



Samvalg for eldre kreftpasienter – hva ønsker pasienten?

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



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Geriatric Oncology



Shared decision-making in older patients with cancer - What does the patient want?

Siri Rostoft ^{a,b,*}, Frederiek van den Bos ^c, Reidar Pedersen ^d, Marije E. Hamaker ^e

^a Department of Geriatric Medicine, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

^b Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway

^c Department of Geriatric Medicine, University Medical Centre Utrecht, the Netherlands

^d Centre for Medical Ethics, Institute for Health and Society, The Medical Faculty, University of Oslo, Oslo, Norway

^e Department of Geriatric Medicine, Diaconessenhuis Utrecht, the Netherlands

Kasuistikk – mann med tumor på halsen

- 77 år, hjemmeboende
- Kommer til demensutredning
- Oppdager tilfeldig tumor colli

- Svært redusert korttidshukommelse
- Ingen innsikt
- Oppegående og hjemmeboende, lite komorbiditet

- Konsekvenser for utredning, samvalg og behandling

Disposisjon

1. Introduksjon
2. Kreftstadium og forventet utfall - prognose
3. Geriatrisk vurdering og skrøpelighet
4. Hvordan få frem pasientens målsetninger og prioriteringer
5. Kognitiv svikt og beslutningskompetanse
6. Pårørendes rolle
7. Emosjonell respons og depresjon
8. Outcomes that matter to older patients
9. MDT-møter og samvalg

Introduksjon

- Bakgrunn for hvorfor vi skrev artikkelen
- Paternalisme: Legen vet best
- Involvering av pasient «standard of care»
- Hvordan? Spør pasienten – kan skape usikkerhet

Kreftstadium og prognose

- Aggressiv, raskt progredierende kreftsykdom
- Kreftsykdom som kan kureres
- Kreftsykdom som kronisk sykdom
- Kreftsykdommen kan ha god prognose, men annerledes hvis pasienten er skrøpelig og ikke tåler behandling

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
- Hope/worry method

Geriatrisk vurdering og skrøpelighet

- Tilpasset til pasientens helsetilstand
- GA gir et bredt bilde av pasientens problemer og styrker
- Skrøpelighet øker risiko for død, komplikasjoner og toksisitet
- GA påvirker behandlingsvalg ved kreft – endres i omtrent 30% av tilfellene

Pasientens målsetninger og prioriteringer

- Vanskelig for leger
- Mangler tid, kunnskaper og verktøy
- Er behandlingen hensiktsmessig i pasientens liv?
- Retningslinjer er generiske – ofte fra studier i andre populasjoner
- What matters most in your life?

Evt grave mer etter hvorfor

- Jeg vil ikke ha behandling
- Jeg vil ha behandling
- Obs underliggende forventninger som ikke stemmer
- Obs press fra pårørende
- Obs urealistiske forventninger

Kognitiv svikt og samtykkekompetanse

- Eldre pasienter – mange med kognitiv svikt og demens
- Avanserte avveininger skade versus nytte
- Vurdere samtykkekompetanse
- Assistert samvalg (pårørende som kjenner pasienten deltar)
- Beslutte på vegne av pasienten – i Norge legens oppgave
- Diskutere mens pasienten har samtykkekompetanse

Pårørendes rolle

- I Norge – si noe om hva pasienten hadde ønsket
- Pasienter opplever pårørende som en støtte
- Pasienter redde for å være en byrde
- Pårørende har egne forventninger, ting de er redde for, ønsker

Emosjonell respons og depresjon

- Kreftdiagnose – ansikt til ansikt med egen død
- Håp, håpløshet – ofte svingende
- Lege gi emosjonell støtte, kontroll over fysiske symptomer, hjelpe å sette realistiske mål, balansere prognostisk informasjon med håp
- Depresjon: Følge opp, behandle

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
- Obs reevaluere (ofte response shift)

MDT-møtet

- Tumor-spesifikt
- Radiolog, kirurg, patolog, onkolog
- Ofte ingen har sett pasienten
- Grad av skrøpelighet? Preferanser?
- «Pretty fit and healthy»
- GA og preferanser bør være tilgjengelig der beslutningen fattes

Konklusjon

- Samvalg er ønsket
- Må øve seg, bruke tid, bruke verktøy
- GA godt utgangspunkt – hvordan ser en dag ut for deg?
- Dokumentere i journal, men obs reevaluere