AL. The cultivation of prognostic awareness through the provision of early palliative care in the ambulatory setting: a communication guide. *J Palliat Med* 2013;16:894-900. doi:10.1089/jpm.2012.0547pmid:23786425.
- 15 Murray SA, Sheikh A. Palliative care beyond cancer: care for all at the end of life. *BMJ* 2008;336:958-9. doi:10.1136/bmj.39535.491238.94pmid:18397942.
- 16 Kendall M, Carduff E, Lloyd A, et al. Different experiences and goals in different advanced diseases: comparing serial interviews with patients with cancer, organ failure, or frailty and their family and professional carers. *J Pain Symptom Manage* 2015;50:216-24. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.017pmid:25828558.
- 17 Cavers D, Hacking B, Erridge SE, Kendall M, Morris PG, Murray SA. Social, psychological and existential well-being in patients with glioma and their caregivers: a qualitative study. *CMAJ* 2012;184:E373-82. doi:10.1503/cmaj.111622pmid:22431898.
- 18 Mason B, Nanton V, Epiphaniou E, et al. "My body's falling apart." Understanding the experiences of patients with advanced multimorbidity to improve care: serial interviews with patients and carers. *BMJ Support Palliat Care* 2016;6:60-5doi:10.1136/bmjspcare-2013-000639. pmid:25023218.
- 19 Tapsfield J, Hall C, Lunan C, et al. Many people in Scotland now benefit from anticipatory care before they die: an after death analysis and interviews with general practitioners.

BMJ Support Palliat Care 2016;0:1-10. pmid:27075983.

20 Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: a cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open* 2016;6:e012340. doi:10.1136/bmjopen-2016-012340pmid:27645556.

21 Lloyd A, Kendall M, Starr JM, Murray SA. Physical, social, psychological and existential trajectories of loss and adaptation towards the end of life for older people living with frailty: a serial interview study. *BMC Geriatr* 2016;16:176. doi:10.1186/s12877-016-0350-ympid:27765011.

22 Maas EAT, Murray SA, Engels Y, Campbell C. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. *BMJ Support Palliat Care* 2013;3:444-51. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000527pmid:24950525.

23 Walsh RI, Mitchell G, Francis L, van Driel ML. What diagnostic tools exist for the early identification of palliative care patients in general practice? A systematic review. *J Palliat Care* 2015;31:118-23. pmid:26201214.

24 Bacon J. The palliative approach: improving care for Canadians with life-limiting illnesses Canadian Hospice Palliative Care Association, 2012. <http://hpcintegration.ca/media/38753/TWF-palliative-approach-report-English-final2.pdf>

25 Kimbell B, Murray SA, Macpherson S, Boyd K. Embracing inherent uncertainty in advanced illness. *BMJ* 2016;354:i3802. doi:10.1136/bmj.i3802pmid:27430629.

26 Parry R, Land V, Seymour J. How to communicate with patients about future illness progression and end of life: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care* 2014;4:331-41. doi:10.1136/bmjspcare-2014-000649pmid:25344494.

27 Smith AK, White DB, Arnold RM. Uncertainty—the other side of prognosis. *N Engl J Med* 2013;368:2448-50. doi:10.1056/NEJMp1303295pmid:23802514.

28 Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;55:164-77. doi:10.3322/canjclin.55.3.164pmid:15890639.

29 Caprio AJ. Palliative care: renaming as supportive care and integration into comprehensive cancer care. *CMAJ* 2016;188:711-2. doi:10.1503/cmaj.160206pmid:27091796.

30 Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *CMAJ* 2016;188:E217-27. doi:10.1503/cmaj.151171pmid:27091801.

For personal use only: See rights and reprints <http://www.bmj.com/permissions> Subscribe: <http://www.bmj.com/subscribe>

*BMJ* 2017;356:j878 doi: 10.1136/bmj.j878 (Published 27 February 2017) Page 3 of 5

ANALYSIS

31 Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin*



Oncol 2016;13:159-71. doi:10.1038/nrclinonc.2015.201pmid:26598947.

32 Gamondi C, Larkin PJ, 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.

33 Gómez-Batiste X, Murray SA, Thomas K, et al. Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several European initiatives and recommendations for policy. J Pain Symptom Manage 2016;S0885-3924(16)31203-9. pmid:28042069.