



Urologisk kreft hos eldre

Kommunisere usikkerhet -geriaterens perspektiv

Siri Rostoft, overlege, professor
Geriatrisk avdeling, OUS, Ullevål
Universitetet i Oslo
srostoft@gmail.com

Prognose avhenger av

Kreftsykdommen

Behandlingsmuligheter

Pasientens
helsetilstand

Prognose er mer enn tid til død



The anticipated course of living with an illness

Overlevelse, risiko for komplikasjoner

Livskvalitet, funksjonsnivå, kognitiv funksjon før og etter behandling

«Unpredictable events» – forberede seg på det



Medisinsk kunnskap og skjønn



Pasientens egne interesser, preferanser, håp, bekymring og forventninger om fremtiden

PROGNOSIS IS PERSONAL!

Beslutninger om behandling

- En prosess der man velger mellom ulike alternativer
- Målet er å ta en avgjørelse som gjør at man oppnår ønskede utfall og unngår uønskede utfall
- Oppnå dette: Må kjenne pasientens preferanser, og pasientens kontekst

Hva er spesielt med eldre?

- Vi mangler forskning som viser hva som er den beste behandlingen
- Eldre i kliniske studier er selektert
- Pasienter med komorbiditet ekskluderes fra kliniske studier
- Skrøpelige pasienter ekskluderes fra kliniske studier
- Komorbiditet, kognitiv svikt, competing risks

CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN



1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).



Idea: marije Hamaker

Geriatric Assessment (GA) & Management

- **Pasientens preferanser**
 - **Funksjonsnivå**
 - **Mobilitet**
 - Komorbiditet
 - Medikamenter
 - **Kognitiv funksjon**
 - Ernæringsstatus
 - Depresjon/angst
 - Sosialt nettverk
- Oppdage ukjente problemer
 - Optimalisering før behandling
 - Forventet levetid
 - Prediksjon av komplikasjoner
 - Planlegging av behandling
 - Baseline før behandling
 - Samvalg – shared decision-making

 - Beregne skrøpelighetsindeks

Outcomes that matter to older patients

Sykdoms-spesifikke utfall: tid til progresjon, overlevelse

Outcomes that matter: klare seg selv, funksjonsnivå, kognitiv funksjon, kunne gjøre en spesifikk aktivitet, symptomkontroll

Starte med pasientens eget liv, verdier og prioriteringer når lager en plan

Utfordringer - beslutninger

1. Usikkerhet – vi er dårlige til å prognostisere på individnivå
 - Vi overestimerer ofte med en faktor på 5
2. Ambivalens hos pasienter – sier de vil vite, men vil egentlig ikke
 - I ask the question, and then I don't want to know the answer. But the question is out there, and then I am devastated.

Utfordringer

3. Vi vil ikke skape angst og depresjon hos pasienten, ta fra dem håpet

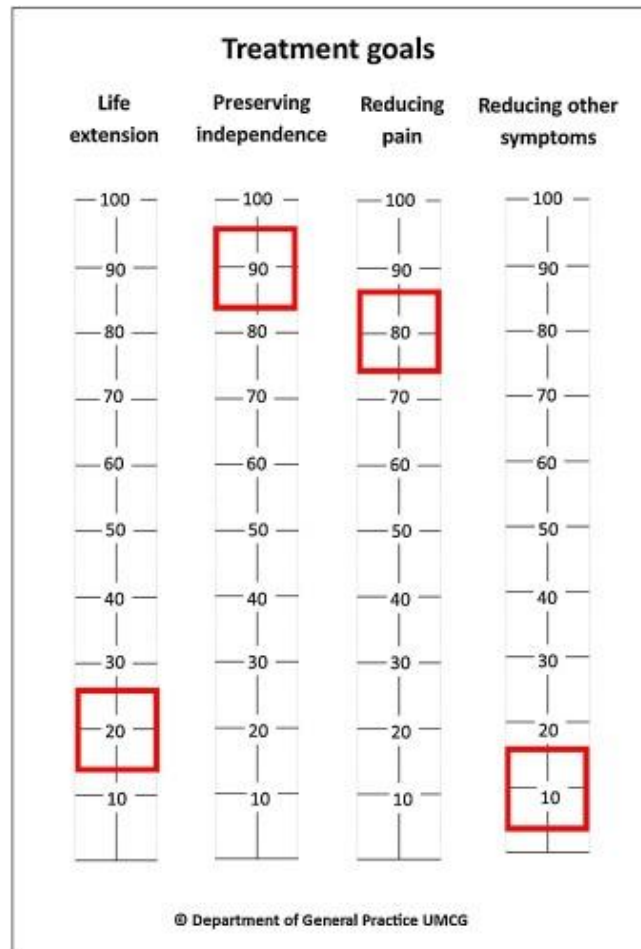
- “You know I can’t tell you that”
- “Only God knows”
- “We are very bad at predicting this sort of thing”

4. Vi ønsker likevel at pasienten skal være informert om sin egen situasjon (velge hva de vil gjøre med tiden sin, redd for at de oppfatter at **vi ikke tør** å snakke om døden)

Utfordringer

- Jeg vil ikke ha behandling
- Jeg vil leve til jeg blir 110!
- Obs underliggende forventninger som ikke stemmer
- Obs press fra pårørende
- Obs urealistiske forventninger

OPT – outcome prioritization tool



Kognitiv svikt og samtykkekompetanse

Eldre pasienter –
mange med kognitiv
svikt og demens

Avanserte avveininger
skade versus nytte

Vurdere
samtykkekompetanse

Assistert samvalg
(pårørende som
kjenner pas deltar)

Beslutte på vegne av
pasienten – i Norge
legens oppgave

Diskutere mens
pasienten har
samtykkekompetanse

Konklusjoner



Prognose er mer enn overlevelse



Skrøpelighet og pasientens preferanser bør veies inn



GA godt utgangspunkt – hvordan ser en dag ut for deg?



Obs ved kognitiv svikt og demens



Care planning priorities of older patients with advanced bladder cancer

Sarah R. Jordan ^a, Christopher L. Geiger ^b, Stacy M. Fischer ^c, Elizabeth R. Kessler ^{b,*}

^a Division of Geriatric Medicine, Department of Medicine, University of Colorado School of Medicine, Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA

^b Division of Medical Oncology, Department of Medicine, University of Colorado School of Medicine, Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA

^c Division of General Internal Medicine, Department of Medicine, University of Colorado School of Medicine, Anschutz Medical Campus, Aurora, CO, USA



S.R. Jordan, C.L. Geiger, S.M. Fischer et al.

Journal of Geriatric Oncology 13 (2022) 432–439

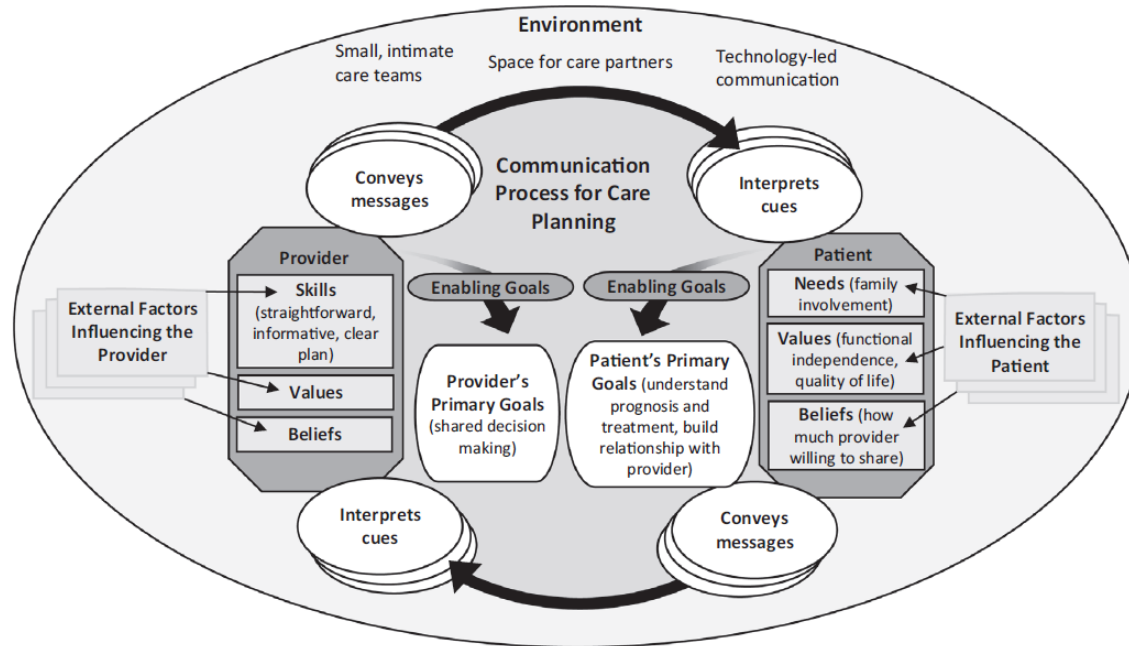


Fig. 1. A conceptual framework for patient-provider communication adapted to advanced bladder cancer.