Helsedirektoratet

Tilbakemeldingsskjema

Ekstern høringsrunde: Nasjonal kreftstrategi 2024-2028

Tilbakemelding:

- Vær vennlig å gi tilbakemelding i vedlagte skjema
- Frist: **29. oktober 2023**
- Skjemaet sendes på e-post til postmottak@helsedir.no, med vår referanse 23/10189 –Kreftstrategi 2024-2028 - Ekstern høring

Skjemaet brukes til:

- Kommentarer knyttet til bestemte områder (målområder/nasjonale målsettinger/delmål)
- Generelle kommentarer

Innhold	Kommentarer
Bakgrunn og ambisjoner for kreftstrategien 2024-2028	Vi mener at kreftstrategien i sitt innledningskapittel bør referere til at EU har anbefalt sine medlemsland å iverksette screening for lungekreft.
Status og utviklingstrekk	***Helsedirektoratet utreder for tiden om det skal opprettes et screeningprogram for lungekreft. Dette er en viktig milepæl på veien til å redde mange liv. Når screening påviser kreft tidlig, kan pasienter med dagens behandling kureres for kreft, som de ellers ville dø av. Den nasjonale kreftstrategien bør ha som mål at nasjonal screening for lungekreft innføres i Norge.*** Lungekreft er den sykdommen som tar flest liv og leveår i Norge. Hvert år får om lag 3 500 personer sykdommen. Av disse dør opp mot 2 300 personer. I tillegg har antall innbyggere i Norge med lungekreftdiagnose tredoblet seg i løpet av de siste 20 årene.

	Bare 27 % av mennene og 34 % av kvinnene vil være i live fem år etter diagnosen. Dersom lungekreft oppdages i første stadium, øker antallet pasienter som overlever til 64% for menn og 73% for kvinner. [1] De som røyker, eller har vært utsatt for passiv røyking, asbest eller radon er særlig utsatt for lungekreft. Selv om antall røykere har gått ned de siste tiårene, ventes en topp i antall nye tilfeller av lungekreft i 2035. Dette skyldes et etterslep fra personer som røykte tidligere, og som vil få lungekreft i årene fremover. Noe av grunnen til at lungekreft har så høy dødelighet, er at den oppdages sent, fordi sykdommen gir diffuse symptomer. Sykdommen gir ikke smerter eller kuler som varsler om at noe er galt. Mange rekker derfor å få alvorlig sykdom med spredning før den oppdages Blant pasientene er det store sosiale forskjeller, der de med lavest inntekt og utdanningsnivå får og dør oftere enn andre av lungekreft[2].
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 1 - Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging	
Nasjonale målsettinger	Innenfor medisinen har man i løpet av det siste tiåret sett framgang innenfor både kirurgi, strålebehandling og systemiske behandlinger, hvor det har kommet kjemoterapi som tar utgangspunkt i svulstens genetikk. For ikke-småcellet lungekreft har det også kommet en rekke immunterapier med god effekt på overlevelse. Denne utviklingen gjør det mulig å effektivt behandle lungekreft og redde liv. Tidlig behandling medfører mindre behandling, kortere sykehusopphold og lar pasienter gå tilbake til et meningsfullt liv i samfunnet og til arbeid, med færre ettervirkninger av behandlingen. Fremskritt innenfor diagnostikk og medisinsk behandling gir håp om økt overlevelse for stadig flere. Med bedre bildediagnostikk og bedre forståelse av hvilke biomarkører som predikerer fremtidig utvikling av lungekreft, kan man stadig mer presist diagnostisere pasienter lungekreft i en tidlig fase. Det har også kommet på plass diagnostiske verktøy som kalkulerer den enkeltes risiko for lungekreft i framtiden.

[1] https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/lungekreft/#utbredelse-og-overlevelse

[2] https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2019/hoyere-kreftrisiko-for-lavt-utdannede/#:~:text=Personer%20med%20grunnskole%20som%20h%C3%B8yestee,universitet%20og%20h%C3%B8yskole%2C%20konstaterer%20Kreftregisteret.&text=Resultatene%20om%20kreft%20og%20utdanning,Sosial%20ulikhet%2C%20 innvandring%20og%20kreft

	Da regjeringens forrige kreftstrategi ble lansert i 2018, ble lungekreftscreening drøftet, og vurderingen den gang, var at det var behov for mer kunnskap. I 2022 startet en pilot for lungekreftscreening ved Akershus universitetssykehus (Ahus), med finansiering fra Kreftforeningen. Over en tre-årsperiode skal det tas CT-lungerøntgen på 1 000 deltagere, som enten røyker, eller har røyket tidligere. Deltakerne vil også få tilbud om individuell røykesluttveiledning og resept på røykesluttmedisin. Gjennom piloten har en allerede oppdaget tilfeller av lungekreft tidlig nok til at de kunne behandles med kurativ intensjon.[3] Vanligvis er det sosiale forskjeller i deltakelse i de etablerte screeningprogrammene, men piloten ved Ahus er målrettet mot dem som har høyest risiko, noe som ofte vil samsvare med grupper som ellers har lavere deltakelse i slike program. Interesse for deltakelse i piloten har vært høy, og kan gi relevante erfaringer for andre program. Samtidig er det viktig for utjevning av helseforskjeller at det opprettes et eget program for lungekreft som rammer så ulikt, og som ofte har svært alvorlig utfall. Det er i dag stor enighet i fagmiljøet og pasientforeninger om at screening for lungekreft er et presist og godt middel for å redusere dødeligheten, men også på sikt å redusere behovet for langvarig behandling i helsevesenet. EU-kommisjonen anbefaler å innføre lungekreftscreening for nåværende og tidligere røykere som har sluttet å røyke, og Helsedirektoratets pakkeforløp for lungekreft støtter at screening er et godt og viktig verktøy. Nye modeller gjør det enklere å finne de med høyest risiko for å utvikle lungekreft, til screening. Dette gjør at behovet for screeningutstyr og helsepersonell kan avgrenses sammenliknet med de andre screeningprogrammene som gir tilbud til alle. Dette begrenser også kostnadene. Selv om screening i en periode vil øke belastningen på radiologiske avdelinger og behandlende helsepersonell, vil dette veies opp av lavere sykdomsbyrde i befolkningen på sikt, og mer frigjort kapasitet til å behandle andre sykdommer, ettersom behandlingsforløpene blir kortere og pasientene friskere. En slik topp i screening og behandling kan også begrenses ved at programmet innføres gradvis, slik at kompetansen i spesialisthelsetjenesten kan benyttes i hele landet. **Innføring av lungekreftscreening bør være en del av kreftstrategiens nasjonale mål for 2024-2028.**
Generelle kommentarer	

Helsedirektoratet

Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 2 - Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 3 - En mer brukerorientert kreftomsorg	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 4 - Flere skal overleve og leve lenger med kreft	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	

Helsedirektoratet

Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 5 - Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Andre kommentarer	Vi takker for muligheten til å komme med høringsinnspill til nasjonal kreftstrategi 2024-2028. For å oppnå kreftstrategiens målsetting om at flere skal overleve og leve lenger med kreft, er effektive tiltak for å redusere dødelighet av lungekreft helt avgjørende. Mye av årsaken til at lungekreft er den dødeligste kreftformen, er at sykdommen ofte er nesten symptomfri før den oppdages. Det vil derfor være viktig å innføre screening slik at diagnosen kan stilles tidligere. Det er vist at screening reduserer sykelighet og dødelighet av lungekreft. Forum for lungekreftscreening er et samarbeid mellom bioteknologiselskapene Astra Zeneca, Bristol Myers Squibb og Roche som jobber for at det opprettes et nasjonalt program for lungekreftscreening i Norge.

Helsedirektoratet