

Geriatrinen arviointi ohjaa iäkkään syöpäpotilaan hoidon suunnittelua

Arviointi ilman tietoa potilaan toimintakyvystä voi johtaa syöpähoitojen epätarkoituksenmukaiseen kohdentamiseen. Geriatri-ontologinen toimintamalli auttaa kohdistamaan syöpälääkehoidon siitä hyötyville potilaille hidastamatta hoidon aloitusta.

YLI 75-VUOTIAIDEN vuotuisen syöpätapausmäärän ennustetaan Suomessa kaksinkertaistuvan vuodesta 2013 vuoteen 2030 (1). Iäkkäiden potilaiden hoitokuntoisuuden arviointiin perinteisesti käytetty Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) -luokitus (2) on riittämätön tunnistamaan iäkkään potilaan hoitokuntoisuuteen vaikuttavia tekijöitä (3).

Laaja-alainen geriatrinen arvio (comprehensive geriatric assessment, CGA) auttaa syöpälääkäreitä hoitopäätösten tekemisessä tarjoamalla kattavan kuvan iäkkään potilaan kokonaistilanteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä (4,5). Arviossa selvitetään potilaan terveydentilaa ja toimintakykyä systemaattisesti.

Prospektiivisissa tutkimuksissa geriatrinen arviointi on standardihoitoon verrattuna vähentänyt suunnittelemattomia käyntejä (6) ja hoidon haittavaikutuksia (7,8) iäkkäillä syöpäpotilailla heikentämättä heidän eloonjäämistään (7) ja parantaen elämänlaatua (6) ja tyytyväisyyttä hoitoon (9).

Kaikkien iäkkäiden syöpäpotilaiden arviointi ei ole rajallisten resurssien vuoksi mahdollista, mutta geriatrinen arviosta eniten hyötyvät voidaan tunnistaa seulontatyökaluja käyttäen (10).

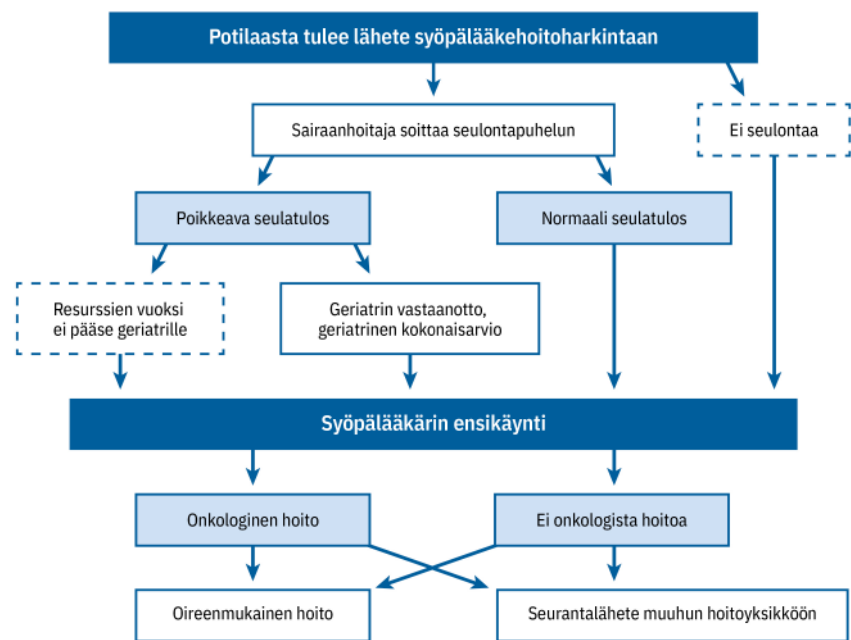
Geriatrisonkologinen toimintamalli

Geriatrisonkologinen toiminta käynnistettiin Tampereen yliopistollisessa sairaalassa (Tays) syyskuussa 2018 pilotilla, minkä jälkeen toimintamalli

KUVIO 1.

Geriatrisonkologisen toimintamallin prosessikaavio

Toimintamallissa ovat mukana kaikki Taysin syövänhoidon vastuualueelle lähetetyt ≥ 75 -vuotiaat potilaat, joille suunnitellaan syöpälääkehoidon aloitusta.



vakinaistettiin. Toimintamallissa ovat mukana syövänhoidon vastuualueelle lähetetyt ≥ 75 -vuotiaat potilaat, joille suunnitellaan syöpälääkehoidon aloitusta (kuvi 1).

Geriatrisonkologista arviointia tarvitsevien potilaiden tunnistamiseen käytetään G8-seulontatyökalua (11). Sairaanhoitaja tekee G8-seulan (liitetaulukko 1) potilaalle puhelimitse. Seula koostuu kahdeksasta kysymyksestä, jotka

käsittelevät potilaan ravitsemustilaa, liikuntakykyä, neuropsykologisia ongelmia, lääkemäärää ja koettua terveyttä (10,12).

Poikkeava tulos on ≤ 14 pistettä (maksimipisteet 17). Poikkeavan tuloksen saaneet potilaat ohjataan geriatrinen arvioon ennen syöpälääkärin vastaanottoa. Seulasta normaalin tuloksen saaneet menevät suoraan syöpälääkärin ensikäynnille tavanomai-

sen hoitokäytännön mukaisesti.

Geriatrit kartoittaa potilaan pitkäaikaissairaudet ja lääkityksen sekä antaa selvityksen hoitokuntoisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Geriatrisessa arvioinnissa kerätään laaja-alaisesti tietoa potilaasta (taulukko 1).

Toiminnan arviointi

Toimintaa arvioitiin pilottitutkimuksessa, jonka aineisto muodostui 9/2018–2/2019 poliklinikalla käyneistä potilaista. Heitä verrattiin ennen toiminnan käynnistämistä (1–6/2018) samassa yksikössä hoidettuihin potilaisiin. Kullekin pilottijakson aikaiselle potilaalle pyrittiin valitsemaan iän, sukupuolen, syöpädiagnoosin ja TNM-luokituksen mukaan kaltaistettu verrokki. Kymmenelle potilaalle ei löytynyt sopivaa syövän ja levinneisyyden mukaista verrokkia.

Potilaat ja verrokki tunnistettiin poliklinikan käyntitiedoista.

Pilottitutkimusaineisto muodostui 101 potilaasta, joista poikkeavan seulatuloksen saaneet 69 potilasta ohjattiin geriatriin vastaanotolle. Rajallisesta geriatriresurssista johtuen vain 50/69 potilasta kävi geriatriin vastaanotolla. Seulasta normaalin tuloksen sai 32/101 potilasta, ja heidät ohjattiin suoraan syöpälääkärin vastaanotolle.

Seulottujen ja verrokkien tulokset on esitelty liiteaineiston taulukossa 3. Geriatriin arvioimat (n = 50) potilaat ja heidän verrokkinsa olivat keskenään samankaltaisia (liitetaulukko 2) lukuun ottamatta ECOG-luokkaa: geriatriin arvioimista suurempi osa oli ECOG-luokkaa 3–4 kuin heidän verrokeistaan (44 % vs. 17 %, p = 0,039; liitekuvio 1).

Geriatrin vastaanotto oli keskimäärin 14 (0–42) vuorokauden kuluttua läheteen saapumisesta. Syöpälääkärin vastaanotto oli läheteestä laskettuna hieman aiemmin niillä potilailla, jotka kävivät geriatriin vastaanotolla kuin heidän verrokeillaan: 19 (6–46) vs. 22 (3–49) vuorokautta (p = 0,121).

Geriatrin arvioimien potilaiden hoidossa syöpälääkäri päätyi harvemmin syövän etenemistä hidastavaan hoitolinjaan kuin verrokeilla (36 % vs. 53 %; p = 0,102; liitetaulukko 2). Kuratiivinen hoitotavoite oli yhtä yle-

TAULUKKO 1.

Geriatrisen arvioinnin sisältö ja tehtävänjako sairaanhoitajan ja geriatriin kesken

Arvioinnin osa-alue	Arvioija	
	Sairanhoitaja	Geriatrit
Sairaudet		
Diagnoosit		x
Hoitotasapaino ja vaikeusaste		x
Sairauksien vaikutus toimintakykyyn		x
Lääkitys		
Käytössä olevien lääkkeiden kartoittaminen	x	
Lääkityksen arviointi ja tarvittaessa muuttaminen		x
Oirelääkkeiden riittävyys	x	x
Oireet		
Syöpäsairauden aiheuttamat oireet	x	x
Oireet ja löydökset aiemmin havaitsemattomista sairauksista		x
Suorittuminen päivittäistoiminnoissa		
IADL (Instrumental Activities of Daily Living) -asteikko ¹	x	
Katzin indeksi (päivittäiset perustoiminnot; ADL) ¹	x	
Ravitsemustila		
Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF) ²	x	
Ravitsemustilan arviointi		x
Fyysinen suorituskyky		
Käden puristusvoima ¹	x	
Tuoliltanousutesti ¹	x	
Gerastenia		
FRAIL-scale ³ tai Friedin fenotyyppimallin gerastenian kriteerit ³		x
Clinical Frailty Scale (CFS) ⁴		x
Kognitio		
Mini Mental State Examination (MMSE) ¹	x	
Kellotesti	x	
Mieliala		
Kaksi kysymystä masennuksesta ¹		x
Tarvittaessa masennuksen diagnostiset kriteerit		x
Sosiaalinen tukiverkosto		
Potilaan ja/tai läheisen haastattelu	x	x
Potilaan omat toiveet, hoitotahto		x
Koettu terveys, elämälaatu	x	x
Yhteenveto potilaan kokonaistilanteesta ja hoitokuntoisuuteen vaikuttavista tekijöistä		x

Arviointi ja tehtävänjako Taysin geriatrioskologisella poliklinikalla.

¹ TOIMIA-tietokanta, Terveysportti, Duodecim.

² www.gery.fi/site/assets/files/1253/mna_mini_finnish.pdf

³ Koivukangas M. ym. Vanhuksen gerastenia – tunnista riskipotilas. Suom Lääkäril 2017;72:425–30.

⁴ Alakare J, Strandberg T. Gerastenia – Kuinka tunnistan ja miksi? Suom Lääkäril 2020;75:1369–72.

nen geriatriin arvioimilla potilailla kuin heidän verrokeillaan (34 % ja 36 %, p = 1,000; liitetaulukko 2). Kun tarkasteltiin kaikkia aloitettuja solunsalpaaja-hoitoja, annosten räättälöinti näytti olevan yleisempää geriatriin arvioimilla kuin verrokeilla (37 % vs. 15 %;

p = 0,160; liitetaulukko 3).

Hoitojen aikaisia ylimääräisiä sairaalahoitojaksoja, syöpäpoliklinikan käyntejä sekä terveyskeskus- ja sairaalapäivystyskäyntejä oli kummasakin ryhmässä yhtä paljon (liitetaulukko 3).

Päätelmät

Taysissa luotiin iäkkäiden syöpäpotilaiden seulontaan ja tunnistettujen riskipotilaiden geriatriseen arviointiin perustuva geriatris- onkologinen toimintamalli. Toimintamalli ei viivästyttänyt potilaiden hoitoon pääsyä eikä syöpähoidon aloitusta aiemmin hoidettuihin kaltaistettuihin verrokkeihin verrattuna. Pilottitutkimus osoitti, että geriatrisen arviointi on mahdollista liittää normaaliin lähetekäsittelyyn ja kliniseen arkityöhön.

Uusi toimintamalli on myös jalkautunut hyvin käytäntöön: se sisällytetään osaksi kliinistä toimintaprosessia eikä jäänyt yksittäisten läheteitä käsittelevien lääkärin muistin varaan. Puhelimitse suoritettu G8-seulonta auttoi ohjaamaan geriatrisen vastaanotolle nimenomaan hauraat potilaat (10,13). Seulatulokset olivat poikkeava noin kahdella kolmasosalla seulotuista ≥ 75 -vuotiaista, mikä on sama osuus kuin G8:n validaatio tutkimuksessa (15).

Toiminta on näyttänyt ohjaavan iäkkäiden, hauraiden potilaiden syöpähoitoa useammin räätälöityihin annoksiin tai pidättäytymään kokonaan lääkähoidon aloituksesta, kuten aiemmissakin tutkimuksissa on todettu (7,14). Hyväkuntoisia iäkkäitä on hoidettu tavanomaiseen tapaan.

Syöpälääkärin vastaanotolla on ollut enemmän aikaa keskustella hoitolinjoista ja syövän hoitovaihtoehtoista, kun potilaan kokonaistilanne on kartoitettu jo ennen ensikäyntiä. Syöpälääkärin ensikäyntiä edeltävän geriatrisen arvioinnin on aiemminkin kuvattu lisäävän keskusteluja ikään-tyymiseen liittyvistä hoidon haasteista sekä potilaiden ja omaisten tyytyväisyyttä vastaanotolla käytyihin keskusteluihin (9).

Toiminnan jatkuva seuranta on tärkeää hoitoprosesseja kehitettäessä (15). Tämän mahdollistamiseksi sen avainkohdat, G8-seulan tulos ja ECOG-toimintakyky luokitukset, on kirjattu rakenteellisesti potilastietojärjestelmään. Lisäksi G8-seulontapuhelut on kirjattu seulontatoimenpidekoodilla. Nämä kirjaukset mahdollistavat hoitoprosessin seurannan reaaliaikaisesti tiedolla johtamisen työkalulla.

Geriatris- onkologinen toimintamalli on osoittanut hyödyllisyytensä ja soveltuu hyvin suomalaiseen terveydenhoitojärjestelmään. G8-seululla rajalliset terveydenhuollon resurssit voidaan kohdentaa niitä eniten tarvitseville. •

Kaisa Lehtomäki

LT, syöpätautien kliininen opettaja, syöpätautien erikoislääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta ja Pirkanmaan hyvinvointialue, Tays, syövänhoidon vastuualue, Tays Syöpäkeskus

Hanna Kerminen

LT, geriatrisen kliininen opettaja, geriatrisen erikoislääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Gerontologinen tutkimuskeskus (GEREC) ja Pirkanmaan hyvinvointialue, Tays, geriatrisen vastuualue

Tuomas Nyrhilä

LL
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Roosa Laine

LL
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta

Pia Österlund

LT, professori, syöpätautien erikoislääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Pirkanmaan hyvinvointialue, Tays, syövänhoidon vastuualue, Tays Syöpäkeskus, Hus Syöpäkeskus ja Karoliininen instituutti

Maarit Bärlund

LT, dosentti, DI, syöpätautien erikoislääkäri, terveydenhuollon tietotekniikan erityispätevyys, ylilääkäri, vastuualuejohtaja
Pirkanmaan hyvinvointialue, Tays, syövänhoidon vastuualue, Tays Syöpäkeskus

Esa Jämsen

LT, geriatrisen tenure track -professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta ja Tays, geriatrisen vastuualue

Liiteaineisto verkkoversiossa

www.laakarilehti.fi SLL 35–36/2023

KIRJALLISUUTTA

- Pitkäniemi J, Malila N, Virtanen A, Degerlund H, Heikkinen S, Seppä K. Syöpä 2018 Tilastoraportti Suomen syöpätalanteesta. Suomen Syöpäyhdistys 2020.
- Oken MM, Creech RH, Tormey DC ym. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5:649–55.
- Baumann C, Baumann R, Wedding U. The importance of a detailed geriatric functional assessment of older patients with cancer. *Oncol Res Treat* 2021;44:221–31.
- Wildiers H, Heeren P, Puts M ym. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014;32:2595–603.
- Hamaker M, Lund C, Te Molder M ym. Geriatric assessment in the management of older patients with cancer – A systematic review (update). *J Geriatr Oncol* 2022;13:761–77.
- Soo WK, King MT, Pope A, Parente P, Därziş P, Davis ID. Integrated Geriatric Assessment and Treatment Effectiveness (INTEGRATE) in older people with cancer starting systemic anticancer treatment in Australia: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Heal Longev* 2022;3:e617–27.
- Mohile SG, Mohamed MR, Xu H ym. Evaluation of geriatric assessment and management on the toxic effects of cancer treatment (GAP70+): a cluster-randomised study. *Lancet* 2021;398:1894–904.
- Li D, Sun C-L, Kim H ym. Geriatric assessment-driven intervention (GAIN) on chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2020;38(15 suppl):12010.
- Mohile SG, Epstein RM, Hurria A ym. Communication with older patients with cancer using geriatric assessment. *JAMA Oncol* 2020;6:196.
- Garcia M V, Agar MR, Soo W-K, To T, Phillips JL. Screening tools for identifying older adults with cancer who may benefit from a geriatric assessment: a systematic review. *JAMA Oncol* 2021;7:616–27.
- Soubeyran P, Bellera C, Goyard J ym. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. *J Clin Oncol* 2011;29(15 suppl):9001.
- Soubeyran P, Bellera C, Goyard J ym. Screening for vulnerability in older cancer patients: the ONCODAGE prospective multicenter cohort study. *PLoS One* 2014;9:e115060.
- Laine R, Nyrhilä T, Kerminen H ym. Geriatriset oireyhtymät ovat yleisiä iäkkäillä syöpäpotilailla. *Suom Lääkäril* 2022;78:e32141.
- Hamaker ME, te Molder M, Thielen N ym. The effect of a geriatric evaluation on treatment decisions and outcome for older cancer patients – a systematic review. *J Geriatr Oncol* 2018;9:430–40.
- Loh KP, McHugh C, Mohile SG ym. Using information technology in the assessment and monitoring of geriatric oncology patients. *Curr Oncol Rep* 2018;20:25.

SIDONNAISUDET

Kaisa Lehtomäki: Konsultointi (Amgen, Bayer, Roche), luontopalkkiot (Turun yliopisto, Astra Zeneca, Suomen lymfoomaryhmä, Amgen), matka-, majoitus- tai kokouskulut (Roche, Bayer, Servier).

Hanna Kerminen: Luontopalkkiot (Turun yliopisto, Keski-Suomen keskussairaala, Ålands hälsö- och sjukvård, BMS–Pfizer, Duodecim, Lääkäriliitto, THL)

Tuomas Nyrhilä: Ei sidonnaisuuksia.

Roosa Laine: Ei sidonnaisuuksia.

Pia Österlund: Johtokunnan/hallituksen jäsenyys (Colores), konsultointi (Amgen, Astra Zeneca, Bayer, Celgene, Fresenius–Kabi, Nutricia, Nordic Drugs, Merck, MSD, Sanofi, Servier, Roche, Janssen), työsuhde (Docrates, Karolinska sjukhuset/Institutet), apurahat (Tays tukisäätiö, Tays OOO-projekti, Tays VTR-rahoitus, Syöpäsäätiö, Finska Läkaresällskapet, Relanderin säätiö, Hus VTR-rahoitus), luontopalkkiot (Onkologiyhdistys, Suomen syöpäsairaanhoitajat, Nutricia, Fresenius–Kabi, Novartis), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Duodecim).

Maarit Bärlund: Korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Duodecim: Syöpätaudit-oppikirjan kirjoittajapalkkio).

Esa Jämsen: Ei sidonnaisuuksia.