

# CAT (Critically Appraised Topic)

## **Titel:**

**Hviken effekt har en struktureret anvendelsen af EORTC QLQ-C30 skema som screeningsredskab ift. at måle livskvaliteten med inddragelse af patienter med lungecancer i den palliative indsats?**

## **Forfatter:**

Pia Runge Mahler  
lektor, cand. cur  
UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole  
Sygeplejerskeuddannelsen i Svendborg,  
Klostervænget 2-4, 5700 Svendborg  
Mail: [pirm@ucl.dk](mailto:pirm@ucl.dk)  
Tlf. 2497 1316

**Publiceringsdato:** 21.12.2018, revideret 09.04 2019

**Antal anslag:** 11.513 tegn inkl. mellemrum (uden figur og tabeller).

## Indhold

Del I.....	1
1.0 Baggrund for det kliniske spørgsmål .....	1
1.1 Det kliniske spørgsmål .....	1
1.2 Inklusionskriterier.....	2
DEL II.....	2
2.0 Søgestrategi .....	2
2.1 Valg af databaser .....	2
2.2 Søgestrategi i forbindelse med bloksøgning.....	3
2.3 Søgedokumentationsskema .....	3
2.4 Søgeresultater .....	4
DEL III .....	5
3.0 Beskrivelse og kritisk bedømmelse af inkluderede artikler.....	5
3.1 Grade .....	10
3.2 Samlet vurdering samt konklusion .....	11
3.3 Erklæring om forfatterens uafhængighed.....	11
4.0 Referencer.....	12
5.0 Bilagsliste .....	13
5.1 Bilag 1 .....	14
5.2 Bilag 2 .....	15

## Del I

### 1.0 Baggrund for det kliniske spørgsmål

Sundhedsstyrelsens (SST) anbefalinger for den palliative indsats påpeger vigtigheden af, at den palliative indsats og kvalitet højnes for alle patienter med livstruende sygdom uanset diagnose og alder (1). Netop at fremme livskvaliteten for patienten og familien er et vigtigt fokuspunkt i den palliative indsats og med udgangspunkt i den enkeltes behov (2), hvilket også afspejles i WHO's definition af Palliative Care (3).

Problemet opstår, når patienten ikke oplever at have livskvalitet i sit palliative sygdomsforløb. Det kan indvirke på både patientens fysiske som psykosociale problematikker og individuelle behov, hvilket kan medføre yderligere smerte og lidelse for patient og familie (1).

I den palliative indsats anvendes et EORTC QLQ-C30 screeningsskema ift. vurdering af kræftpatienters helbredsrelaterede livskvalitet (1). Er det et effektivt screeningsredskab ift. at måle patientens livskvalitet løbende i sygdomsforløbet? Kan et øget fokus på og en struktureret screening af livskvalitet betyde noget for patientens oplevelsen af livskvalitet i det palliative sygdomsforløb set bl.a. ift. fysiske og psykosociale problemer? Dette skal ses i sammenhæng med, at man i den palliative indsats anvender skemaet i vurdering af livskvaliteten hos palliative patienter med mhp. at kvalificere den palliative indsats mest muligt (1). EORTC QLQ-C30 består af 30 spørgsmål, der omfatter 14 fysiske og psykosociale problemområder. Patienten vurderer problemets styrke på en skala fra 1 -4 og den samlede livskvalitet på en skala fra 1-7 (4-6).

Jeg vil i min CAT tage udgangspunkt i EORTC QLQ-C30 skemaet, da det er mest anerkendte spørgeskema, der er udviklet og internationalt valideret ift. at måle kræftpatienters helbredsrelateret livskvalitet og evidensbaseret (6,7). Velvidende, at der er valideret andre screeningsredskaber ift. livskvalitet (8). Iflg.(6) påpeges det, at SST har anbefalet EORTC QLQ-C30 skema, da der er brug for et redskab, der kan identificere patientens problemer i et bredere omfang. Screeningsskemaet EORTC QLQ-LC13 er et moduleret supplement til EORTC QLQ-C30 og til brug i undersøgelser, hvor patienter med lungecancer er inkluderet og designet specifikt til denne patientgruppe (9), hvorfor screeningsredskab medtages i inklusionskriterierne. Skemaet fokuserer på fysiske symptomer og problemets styrke vurderes på samme måde som i EORTC QLQ-C30.

#### 1.1 Det kliniske spørgsmål

**Hviken effekt har en struktureret anvendelsen af EORTC QLQ-C30 skema som screeningsredskab ift. at måle livskvaliteten med inddragelse af patienter med lungecancer i den palliative indsats?**

## 1.2 Inklusionskriterier

**P:** lungecancer patienter i den palliative indsats; alle typer og stadier af lungecancer, alder og køn.

**I:** EORTC QLQ- LC30 screeningsskema; EORTC QLQ- LC13 screeningsskema

Peer-reviewed; Sprog: engelsk; Alder på artikler: 10- 20 år tilbage dvs. 2008-2018- 1998-2018

Kvantitative undersøgelser, om muligt højeste evidens først

**Eksklusionskriterier:** når screeningsskemaer(ne) anvendes til måling af effekt af en behandling.

## DEL II

### 2.0 Søgestrategi

*Tabel 1. PICO*

P (Population)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
Lungecancer patienter i palliative indsats	EORTC-QLQ- C30	Uden skema	livskvalitet

*Tabel 2. Søgematrix*

Blok 1 – screeningsskema for livskvalitet	Blok 2 –lungecancer	Blok 3 –livskvalitet	Blok 4-palliativ indsats
EORTC QLQ-C30	Lung cancer	Quality of Life	Palliative care
	Lung neoplasms		Terminal care
	Lung tumor		End of Life Care

### 2.1 Valg af databaser

**MEDLINE via PubMed søgt dato 03.09.18 +04.09.18.** Den er valgt, fordi det er en omfattende database og dækker primært det natur- og sundhedsvidenskabelig område, herunder biomedicin og sundhed. Artiklerne er peer-reviewed og 90% er engelsksprogede artikler (10,11).

**Cinahl Complete søgt dato 17.09.18.** Cinahl Complete er specielt god til kvalitativ forskning. Ikke alle artikler er peer-reviewed. Den er valgt, fordi det er en sygeplejevidenskabelig database, som indeholder flere millioner artikler, tidsskrifter og anden litteratur inden for sygepleje. Den er næsten udelukkende med engelsksproget litteratur (10,11).

**PsycINFO søgt dato 17.09.18.** PsycINFO er den største og mest dækkende psykologiske database. 90% af artiklerne er peer-reviewed. Den er valgt, fordi den indeholder en del artikler, tidsskrifter og afhandlinger indenfor det psykologiske område, herunder medicin, sygepleje og sociologi (10,11).

## 2.2 Søgestrategi i forbindelse med bloksøgning

Til at kvalificere min søgning har jeg anvendt databasernes kontrollerede emneord (MESH, Cinahl Subject Headings, Thesaurus) ift. de anvendte søgeord i bloksøgningen. Søgeordene er dog brugt til fritekstsøgninger (11). Den anvendte søgemetode er bloksøgning.

Det er vurderet ud fra forskningsartikler og kendskab til det palliative felt, at det ikke er relevant at søge mere specifikt ift. "Palliative Care".

## 2.3 Søgedokumentationsskema

*Tabel 3. Søgedokumentationsskema.*

*MEDLINE via PubMed 03.09.18 +04.09.18*

#	Søgeord		hits
1	EORTC qlq-c30	Blok 1	2744
2	Lung cancer	Blok 2	310441
3	Palliative care	Blok 3	69133
4	<b>((EORTC qlq-c30) AND Lung cancer) AND Palliative care</b>	<b>Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3</b>	<b>44</b>

*Cinahl Complete 17.09.18*

#	Søgeord		hits
1	EORTC qlq-c30	Blok 1	839
2	Lung cancer OR Lung neoplasms OR Lung tumor	Blok 2	43.306
3	Palliative care	Blok 3	36.081
4	<b>EORTC qlq-c30 AND ((Lung cancer OR Lung neoplasms OR Lung tumor) AND Palliative care)</b>	<b>Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3</b>	<b>13</b>

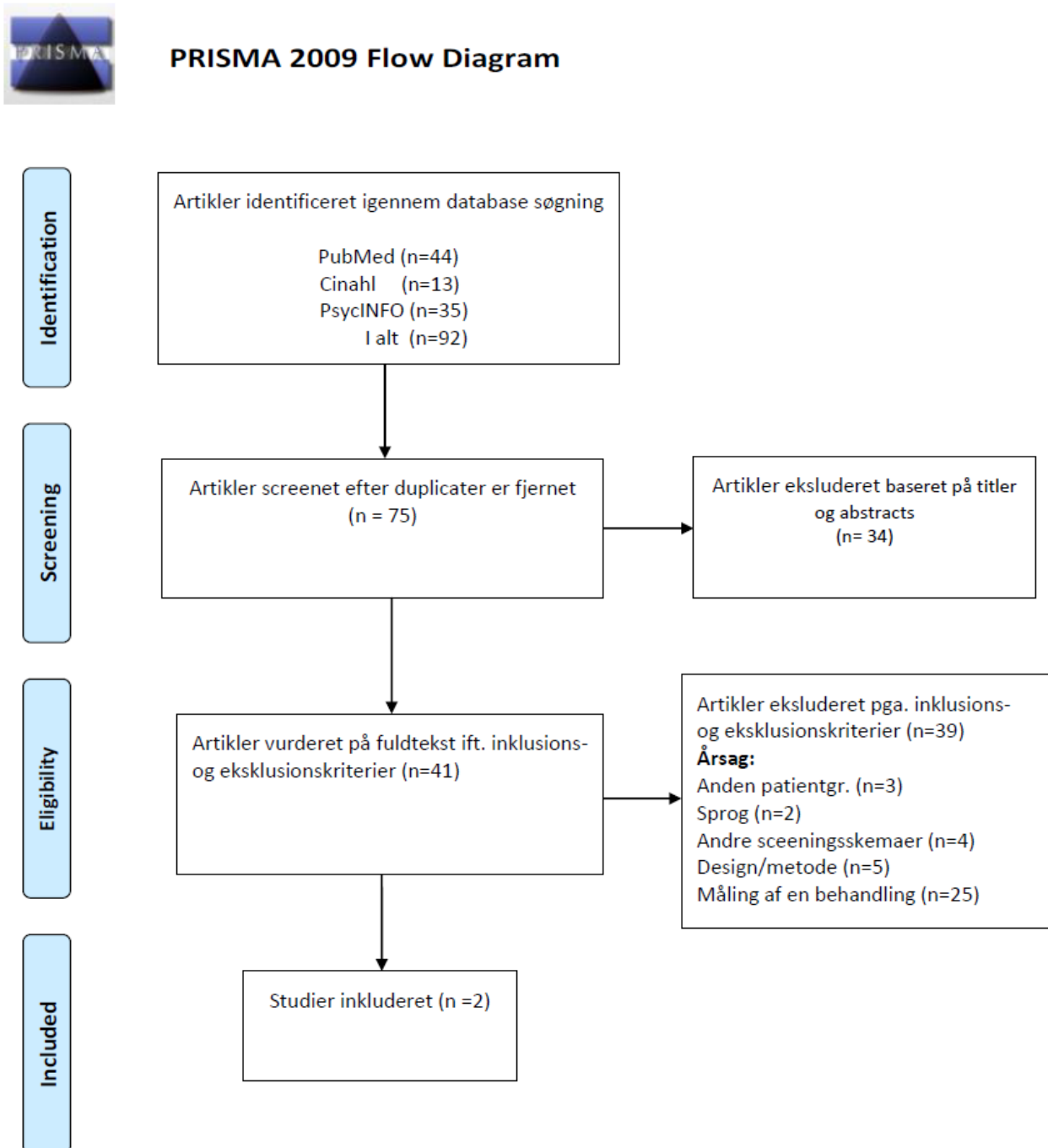
*PsycINFO den 17.09 2018*

#	Søgeord		hits
1	EORTC qlq-c30	Blok 1	418
2	Lung cancer OR Lung neoplasms OR Lung tumor	Blok 2	3277
3	<b>EORTC qlq-c30 AND ( Lung cancer OR Lung neoplasms OR Lung tumor )</b>	<b>Blok 1 AND Blok 2</b>	<b>35</b>

Således standses søgningen ved i MEDLINE via PubMed (n=44) og Cinahl Complete (n=13). Ved søgning i PsycINFO (n=35) standses der ved blok 1 og 2, da der ellers vil være for få hits. Dvs. at "Palliative Care" ikke er med her.

## 2.4 Søgeresultater

Figur 1. PRISMA over udvælgelse af artikler.



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

## DEL III

### 3.0 Beskrivelse og kritisk bedømmelse af inkluderede artikler

To kvantitative videnskabelige studier danner grundlaget for denne CAT, jf. figur 1. Artiklerne er kvalitetsvurderet ved hjælp af relevante tjeklister (12) og (13) jf. tabel 4 og 5, bilag 1 og 2. Disse kvalitetsvurderinger danner sammen med kritiske bedømmelser af artiklerne, jf. Review Matrix (14) (tabel 6 og 7) den samlede vurdering og konklusion på CAT.

Tabel 4. Artikel (7) kritisk bedømt ud fra JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)(13), jf bilag 1.

Spørgsmål	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
J=Ja	J	J	J	J	J	J	J	J	J
<b>Comments (Including reason for exclusion)</b> CG og EG var rimelig ens jf. Tabel 1. Dog er flere med primær lungecancer i EG, og flere med metastaser i CG. Dvs. tumorer forskellige i CG og EG, men demografiske data ens. Der er samlet data fra CG før EG, hvilket trækker op i bedømmelse af studiet og minimere bias. Resultatet af studiet er direkte anvendelig ift. PICO									
Include= J									

Tabel 5. Artikel (15) kritisk bedømt ud fra SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser (12), jf. bilag 2

Spørgsmål	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10
J = Ja	J	J	J	J	U	J	J	J	J	÷
÷ = ikke relevant										
U = Uklart										
Bedømt +										

Tabel 6. Matrix over artikel og kritisk bedømmelse

Ref ID, Titel, forfatter, årstal, tidskrift, Design	Formål	Population	Intervention	Outcome	Resultater	Konklusion
<p>Ref ID 88</p> <p>Impact of computerized Quality of Life screening on physician behavior and patient satisfaction in lung cancer outpatients; (7) Psycho-Oncology 9:203-213.</p> <p><b>Design:</b> Quasi Experimental studie</p>	<p>Hovedformål: at vurdere om tilvejebragt specifikt QL information til personalet før kons., i form af enside-resume af computer-baseret EORTC QLQ-C30 skema vil forbedre og ændre plejen til pt m. lungecancer i et onkologisk lungeamb.</p>	<p>lungecancer ptt. <u>CG</u>: gennemsnitlig alder (64,4) /17 mænd og 9 kvinder <u>EG</u> gennemsnitlig alder (65,5) /17 mænd og 10 kvinder</p> <p><u>Inklusionskriterier:</u> primær/ sekundær/metastaseret lungecancer i alle stadier, tilhørende onkolog lungeamb. tale og forstå engelsk, se tilstrækkeligt til at anvende en computer.</p>	<p>CG (n=26) + EG (n=27). Sekventielt tildelt/ikke randomiseret /blindet. Før us. hele amb. personalet introduceret ift. fokus på QL hos ptt., ÷ til selve interventionen, ej trænet dertil. <u>Først CG periode.</u> CG udfyldte EORTC QLQ-C30 skema i papirversion efter kons. <u>Dernæst EG:</u> 1 pers. fik instrukser før intervention + trænet. 2. EG udfyldte en computerbaseret version EORCT QLQ- C30 skema på PC før kons. + hj. af frivillig. 3. Computer-programmet genererede enside rapport med resumé af problemer til brug i selve kons. 4. Efter kons. udfyldte ptt. PDIS+ 5. Exit Interview blev udført. 6. Medical Records review på alle ptt. udført af forskerass., blindet for gruppetilhørs-forhold af ptt.+ resultater som note for klinikbesøg.</p>	<p>1.EORTC QLQ score.</p> <p>2.Patienttilfredshed/PDIS /Patient-Doctor Interaction Scale);</p> <p>3. Exit Interview (afsluttende interview m. fokus på identificerede QL problemer og interventionsgrad</p> <p>4. Medical Records Audit (Undersøgelse af medicinske lægejournaler + registrering af QL problemer relateret dertil).</p>	<p>1.EORTC QLQ score.</p> <p>CG scorer højere på fysisk funktion (F=6,91, p&lt;0,05), rollefunktion (F=10,28, p&lt;0,01) og mindre på dyspnø (F=5,07, p&lt;0,05) end EG</p> <p>2.Patienttilfredshed/PDIS/Patient-Doctor Interaction Scale);</p> <p>Begge gr. tilfredse - mean scores på 4,0-4,6 ud af 5</p> <p>3. Exit Interview: EG viste (48,9%) + CG (23,6%) ift. fokusering og interventionsgrad af QL problemer</p> <p>4. (Medical Records Audit) QL problemer intervenseret i højere grad i EC (73%) end i CG (64,7%)</p>	<p>Computeradministreret udfyldelse af EORTC QLQ-C30 skema er brugbart for ptt. m. lungecancer + sundhedsprofessionelle ift. at screene og intervenere på QL problematikker i kons. i et. onkologisk lungeamb.</p>



Tabel 7. Matrix over artikel og kritisk bedømmelse

Ref ID, Titel, forfatter, årstal, tidsskrift, Design	Formål	Population	Intervention	Outcome	Resultater	Konklusion
<p>Ref ID 29</p> <p>The impact of individual quality of life assessment on psychosocial attention in patients with chest malignancies: a randomized study; (15).</p> <p>Supportive Care in Cancer vol.21, no. 1:87-95</p> <p><b>Design:</b> RCT</p>	<p>undersøge om en prospektiv anvendelse af individuel HRQL data - med opmærksomhed på symptomkontrol og psykosociale funktioner hos ptt. m. fremskreden cancer- vil have indflydelse på konsultationen og kliniske beslutningstagen ift. HRQL</p>	<p>lungecancer ptt; performancestatus 0-3; NSCLC; SCLC, mesothelioma; kemo- og strålebeh. enkelte kun lindrende palliativ beh.; rekrutteret fra onkolog. lungeamb. Kvinder og <a href="#">mænd</a> fordelt i EG (31)/(53) + CG (39)/(53), aldergennemsnitlig 68/67 år;</p> <p><b>Inklusionskriterier:</b> Kurativ beh. ikke mulig; kunne forstå spørgsmålene + Samtykkeerklæring, forventet overlevelse mindst 3 mdr.</p>	<p>(n=171) inkluderet ptt.: EG (n=84) + CG (n=87); konsekutivt. over 2-3 mdr., <u>Randomisering</u> foregik i blokke af 4 ift. alder <math>\geq 70</math> eller over 70 år + ift. køn; inf.samtykke Uvildig forskerspl. forestår random. + afslører gr. for lægen (dobbel blind) Alle læger deltog + havde ptt. fra begge gr; Alle kons. optaget på bånd + analyseret ift. EORTC QLQ-C30 (tabel 4) +. <b>EG</b> besvarede <u>EORTC QLQ-C30+ LC13</u> computerversion + koblet til database m. EORTC QLQ screeningsredskab og randomiseringen og læge; kons.læger før intervention fået kort udd. ÷ yderligere inf. ift. at highlighte QL.</p> <p><b>CG:</b> svarede på standard papirversion af samme spg. før kons., data ikke inddraget i kons. Spl. tilgængelig m. hj. i begge gr. Alle kons. optaget på bånd + analyseret ift. kategorier sv. til EORTC QLQ-C30.</p> <p><u>Analyseproces</u> detaljeret beskrevet; kodet af uvildig psykolog, blindet for pt, gr og læge, ÷ med i plejen. Data valideret af anden psyko. + båndoptaget kons. Analyseret pt/ pårørende /læge separat ift. indholdskategorier /somatiske/psykiske /sociale funktioner + medicinsk og psykosociale interventioner ifm. kons. <u>Interventionsdata</u> valideret af uvildig seniorlæge (interobservatør reabilitet &gt;90%).</p>	<p>Individuel HRQL</p>	<p><u>Baseline:</u> ens, høj p-værdi</p> <p><u>Audio-recorded consultations målt</u> ift. indhold af pt-læge kons. (tabel 1+4)</p> <p>Statistisk signifikans for de to grupper ift antal af læge-kons (p=0,045) (tabel 3) + kons. længde ens (p=0,77) (n=443) kons. optagelser/ EG: (n=218) med 80 ptt. og CG: (n=225) med 85 ptt</p> <p><u>Resultat:</u> medicinske-tekniske QL problemer mere diskuteret i både CG+EG af læge (mean 21,0 vs. 19,3; p =0,033) og af pt /læge samlet (mean 34,3 vs. 31,6; p=0,05)</p> <p>emotionelle problemer mere diskuteret i EG af læge (p &gt; 0,018) og pt/læge (p=0,015)</p> <p><u>Medical and psychosocial interventions</u> (n= 740 kons). Emotionelle (p=0,0036) + sociale problemer (p=0,013) i EG inter- venteret i højere grad end i CG + dyspnø problemer (p=0,017). Øvrige interventionsfoki ÷ statistisk signifikans i EG + CG (tabel 4).</p> <p>Ikke målt på frafald.</p>	<p>Individuel HRQL vurdering øger opmærksomheden på psykosociale funktioner og symptomkontrol hos pt med lunge- tumorer /metastaser og inkoopore HRQL i klinisk praksis er muligt og vil forbedre opmærksomheden på psykosociale problemer og symptomkontrol.</p>

Quasi Experimental studiet (7) bygger på 56 inkluderede patienter (n=26) i kontrolgruppe (CG) og (n=27) i experimentelgruppe (EG), hvor grupperne var rimelig ens, jf. *tabel 4*. Studiet havde fokus på at vurdere og optimere livskvalitet hos patienter med lungecancer i et onkologisk lungeambulatorium i Canada. Der blev målt ift: **EORTC QLQ scores**, hvor CG scorede højere på fysisk funktion, rollefunktion og mindre på dyspnø end EG. Hvilket kan indikere, at EG mangler flere fysiske og rollemæssige funktioner samt lider mere af dyspnø, og kan være et øget opmærksomhedspunkt ift QL problemer. I EG var QL problemer intervenseret i højere grad (73%) end i CG (64,7%), men ikke statistisk signifikant, jf. *tabel 6*, bilag 1

CG udfyldte en papirversion af EORTC QLQ-C30 skema efter konsultationen. Interventionen foregik ved, at EG udfyldte en computerbaseret version EORCT QLQ- C30 skema på PC før lægekonsultation med mulighed for hjælp dertil. I selve konsultationen fik lægen en rapport med highlightede patientspecifikke QL problematikker ud fra det udfyldte EORTC QLQ-C30 skema. I EG blev flere QL problemer identificeret via EORTC QLQ-C30 end i CG. Undersøgelsen blev gennemført med CG før EG, hvilket trækker op i bedømmelse af studiet og minimere bias.

Studiet viste, at en computeradministreret udfyldelse af EORTC QLQ-C30 skemaet er anvendeligt for både patienter med lungecancer og sundhedsprofessionelle ift. at screene og foretage interventioner ift. QL problematikker i selve konsultationen. Set ud fra en intervention med inddragelse af patienter både før med udfyldelse af EORTC QLQ-C30 skema og i selve konsultationen.

Konklusionen er, at interventionen fremmer patientspecifik Quality of Life Care, og er et simpelt, tidsbesparende og acceptabelt middel til at forbedre patient-sundhedsprofessionelles kommunikation i et ambulatorium, både for patienter med lungecancer og personale. Den interne validitet vurderes til at være af metodologisk høj kvalitet. Den eksterne validitet er god, da studiepopulationen svarer til min patientgruppe og kontekst, og kan være rimelig overførbart til klinisk praksis, jf. *tabel 4* og *tabel 6*, bilag 1.

RCT studiet (15) bygger på 171 inkluderede patienter – (n=87) i kontrolgruppe (CG) og (n=84) i experimentelgruppe (EG), hvor grupperne er rimelig ens. Studiet havde fokus på at undersøge virkningen af individuel Health-related Quality of Life (HRQL) hos patienter med lungecancer på et onkologisk lungeambulatorium i Sverige. Der blev målt på individuel oplevet HRQL hos patienter i lægekonsultationer og interventioner ift. dette, med specifik fokus på symptomkontrol og psykosociale funktioner. Der blev målt ift: **Audio-recorded consultations** (n=443 evaluerbare), CG (n=225), EG (n=218); **Medical and psychosocial interventions** (n=740 konsultationer).

Interventionen foregik ved, at EG udfyldte en computerbaseret version EORTC QLQ-C30+ LC13, hvor et udprint af samlede scores blev en støtte for lægen i vurdering af HRQL i konsultationen. CG udfyldte en papirversion af EORTC QLQ-C30 + LC13 før konsultationen, men data ikke inddraget,

da de blev analyseret sidenhen.

Studiet viste, at en individuel HRQL vurdering øger opmærksomheden på psykosociale funktioner for patienter med lungecancer. Konklusionen er, at det er muligt at inkorporere et individuelt HRQL redskab i klinisk praksis, hvor patienter og data omkring livskvalitet bliver inddraget, hvilket kan forbedre og øge opmærksomheden på psykosociale problemer og symptomkontrol hos patienter med lungecancer i den palliative indsats. Resultaterne angiver dog, at de medicinske-tekniske problemer blev mere diskuteret i CG end i EG ( $p=0,033$ ) mens der i EG blev fokuseret mere på de emotionelle problemområder med en statistisk signifikans. Emotionelle og sociale samt dyspnø problemer i EG blev intervenseret i højere grad end i CG med en statistisk signifikans. For øvrige interventionsfoki sås ikke nogen statistisk signifikans i EG og CG, jf. *tabel 7*.

Studiet medtages på trods af ingen reel anvendt blinding og uklare beskrivelser vedr. blinding, da læger i konsultationen muligvis blev foranlediget til en diskussion af HRQL problematikker uden at se detaljer fra rapporten om EG's data dvs. det var et åbent design. Alle patienter i både EG og CG udfyldte EORTC skema dog i forskellige formater og samlet set, kan der derfor være et øget fokus på HRQL problemer i hele gruppen og således sætte spørgsmålstejn ved randomiseringen. Således vurderes den interne validitet til at være af metodologisk lav kvalitet, jf. *tabel 5* og *7*, bilag 2. Den eksterne validitet vurderes god, da studiepopulationen svarer til min patientgruppe og kontekst, og kan være rimelig overførbart til klinisk praksis.

### 3.1 Grade

Tabel 8 - Grade- samlet vurdering af evidensen (11)

Outcome	Risk of Bias	Inconsistency	Impression	Indirectness	Publication Bias	Grade
Individuel HRQL measured with EORTC QLQ-C30 score.	Very serious	Very serious, da der kun er et studie	Very serious da der kun er et studie	Very serious, da der kun er et studie	Very serious, da der kun er et studie	Very Low
(7) (15)						

Balance mellem effekt og skadevirkninger	Der er ikke identificeret udtalt effekt i de inkluderede studier. Der er ikke rapporteret skadevirkninger i de inkluderede studier
Kvalitet af evidensen	Evidensen i de inkluderede studier er meget lav. Quasi studiet er veludført, men RCT er metodisk vurderet til at udgøre en meget alvorlig Risk of Bias
Værdier og præferencer	I den palliative indsats kunne der lægges større vægt på patientinddragelse og fælles beslutningstagning, så livskvaliteten for den enkelte patient med lungecancer kunne fremmes i sygdomsforløbet, hvilket er hensigten med WHO's anbefalinger af Palliative Care. Dette kunne være et vægtigt element i at højne kvaliteten af den palliative indsats, hvilket patienter og familier efterspørger.
Andre overvejelser	Man kunne overveje inden implementering i klinisk praksis, at der blev foretaget en målrettet instruktion af sundhedsprofessionelle i anvendelse af et struktureret EORTC QLQ-C30 skema, så der er konsistens i og konsensus om kvaliteten i anvendelsen af skemaet.

### 3.2 Samlet vurdering samt konklusion

I denne CAT er inkluderet to kvantitative studier af henholdsvis metodologisk høj (7) og lav kvalitet (15). På baggrund af de to studier kan det være vanskeligt at udlede yderligere, hvorfor mere forskning på feltet må klarlægges ved fx at udvide søgningen til andre databaser. I de valgte databaser fandtes kun to egnede, da de andre måtte frasorters pga. eksklusionskriterier.

Samlet set vurderes evidensniveauet ud fra GRADE til at være meget lav. De to studiers outcome er forskellige, men trækker i samme retning. Derfor vurderer jeg, at begge studier kan svare på mit kliniske spørgsmål, idet begge har fokus på screening af livskvalitet ud fra EORTC QLQ-C30 skema og med inddragelse af patienter med lungecancer i den palliative indsats. Ligeledes vurderer jeg, at de kan være delvis overførbare til klinisk praksis.

Anbefaling til praksis:

Det kan overvejes, at en struktureret anvendelse af EORTC QLQ-C30 skema som screeningsredskab kan være effektiv ift. at måle livskvaliteten hos palliative patienter.

Ligeledes vil en struktureret anvendelse af screeningsredskabet EORTC QLQ-C30 være til støtte for sundhedsprofessionelle ift. at screene og foretage interventioner ift. Quality of Life Care problematikker i selve konsultationen i en palliativ klinisk enhed.

Sammenholdes Grade vurderingen med Patienternes værdier og præferencer vurderes det, at konklusionen ses som Grade: Very Low ( $\oplus\ominus\ominus\ominus$ ) ( $\uparrow\uparrow$ )

### 3.3 Erklæring om forfatterens uafhængighed.

Ingen fagpolitiske eller økonomiske interessekonflikter.

## 4.0 Referencer

- (1) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. Version: 1.0 ed.: Sundhedsstyrelsen; 2017.
- (2) REHPA. REHPA. Videncenter for Rehabilitering og Palliation. [2017]; Available at: <http://www.rehpa.dk/>. Accessed 09/20, 2018.
- (3) World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2018; Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Accessed 09/20, 2018.
- (4) Wintner LM, Giesinger JM, Zabernigg A, Sztankay M, Meraner V, Pall G, et al. Quality of life during chemotherapy in lung cancer patients: results across different treatment lines. *Br J Cancer* 2013 10/29;109(9):2301-2308.
- (5) Frølund JC, Stoklund AR, Oehlenschlaeger L. Behovssamtalen sikrer kontinuitet og tryghed. *Sygeplejersken/Danish Journal of Nursing* 2015;115(14).
- (6) Sølvér L, Thomsen T, Stenfeldt V. Redskaber til vurdering af behov hos mennesker med kræft. *Redskaber til vurdering af behov hos mennesker med kræft* 2015;115(3):78-81.
- (7) Taenzer P, Bultz BD, Carlson LE, Specá M, DeGagne T, Olson K, et al. Impact of computerized quality of life screening on physician behaviour and patient satisfaction in lung cancer outpatients. *Psychooncology* 2000 May;9(3):203-213.
- (8) Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, et al. EORTC QLQ-C15-PAL: the new standard in the assessment of health-related quality of life in advanced cancer? *Palliat Med* 2006 Mar;20(2):59-61.
- (9) Sprangers MA, Cull A, Groenvold M, Bjordal K, Blazeby J, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to developing questionnaire modules: an update and overview. *EORTC Quality of Life Study Group. Qual Life Res* 1998 May;7(4):291-300.
- (10) Hørmann E. Litteratursøgning. In: Kirsten Beedholm SG, editor. *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder*. 2nd ed. København: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag; 2015. p. 37-62.
- (11) Lund H, Juhl C, Andreassen J, Møller AM. *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning: redskaber til en evidensbaseret praksis*. København: Munksgaard; 2014.
- (12) Center for kliniske retningslinjer. Sfr Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser. 2018; Available at: <http://www.cfkr.dk/manualer-og-skabeloner/checklister.aspx>. Accessed 11/22, 2018.
- (13) The Joanna Briggs Institute. Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies). 2017; Available at: [http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI\\_Quasi-Experimental\\_Appraisal\\_Tool2017.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool2017.pdf). Accessed 11/22, 2018.
- (14) Garrard J. *Health sciences literature review made easy : the matrix method*. Jones & Bartlett Learning; Jones & Bartlett Learning; 2014.
- (15) Nicklasson M, Elfström ML, Olofson J, Bergman B. The impact of individual quality of life assessment on psychosocial attention in patients with chest malignancies: a randomized study. *Support Care Cancer* 2013 01;21(1):87-95.

## **5.0 Bilagsliste**

**Bilag 1: JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies  
(non-randomized experimental studies)**

**Bilag 2: SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser**

## 5.1 Bilag 1

### JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies

#### (non-randomized experimental studies)

Reviewer	Date			
Author (7)	Year		Record Number	
	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
Comments (Including reason for exclusion)				
CG og EG var rimelig ens jf. Tabel 1. Dog er flere med primær lungecancer i EG, og flere med metastaser i CG. Dvs. tumorer forskellige i CG og EG, men demografiske data ens. Der er samlet data fra CG før EG, hvilket trækker op i bedømmelse af studiet og minimere bias. Resultatet af studiet er direkte anvendelig ift. PICO				



## 5.2 Bilag 2

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser	
Forfatter, titel: The impact of individuel quality og life assessment on psychosocial attention in patients with chest malignancies:a randomized study; (15).	
Tidsskrift, år: 2013. Support Care Cancer 21:87-95	
Checkliste udfyldt af: Pia Runge Mahler	
<b>1. Intern gyldighed</b>	
Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.1 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	ja
1.2 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	ja, men vides ikke, hvor mange kuverter, der var i alt (lille obs.)
1.3 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	rimelig ens, lidt variation (p-værdi høj)
1.4 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	ja
1.5 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	Uklart, fx via randomisering til CG+EG trak ptt. tilfældigt en forsegleet kuvert (gennemsigtig kurverter? antal ikke angivet)
1.6 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	ja
1.7 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	ja
1.8 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	alle
1.9 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	ja. (se Tabel 4, s. 93).
1.10 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	ikke relevant
<b>2. Overordnet bedømmelse af UNDERSØGELSEN</b>	
2.1 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? Anfør ++, + eller □.	+ randomiseringen er uigennemsigtig, blindet, men uvist hvor mange kurverter der var ved randomiseringen. Derfor kan de sidste personer måske ikke være blindet.
2.2 Hvis bedømt som + eller □, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	(ikke reelt blindet, da læger, som blev præsenteret for EG's computerbaserede data om HRQL i konsultationen, muligvis blev foranlediget til en diskussion af HRQL problematikker uden at se detaljer fra rapporten dvs. det var et åbent design, se s. 94 nederst, 1. spalte
2.3 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	ja
2.4 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	ja, passer på mit PICO
<b>3. Beskrivelse af undersøgelsen.</b>	
3.1 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Jf MATRIX over studiet
3.2 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Jf MATRIX over studiet
3.3 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	Jf MATRIX over studiet
3.4 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Jf MATRIX over studiet
3.5 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Jf MATRIX over studiet
3.6 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Jf MATRIX over studiet
3.7 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Jf MATRIX over studiet
3.8 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	Jf MATRIX over studiet
3.9 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	<u>Bias</u> : konsultationslægens gennemsnitlige træning ift. at fortolke /registrere HRQL kendetegn var ikke medtaget i de endelige data. Samt der blev ikke registreret, i hvilket omfang og grad de præsenterede data i EG blev brugt i selve konsultationen. Alle ptt. i EG + CG udfyldte EORTC skema dog i forskellige formater, og samlet set kan der derfor være et øget fokus på HRQL problemer i hele gruppen og således sætte spørgsmålstegn ved randomiseringseffekten. Ikke målt på frafald (n=2) fra interventionsgr. + forklaret s. 90n.