DEN NORSKE LEGEFORENING

Helsedirektoratet
Avdeling for spesialisthelsetjenester
Postboks 220 Skøyen,
0213 Oslo,

Deres ref.: Vår ref: HSAK202300390 Dato: 30-10-2023

Høring: Høring - Nasjonal kreftstrategi 2024-2028

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til *Nasjonal kreftstrategi 2024 – 2028.* Dokumentet har vært på bred høring i vår organisasjon. Legeforeningens høringsuttalelse baserer seg på innspill fra foreningsleddene og Legeforeningens tidligere uttalelser innen aktuelle fagområde og relatert tematikk. Høringsuttalelsen disponeres i hovedsak slik det er bedt om, med den inndelingen som er skissert i tilbakemeldingsskjemaet. Generelle kommentarer gis innledningsvis. Legeforeningens viktigste innspill oppsummeres avslutningsvis. Legeforeningen tar ikke mål av seg til å gjennomgå alle målsettinger og delmål i strategien, men vil kommentere på de områdene vi mener bør utdypes og gi innspill til tema vi mener mangler.

Generelle kommentarer:

Nasjonal kreftstrategi 2024 – 2028 er et overordnet dokument som favner svært bredt. Samme strategi gjelder for alle kreftformer og alle aldersgrupper, selv om dette dels dreier seg om helt ulike sykdommer med ulike årsaker. Pasientene er også svært ulike, utover de tumorspesifikke parametere som handler om deres kreftsykdom.

Nasjonal kreftstrategi 2024 – 2028 er et ambisiøst dokument som legger opp til persontilpassede pasientforløp basert på tidlig avansert diagnostikk, den behandlingen som gir best overlevelse og minst bivirkninger, og god oppfølging i etterkant, særlig av de som forventes å ha seneffekter etter behandling. Det gjøres klart at det vil bli behov for mer ressurser, større kapasitet og økt kompetanse innen en rekke felt, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

Strategien beskriver godt den demografiske utviklingen som vil gi en betydelig økning av kreftforekomst i befolkningen. Det vil det bli langt flere over 80 år som får kreft. Eldre med kreft er kort omtalt flere steder i strategien og det antydes at det for noen kan bli behov for tilpassede behandlingsløp, av hensyn til komorbiditet, for å unngå overdiagnostikk og overbehandling.

DEN NORSKE LEGEFORENING

Med den store økningen i krefttilfeller hos eldre som bakteppe er Legeforeningen opptatt av at persontilpasset behandling må inkludere en helhetsvurdering hvor komorbiditet og skrøpelighet inngår i vurderingene. For alle pasientforløp, uavhengig av pasientens alder og øvrige helsetilstand er vi opptatt av at det gjøres kloke valg. Utredning, behandling og oppfølging må ha klinisk nytte og representere en merverdi for den enkelte pasient. "Gjør kloke valg" kampanjens relevans for Nasjonal kreftstrategi 2024 – 2028 mener vi skulle vært viet et eget avsnitt i dokumentet.

Nasjonal kreftstrategi 2024 – 2028 forholder seg i liten grad til prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Pasientforløp som det er knyttet rettigheter til gir føringer for prioriteringer. Samtidig er det er et overordnet prinsipp at de som trenger det mest og har størst nytte av helsehjelpen skal ha prioritet. Dette vil ofte være en kreftpasient, men ikke alltid.

Bakgrunn og ambisjoner for revidert og fornyet kreftstrategi:

Teksten forsterker inntrykket av at det er laget en kreftstrategi med ambisjoner om lik og ideell håndtering av tilstanden for alle, for kreftpasienter, for kreftoverlevere og for pårørende. Utfordringsbildet beskrives godt ved at det pekes på hva som skal til for å nå målene. Her savnes en setning om en robust fastlegetjeneste/primærhelsetjeneste. Det savnes omtale av grupper og individer med behov for tilpassede pasientforløp, særlig for å balansere de ulike hensyn som kan ligge i målene om lengst mulig overlevelse og samtidig best mulig livskvalitet.

Målområde 1: Norge skal være et foregangsland for kreftforebygging

Legeforeningen støtter både de nasjonale målsettingene og delmålene innen målområde 1. Vi ønsker å utdype følgende punkter:

- Kreftforebygging skjer på en måte som motvirker sosial ulikhet i helse
- Oppmøteprosenten til de nasjonale kreftscreeningprogrammene er økt
- Redusere screening utenfor de nasjonale screeningprogrammene

Sosial ulikhet i helse motvirkes på flere arenaer enn helse- og omsorgstjenesten, og med flere virkemidler enn tradisjonell medisinsk behandling og oppfølging. Det samme gjelder kreftforebygging og de risikoområdene som nevnes i strategien, tobakk, alkohol, inaktivitet, soling osv. Mindre sosial ulikhet i helse vil i seg selv virke kreftforebyggende hos voksne, med mest effekt der tiltakene settes inn i ung alder. Det må jobbes videre med konkretisering av tiltak innen de ulike områdene (tobakk, alkohol, inaktivitet, soling, radon). Her vil gode veiledere for å identifisere de med størst risiko være et nyttig verktøy for fastleger i deres arbeid med forebygging.

Spesifikke tiltak som screeningprogram må gjøres tilgjengelige for alle.
Fjerning av egenandel for screeningundersøkelser mener vi vil øke oppslutningen. Det må også ses på om innkalling via digipost bidrar til å gjøre tilbudet utilgjengelig for noen. Legeforeningen støtter forslaget om å se på om de offentlige screeningprogrammene kan bli mer målrettede/persontilpassede. Valg av screeningmetode har betydning for deltakelse.

Legeforeningen er enig i at det må vurderes å etablere et screeningprogram for lungekreft.

Screening utenfor de nasjonale screeningprogrammene må reduseres, og ikke finansieres over det offentlige helsebudsjettet.

Målområde 2: Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp

Legeforeningen støtter de nasjonale målsettingene og delmålene innen målområde 2. Noen punkter utdypes:

- Pasientene opplever at forløpene er godt organiserte og koordinerte, også mellom de ulike nivåer i helsetjenesten.
- Pasienter med kreft inkluderes i *Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.*

Det står lite under dette målområdet om kommunikasjonen mellom de ulike tjenestenivå, hvordan den skal foregå, hvordan ansvar skal fordeles. Pakkeforløp hjem beskriver en behovskartlegging før hjemreise, utført i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen skal telles, ikke hvorvidt den er delt med aktuelle instanser i primærhelsetjenesten.

Fastlegene følger kreftpasientene fra før diagnosetidspunkt, undervegs i behandlingsforløpet, ivaretar pårørende, har en viktig rolle i oppfølging og håndtering av seneffekter etter kreftbehandling. Det er viktig med god formidling av hva som forventes av fastlegene, hvilke oppgaver de skal ivareta, hva som bør føre til en ny kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen mener den betydningsfulle samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste / fastlege må kommuniseres tydeligere under målområde 2. herunder hvor vesentlig det er med hensiktsmessige digitale system som bidrar til informasjonsutveksling på tvers av tjenestenivå.

- Alle helseregioner skal ha et sykehus som akkrediteres som et *Comprehensive cancer center(CCC).*

Legeforeningen foreslår å opprette onkogeriatriske kompetansemiljøer tilknyttet *Comprehensive cancer center* i alle helseregioner. Det vil styrke samarbeidet mellom onkologi og geriatri og bidra til at skrøpelige eldre kan få godt tilpassede behandlingsløp.

Målområde 3: En mer brukerorientert kreftomsorg

Legeforeningen støtter de nasjonale målsettingene og delmålene for målområde 3. Noen punkter utdypes:

- Pasienter med kreft har kvalitetssikret informasjon om sykdommen, behandlingsmetoder samt konsekvenser av behandlingen.
- Pasienter med kreft medvirker i beslutninger om egen behandling og oppfølging.

Samvalg basert på god informasjon om forventet effekt av behandling, evt alternative tilnærmingsmåter når kurasjon ikke er mulig er sentralt i dette kapittelet. Med et økende antall eldre som får kreft vil en viss andel av dem ha varierende grad av kognitiv svekkelse/demens. Samvalg blir da vanskelig å praktisere.

Legeforeningen mener at geriatrisk kompetanse/geriatriske vurderinger må inn som del av samvalgsprosessen hos eldre med kognitiv svekkelse. Denne pasientgruppen bør omtales i kapittelet om en mer brukerorientert kreftomsorg.

Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft

Legeforeningen støtter de nasjonale målsettingene og delmålene for målområde 4 og stiller samtidig spørsmål ved realismen i noen av forutsetningene som legges til grunn for å nå målene.

- Vedr personell og kompetanse slås det fast at det er et økende behov for helsepersonell frem mot 2035. Det påpekes også mangel på legespesialister innen flere spesialiteter.
- Etablere tilstrekkelig kapasitet innen patologi, billeddiagnostikk og endoskopiske undersøkelser. Dette skal foregå gjennom rekruttering, riktig bemanning, planer for anskaffelse av utstyr og oppgavefordeling.

Det mangler spesialister i flere relevante spesialiteter enn det som nevnes i kreftstrategien. Antall studieplasser, antall LIS1-stillinger har betydning for tilfang av helsepersonell, legespesialister. Med flere kreftpasienter, flere som lever lenger med kreft og overlever kreft vil det bli behov for en styrking av primærhelsetjenesten, inkludert fastlegetjenesten. Rekruttering av leger som ønsker å bli værende er en utfordring i seg selv. I tillegg til en interessant jobb kreves gode arbeidsvilkår og et godt arbeidsmiljø.

Helsepersonellkommisjonens konkluderer med at vi må venne oss til ressursknapphet og kapasitetsutfordringer. Deres budskap harmonerer dårlig med kreftstrategiens ambisjoner om økte ressurser og mer folk. Delegering av oppgaver til andre yrkesgrupper, som det også er mangel på er ikke alltid løsningen på kapasitetsutfordringene.

Uavhengig av hvor mange nye legespesialister som rekrutteres inn i de relevante spesialitetene vil det bli en viktig oppgave i kreftbehandling å gjøre kloke valg. Hvem trenger tidlig presisjonsdiagnostikk? Har de billeddiagnostiske undersøkelsene det planlegges for konsekvens for videre behandling? Hvor mye behandling skal gis, er det lagt en plan for avslutning og hvor mange røntgenbilder skal tas i et menneskes siste levemåneder? Forhåndssamtaler som adresserer denne type spørsmål bør omtales i kreftstrategien.

Det utvikles stadig nye og gode behandlingsalternativ for ulike kreftformer. Det må tas stilling til hvordan nye behandlingsmåter som f.eks radionuklidbehandling skal organiseres og driftes, og hvem som skal få tilbud om denne behandlingen?

Et av delmålene under målområde 4 er "*Eldre pasienter med kreft skal få kreftbehandling som er tilpasset deres funksjonsnivå og eventuell annen sykelighet*."

Legeforeningen anbefaler at geriatere inkluderes i det multidisiplinære teamet for eldre pasienter med kreft, og at deres vurdering inngår i samvalget for denne pasientgruppen.

Legeforeningen støtter at flere eldre, også eldre med svekket funksjonsnivå / skrøpelighet inkluderes i kliniske studier.

DEN NORSKE LEGEFORENING

Målområde 5: Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende

Legeforeningen støtter de nasjonale målsettingene og delmålene for målområde 5. Noen punkter utdypes:

- Pasienter med kreft tilbys en samtale om individuelle behov som beskrevet i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.
- Styrke det palliative tilbudet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, og integrere palliasjon i hele sykdomsforløpet.
- Legge til rette for at flere pasienter kan få mulighet til å være hjemme lengst mulig, og få dø hjemme.

Det er prisverdig at det legges opp til en samtale om individuelle behov. Det står i strategien at behovene skal videreformidles til de som kan bistå pasienten med nødvendige tiltak. En slik samtale mener vi vil ha større verdi med pasientens fastlege til stede, fysisk eller digitalt. Samtalen i seg selv gir ikke mening med mindre informasjonen formidles.

Etter hvert som flere får kreft og flere lever lenger med kreft er det behov for styrking av palliativ kompetanse og kompetanse innen terminal pleie, særlig i kommunene.

For at flere skal få være hjemme mest mulig må *lengst mulig overlevelse veies opp mot god livskvalitet.* Tumorrettet behandling tett opp mot livets siste fase reduserer mulighetene for å være hjemme. Dagens Medisin omtalte nylig en norsk studie som viste at aktiv kreftbehandling i pasientenes siste leveuker er en etablert tradisjon som ikke uten videre er enkel å endre.[1]

Legeforeningen mener:

Målområde 1

- Kreftforebyggende tiltak må konkretiseres og prioriteres tverrsektorielt, med fokus på å muliggjøre gode livsvaner tidlig i livet.
- Sosial ulikhet er i seg selv en risikofaktor for kreft og vil være et viktig innsatsområde.
- Screeningprogram må gjøres tilgjengelige for alle. Et konkret tiltak er fjerning av egenandeler. Screeningmetode vil ha betydning for deltakelse.
- Utredning av et screeningprogram for lungekreft støttes
- Mer målrettet /persontilpasset screening støttes

Målområde 2

- Kreftstrategien og den demografiske utviklingen forutsetter en robust fastlegetjeneste
- Samhandlingen mellom tjenestenivåene må kommuniseres bedre

[1] https://www.dagensmedisin.no/esmo-esmo-2023-forskning/a-sta-i-den-diskusjonen-er-fryktelig-vanskelig/593429

DEN NORSKE LEGEFORENING

- Sykehus som etablerer *Comprehensive cancer center* må ha onkogeriatriske kompetansemiljø

Målområde 3

- Eldre som er kognitivt svekket bør omtales i dette kapittelet.
- Geriatrisk kompetanse må inn som del av samvalgsprosessen hos eldre som er kognitivt svekket.

Målområde 4

- Rekruttering av nok legespesialister forutsetter god utdanningskapasitet og flere LIS1 stillinger.
- Rekruttere og beholde legespesialister innen relevante fagfelt krever gode arbeidsforhold og godt arbeidsmiljø.
- Gjør kloke valg – kampanjens relevans for Nasjonal kreftstrategi 2024 – 2028 må vies mer oppmerksomhet i strategien
- Geriatere må inkluderes i de multidisiplinære teamene for eldre og skrøpelige pasienter
- Eldre og skrøpelige pasienter må inkluderes i kliniske studier
- Økt tilgang på persontilpasset medisin som innebærer avansert utredningsteknologi og kostbar behandling, vil legge press på bærekraften i systemet Nye metoder fremover. Det krever at man må løse prioriteringsutfordringer på gruppe- vs. individnivå. Dette burde vært diskutert i strategien. Kompliserte problemstillinger som individets rett til individuell vurdering og behandling vil utfordre systemet, ikke minst på kostnadssiden
- Forhåndssamtaler må omtales i kreftstrategien

Målområde 5

- Primærhelsetjenesten /fastlegene må få en tydeligere rolle i *"Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft"*
- Styrking av palliativ kompetanse / kompetanse innen terminal pleie, særlig i kommunene
- Mål om lengst mulig overlevelse må alltid veies opp mot mål om god livskvalitet.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
avdelingsdirektør

Elisabeth Selvaag
spesialrådgiver/lege

DEN NORSKE
LEGEFORENING

Dokumentet er godkjent elektronisk