

Referat fra DCCC Age internat, 25.-26. februar 2019

Deltagere:

Region Hovedstaden: Cecilia Lund, Kirsten Vistisen, Lærke Winther, Maria Kristensen,

Region Sjælland: Jørn Herrstedt

Region Syd: Eva Jespersen, Henrik Ditzel, Henrik Eshøj, Jesper Ryg, Katja Thomsen, Lisbeth Minet, Marianne Ewerts, Stefan S. Jeppesen, Stine B. Winther, Trine L. Jørgensen

Region Midt: Eva Boysen, Gabor Liposits, Lisbeth K. Madsen, Lone Lietzen, Marianne Ørum

Region Nord: Svetlana Kunwald,

KB: Bolette Danckert

Afbud fra:

Ann-Kristine Weber Giger (RSyd), Troels Gammeltoft Dolin (RH)

Referent: Trine L. Jørgensen

1. Velkomst

v. Trine L. Jørgensen

2. DCCCs fokus på nationale protokoller

v. Henrik Ditzel, Forskningsleder, professor, Onkologisk afd. OUH

Baggrund for DCCC og hvad der arbejdes med.

Af særlig interesse for DCCC Age nævnes:

- Knæk cancer – midler til ældre og kræft 2019
- DCCC Age midler – til forberedelse af nationale protokoller
- DCCC Planer 2019 – fx til "Real-World data": Ny medicin – indsamling af erfaringer

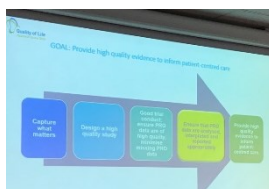
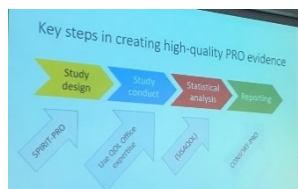
3. PRO/QoL data – hvad, hvordan, hvorfor?

V. Henrik Eshøj, Project Manager, Ph.d. Quality of Life Research Center, Hæmatologisk Forskningsenhed, OUH

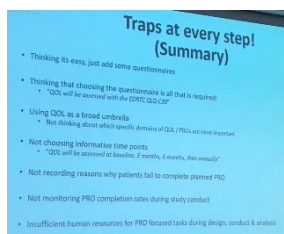
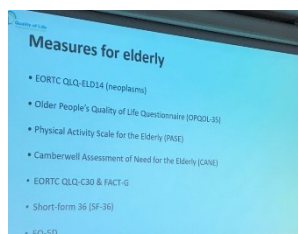
Meget relevant indlæg om definition, indsamling af og arbejde med QoL/PRO data. Fokus på valg af rette instrument. Bevægelse fra måling af global QoL til mere fokuserede områder. Vigtigheden af at få valgt de rette målinger og måletidspunkter i studiedesignet med udgangspunkt i SPIRIT-PRO (Calvert et al. JAMA 2018 [10.1001/jama.2017.21903](https://doi.org/10.1001/jama.2017.21903)).

Spørgsmål om PRO data hos de ældre patienter, der kan have svært ved at besvare spørgeskemaet selv: Der findes proxy spørgeskemaer som pårørende/sundhedspersonale kan besvare, men disse skemaer er ofte ikke validerede.

Key slides fra foredraget udsendes til deltagerne efter mødet.



Specifikke skemaer til ældre:



Herudover: opfordring til brug af PRO-CTCAE til registrering af selv-rapporterede bivirkninger. Er udviklet af U.S National Cancer Institute samt oversat og valideret på dansk (Bæksted et al., 2016).

CGA – Comprehensive Geriatric Assessment. “Den Optimale CGA” – screening og intervention. Værktøjer i brugen af CGA – Kan vi skabe en national konsensus?

Cecilia Lund, læge, ph.d., geriatrisk afd., Herlev Hospital

Marianne Ørum, overlæge, geriatrisk afd., Aarhus Hospital

Gennemgang af

- CGA
- GA (Geriatric Assessment)

Hvad er de og hvad er forskellen? CGA er en tværfaglig geriatrisk arbejdsmodel, hvor hele patientens helbredsmæssige situation gennemgås, og hvor der iværksættes skræddersyet interventionsplan for alle identificerede helbredsproblemer. GA er en samling spørgeskemaer (skemaer og screeningsværktøjer) som pt selv typisk udfylder. GA afdækker problemer indenfor geriatriske domæner, men indeholder ikke per automatik en intervention, da ingen fagperson er involveret. GA kan bruges hvis man ikke har adgang til geriatrisk team, men kræver at man selv følger op på svar og intervenserer.

Screeningsværktøjer kan bruges til at identificere pt, som har brug for geriatrisk vurdering og intervention. Screeningsværktøjerne gennemgås - der findes ikke noget med både høj specificitet eller sensitivitet

- G8 anbefalet af SIOG
- Modified G8 – med inkorporeret PS og hjertesygdom
- VES-13: Fokuserer meget på funktionsniveau
- Der blev præsenteret et forslag på en nyt dansk screeningsværktøj, som skal valideres.

Overordnet skal man huske at screeningsværktøjer kan kombineres for at få indhentet informationer om det man ønsker.

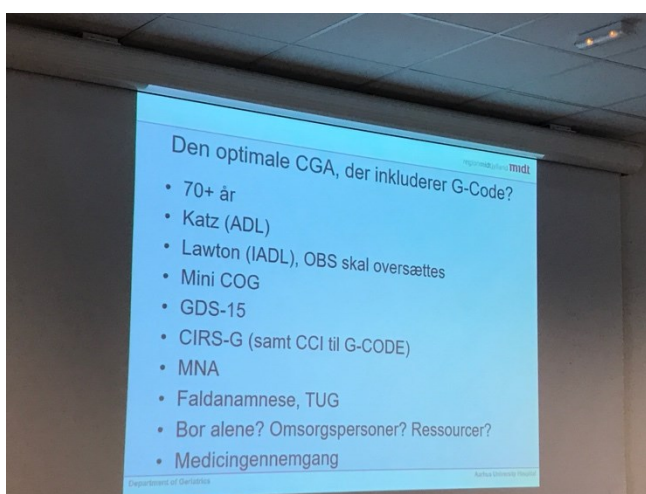
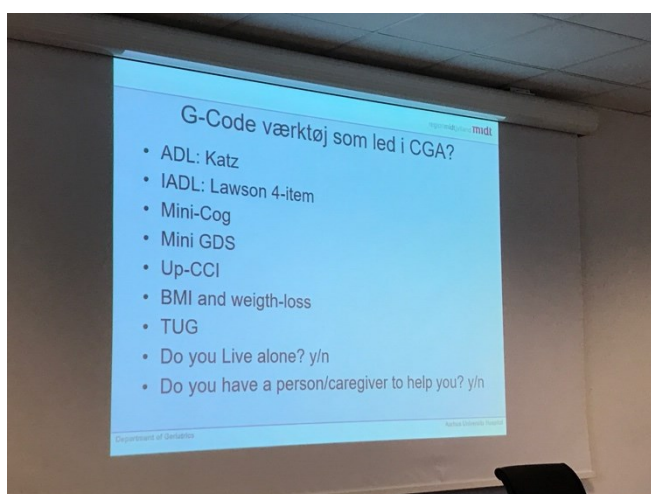
Om ”den optimale CGA”

Der tages udgangspunkt i [Paillauds et al.](#) – Geriatric Core Dataset for Clinical research in older patients with cancer. Registrering af disse parametre i danske onko-geriatriske studier giver mulighed for at sammenligne data med data fra internationale studier.

Forslag fra **Paillauds G-Code –**

og forslag til

“Den Danske Model”



- TUG: Der foreslås ”rejse-sætte-sig” (RSS) i stedet for (eller som supplement til) TUG

- Social støtte: Bor pt alene, omsorgspersoner. Mangler styrken af netværket. Der foreslås Lubbe social Network scale eller "caregivers burden"
- Alderskriterium – der foreslås 70 år
- Medicinering – ikke med i G-code. Der foreslås Lars Matzens registreringsmetode
- "Den Danske Model" vil blive uddybet nærmere med forslag til, præcist hvilke data, der skal indsamles, ved en arbejdsgruppe.

Composite Endpoints – Anvendelse og faldgruber

Ved Stine B. Winther

Muligheden for andre designs end primære og sekundære endepunkter

Coprimary endpoints

Composite endpoints – flere del-endepunkter

- Skal gerne være lige vigtige for patienterne
 - o Jo større forskel ml mest og mindst vigtige endepunkt jo større skepsis
- Del-endepunkterne skal helst opstå lige hyppigt
 - o Jo større forskel i forekomst, jo mindre informativt
- Sammenlignelig RR reduktion
 - o Varsomhed ved tolkning af data – hvis for store forskelle, da risiko for at outcome drives af et enkelt af endepunkterne, ikke det kompositte

Fordelen ved anvendelse af kompositte endepunkter kan være behov for mindre population og kortere follow-up

Gennemgang af protokolforslag

- o Stefan S Jeppesen – Impact of CGA on QoL, overall survival and the need for admission in patients diagnosed with localized NSCLC treated with SBRT – a national randomized study.
- o Gabor Liposits – Observationelt studie: PARPi in real world older women with Ovarian Cancer
- o Gabor Liposits – Spørgeskemaundersøgelse om sundhedsprofessionelles kendskab til og interesse for geriatrisk onkologi og hvilke barrierer, der er for tværfagligt samarbejde.
- o Stine B Winther – Impact of CGA on treatment decision in older cancer patients considered unfit for cancer treatment – a national randomized study.
- o Bolette Danckert – registerstudie: Kræft hos Ældre i Danmark
- o Trine L Jørgensen – RCT(?): Significance of baseline drug use optimization in older cancer patients starting palliative medical antineoplastic treatment

Dag 2: Arbejde med protokolforslag m.m.

Dannelse af grupper:

Gruppe 1: Stefan, Cecilia, Katja, Lisbeth, Gabor, Henrik E, Svetlana, Eva B.

Gruppe 2: Stine, Bolette, Eva J, Kirsten, Lærke, Marianne Ø, Lisbeth, Lone, Jesper, Maria, Trine,

Gruppe 1 drøftede

- Impact of CGA on QoL, overall survival and the need for admission in patients diagnosed with localized NSCLC treated with SBRT – a national randomized study.
 - o PI: Stefan Starup Jeppesen
 - o Planlagte livskvalitetsskema ændres. Primære analysetidspunkt ved 12 mdr. på baggrund af pilotstudiet.
- Poly (ADP-ribose) polymerase inhibitor treatment in “real-world” older patients with ovarian cancer.
 - o PI: Gabor Liposits
 - o G-core ved baseline. Designet forenklet lidt.
- Survey: Sundhedsprofessionelles holdning til geriatrisk onkologi
 - o PI: Gabor Liposits
 - o Meningen med dette er at øge opmærksomheden på geriatrisk onkologi hos de sundhedsprofessionelle – Gabor er tovholder på dette, og man kan sende forslag til spørgsmål til ham.

Gruppe 2 drøftede

- Impact of CGA on treatment decision in older cancer patients considered unfit for cancer treatment.
 - o PI: Stine B. Winther
 - o Plan: Videre planlægning med endelig definition af studiepopulation (en eller flere diagnoser?) og endepunkter (objektivt, funktionsmål? Livskvalitet? Co-primary endpoints?)
- Significance of baseline drug optimization in older cancer patients starting palliative medical antineoplastic treatment.
 - o PI: Trine Lembrecht Jørgensen
 - o Studiedesignet drøftet. Mulighed for i stedet at lave et kvalitetsstudie med medicinsanering som fokuspunkt i den onkologiske afdeling. Bør køres lokalt først og herefter evt bringes ud nationalt. Der arbejdes derfor ikke videre med dette studie i DCCC Age på nuværende tidspunkt.
 - o Input i plenum: Evt inddragelse af de praktiserende læger. Bede om medicingennemgang (obs – dette er ALLE læger forpligtet til at gøre, ikke bare den praktiserende læge)
- Kræft hos ældre i Danmark - indgang til sundhedsvæsen, behandling og prognose
 - o PI: Bolette Danckert
 - o Projektet er planlagt. PI vil have fokus på ”de mørke tal”, er der specielle grupper der ikke findes? Især blev nævnt ældre svækkede mennesker, som ikke ønsker sig udredt for evt. kræft – indberettes ofte ikke til cancerregisteret fra de medicinske afdelinger. Jf. ny artikel fra Jakob Pedersen, Marianne Ewerts et al. (<https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.02.001>).

Alle drøftede

- Konsensus om måleinstrumenter til brug i forskning inden for geriatrisk onkologi
 - o Diskussion efter oplæg ved Marianne Ørum på dag 1. Diskuteret i grupper og herefter i plenum. Der opnås enighed om at bruge værktøjerne brugt i G-Code, og supplere med

enkelte andre i forhold til den gode CGA (se billede ovenfor) – disse punkter diskuteres og geriaterne vil afgrænse enkelte af punkterne nærmere og melde disse tilbage.

- I forhold til statistikerhjælp på DCCC Ages projekter: Oplagt at høre om der er statistikere tilknyttet DCCC, hvis hjælp kan tilkøbes.
- Alle kan ikke være medforfattere på kommende artikler, men en mulighed er at tilføje et "on behalf of the DCCC Age group"
- I forhold til at søge midler til forskning i DCCC Age regi: Der opfordres til at alle tænker nye studier ind i DCCC Age regi i forhold til at gennemføre nogle samlede projekter, som der kan søges midler til.

Det fastslås at vi kalder de ældre older og ikke "elderly", jf. Lundebjerg, et al, When It Comes to Older Adults, Language Matters: JAGS Adopts Modified American Medical Association Style. J Am Geriatr Soc 65:1132-1133.

Næste møde

- **Tirsdag d. 11. juni, 2019** på Odense Universitetshospital. Indkaldelse og Dagsorden følger.