Ovariecancer

– kirurgisk behandling af den ældre, komorbide og/eller fragile patient

Version 1.0

GODKENDT
Faglig godkendelse
3. november 2025 (DGCG)
Administrativ godkendelse
26. november 2025 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION
Planlagt: 3. november 2028

INDEKSERING
Ovariecancer, kirurgi, comorbiditet, frailty, alder

Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) 2
Screening af ældre kvinder før behandling for ovariecancer 2
Udredning af kvinder med positiv screeningstest for skrøbelighed 2
Skrøbeligheds test og behandling 2
Ældre patienter (>70 år) 2
Komorbide patienter 2
2. Introduktion 3
3. Grundlag 4
Screening af ældre kvinder før behandling for ovariecancer 4
Udredning af kvinder med positiv screeningstest for skrøbelighed 4
Skrøbeligheds test og behandling 4
Ældre patienter (>70 år) 4
Komorbide patienter 4
4. Referencer 11
5. Metode 15
6. Monitorering 17
7. Bilag 18
8. Om denne kliniske retningslinje 21

1. Anbefalinger (Quick guide)

Screening af ældre kvinder før behandling for ovariecancer

1. **Screening for skrøbelighed anbefales hos patienter >70 år med avanceret ovariecancer forud for fælles beslutningstagning vedrørende behandlingsstrategi (B)**

2. **G8 og CFS anbefales (Bilag1) som screeningsværktøjer (D)**

Udredning af kvinder med positiv screeningstest for skrøbelighed

3. **Identifikation af skrøbelighed hos patienter >70 år med avanceret ovariecancer bør følges op af en geriatrisk vurdering og optimering forud for behandling. Dette bør foregå protokolleret• (C)**

   •Der foregår et randomiseret studie FRAGINOC, som undersøger, om geriatrisk udredning og optimering herunder fysioterapeut vejledt individualiseret træning under neoadjuverende kemoterapi, har effekt på, om patienten bliver tilbudt intervalkirurgi, på forbedring af skrøbelighed samt på fysisk formåen. Studiet forsøger endvidere at skabe evidens for sammenhængen mellem skrøbelighed (vurderet ved G8, mG8, PS og CFS) og risikoen for komplikationer til den kirurgiske og onkologiske behandling. På de afdelinger, hvor studiet inkluderer patienter, vil ovenstående retningslinje først blive implementeret, når den sidste patient er inkluderet, forventeligt i efteråret 2026.

Skrøbeligheds test og behandling

4. **Resultat af skrøbelighedstest bør indgå ved fælles beslutningstagning om behandling af ovariecancer (D)**

Ældre patienter (>70 år)

5. **Høj alder alene er ikke kontraindikation for operation (B)**

Komorbide patienter

6. **Komorbititet og Perfomance Status (PS) bør vægtes højt i valg af primær behandling (PDS vs. neoadjuverende kemoterapi) for at undgå komplikationer (C)**

2. Introduktion

I Danmark diagnosticeres cirka 50 % af alle nye kræftformer blandt patienter ≥70 år, og kvinder i alderen ≥65 år repræsenterer den hurtigst voksende befolkning (1, 2).

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Da størstedelen af patienter med ovariecancer er ældre, og dermed oftere har komorbiditet eller er skrøbelige af andre årsager, kan det være nødvendigt at give denne gruppe ekstra opmærksomhed før den kirurgiske behandling

Patientgruppe

Patienter med ovariecancer, der skal håndteres særligt med hensyn til kirurgisk behandling på grund af alder (>70 år), komorbiditet eller skrøbelighed.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

3. Grundlag

Screening af ældre kvinder før behandling for ovariecancer

1. **Screening for skrøbelighed anbefales hos patienter >70 år med avanceret ovariecancer forud for fælles beslutningstagning vedrørende behandlingsstrategi (B)**

2. **G8 og CFS anbefales (Bilag 1)som screeningsværktøjer (D)**

Udredning af kvinder med positiv screeningstest for skrøbelighed

3. **Identifikation af skrøbelighed hos patienter >70 år med avanceret ovariecancer bør følges op af Geriatrisk vurdering og optimering forud for behandling (C). Dette bør foregå protokolleret•**

   •Der foregår et randomiseret studie FRAGINOC, som undersøger, om geriatrisk udredning og optimering herunder fysioterapeut vejledt individualiseret træning under neoadjuverende kemoterapi, har effekt på, om patienten bliver tilbudt intervalkirurgi, på forbedring af skrøbelighed samt på fysisk formåen. Studiet forsøger endvidere at skabe evidens for sammenhængen mellem skrøbelighed (vurderet ved G8, mG8, PS og CFS) og risikoen for komplikationer til den kirurgiske og onkologiske behandling. På de afdelinger, hvor studiet inkluderer patienter, vil ovenstående retningslinje først blive implementeret, når den sidste patient er inkluderet, forventeligt i efteråret 2026.

Skrøbeligheds test og behandling

4. **Resultat af skrøbelighedstest bør indgå ved fælles beslutningstagning om behandling af ovariecancer (D)**

Ældre patienter (>70 år)

5. **Høj alder alene er ikke kontraindikation for operation (B)**

Komorbide patienter

6. **Komorbititet og Perfomance Status (PS) bør vægtes højt i valg af primær behandling (PDS vs neoadjuverende kemoterapi) for at undgå komplikationer (C)**

Litteratur og evidensgennemgang

Dette kapitel bygger på 3 metaanalyser,18 systematisk eller narrative reviews, 6 randomiserede undersøgelser 10 prospektive studier, 26 retrospektive studier, 10 databasestudier og 2 eksperts/konsensus erklæringer.
Litteraturen vedrørende skrøbelighed hos patienter med ovariecancer er sparsom, og en betydelig del af den fremsøgte litteratur omhandler skrøbelighed hos patienter med forskellige former for kræft. Kohortestudierne består som oftest af en kohorte uden mulighed for sammenligning med en kontrol gruppe.

Fragility - Baggrund

Skrøbelighed defineres som en tilstand, hvor mennesker får tiltagende svært ved at håndtere dagligdagen såvel som akutte stress situationer. Skrøbelighed er et resultat af aldersbetinget reduktion af den fysiologiske reservekapacitet og multiorgan funktion (3) og den er til stede hos mere end halvdelen af de ældre patienter (4).
I relation til større kirurgiske indgreb er skrøbelige patienter i betydelig risiko for død, postoperative komplikationer, såsom sepsis og sårinfektion, og kemoterapiintolerance (4). Det har været foreslået, at en øget inflammationstilstand med sekundære ændringer i koagulation er vigtige faktorer i udviklingen af skrøbelighed (5, 6). Immundefekt og specifikke biomarkører, der afspejler ernæring status, styrke og generel sundhed, kan give et indblik i den øgede inflammatoriske tilstand, der angiveligt er relateret til skrøbelighed (7).

Forbedret diagnostik og behandling samt centralisering af kræftbehandling og hurtige kræftforløb har øget overlevelsen i den danske OC befolkning med 8-10 % . Imidlertid er overlevelsen hovedsageligt steget i blandt de yngre patienter (8-10) .
Ifølge data fra Dansk Gynækologisk Database bliver 43 % af patienterne ældre end 70 år aldrig opereret, selvom komplet resektion efter operation er den vigtigste prognostisk faktor for overlevelse (8). Flere undersøgelser har vist, at en høj procentdel af æggestokkræftpatienter bliver underbehandlet. På trods af fravær af komorbiditet tilbydes de mindre omfattende (11), eller ingen operation, og mindre aggressive kemoterapi regimer (12, 13). Det er velkendt, at også de ældre vil have gavn af standardbehandling (14-19). Kronologisk alder alene kan ikke alene forudsige resultaterne og tolerancen af kræftbehandling, og alder bør ikke være et udelukkelseskriterium for kirurgi, adjuverende eller palliativ kemoterapi (20).
Flere videnskabelige selskaber herunder SIOG anbefaler skrøbelighedsscreening og udredning med Comprehensive Geriatric Assessement (CGA), af alle ældre kræftpatienter (> 65 år) forud for behandling. Inden for onkologisk geriatri betragtes CGA som golden standard til at identificere udfald i den ældre patients samlede helbredstilstand gennem udredning af bl.a., fysisk styrke, ernæringsstatus, mental sundhed, socialt netværk, komorbiditeter, polyfarmaci og geriatriske syndromer. Desværre er en CGA både ressource- og tidskrævende. Der er derfor et presserende behov for et screeningsværktøj, der identificerer de skrøbelige patienter, som vil have gavn af en CGA.

I Danmark er ECOG Performance status (PS), det hyppigst anvendte værktøj til at evaluere den sundhedsmæssige basale status for ovariecancerpatienten på MDT-konferencen. PS er en vigtig prognostisk faktor hos patienter med fremskreden ovariecancer - både for progressionsfri overlevelse og total overlevelse (21), og det har også vist sig at være prædiktivt for postoperative komplikationer hos patienter, der skal

opereres for gynækologisk kræft (22). PS alene er imidlertid ikke velegnet til at forudsige skrøbelighed (CGA) (23, 24).

Screenings metoder for skrøbelighed

Vurdering af skrøbelighed kan foretages ved hjælp af en række validerede tests, som vurderer en kombination af kognitiv status, depression, funktionsniveau, komorbiditet, ernæring, fysisk styrke og socialt netværk. Desuden er det nationalt blevet obligatorisk af screene indlagte patienter >80 år med CFS (Clinical Frailty Scale) (Bilag 1). Fælles for alle instrumenter er, at den prediktive værdi af det enkelte instrument ikke er tilbundsgående undersøgt på patienter med c ovarie og der foreligger ikke nogen systematisk sammenlignende undersøgelser, som kan udpege det optimale screeningsværktøj. Dansk Selskab for Geriatrisk Onkologi har udarbejdet en oversigt over validerede test som kan anvendes til udredning af skrøbelighed til brug ved forskning (*G-code PDF*), men der findes ikke en lignende anbefaling til klinisk vurdering.

Optimalt set er et screeningsværktøj en kort, enkel vurdering, som kun tager nogle få minutter, har høj følsomhed og negativ prædiktiv værdi. Der findes ingen screeningsværktøjersom kan erstatte CGA. Screeningen har til formål at begrænse antallet af ikke skrøbelige patienter, der unødigt henvises til CGA (25), da denne er både ressource- og tidskrævende.

Adskillige værktøjer til skrøbelighedsscreening er blevet udviklet og undersøgt blandt patienter med forskellige kræftformer. G8 har vist sig at være mere eller lige så følsom som andre screeningsværktøjer, der bruger CGA som den gyldne standard (25, 26), og er blevet valideret som et værdifuldt værktøj til at forudsige svækkelser i CGA hos ældre patienter med kræft i forbindelse medoperation (27).Screeningen i forbindelse med ovarie cancer er dog mindre ideel da 2 af de 8 domæner i G8 screeningen vedrører vægttab og BMI bør man være særlig opmærksom på ascites ved ovariecancer, der kan skjule et underliggende vægttab. En metaanalyse finder, at G8 score < 15 prædikterer øget komplikationsfrekvens postoperativt (28) G8 har i et systematisk review den største sensitivitet som screeningsværktøj for at afsløre behovet for CGA mens VES13 har den største specificitet (26).
I Danmark anvendes G8 aktuelt i forskningsmæssig sammenhæng i et multicenter randomiseret prospektivt studie, som tester fysisk træning før intervalkirurgi hos patienter >70 år med avanceret ovariecancer.

Baseret på evidens kan man ikke anbefale et specifikt screeningsværktøj (25) . Nogle screeningsværktøjer forudsiger specifikke resultater såsom funktionsnedgang, kemoterapirelateret toksicitet og postoperativ morbiditet (29-32). Men selv de værktøjer med højeste sensitivitet, har dårlig specificitet og negativ prædiktiv værdi, hvilket indebærer utilstrækkelig diskriminerende styrke til at udvælge patienter til yderligere vurdering (33). Kombinationen af flere screeningsværktøjer kunne derfor være en mulighed for at forbedre skrøbelighedsvurderingen (34-36). Et af disse kombinationsværktøjer er funktionelle tests, som bruges til at vurdere patientens styrke og derfor tilstedeværelsen af sarkopeni, et kendt geriatrisk syndrom, der vides at være ansvarlig for funktionsnedsættelse. Håndtrykstyrke og 30 sekunders stoletest er blandt andre prædiktorer for skrøbelighed og kan vejlede i vurderingen af skrøbelighed, inden et evt. operativt indgreb. Biologiske markører og immunologisk profilering er et andet kombinationsværktøj, der kan forbedre nøjagtigheden af skrøbelighedsscreening. Evalueringen af forskellige biomarkører og deres niveauændringer

kan give et indblik i patientens ernæring status, fysisk styrke og almentilstand, samt definere den inflammatoriske tilstand forbundet med skrøbelighed og kræft (37).
Ved kræft i æggestokkene er skrøbelighed et almindeligt fund og en selvstændig faktor for dårligere kirurgiske resultater og dårligere samlet overlevelse (38). Desværre udføres screening af skrøbelighed eller GCA ikke rutinemæssigt. En fuld CGA vurdering er den optimale tilgang (39) til bedre at kunne identificere risici og følgelig gribe ind og foretage en målrettet optimering af patienter og behandling, når screening tyder på potentielle skrøbeligheder.

International Society for Geriatric Oncology (SIOG) anbefaler brugen af et screeningsværktøj til at identificere patienter med kræft, som er svage og kan have gavn af yderligere evaluering, ideelt set CGA, som er et velkendt værktøj til at forudsige og forebygge komplikationer og toksicitet afledt af den onkologiske behandling til ældre patient med cancer (40-44). CGA vurdering er associeret til andelen af ældre patienter, der afslutter adjuverende kemoterapi (45) og kan korreleres til 1- og 5-års overlevelse hos patienter efter kræftoperation (43).

I Danmark udfører geriatere CGA, som består af en geriatrisk vurdering ved forskellige spørgeskemaer og værktøjer til at identificere psykologiske, medicinske og funktionelle begrænsninger hos den svage patient, med henblik på at udvikle en overordnet plan for præhabilitering for forbedring af patientens helbredstilstand til behandling og langsigtet opfølgning. Konsekvensen kan variere fra justering af medicinen, forbedring af ernærings-, psykisk og fysisk status og være med til at skabe de bedste sociale rammer for patienten (46).

Klinisk anvendelse af Fragilty scores
Screeningsværktøjer erstatter ikke Geriatrisk vurdering (GA), men anbefales i en travl praksis for at identificere de patienter med behov for fuld GA. Hvis unormalt, bør screening følges af GA og guidede tværfaglige interventioner.
Adskillige værktøjer er tilgængelige med forskellig ydeevne for forskellige parametre (inklusive følsomhed for at imødekomme behovet for yderligere GA). Yderligere forskning bør fokusere på screeningsværktøjers evne til at bygge kliniske veje og forudsige forskellige resultatparametre (25).
Til dato er der ingen data vedrørende effekten af geriatrisk vurdering og intervention hos patienter diagnosticeret med primær epitelial ovariecancer, men der foregår fem kliniske forsøg, som evaluerer disse problemer, to af dem hos ældre patienter (47-51).

Dertil er et prospektivt af 42 OC-patienter henvist til Geriatrisk Klinik til præoperativ evaluering. Alle gennemførte den elektroniske Rapid Fitness Assessment (eRFA) og blev fulgt af Geriatrics Service under det postoperative forløb. Endpoints var 30-dages intensivafdeling (ICU) indlæggelse, skadestuebesøg (ER), genindlæggelse, dødelighed og kirurgiske komplikationer. Der blev brugt deskriptiv statistik. Af de 42 kvinder (medianalder 79, interval 74-88), havde 38 nyligt diagnosticeret st IIIc-IV OC, hvor af 42% fik primær operation og de resterende fik intervalkirurgi. Fire patienter havde recidiv. Alle gennemgik cytoreduktiv kirurgi mellem 5/2015 og 1/2018. Præoperative aldersrelaterede svækkelser pr. eRFA: højt niveau af funktionsnedsættelse (71%), funktionel afhængighed (59%), begrænset social aktivitet (59%), depression (57%), langsom Time Up and Go (54%), Karnofsky Performance Score (KPS) ≤ 80 (41%), dårlig social støtte (43%), polyfarmaci (35%), stort (25 %), faldhistorik (244 %), kognitiv svækkelse (13 %).Halvdelen af patienterne havde 3 eller flere

komorbide tilstande En patient blev indlagt på intensivafdeling, 26 % havde skadestuebesøg indenfor 30-dage, 10 % blev genindlagt. Forekomsten af samtlige, milde og svære komplikationer var hhv 58 %, 55 % og 8 %.. Mediantid fra operation til postoperativ kemoterapi var 34,5 dage (interval 19-66). Median opfølgning var15,7 måneder (interval 3,7-38,0), 12 måneders overlevelse var 93,3%. Der var ingen 180 dages dødelighed. Man konkluderede, at cytoreduktiv kirurgi blandt ældre kvinder med fremskreden OC og skrøbelighed kan udføres sikkert i et tertiært center med adgang præoperativ/postoperativ geriatrisk og kirurgisk samarbejde (52) [1b].

I et andet studie fandt man, at frailty,scoret med preoperative frailty index (pFI) og John Hopkins Adjusted Clinical Group failty indikator (ACG)i en population på mere end 20.000 patienter med gynækologisk cancer, var signifikant associeret til både korttids (<30 dages) og langtidsoverlevelse (365 dage). . Blandt de henholdsvis 1405 med pos pFI og 1144 med pos ACG var den gennemsnitlige overlevelse 235 og 248 dage sammenlignet med 308 og 306 dage i grupperne med negativ score (P<0.0001) (53) [2b].

Komorbiditet

Der findes tilsvarende scoringssystemer for perioperativ risiko associeret med komorbiditet hos den ældre patient. Zhao et al fandt i en retrospektiv opgørelse (54) (2b) af 222 ældre kvinder med ovariecancer, hvoraf 164 patienter accepterede debulking kirurgi, at blandt dem, der gennemgik operation, forekom Clavien-Dindo grad III+perioperative komplikationer eller utilsigtede intensiv afdeling (ICU) indlæggelse signifikant oftere hos patienter med høj ACE-27 score (oddsforhold [OR]: 4,21, 95 % konfidensinterval [CI], 1,28–14,35, p=0,018). Kaplan-Meier overlevelseskurver analyseret ved log-rank test viste, at den samlede overlevelse (OS) for patienter med svære komorbiditeter, var kortere end for dem med ingen til moderat comorbiditet (HR 3,25, 95% CI 1,55-6,79, p=0,002). Yderligere stratificerede analyser efter alder, BMI, FIGO-stadium og patologi viste, at OS hos patienter med en alvorlig Clavien Dindo grad var kortere end for patienter uden eller med moderat Clavien Dindo score, i kohorten af henholdsvis alder <70, BMI <25 kg/m2, FIGO III stadium og patologi af serøst adenocarcinom,
De konkluderer derfor, at ACE-27 er velegnet til at forudsige grad III+ perioperative komplikationer eller utilsigtet ICU-indlæggelse og overlevelse hos ældre patienter med ovariecancer (54).

Mallen et al har i en retrospektiv journalgennemgang identificerede 351 patienter, der gennemgik cytoreduktiv kirurgi (CRS), hvor 100/351 (28,5%) var ≥ 70 år. Demografisk og klinisk patologisk information blev analyseret, og man scorede patienterne med CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric), som måler den medicinske og psykiatriske funktionsnedsættelse hos ældre voksne. Man fandt, at den ældre kohorte havde dårligere CIRS-G-score (5,9 vs 4,3; p = 0,0001), men ingen stærke sammenhænge mellem komorbiditet og behandlingskarakteristika, men mindre optimale CRS-rater (75% vs 86,9%; p = 0,007) trods lignende kirurgisk kompleksitet og mindre platinfølsomhed. Forfatterne konkluderede, at komorbide tilstande hos ældre patienter med fremskreden EOC kan have mindre indflydelse end tumorbiologi (55) [4].
Baseret på data fra 5.317 patienter med ovariecancer i Dansk Gynækologisk Cancer Database undersøgte et studie, publiceret i 2017, sammenhængen mellem komorbiditet, valg af behandling, forlænget tid til behandlingsstart og overlevelse. Komorbiditet blev klassificeret ved hjælp af en modificeret udgave af Charlson Komorbiditetsindeks (CKI). Herudover blev Ovarian Cancer Comorbidity Index (OOCI), som kombinerer alder og CKI til klassifikation af patienterne i lav, moderat eller høj risiko, anvendt til vurdering af forskelle i overlevelse. Ifølge OOCI var lidt ver halvdelen af patienterne i moderat risiko (2.743 patienter; 51,6

%) og 1.311 patienter (24,7 %) i højrisiko. Primær kirurgi blev udført hos 3.945 patienter (74,2 %), 1.160 patienter (21,8 %) modtog neoadjuverende kemoterapi, mens 212 patienter (4 %) ikke kunne tilbydes kurativ behandling. Korrigeret for FIGO-stadie og alder fandtes ingen signifikant sammenhæng mellem komorbiditet og valg af behandling (CKI = 1: OR 1,11 [95 % CI 0,87–1,41]; CKI > 2: OR 1,16 [95 % CI 0,87–1,56]). Ligeledes var der ingen signifikant sammenhæng mellem graden af komorbiditet og forlænget tid til behandlingsstart blandt patienter, der modtog neoadjuverende kemoterapi. Derimod havde patienter med CKI > 2, som fik tilbudt primær kirurgi, en øget risiko for forlænget tid til behandlingsstart (OR 1,54 [95 % CI 1,19–1,98], p < 0,001); denne sammenhæng var fortsat signifikant efter justering for alder (OR 1,49 [95 % CI 1,21–1,85], p < 0,001). Der sås ingen signifikant forskel i overall survival (OS) mellem patienter, der modtog neoadjuverende kemoterapi, og dem, der blev behandlet med primær kirurgi. Graden af komorbiditet klassificeret ud fra både CKI og OOCI, var signifikant associeret med dårligere overlevelse, men ved samtidig inddragelse af performance status (PS) viste analysen, at PS medierede en væsentlig del af den prognostiske effekt af komorbiditet (56).

Der kan på nuværende tidspunkt ikke anbefales en specifik metode til at score comorbiditet hos patienter med kræft i æggestokken.

Ernæring
Ernæringstilstand kan delvist vurderes ud fra præoperativ serum Albumin koncentration. I et studie med 533 ovariecancer patienter var 90 dages mortalitet (4,5%) højest hos patienter med Albumin <35 g/L og i denne gruppe havde fragilty score ingen signifikant selvstændig betydning. Blandt patienter med normal albumin var 90 dages mortalitet dobbelt så hyppig blandt patienter med høj fragilty score(5,5% vs 2%, p=0,08) (57).

Alder
Alder i sig selv har måske ikke væsentlig betydning. Et studie fra So et al, har set på i alt 131 operationspatienter: 53 (40,5%) med ovarie- eller primær peritoneal cancer (OC), 44 (33,6%) med endometriecancer (EC), 30 (22,9%) med livmoderhalskræft og 4 (3,1%) med leiomyosarkom. Man inddelte i grupper i henhold til alderen på diagnosetidspunktet: <75 år (ung-gammel) og ≥75 år (gammel-gammel). Patienternes gennemsnitsalder var 70 (interval, 65-83) år; 106 (80,9 %) var unge og 25 (19,1 %) var gamle. Postoperative komplikationer forekom hos 19 (14,5%) patienter. Fire patienter døde inden for seks måneder efter operationen, og tre døde på grund af sygdomsprogression. Der var ingen forskel i overlevelsesraterne mellem de to grupper blandt dem med OC og EC. Deres konklusion var, at ældre patienter med gynækologisk cancer tålte operationen godt, med tolerable postoperative komplikationer, og man kan trygt tilbyde kirurgisk behandling til ældre patienter (58) [2b].
Også Park et al, der opgjorde perioperative data på 120 patienter i alderen 65-80+, konkluderer at øget alder er ikke den afgørende årsag til øget sygelighed og dødelighed hos ældre patienter, som gennemgår optimal debulking-operation ved ovariecancer. Der er andre aspekter, der beskriver en patients helbredstilstand, som kan forudsige prognose bedre frem for alder, hvorfor alderdom i sig selv ikke behøver være en kontraindikation, når man udfører optimal debulking-kirurgi hos ældre patienter med fremskreden ovariecancer (59) [2c] Man bør være opmærksom på, at gruppen af ældre patienter, som opereres for c ovarie i retrospektive og prospektive opgørelser er en stærkt selektereret gruppe udvalgt til operation grundet deres gode alment tilstand. Denne gruppe er som udgangspunkt ikke repræsentativ for aldersgruppen.

Patientværdier og – præferencer

Også ældre patienter efterspørger optimal behandling for ovariecancer. I den sammenhæng er en generel vurdering af den ældre patient med fokus på et behandlingsforløb med bedst mulig livskvalitet vigtig. Den præoperative vurdering inkl. screening for skrøbelighed er en nødvendighed for, at patienten kan informeres bedst muligt forud for en fælles beslutningstagning vedr. behandling

Rationale

Ældre kræftpatienter er en heterogen gruppe, der spænder fra aktive og raske patienter til svage og kognitivt svækkede personer. Aldring og skrøbelighed gør dem særligt sårbare over for stressfaktorer som kræft (60). Aldring i sig selv repræsenterer flere biologiske ændringer, der fører til begrænsninger i fysisk funktion, immundefekt, nedsat reserve kapacitet og evne til at tilpasse sig metabolisk stress, og som følge heraf højere risiko for komorbiditet og polyfarmaci (61, 62), komplikationer og dårligere tolerance over for behandling, større forekomst af begrænsninger i dagligdagens aktiviteter (ADL) og nedsat livskvalitet (QoL) (63) Håndtering af præoperativ skrøbelighed er en udfordring, der skal tage højde for faktorer som svækkelse, komorbiditet og kognitive udfordringer; herunder det forhold, at forskellige patienter kan være mere eller mindre udfordret på forskellige parametre (64) .

Bemærkninger og overvejelser

Link til G8 screeningsværktøj: The G8 (Geriatric 8) health status screening tool

4. Referencer

1. 2025 [Available from: https://nordcan.iarc.fr/en.
2. Gottschau M, Mellemkjaer L, Hannibal CG, Kjaer SK. Ovarian and tubal cancer in Denmark: an update on incidence and survival. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016;95(10):1181-9.
3. Dent E, Hanlon P, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: An updated review. Eur J Intern Med. 2025:106595.
4. Handforth C, Clegg A, Young C, Simpkins S, Seymour MT, Selby PJ, et al. The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review. Ann Oncol. 2015;26(6):1091-101.
5. Walker KA, Walston J, Gottesman RF, Kucharska-Newton A, Palta P, Windham BG. Midlife Systemic Inflammation Is Associated With Frailty in Later Life: The ARIC Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2019;74(3):343-9.
6. Landino K, Tanaka T, Fantoni G, Candia J, Bandinelli S, Ferrucci L. Characterization of the plasma proteomic profile of frailty phenotype. Geroscience. 2021;43(2):1029-37.
7. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010;39(4):412-23.
8. [Available from: https://www.dgcg.dk/index.php/database.
9. Fagö-Olsen CL, Høgdall C, Kehlet H, Christensen IJ, Ottesen B. Centralized treatment of advanced stages of ovarian cancer improves survival: a nationwide Danish survey. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(3):273-9.
10. Jensen H, Tørring ML, Vedsted P. Prognostic consequences of implementing cancer patient pathways in Denmark: a comparative cohort study of symptomatic cancer patients in primary care. BMC Cancer. 2017;17(1):627.
11. Sørensen SM, Schnack TH, Høgdall C. Impact of residual disease on overall survival in women with Federation of Gynecology and Obstetrics stage IIIB-IIIC vs stage IV epithelial ovarian cancer after primary surgery. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019;98(1):34-43.
12. Jørgensen TL, Teiblum S, Paludan M, Poulsen L, Jørgensen AY, Bruun KH, et al. Significance of age and comorbidity on treatment modality, treatment adherence, and prognosis in elderly ovarian cancer patients. Gynecol Oncol. 2012;127(2):367-74.
13. Joueidi Y, Dion L, Bendifallah S, Mimoun C, Bricou A, Nyangoh Timoh K, et al. Management and Survival of Elderly and Very Elderly Patients with Ovarian Cancer: An Age-Stratified Study of 1123 Women from the FRANCOGYN Group. J Clin Med. 2020;9(5).
14. Fourcadier E, Trétarre B, Gras-Aygon C, Ecarnot F, Daurès JP, Bessaoud F. Under-treatment of elderly patients with ovarian cancer: a population based study. BMC Cancer. 2015;15:937.
15. Bruchim I, Altaras M, Fishman A. Age contrasts in clinical characteristics and pattern of care in patients with epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2002;86(3):274-8.
16. Cress RD, O'Malley CD, Leiserowitz GS, Campleman SL. Patterns of chemotherapy use for women with ovarian cancer: a population-based study. J Clin Oncol. 2003;21(8):1530-5.
17. Dumas L, Bowen R, Butler J, Banerjee S. Under-Treatment of Older Patients with Newly Diagnosed Epithelial Ovarian Cancer Remains an Issue. Cancers (Basel). 2021;13(5).
18. Maas HA, Kruitwagen RF, Lemmens VE, Goey SH, Janssen-Heijnen ML. The influence of age and co-morbidity on treatment and prognosis of ovarian cancer: a population-based study. Gynecol Oncol. 2005;97(1):104-9.

19. Pinelli C, Morotti M, Casarin J, Tozzi R, Ghezzi F, Mavroeidis VK, et al. Interval Debulking Surgery for Advanced Ovarian Cancer in Elderly Patients (≥70 y): Does the Age Matter? J Invest Surg. 2021;34(9):1023-30.
20. Kordatou Z, Kountourakis P, Papamichael D. Treatment of older patients with colorectal cancer: a perspective review. Ther Adv Med Oncol. 2014;6(3):128-40.
21. Carey MS, Bacon M, Tu D, Butler L, Bezjak A, Stuart GC. The prognostic effects of performance status and quality of life scores on progression-free survival and overall survival in advanced ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2008;108(1):100-5.
22. Inci MG, Richter R, Woopen H, Rasch J, Heise K, Anders L, et al. Role of predictive markers for severe postoperative complications in gynecological cancer surgery: a prospective study (RISC-Gyn Trial). Int J Gynecol Cancer. 2020;30(12):1975-82.
23. Xu CQ YF, Mohamad Y, Kent D, Seetharams S, Srisenga Y, Lai jc. The Relationship Between Frailty and Performance Status in Patients with Cirrhosis Awaiting Liver Transplantation. Am J Transplant. 2020;20.
24. Jolly TA, Deal AM, Nyrop KA, Williams GR, Pergolotti M, Wood WA, et al. Geriatric assessment-identified deficits in older cancer patients with normal performance status. Oncologist. 2015;20(4):379-85.
25. Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations†. Ann Oncol. 2015;26(2):288-300.
26. Garcia MV, Agar MR, Soo WK, 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(4):616-27.
27. Bruijnen CP, Heijmer A, van Harten-Krouwel DG, van den Bos F, de Bree R, Witteveen PO, et al. Validation of the G8 screening tool in older patients with cancer considered for surgical treatment. J Geriatr Oncol. 2021;12(5):793-8.
28. Horiuchi K, Kuno T, Takagi H, Egorova NN, Afezolli D. Predictive value of the G8 screening tool for postoperative complications in older adults undergoing cancer surgery: A systematic review and meta-analysis. J Geriatr Oncol. 2024;15(3):101656.
29. Kenis C, Decoster L, Van Puyvelde K, De Grève J, Conings G, Milisen K, et al. Performance of two geriatric screening tools in older patients with cancer. J Clin Oncol. 2014;32(1):19-26.
30. Stokoe∗ JM, Pearce J, Sinha R, Ring A. G8 and VES-13 scores predict chemotherapy toxicity in older patients with cancer. Journal of Geriatric Oncology. 2012;3:S81.
31. Van Fraeyenhove F, Baitar A, De Vos M, Galdermans D, De Droogh E, D'hooghe A, et al. Prediction of chemotherapy toxicity by the groningen frailty index (GFI) and the comprehensive geriatric assessment (CGA) in elderly cancer patients (PTS): An interim analysis. Annals of Oncology. 2010;21:185-.
32. Huisman MG, Van Leeuwen BL, Ugolini G, Montroni I, Stabilini C, Vigano A, et al., editors. Predicting outcome in onco-geriatric surgical patients: screening tools versus the comprehensive geriatric assessment. EUROPEAN JOURNAL OF CANCER; 2013: ELSEVIER SCI LTD THE BOULEVARD, LANGFORD LANE, KIDLINGTON, OXFORD OX5 1GB ….
33. Hamaker ME, Jonker JM, de Rooij SE, Vos AG, Smorenburg CH, van Munster BC. Frailty screening methods for predicting outcome of a comprehensive geriatric assessment in elderly patients with cancer: a systematic review. Lancet Oncol. 2012;13(10):e437-44.
34. Soubeyran P, Bellera C, Goyard J, Heitz D, Cure H, Rousselot H, et al. Validation of the G8 screening tool in geriatric oncology: The ONCODAGE project. Journal of Clinical Oncology. 2011;29(15_suppl):9001-.

35. Pottel L, Boterberg T, Pottel H, Goethals L, Van Den Noortgate N, Duprez F, et al. Determination of an adequate screening tool for identification of vulnerable elderly head and neck cancer patients treated with radio (chemo) therapy. Journal of geriatric oncology. 2012;3(1):24-32.
36. Lycke M, Ketelaars L, Martens E, Lefebvre T, Pottel H, Van Eygen K, et al. The added value of an assessment of the patient's hand grip strength to the comprehensive geriatric assessment in G8-abnormal older patients with cancer in routine practice. J Geriatr Oncol. 2019;10(6):931-6.
37. Schwartz GG, Tretli S, Vos L, Robsahm TE. Prediagnostic serum calcium and albumin and ovarian cancer: A nested case-control study in the Norwegian Janus Serum Bank Cohort. Cancer Epidemiol. 2017;49:225-30.
38. Kumar A, Langstraat CL, DeJong SR, McGree ME, Bakkum-Gamez JN, Weaver AL, et al. Functional not chronologic age: frailty index predicts outcomes in advanced ovarian cancer. Gynecologic Oncology. 2017;147(1):104-9.
39. Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. J Clin Oncol. 2014;32(24):2595-603.
40. Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. J Clin Oncol. 2011;29(25):3457-65.
41. Harari D, Hopper A, Dhesi J, Babic-Illman G, Lockwood L, Martin F. Proactive care of older people undergoing surgery ('POPS'): designing, embedding, evaluating and funding a comprehensive geriatric assessment service for older elective surgical patients. Age Ageing. 2007;36(2):190-6.
42. Ellis G, Spiers M, Coutts S, Fairburn P, McCracken L. Preoperative assessment in the elderly: evaluation of a new clinical service. Scott Med J. 2012;57(4):212-6.
43. Ommundsen N, Wyller TB, Nesbakken A, Jordhøy MS, Bakka A, Skovlund E, et al. Frailty is an independent predictor of survival in older patients with colorectal cancer. Oncologist. 2014;19(12):1268-75.
44. Kristjansson SR, Nesbakken A, Jordhøy MS, Skovlund E, Audisio RA, Johannessen HO, et al. Comprehensive geriatric assessment can predict complications in elderly patients after elective surgery for colorectal cancer: a prospective observational cohort study. Crit Rev Oncol Hematol. 2010;76(3):208-17.
45. Lund CM, Vistisen KK, Olsen AP, Bardal P, Schultz M, Dolin TG, et al. The effect of geriatric intervention in frail older patients receiving chemotherapy for colorectal cancer: a randomised trial (GERICO). Br J Cancer. 2021;124(12):1949-58.
46. Silver JK, Baima J, Mayer RS. Impairment-driven cancer rehabilitation: an essential component of quality care and survivorship. CA Cancer J Clin. 2013;63(5):295-317.
47. van Soolingen NJ, Smorenburg CH, Hamaker ME, Groen WG, Retèl VP, Lok CAR, et al. GERiatric Screening in the treatment of elderly patients with Ovarian Carcinoma (GERSOC): study protocol for a pragmatic, cluster randomised controlled trial. Trials. 2020;21(1):214.
48. Stelten S, Hoedjes M, Kenter GG, Kampman E, Huijsmans RJ, van Lonkhuijzen LR, et al. Rationale and study protocol of the Physical Activity and Dietary intervention in women with OVArian cancer (PADOVA) study: a randomised controlled trial to evaluate effectiveness of a tailored exercise and dietary intervention on body composition, physical function and fatigue in women with ovarian cancer undergoing chemotherapy. BMJ Open. 2020;10(11):e036854.
49. Maurer T, von Grundherr J, Patra S, Jaeger A, Becher H, Schmalfeldt B, et al. An exercise and nutrition intervention for ovarian cancer patients during and after first-line chemotherapy (BENITA study): a randomized controlled pilot trial. Int J Gynecol Cancer. 2020;30(4):541-5.
50. Lambaudie E, BannierBraticevic C, VillaronGoetgheluck C, Zemmour C, Boher J-M, Soussan PB, et al. TRAINING-Ovary 01 (connecTed pRehabiliAtIoN pelvIc caNcer surGery): multicenter randomized study

comparing neoadjuvant chemotherapy for patients managed for ovarian cancer with or without a connected pre-habilitation program. International Journal of Gynecological Cancer. 2021;31(6):920-4.
51. Daviu Cobián C, Oreskov JO, Blaakaer J, Jespersen E, Jørgensen TL, Ryg J, et al. Impact of FRAilty screening and Geriatric assessment and INtervention in older patients with epithelial Ovarian Cancer: A multicenter randomized clinical trial protocol (FRAGINOC). J Geriatr Oncol. 2024;15(3):101713.
52. Filippova OT, Chi DS, Long Roche K, Sonoda Y, Zivanovic O, Gardner GJ, et al. Geriatric co-management leads to safely performed cytoreductive surgery in older women with advanced stage ovarian cancer treated at a tertiary care cancer center. Gynecol Oncol. 2019;154(1):77-82.
53. Nguyen JMV, Zigras T, Gayowsky A, Marcucci M, Costa A, Vicus D, et al. Association of frailty with healthcare utilization and days alive at home in patients with gynecologic cancers: a population-based study. Am J Obstet Gynecol. 2025;233(6):647.e1-.e20.
54. Zhao M, Gao Y, Yang J, He H, Su M, Wan S, et al. Predictive value of the Adult Comorbidity Evaluation 27 on adverse surgical outcomes and survival in elderly with advanced epithelial ovarian cancer undergoing cytoreductive surgery. European Journal of Medical Research. 2024;29(1):179.
55. Mallen A, Todd S, Robertson SE, Kim J, Sehovic M, Wenham RM, et al. Impact of age, comorbidity, and treatment characteristics on survival in older women with advanced high grade epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2021;161(3):693-9.
56. Noer MC, Sperling CD, Ottesen B, Antonsen SL, Christensen IJ, Høgdall C. Ovarian Cancer and Comorbidity: Is Poor Survival Explained by Choice of Primary Treatment or System Delay? Int J Gynecol Cancer. 2017;27(6):1123-33.
57. Chauhan S, Langstraat CL, Fought AJ, McGree ME, Cliby WA, Kumar A. Relationship between frailty and nutrition: Refining predictors of mortality after primary cytoreductive surgery for ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2024;180:126-31.
58. So KA, Shim SH, Lee SJ, Kim TJ. Surgical Treatment Outcomes of Gynecologic Cancer in Older Patients: A Retrospective Study. J Clin Med. 2023;12(7).
59. Park SJ, Mun J, Yim GW, Lee M, Chung HH, Kim JW, et al. Is increased chronological age a contraindication to debulking surgery for elderly patients with advanced ovarian cancer? J Obstet Gynaecol. 2022;42(7):3254-9.
60. Viganò A, Morais JA. The elderly patient with cancer: a holistic view. Nutrition. 2015;31(4):587-9.
61. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(3):255-63.
62. Hawkins S, Wiswell R. Rate and mechanism of maximal oxygen consumption decline with aging: implications for exercise training. Sports Med. 2003;33(12):877-88.
63. Mohile SG, Xian Y, Dale W, Fisher SG, Rodin M, Morrow GR, et al. Association of a cancer diagnosis with vulnerability and frailty in older Medicare beneficiaries. J Natl Cancer Inst. 2009;101(17):1206-15.
64. Richardson GE, Magni F, China M, Khan DZ, Marcus HJ. Innovations in surgical management of frail elderly adults: an overview of current guidance and recent advances. Surgery (Oxford). 2025;43(3):160-5.

5. Metode

Litteratursøgning

Ovenstående anbefalinger er opnået ved en gennemgang af den eksisterende litteratur ved forfatterne. Alle studietyper blev inkluderet i søgningen. Den systematiske søgning er foretaget i PubMed (Keywords: ovarian cancer, comorbidity, frailty, fragility, age, geriatric oncology, perioperative care).

Litteraturgennemgang

Ovariecancerarbejdsgruppen har gennemgået litteraturen, vægtet publikationerne, syntetiseret resultaterne og vurderet evidensen i forhold til Oxford hierarkiet.

Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er skrevet af enkeltpersoner med størst faglig kendskab på det pågældende emne, rundsendt til gruppens øvrige medlemmer, hvorefter der tilrettes med indkomne konstruktive forslag og litteratur.

Interessentinvolvering

Patientorganisationer har ikke været inddraget i denne anbefaling.

Høring

Retningslinjen har ikke været i offentlig høring.

Godkendelse

Faglig godkendelse:
Anbefalingerne har været til høring i DGCGs bestyrelse og på DGCGs hjemmeside i en måned, hvorefter anbefalingerne revideres i forhold til indkomne forslag. Herefter vedtages anbefalingerne endeligt.

Administrativ godkendelse:
26. november 2025.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Anbefalingerne forventes ikke at medføre en væsentlig øget udgift, da skrøbeligheds screening allerede er anbefalet af SST, og geriatrisk vurdering, foreløbig anbefales at foregå protokolleret.

Behov for yderligere forskning

Ej anført.

Forfattere og habilitet

På vegne af DGCG:

- Gynækolog. Overlæge, ph.d. Berit Jul Mosgaard, Gynækologisk afd Rigshospitalet.
- Professor, Overlæge, Dr. Med. Lone Kjeld Pedersen, Gynækologisk afd, Odense Universitethospital
- Gynækolog. Overlæge PhD Tine Schnack Henriksen, Gynækologisk afdeling, OUH
- Gynækolog Overlæge, PhD Mette Schou Mikkelsen, Gynækologisk afdeling AUH
- Gynækolog Afdelingslæge Catrine Carlstein, Gynækologisk afdeling Rigshospitalet
- Onkolog. Overlæge Mette Hæe, Onkolog afdeling., Regionshospitalet Gødstrup
- Onkolog, Overlæge PhD Trine Zeeberg Iversen, onkologisk afdeling Herlev.
- Onkolog, Overlæge, PhD Trine Lembrecht Jørgensen, Onkologisk afdeling, OUH
- Onkolog, Overlæge Anne Krejbjerg, Onkologisk afdeling, AAUH
- Patolog. Overlæge Iben Joensen, Patologi afd. Odense Universitetshospital.
- Patolog. Overlæge Julie Brask. Patologi afd. Rigshospitalet
- Patolog. Overlæge Marianne Waldstrøm, Patologisk afdeling AUH
- Nuklearmediciner. Overlæge, ph.d, Mie Vilstrup, Nuklearmedicinsk afd., Esbjerg Sygehus
- Radiolog Overlæge Diana Spasojevic, Radiologisk afdeling OUH

Ingen af ovenstående forfattere vurderes at have interessekonflikter i forhold til denne retningslinjes anbefalinger.

Jf. Habilitetspolitikken henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside for detaljerede samarbejdsrelationer: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger

Plan for opdatering

Retningslinjen bør opdateres inden november 2028. Ovariecancergruppen under DGCD er ansvarlig for dette.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 10.0 af skabelonen.

6. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på dette område understøttes af viden fra DGCG i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), idet indikatorerne i databasen skal belyse relevante kliniske retningslinjer

Den kliniske kvalitetsdatabases styregruppe har mandatet til at beslutte databasens indikatorsæt, herunder hvilke specifikke processer og resultater der monitoreres i databasen.

7. Bilag

Bilag 1

G8 Score

Items	Possible answers	Score
Food intake in the last 3 months	**0**: severe reduction in food intake **1**: moderate reduction in food intake **2**: normal food intake	.....
Weight loss during the last 3 months	**0**: weight loss >3kg **1**: does not know **2**: weight loss between 1 and 3 kg **3**: no weight loss	.....
Mobility	**0**: bed/chair bound **1**: able to get out of bed/chair but does not go out **2**: goes out	.....
Neuropsychological problems	**0**: severe dementia or depression **1**: mild dementia or depression **2**: no psychological problems	.....
Body Mass Index (BMI)	**0**: BMI <19 **1**: BMI 19 to <21 **2**: BMI 21 to <23 **3**: BMI 23 or greater	.....
Takes more than 3 medications per day	**0**: yes **1**: no	.....
Self-rated health status (compared to other people of the same age)	**0**: not as good **0.5**: does not know **1**: as good **2**: better	.....
Age	**0**: >85 **1**: 80-85 **2**: <80	.....
Total score (0-17) **[Cut-off ≤ 14 indicating impairment]**		.....

CFS – Clinical Frailty Scale

CLINICAL FRAILTY SCALE



1 MEGET GOD FORM

Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.



2 GOD FORM

Mennesker **uden aktive symptomer på sygdom**, men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget **aktive en gang imellem**, f.eks. på bestemte årstider.



3 KLARER SIG GODT

Mennesker med **velkontrollerede sygdomsproblemer**, selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de **ikke regelmæssigt aktive** udover rutinemæssige gåture.



4 LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED

Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der **ikke er afhængige** af andre til daglige gøremål, men som ofte har **symptomer, der begrænser aktiviteterne**. En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.



5 LEVER MED MILD SKRØBELIGHED

Mennesker der ofte er **mere tydeligt langsomme**, og har behov for hjælp til **komplekse daglige gøremål** (*Instrumental Activities of Daily Living* – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.



6 LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED

Mennesker der har behov for hjælp til **alle udendørs aktiviteter** og med **at holde hus**. Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver **hjælp til at gå i bad** og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).



7 LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED

Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg, uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.



8 LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED

Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.



9 TERMINALT SYG

Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en **forventet levetid på mindre 6 måneder**, som **ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt** (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske **symptomer ved mild demens** er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/ historie og social tilbagetrækning.

Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved **meget svær demens** er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.

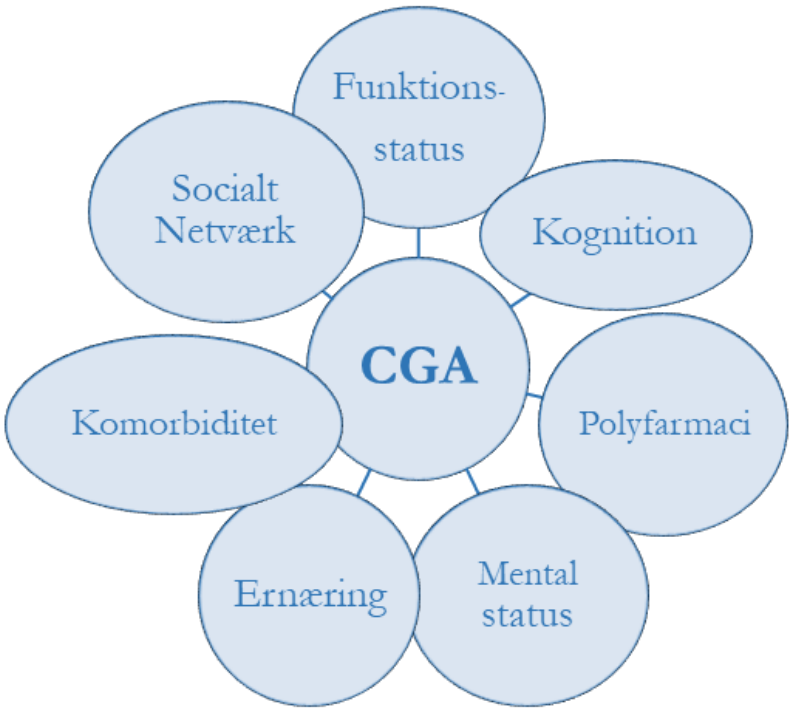
DALHOUSIE UNIVERSITY

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: **www.geriatricmedicineresearch.ca**

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabell Nissen, University of Southern Denmark.

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) består af følgende elementer:



8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut. Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på: www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her:

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både AGREE II, GRADE og RIGHT.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: https://www.sst.dk/

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.