

## Prioriteringsråd under COVID-19 pandemien

### Det skilles mellom tre ulike situasjoner:

- 1) Mennesker under utredning med mistanke om kreftsykdom
- 2) Pasienter med påvist kreftsykdom under behandling eller da behandling er planlagt
- 3) Pasienter under oppfølging etter tidligere radikal intendert kreftbehandling

#### 1) **Mennesker under utredning med mistanke om kreftsykdom**

For den første gruppen av mennesker under utredning med mistanke om kreftsykdom kan det ikke gis alminnelige prioriteringsråd både fordi gruppen er meget heterogen og ulike kreftsykdommer krever utredning med helt ulike hastegrader. Det anbefales individuell prioritering på utredende avdeling basert på informasjon i henvisningen og kliniske funn.

#### 2) **Pasienter med påvist kreftsykdom under behandling eller da behandling er planlagt**

For pasienter med påvist kreftsykdom som er under aktiv behandling eller da behandling er planlagt anbefales det inndeling i tre kategorier:

- a. Pasienter som behandles med kurativt siktemål: **Denne gruppen bør ha høyeste prioritet og igangsatt eller planlagt behandling bør forsinkes så lite som mulig.** Noen undergrupper slik som pasienter med prostatakraft vil på forsvarlig måte kunne behandles med ikke radikale metoder (hormonblokkade) i opptil 3 måneder i påvente av radikalbehandling. For pasienter som skal motta radikal strålebehandling kan man velge et behandlingsopplegg med færrest mulige oppmøter.
- b. Pasienter som behandles med ikke kurativt siktemål men som har allikevel lang forventet levetid (median > 1 år på gruppenivå): Behandlingen for denne gruppen bør så lenge det er mulig fortsette. **Imidlertid bør man velge behandlingsmetoder som gir minst mulig risiko for komplikasjoner** (og dermed sykehusinnleggelse). Dessuten anbefales det reduksjon i frekvensen av oppmøter på sykehuset enten ved hjelp av telefonkonsultasjoner eller lengre behandlingsintervaller.
- c. Pasienter som behandles med ikke kurativt siktemål og som har på gruppenivå forventet median levetid < 1 år: Aktiv kreftmålrettet behandling for denne pasientgruppen bør vurderes nøye særlig når behandlingen gir stor risiko for komplikasjoner. På generelt grunnlag anbefales det å avstå fra cytotoxisk kjemoterapi for denne pasientgruppen i pandemisituasjon med mindre man forventer at det å avstå fører til rask klinisk forverring og behov for sykehusinnleggelse. Hypofraksjonert palliativ strålebehandling og andre



symptomlindrende tiltak med lav komplikasjonsrate anbefales prioritert istedenfor.

Kreftpasienter som får behov for mer omfattende behandling på sykehuset enn det som kan gjennomføres på en vanlig sengepost har dog sjelden behov for «full» intensivbehandling med intubering og respiratorstøtte. Mer vanlig er behandling på intermediære avdelinger med f. eks. pressorstøtte ved nøytropen sepsis. Allikevel omtales i det følgende alt dette som intensivbehandling siden vi går ut ifra at pasientene kommer til å konkurrere om de samme senger/ plasser i pandemifasen med høyest volum av innleggelser.

#### **Pasienter i kategori a)**

De vil som regel ved behov for sykehusinnleggelse og selv om den er forbundet med behov for intensivbehandling ha gode muligheter for rask bedring og rekonvalesens. For de fleste i denne gruppen vil eventuell behov for intensivbehandling være kortvarig.

**Disse pasienter skal derfor også i en pandemisituasjon prioriteres for samtlige behandlingsnivå uten restriksjoner.**

#### **For pasienter i kategori b)**

Prinsipielt gjelder det samme som i kategori a). Den mest aktuelle innleggelsesårsaken for denne pasientgruppen er komplikasjoner etter medikamentell kreftbehandling (f. eks. nøytropen infeksjon eller i verste fall sepsis). Også for denne gruppen vil behov for intensivbehandling som regel være kortvarig og muligheten for full rekonvalesens god. Prognosen synes dermed å være bedre enn den foreløpig ser ut til å være for COVID-19 pasienter med behov for intensivbehandling.

#### **Pasienter i kategori c)**

De vil ofte ha dårlig prognose ved behov for sykehusinnleggelse og eventuell intensivbehandling uansett om årsaken er kreftsykdomsprogresjon eller komplikasjoner til behandling.

### **3) Pasienter under oppfølging etter tidligere radikal intendert kreftbehandling**

Oppfølging og kontroller etter tidligere radikal intendert kreftbehandling hos pasienter uten kjent residiv eller aktiv kreftsykdom anbefales utsatt og ikke prioritert i akutt pandemifase.

**Avslutningsvis** vil vi gjerne påpeke at det alltid finnes unntak i alle pasientgrupper da prognosen på individnivå er en annen (bedre eller dårligere) enn det man ville tilskrevet pasientgruppen som pasienten hører til. Det bør derfor så lenge det er mulig gjøres individuelle vurderinger i samråd med pasientens behandlingsansvarlig onkolog eller annen lege med ansvar for pasientens kreftbehandling.

På vegne av styret i Norsk Onkologisk Forening  
Daniel Heinrich  
Leder