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

LENKE for høringsutkastet:

Nasjonal kreftstrategi 2024-2028 - Helsedirektoratet

Overordnet kommentar:

1. Foreslår å gjøre noe med formateringen slik at de ulike nivåene innen enkelte målområdene kommer tydeligere frem både i teksten og i innholdsfortegnelsen, eksempelvis med nummerering eller fonttyper, som gjenspeiles i innholdsfortegnelse.
2. Referanser bør legges inn. "Tiden" strategien er skrevet i bør være gjennomgående og logisk – en strategiplan for 2024-2028 som utgis i 2023.Det er nå tre nasjonale kreftscreeningprogrammer i Norge. Screening er en viktig del av det forebyggende arbeidet og som det satses på i Norge- begrepet screening bør derfor inn i en de 5 målområdene og det er naturlig å knytte det til målområde 1.

Helsedirektoratet

Innhold	Kommentarer
Bakgrunn og ambisjoner for kreftstrategien 2024-2028	**Side 5, avsnitt 3 nå:** • Norge skal bli et foregangsland for kreftforebygging. • Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp. • En mer brukerorientert kreftomsorg. • Flere skal overleve og leve lenger med kreft. • Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende Vi mener at begrepet screening må brukes aktivt i strategien da det i dag er tre landsdekkende kreftscreeningprogrammer og begrepet er i ferd med å etablere seg i befolkningen, blant helsepersonell, politikere og beslutningstakere. ***Forslag til ny tekst:*** *• Norge skal bli et foregangsland for kreftforebygging **og kreftscreening*** *• Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp.* *• En mer brukerorientert kreftomsorg.* *• Flere skal overleve og leve lenger **med best mulig livskvalitet etter behandling.*** *• Best mulig livskvalitet for kreft**overlevere** og pårørende* **Side 6. Nå står det:** Norge skal være et foregangsland for kreftforebygging Innen 2030 skal Norge nå FN sitt bærekraftsmål om å redusere for tidlig død forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer, med en tredel i alle utdannings- og sosioøkonomiske grupper. Dette skal oppnås ved hjelp av forebygging og behandling, og ved å fremme mental helse og livskvalitet. Arbeidet skal rettes mot kjente risikofaktorer for kreft, som blant annet bruk av tobakk og alkohol, overvekt, usunt kosthold, fysisk inaktiv, usunt inneklima og soleksponering. Innen 2030 skal antall dagligrøykere være halvert. Kreftscreening som tilbys befolkningen skal optimaliseres for å oppdage sykdom før symptomer, med færrest mulige bivirkninger for de i utgangspunktet friske individer som deltar. HPV indusert kreft skal elimineres innen 2030. I tråd med strategien for persontilpasset medisin skal helsetjenesten ha kompetanse til å møte individets behov knyttet til persontilpasset forebygging.

Helsedirektoratet

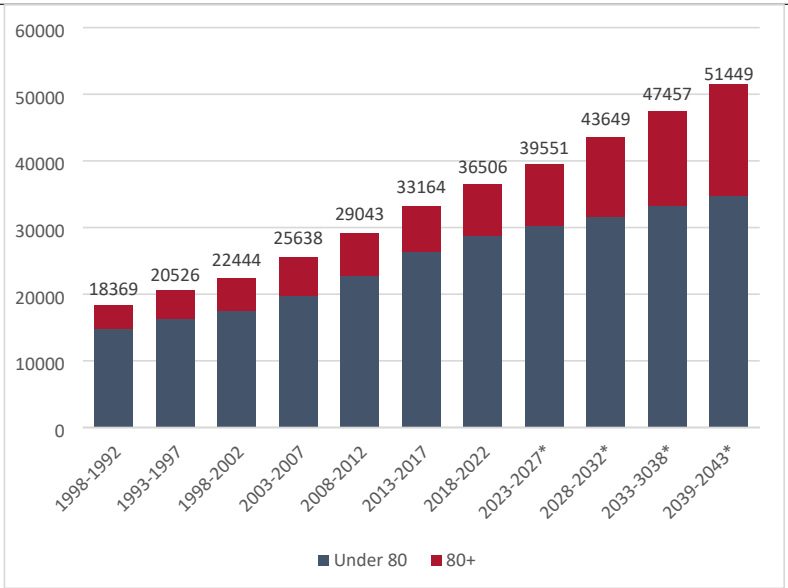
	Forslag til ny tekst: *Norge skal være et foregangsland for kreftforebygging og kreftscreening* *I løpet av 2028 skal Norge være på god vei for nå FN sitt bærekraftmål om å redusere for tidlig død forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer i alle utdannings- og sosioøkonomiske grupper, med en tredel i forhold til 2015 nivåer. Dette skal oppnås ved bedre forebygging av sykdom, øke oppmøtet i kreftscreeningprogrammene, tilby mer persontilpassede helsetjenester og ved å fremme mental helse og livskvalitet.* *Arbeidet skal rettes mot kjente risikofaktorer for kreft, som blant annet bruk av tobakk og alkohol, overvekt, usunt kosthold, fysisk inaktivitet, usunt inneklima, HPV og soleksponering. I løpet av strategiperioden skal antall dagligrøykere være halvert sammenlignet med dagens nivå og HPV indusert kreft skal være nærmest eliminert. I tråd med strategien for persontilpasset medisin skal helsetjenesten etablere kompetanse til å møte individets behov knyttet til persontilpasset forebygging. Kreftscreeningprogrammene skal oppdage sykdom før symptomer oppstår, redusere ulempene og øke fordelene ved deltakelse ved blant annet å ta i bruk persontilpassede strategier og kunstig intelligens. Dette vil sikre deltakelse i moderne, trygge og kostnadseffektive programmer.* **Side 7:** I punktet "Flere skal overleve og leve lenger med kreft" bør livskvalitet nevnes, selv om neste punkt omtaler dette- da det ellers kan se ut som at livskvalitet og det å leve lenger ser på som to separate aspekter. **Nå står det:** Behandlingen av pasienter med kreft skal i økende grad tilpasses den enkelte, med fokus på biologiske egenskaper ved kreftsykdommen gjennom blant annet persontilpasset medisin. I løpet av strategiperioden skal gentesting / presisjonsdiagnostikk tilbys flere kreftpasienter tidlig i forløpet, for bedre diagnostikk og behandling. ***Forslag – erstatte med:*** *Behandlingen av pasienter med kreft skal i økende grad tilpasses den enkelte, med fokus på blant annet det enkelte mennesket og biologiske egenskaper ved sykdommen. I løpet av strategiperioden skal gentesting / presisjonsdiagnostikk tilbys flere tidlig i forløpet, for å bedre kunne tilpasse screeningtesten, utredning, diagnostikk og behandling, og for å redusere bi- og seneffekter av behandlingen som fører til redusert livskvalitet.*

Helsedirektoratet

	Side 9: "I tillegg viser studier at personer med lavere sosioøkonomisk status i mindre grad deltar i kreftscreeningprogrammene enn de med høyere sosioøkonomisk status. Dette er helsetilbud som skal være tilgjengelig for alle som er i målgruppene, uavhengig av sosial status. Satsingen på tydelig og klar informasjon må fortsette, slik at ulik sosioøkonomisk status og egen helsekompetanse ikke blir til hinder for deltakelse. Tiltak for å øke deltakelsen i de nasjonale kreftscreeningprogrammene må gjennomføres." Siste setning henger ikke helt godt sammen med resten av avsnittet vil derfor foreslå å skrive om slik at det fremkommer tydelig at vi ønsker å teste strategier for å øke deltagelsen særlig i grupper som deltar i liten grad. Forslag, erstatte med: I tillegg viser studier at personer med lav sosioøkonomisk status i mindre grad deltar i kreftscreeningprogrammene enn de med høy sosioøkonomisk status (refs). Kreftscreeningprogrammene er et helsetilbud som skal være tilgjengelig for alle i målgruppene, uavhengig av sosial status. Enkel, balansert informasjon må formidle dette slik at sosioøkonomisk status og egen helsekompetanse ikke blir til hinder for deltakelse. Studier, inkludert implementeringsstudier må videreføres og igangsettes for å øke deltakelsen i de nasjonale kreftscreeningprogrammene.
Status og utviklingstrekk	**Side 10, Figur 2.** Vi (Inger Kristin Larsen, KRG) tror det er en gammel figur som er brukt, for tallene stemmer ikke helt overens med det som står i teksten. Kreftregisteret lagde en ny figur i juni (se under) som kan benytte. **Figurteksten endres til (det som er markert med gult må endres uansett om man beholder eller setter inn ny figur)**: Registrert og fremskrevet årlig gjennomsnitt av nye krefttilfeller for menn og kvinner samlet, 1998-2043. Totalantallet er vist over hver stolpe (Basert på tall fra NORDCAN, The Association of the Nordic Cancer Registries (ANCR) (6))

Commented [SH1]: (Journal of Public Health: From Theory to Practice https://doi.org/10.1007/s10389-018-0937-1 og Damiani et al. BMC Public Health 2012, 12:99 http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/99.

Helsedirektoratet



Lenke til figur : antall kreftpasienter over og under 80 år.xlsx

Side 10, endres til: 11,282 personer døde av kreft i 2022 (tall fra Dødsårsaksregisteret), og for første gang har Dødsårsaksregisteret registrert mer enn 11,000 kreftdødsfall i løpet av ett år.

Side 11 og 12 figur 4 og figur 5. Figurene bør oppdateres med fremskrivinger frem til 2043 dersom figur 2 oppdateres.

Side 13, Brystkreft: Denne setningen: «Relativ overlevelse 5 år etter diagnose har de siste 20 årene økt fra 79% til litt over 93%.»
Endres til: Relativ overlevelse 5 år etter diagnose har de siste 20 årene økt fra 88% til ~~litt over~~ 93%.

Helsedirektoratet

	Side 14, Prostatakreft: Denne setningen: «Prostatakreft er den vanligste kreftformen blant menn i Norge, og i 2022 ble det registrert 5,844 nye tilfeller» **Endres til:** Prostatakreft er den vanligste kreftformen blant menn i Norge, og i 2022 ble det registrert ~~5,844~~ 5,474 nye tilfeller **Side 14, Tykk- og endetarmskreft: Denne setningen «**Samtidig ser en at overlevelsen er noe høyere for kvinner enn for menn (Kreftregisteret). **Endres til:** Samtidig ser en at overlevelsen av tykktarmskreft er noe høyere for kvinner enn for menn (Kreftregisteret). **Side 15, Lungekreft: Disse setningene: «**I 2022 døde 1,194 menn og 1,011 kvinner av lungekreft. De siste årene har vi imidlertid sett en gradvis økning i overlevelse også for denne kreftformen, og 5 års overlevelse for lungekreft er i dag (2022) 26,5% for menn og 33,7% for kvinner (Kreftregisteret).» **Endres til:** I 2022 døde 1,194 menn og 1,011 kvinner av lungekreft (Dødsårsaksregisteret). De siste årene har vi imidlertid sett en gradvis økning i overlevelse også for denne kreftformen, og 5 års overlevelse for lungekreft er i dag (2018–2022) 26,5% for menn og 33,7% for kvinner (Kreftregisteret). **Side 15, Blod- og lymfekreft: Denne setningen: «**Forekomsten for begge gruppene har økt over tid. 5 års-overlevelsen for Hodgkin-, non-Hodgkin lymfom og leukemi har økt betraktelig, eksempelvis har 5-års overlevelsen for leukemi de siste 20 årene økt fra 63.1% til 75.5% (Kreftregisteret).» **Endres til:** Forekomsten for begge gruppene har økt over tid. 5 års-overlevelsen for Hodgkin-, non-Hodgkin lymfom og leukemi har økt betraktelig, eksempelvis har 5-års overlevelsen for leukemi blant kvinner de siste 20 årene økt fra 63.1% til 75.5% (Kreftregisteret). **Side 15, Barn og unge: Dette avsnittet: «**De siste 40 årene har forekomsten av kreft hos barn og unge vært stabil. Årlig er det om lag 200 nye krefttilfeller i aldersgruppen 0–17 år. De største sykdomsgruppene er leukemier og svulster i sentralnervesystemet som hver for seg utgjør ca. en tredjedel av alle krefttilfellene blant barn. Overlevelsen har gått litt opp de siste årene, og i dag er 5-års relativ overlevelse 87,6%, og 10 års relativ overlevelse er på over 80% (Kreftregisteret).» **Endres til:** Det var en liten økning i forekomsten fra 1970-tallet til rundt år 2000, deretter har ~~siste 40 årene har~~ forekomsten av kreft hos barn og unge vært stabil. Årlig er det om lag 200 nye krefttilfeller i aldersgruppen 0–17 år. De største sykdomsgruppene er leukemier og svulster i sentralnervesystemet som hver for seg utgjør ~~ca. en tredjedel~~ henholdsvis 25% og 28% av alle krefttilfellene blant barn. Overlevelsen har gått litt opp de siste årene, og i dag er 5-års relativ overlevelse ~~87,6~~ 88.9%, og 10 års relativ overlevelse er på over 8~~0~~6% (Kreftregisteret).

Helsedirektoratet

	Side 15, Andre kreftformer: tillegg: Livmorhalskreft og andre HPV relaterte kreftformer **302 kvinner i Norge fikk livmorhalskreft i 2022. Denne kreftformen opptrer hyppigst i 30-40- års alderen, men kan forebygges med screening og vaksine. Fem års relativ overlevelse etter livmorhalskreft er høy, 82,5 prosent. Hvis sykdommen oppdages tidlig (stadium I), er det 95,7 prosent som overlever sin kreftsykdom i 5 år eller mer. For de som diagnostiseres sent i sykdomsforløpet (stadium IV), er prognosen fortsatt dårlig, kun 23,3 prosent overlever sykdommen i 5 år eller mer. Det har vært en markert fall i forekomsten av livmorhalskreft fra midten av 70-tallet og frem til i dag for alle aldersgrupper under ett (aldersstandard-isert insidensrate). Fra midt på 2000-tallet ser vi imidlertid en økning i forekomst i aldersgruppen 35 til 49 år. Fra 2013 ser vi også økning i aldersgruppen 25 til 34 år. Andre, mer sjeldne former for HPV-relatert kreft er for kvinner vulva- og vaginalkreft, hos menn peniskreft, og hos begge kjønn analkreft og munn- og svelgkreft. Det er en jevn økning av disse kreftformene og sammenlagt overstiger disse livmorhalskrefttilfellene per år. Den største stigningen ser vi blant munn-og halskreft hos menn. Disse kreftformene har ingen screening, men kan forebygges med vaksine.** **Side 16, Eldre: Denne setningen: «**Framskrivninger fra Kreftregisteret viser at vi kommer til å få en dobling i antall krefttilfeller blant de over 80 fram mot år 2040, fra dagens rundt 8,000 tilfeller per år, til om lag 16,000 tilfeller årlig i løpet av de neste 20 årene ~~(Kreftregisteret)~~.(NORDCAN, The Association of the Nordic Cancer Registries (ANCR))» **Endres til:** Framskrivninger fra Kreftregisteret viser at vi kommer til å få en dobling i antall krefttilfeller blant de over 80 fram mot år 2040, fra dagens rundt 8,000 tilfeller per år, til om lag 17,000 tilfeller årlig i løpet av de neste 20 årene (Kreftregisteret).
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 1 - Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging	
Nasjonale målsettinger	Side 17 – forslag til endring: *Målområde 1: Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging* ***og kreftscreening*** *Målområde 2: Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp.* *Målområde 3: En mer brukerorientert kreftomsorg.*

Helsedirektoratet

	*Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger **med best mulig livskvalitet etter behandling.*** *Målområde 5: Best mulig livskvalitet for kreft**overlevere** og pårørende* Side 18: Målområde 1: Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging Nasjonale målsettinger • Norge når i 2030 FN sitt bærekraftsmål om å redusere for tidlig død forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel3 i alle utdannings- og sosioøkonomiske grupper målt i forhold til 2015-nivåer. Målet skal nåes gjennom forebygging og behandling, og ved å fremme mental helse og livskvalitet. • Kreftforebygging skjer på en måte som motvirker sosial ulikhet i helse. • Norge bidrar aktivt inn i det europeiske arbeidet (EU4Helath, JA prevent og JA screening) med kreftforebygging, inkludert screening. • I den kommende strategiperioden er målet at daglige røykere og snusbrukere skal være under 5%i alle alders- og utdanningsgrupper • Tverrsektorielt helsefremmende og forebyggende arbeid mot de kjente risikofaktorene for kreft som tobakk, alkohol, overvekt, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og stillesitting - forsterkes. • Norge jobber systematisk med å forebygge og redusere risikoen for å bli syk av ulike miljøfaktorer. Herunder blant annet UV-stråling, usunt inneklima, radonstråling og utendørs luftforurensning. • Norge jobber for å utrydde Humant Papilloma Virus (HPV) indusert kreft som folkehelseproblem i løpet av strategiperioden. • Økt kunnskap om forebygging og helsefremmendearbeid blant helsepersonell. • De nasjonale screeningprogrammene mot kreft har dokumentert effekt på sykelighet og dødelighet, og har lavest mulig risiko for bivirkninger eller skade for de som deltar. • Oppmøteprosenten til de nasjonale kreftscreeningprogrammene er økt. • Det jobbes med å identifisere målrettede biomarkører for tidlig oppdagelse av kreft som kan benyttes innen kreftscreeningprogrammene. • De nasjonale screeningprogrammene mot kreft tar i bruk ny teknologi *Forslag til endring:* *Målområde 1: Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging og kreftscreening* *Nasjonale målsettinger*

	• I løpet av 2028 skal Norge være på god vei for nå FN sitt bærekraftmål om å redusere for tidlig død forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer i alle utdannings- og sosioøkonomiske grupper, med en tredel i forhold til 2015 nivåer (ref). Dette skal oppnås ved bedre forebygging av sykdom, øke oppmøtet i kreftscreeningprogrammene, tilby mer persontilpassede helsetjenester og ved å fremme mental helse og livskvalitet. *• Arbeidet med kreftforebygging og kreftscreening skal bidra til å redusere sosial ulikhet innen helse.* *• Norge skal bidra aktivt inn i det europeiske arbeidet (EU4Health, JA prevent og JA screening) med kreftforebygging, inkludert screening.* *• Andelen dagligrøykere og snusbrukere skal reduseres til mindre enn 5 % i alle alders- og utdanningsgrupper i løpet av strategiperioden.* *• Tverrsektorielt helsefremmende og forebyggende arbeid knyttet til de kjente risikofaktorene for kreft som tobakk, alkohol, overvekt, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og stillesitting skal forsterkes.* *• Norge skal jobbe systematisk med å forebygge og redusere risikoen for å bli syk av ulike miljøfaktorer som UV-stråling, usunt inneklima, radonstråling og utendørs luftforurensning.* *• Norge skal jobbe aktivt for å utrydde Humant Papilloma Virus (HPV) indusert kreft i strategiperioden.* *• Kunnskap og kompetanse om kreftforebygging, inkludert screening skal økes i befolkningen og blant helsepersonell.* *• Kreftscreeningprogrammene skal redusere ulempene og øke fordelene ved å delta, ved å innføre persontilpassede løsninger og kunstig intelligens.* *• Målrettede gentester og biomarkører for tidlig oppdagelse av kreft skal identifiseres som en del av den persontilpassede strategien.* *• Deltakelse i kreftscreeningprogrammene skal øke sammenlignet med dagens deltakerandel.* *• Bruk av kunstig intelligens skal utprøves i retro- og prospektive studier, implementeringsstudier og eventuelt tas i bruk.* **Jeg savner et punkt som omtaler informasjon om screening til målgruppen** Side 21: *Foreslår å legge inn et punkt* *h) Økt kunnskap om kreftscreening i befolkningen og blant helsepersonell, samt økt deltakelse i screeningprogrammene Kunnskap om kreftscreening generelt, effekter av tiltaket og om fordeler og ulemper ved deltakelse er et viktig folkehelseoppdrag og grunnlag for at de inviterte skal få mulighet til å ta et informert valg om deltakelse. Helsepersonell er viktig ambassadører i informasjonsarbeidet og undervisning om kreftscreningprogrammene bør inngå i alle helsefagutdanninger. Informasjonen må være tuftet på oppdaterte kunnskapsrapporter, og retningslinjer/anbefalinger fra europeiske og internasjonale helseinstitusjoner. Informasjonen må tilpasset alle utdannings- og sosioøkonomiske grupper og foreligge i ulike formater.*

Helsedirektoratet

	I setning: Arbeidet skal rettes mot kjente risikofaktorer for kreft, som blant annet bruk av tobakk og alkohol, overvekt, usunt kosthold, fysisk inaktiv, usunt inneklima og soleksponering. *Bør endres til:* *Arbeidet skal rettes mot kjente risikofaktorer for kreft, som blant annet bruk av tobakk og alkohol, overvekt, usunt kosthold, fysisk inaktiv, usunt inneklima, **HPV infeksjon o**g soleksponering.* SETNING: Kreftscreening som tilbys befolkningen skal optimaliseres for å oppdage sykdom før symptomer, med færrest mulige bivirkninger for de i utgangspunktet friske individer som deltar BØR revideres. ..... I tråd med strategien for persontilpasset medisin skal helsetjenesten ha kompetanse til å møte individets behov knyttet til persontilpasset forebygging **Satsingsområde side 23:** Legge til: h) Øke deltakelsen i kreftscreeningprogrammene **Side 24: Innledningen bærer preg av å dekke forhold knyttet til livmorhalsscreening og må bearbeides for å dekke kreftscreening generelt.** **Nå:** Screening Norge har tre etablerte nasjonale screeningprogrammer mot kreft. Livmorhalsprogrammet, mammografiprogrammet, og tarmkreftscreeningprogrammet. Målet med de nasjonale screeningprogrammene mot kreft er å oppdage forstadier til kreft, eller kreft i et tidlig stadium, slik at disse kan behandles for å unngå at kreft oppstår eller får utvikle seg. Tidlig behandling av disse spesifikke kreftformene er viktig for å redusere sykeligheten og dødeligheten i befolkningen. Metodene som brukes i et screeningprogram må være følsomme og presise slik at de skiller godt mellom syke og friske personer, være enkle å utføre og ha lav risiko for bivirkninger. I tillegg må metoden som benyttes være akseptert av

	befolkningen samtidig som kostnadene ved screeningprogrammet må stå i et rimelig forhold til nytten og effekten. Screeningprogrammene må kvalitetssikres kontinuerlig og evalueres med jevne mellomrom basert på resultatene som er oppnådd. ***Forslag: (Vi foreslår med referanser – alternativt lenke mot hvert programs hjemmeside)*** *I Norge er det tre etablerte og landsdekkende kreftscreeningprogrammer, Livmorhalsprogrammet, Mammografiprogrammet, og Tarmkreftscreeningprogrammet. Målet med Livmorhalsprogrammet er å oppdage forstadier til kreft, eller kreft i et tidlig stadium, slik at forandringene kan behandles for å unngå at kreft oppstår eller får utvikle seg (ref). Mammografiprogrammets målsetting er å oppdage kreft i et tidlig stadium slik at kvinnene kan tilbys mer skånsom behandling enn om svulsten ble oppdaget ved symptomer (ref). Dette vil føre til mindre bi- og seneffekter av behandlingen og redusert dødelighet av sykdommen. I Tarmscreeningprogrammet er målsettingen å oppdage tarmkreft i tidlig stadium, før symptomer oppstår. På den måten kan flere overleve sykdommen og behovet for belastende behandling blir mindre.* *Helsedirektoratets 16 kriterier for screening må følges (ref). Det innebærer at metodene som benyttes skal være følsomme og presise slik at de skiller godt mellom syke og friske personer, være enkle å utføre og ha lav risiko for bivirkninger. I tillegg må metoden som benyttes være akseptert av befolkningen samtidig som kostnadene ved screeningprogrammet må stå i et rimelig forhold til nytten og effekten. Screeningprogrammene skal monitoreres og kvalitetssikres kontinuerlig og evalueres med jevne mellomrom basert på resultatene som er oppnådd. Prosedyrer for slikt arbeid skal være enkelt tilgjengelig for interesserte.* Side 24: *Styringsgruppens oppgaver fremstår som diffuse og uklare. Ha slags saker skal de komme med råd om og beslutte? (VURDERE Å legge inn referanser til kvalitetsmanualer og rammer som det henvises til.)* Side 25, bør revideres og gjøres mer tidsaktuell: I dag er teksten slik Mammografiprogrammet Mammografiprogrammet inkluderer kvinner i alderen 50-69 år. Programmet driftes av Kreftregisteret. Kvinner i målgruppen mottar hvert annet år en invitasjon til mammografiundersøkelse ved et av landets brystdiagnostisk sentere eller ved en screeningbuss. Helsedirektoratet vil i 2023 starte en utredning av om aldersgruppene som inviteres til mammografiscreening skal utvides. Bakgrunnen er blant annet de oppdaterte anbefalingene fra EU-rådet. Det foregår innovasjon og utvikling på flere områder innen mammografiscreening. Et tema er om kunstig intelligens (KI) kan være nyttig og egent/sikkert/trygt for å tyde mammogrammer. Her er Norge, ved Kreftregisteret, helt i forskningsfronten. Et annet tema som er under utredning er

	om mammografisk tetthet kan brukes til å justere screeningintervallene for den enkelte kvinne, dvs. å få etablert mer persontilpasset screening. *Forslag:* *Mammografiprogrammet* *Mammografiprogrammets målgruppe er kvinner i alderen 50-69 år. Programmet driftes og administreres av Kreftregisteret, mens utøvelse av screening, tyding og oppfølging ved positive funn er knyttet til brystentre på 17 helseforetak. Kvinner i målgruppen mottar hvert annet år digital aller analog invitasjon til mammografiundersøkelse ved en stasjonær eller mobil screeningenhet. I 2023 skal Helsedirektoratet starte en utredning knyttet til aldersspennet i målgruppen for programmet. Bakgrunnen er blant annet de oppdaterte anbefalingene fra EU-rådet og European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC). EU-rådet legger også føringer knyttet til persontilpasning av tilbudet for kvinner med mammografisk tette bryst. Kreftregisteret har utført flere studier knyttet til persontilpasninger og bruk av kunstig intelligens og et naturlig mål er å implementere slike endringer i løpet av strategiperioden for en målgruppe med større aldersspenn enn det vi har i dag. Mammografiprogrammets IKT-gjeld er i dag urovekkende og gir svært begrensede muligheter for modernisering av programmet. Mammografiprogrammets IKT systemer skal derfor oppgraderes i løpet av strategiperioden, for å kunne tilby kvinnene deltakelse i et moderne og trygt program.* Tarmscreeningprogrammet s. 25: Setningen "Målet med tarmscreeningprogrammet er på sikt å redusere antall nye tilfeller av tarmkreft i Norge." Foreslår å stryke. Formålet er ikke beskrevet under de to andre kreftscreeningprogrammene, men under kreftscreening overordnet. Alternativt må det skrives om sik at hovedmålet om redusert tarmkreft dødelighet kommer tydelig frem. Tarmscreeningprogrammet s. 25: Setningen: "I løpet av strategiperioden kan det bli aktuelt å vurdere om det er behov for flere screeningsentre, inkludert plasseringen av disse." Dette ligger implisitt i planen for utrulling og det foreligger allerede en plan for å bredde til flere sentre innenfor eksisterende HF i 2024. Foreslår derfor å omformulere til: "I løpet av strategiperioden vil det være behov for flere screeningsentre, og det må gjøres en vurdering av plasseringen av disse." Side 25-27:

Helsedirektoratet

	Teksten må samkjøres og de samme termene må brukes. Side 26-27: Nå: Deltakelse i screening Det er frivillig å delta i kreftscreeningprogrammer. Det er viktig med god og balansert informasjon slik at de som inviteres kan foreta et informert valg for deltagelse eller ikke. Den enkelte må informeres om fordeler og ulemper ved å delta i et screeningprogram, og effekt og risiko knyttet til ulike screeningtester/metoder. De som inviteres må også få informasjon om mulige komplikasjoner ved behandling, usikkerhet knyttet til resultatene samt risikoen for overbehandling. Informasjon skal være tilpasset hver enkeltes helsekompetanse, kulturelle forståelse og individuelle preferanser. Språket som benyttes må være enkel og forståelig. Informasjonen må også gis på ulike språk og ta høyde for at ikke alle har den samme bakgrunnsforståelsen. Ved hjelp av balansert informasjon må den inviterte settes i stand til å ta et bevist valg på om de vil delta i screening eller ikke. For å få opp deltakelsen i screeningprogrammene må det legges til rette for at alle skal ha lik tilgang til å delta i nasjonale screeningprogrammer, uavhengig av økonomisk status og hvor i 27 landet de bor. Det må vurderes om det i strategiperioden skal gjøres et aktivt arbeide med å bygge ned økonomiske barrierer som kan bidra til å skape sosiale ulikheter i deltakelse i de nasjonale screeningprogrammene. Videre er det viktig å huske på at transpersoner med prostata og kvinnelig personnummer og transpersoner med livmor og mannlig personnummer ikke får innkalling til kreftscreeningprogrammene. Dette er en liten gruppe med store levekårsutfordringer, og dermed opphopning av risikofaktorer. Det bør i strategiperioden jobbes med å invitere transpersoner som ikke automatisk får invitasjon til deltakelse, med i de nasjonale kreftscreeningprogrammene. *Forslag:* *Deltakelse i screening* *Det er frivillig å delta i kreftscreeningprogrammene. Tilpasset og balansert informasjon er viktig for å gi de inviterte mulighet til å ta et informert valg om deltagelse. Fordeler og ulemper ved å delta i et screeningprogram, effekt og risiko knyttet til ulike screeningtester/metoder må forklares og informasjon om mulige komplikasjoner ved behandling, usikkerhet knyttet til resultatene samt risikoen for overbehandling må beskrives. Informasjon skal være tilpasset samfunnets variasjon i helsekompetanse, kulturelle forståelse og individuelle preferanser. Språket må være enkel og forståelig. Informasjonen bør utgis på ulike språk og ivareta behovet for kulturelle tilpasninger.* *Ved hjelp av balansert informasjon må den inviterte settes i stand til å ta et bevist valg på om de vil delta i screening eller ikke. For å øke deltakelsesraten i kreftscreeningprogrammene må det legges til rette for at alle skal ha lik tilgang til å delta i*

	nasjonale screeningprogrammer, uavhengig av sosiodemografiske forhold. Det må vurderes om det skal gjøres et aktivt arbeide med å bygge ned økonomiske barrierer som kan bidra til å skape sosiale ulikheter i deltakelse i kreftscreeningprogrammene i strategiperioden Videre bør tiltak knyttet til transpersoner og deltakelse i kreftscreeningprogrammene utredes i løpet av strategiperioden. Side 27: Nå: Opportunistisk screening Bruk av screeningundersøkelser utenfor de organiserte nasjonale screeningprogrammene, såkalt opportunistisk screening eller" villscreening" (dvs. undersøkelser av store grupper som ikke er klart definert), bør reduseres. Opportunistisk screening kan enten være initiert av pasienten selv, av lege eller andre aktører, og vil ha ulike årsaker som kan være mer eller mindre godt begrunnet. Risikoen ved opportunistisk screening er blant annet unødvendig utredning og behandling, bruk av begrensede helseressurser på en lite effektiv måte, og sykeliggjøring og ubegrunnet bekymring. Opportunistisk screeningen gjør det også vanskeligere å evaluere effekten av de nasjonale screeningprogrammene. *Forslag* *Opportunistisk screening* *Bruk av screeningundersøkelser utenfor de organiserte kreftscreeningprogrammene, såkalt opportunistisk screening eller "villscreening" skal kartlegges og reduseres sammenlignet med dagens praksis. Opportunistisk screening kan enten være initiert av pasienten selv, av lege eller andre aktører. Resultatene av opportunistisk screening er lite dokumentert og det stilles spørsmål til blant annet unødvendig utredning og behandling, og ineffektiv bruk av helseressurser. Opportunistisk screening gjør det vanskeligere å evaluere effekten av de nasjonale kreftscreeningprogrammene.* Side 27: Nå: Overdiagnostikk Overdiagnostikk i betydningen diagnostikk av en tilstand som ikke har gitt symptomer og som heller ikke kommer til å gi symptomer eller forkorte livet – er nært knyttet til bruken av ny teknologi og organisert screening. Screening kan oppdage små, saktevoksende svulster som aldri ville gitt symptomer, og som derfor heller ikke ville blitt oppdaget uten screening. For eksempel vil alle kvinner som får påvist brystkreft også tilbys behandling. Overdiagnostikk er derfor også nært knyttet til overbehandling, med de uheldige konsekvenser dette har for enkeltmennesker og for samfunnet. Tilstanden/sykdommen kunne gått over av seg selv, og effekten av behandlingen kan være begrenset. Nytten av behandlingen kan derfor være mindre enn ulempene den medfører. Med andre o

	rd bedrer ikke behandlingen helsen, den kan tvert imot være en belastning for pasienten. Spesielt er overbehandling i livets sluttfase et vanskelig område. Samfunnet og helsetjenesten må derfor ha fokus på overdiagnostikk og overbehandling også på kreftområdet. *Forslag* *Vi foreslår å kalle avsnittet for "Overbehandling" siden begrepet overdiagnostikk ofte blir misforstått.* *Overbehandling og overdiagnostikk (?)* *I screening så vel som i klinisk virksomhet foregår utredning og diagnostisering av forstadier og kreft i et tidlig stadium som ikke ville gitt symptomer eller forkortet livet dersom de ikke ble behandlet (ref). Det er fordi en ved utredning- og diagnosetidspunktet ikke har tilstrekkelig kunnskap om forandringenes utviklingspotensiale. Overbehandling kan derfor forekomme og er spesielt vanskelig i forbindelse med livets sluttfase. Omfanget av overbehandling kan beregnes, men anslagene er svært usikre da beregningsmodellene inkluderer en rekke antakelser.* *Overdiagnostikk kan defineres som forstadier til kreft og små, saktevoksende kreftsvulster som aldri ville gitt symptomer. Problemet er at vi i dag ikke har tilstrekkelig kunnskap til å si med sikkerhet hvilke svulster som ville og som ikke ville utviklet seg dersom de ikke ble behandlet. Derfor får alle tilbud om behandling. Overdiagnostikk er nært knyttet til overbehandling, med de uheldige konsekvenser dette kan få for enkeltmennesker og for samfunnet. Overdiagnostikk må ikke forveksles med feildiagnostikk eller falskt positive screeningresultater. Overdiagnostikk er ofte omtalt i forbindelse med screening, men finnes også i diagnostisk virksomhet.* Side 27: Nå: Mot en mer persontilpasset screening med bruk av kunstig intelligens (KI) I løpet av strategiperioden er det et mål å jobbe mot en enda mer persontilpasset screening – både gjennom ny forskning og utvikling, og ved å innføre tiltak og løsninger som allerede er vist å være effektive i forebyggingen av kreftsykdom og død. Teknologi med bruk av KI og dyplæring har vist lovende utvikling innen flere screeningretninger. Med gode norske helseregistrene, samt organisering og logistikk i screeningprogrammene, har Norge særlig gode forutsetninger for å gjennomføre studier for å innhente kunnskap om hvordan fordelene med screening kan økes og ulempene reduseres ved å persontilpasse screening i enda større grad enn i dag. Slike studier kan gjennomføres med 28 data utelukkende fra Norge, men også som større studier i samarbeid med andre land, organisasjoner og screeningprogrammer. KI kan også benyttes til vurdering av ulike screeningtester og for presise resultater. KI er vurdert til å ha samme eller høyere sensitivitet og spesifisitet enn tradisjonelle analyseverktøy. For eksempel innen mammografi er det relevant med studier for å finne ut om

	screeningprogrammet kan gjøres mer persontilpasset ved å ta hensyn til mammografisk tetthet eller andre kjente risikofaktorer for brystkreft. Føringer fra europeiske helsemyndigheter sier blant annet at kvinner med svært høy mammografisk tetthet bør få tilbud om hyppigere undersøkelser og/eller andre bildemodaliteter i tillegg til mammografi. KI kan på områder som dette trolig gi grunnlag for mer persontilpassede screeningprogrammer. Med økt kunnskap kan metoder endres og arbeidsbyrden knyttet til vurdering av tester reduseres. Som et supplement til screening bør det også være et mål å identifisere målrettede biomarkører for tidlig oppdagelse av kreft. Et moderne og persontilpasset screeningtilbud setter krav til nye og mer fleksible kommunikasjonskanaler overfor målgruppen og befolkningen, i form av mer tilpasset informasjon og større variasjon i hvilke informasjonskanaler som benyttes. *Forslag:* *Mer persontilpasset screening og bruk av kunstig intelligens (KI)* *I løpet av strategiperioden er det et mål å jobbe for større grad av persontilpasning av kreftscreeningprogrammene – både ved å innhente kunnskap ved å utføre retrospektive og prospektive studier, og ved å gjennomføre implementeringsstudier. KI har vist lovende utvikling innen flere screeningretninger og de gode helseregistrene sammen med den unike organiseringen og logistikken vi har i screeningprogrammene i Norge, har vi særlig gode forutsetninger for å bidra i kunnskapsgrunnlaget som er nødvendig før en implementering. Bruk av KI har potensiale til å øke fordelene og redusere ulempene ved screening.* *Med økt kunnskap om KI kan prosedyrer og arbeidsmetoder endres slik at blant annet arbeidsbyrden knyttet til vurdering av tester reduseres. Som et supplement til screening er det også være et mål å identifisere målrettede biomarkører og genetiske risikofaktorer for tidlig oppdagelse av kreft.* Side 27: Nå: Delmål • Økt kompetanse og kunnskap om forebygging av kreft på alle nivåer i helsetjenesten. • Befolkningen har kunnskap om hva som fremmer helse og forebygger sykdom, og om sammenhengen mellom levevaner og kreft. • Utjevning av ulikheter i kunnskap om helsefremmende levevaner. • Helse- og omsorgstjenesten tilbyr pasienter med kreft informasjon, støtte og veiledning i endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. • Ingen barn og unge begynner med tobakksprodukter. • Totalkonsumet av alkohol i befolkningen reduseres. • Større andel av befolkningen følger de nasjonale kostholdsrådene. • Arbeidsliv legger til rette for at ansatte kan være fysisk aktive i arbeidstiden.

Helsedirektoratet

	• Økt andel av befolkningen følger nasjonale råd om fysisk aktivitet. • Økt andel av befolkningen følger nasjonale råd om soling. • Arbeidet med å redusere radoneksponeringen til befolkningen videreføres. • Økt deltakelse i de etablerte kreftscreeningprogrammene for alle personer i målgruppene. • Inviterte deltakere til de nasjonale screeningprogrammene - og befolkningen generelt - sikres god og tilpasset informasjon om screeningen • Redusere screening utenfor de nasjonale screeningprogrammene (villscreening/opportunistisk screening) gjennom informasjon til fastleger og helsepersonell. *Forslag* *Delmål* *• Økt kunnskap og kompetanse om forebygging av kreft og kreftscreening i befolkningen og i alle nivåer i helsetjenesten.* *• Befolkningen har kunnskap om hva som fremmer helse og forebygger sykdom, og om sammenhengen mellom levevaner og kreft.* *• Utjevning av ulikheter i kunnskap om helsefremmende levevaner.* *• Helse- og omsorgstjenesten, kommunene og spesialisthelsetjenesten, skal tilby kreftoverlevere informasjon, støtte og veiledning for å endre levevaner og mestre helseutfordringer.* *• Ingen barn og unge skal begynne å bruke tobakksprodukter.* *• Totalkonsumet av alkohol i befolkningen skal reduseres.* *• En større andel av befolkningen skal følge de nasjonale kostholdsrådene.* *• Arbeidslivet skal legge til rette for at ansatte kan være fysisk aktive i arbeidstiden.* *• En økt andel av befolkningen skal følge nasjonale råd om fysisk aktivitet.* *• En økt andel av befolkningen skal følge nasjonale råd om soling.* *• Arbeidet med å redusere radoneksponeringen til befolkningen skal videreføres.* *• Økt deltakelse i de etablerte kreftscreeningprogrammene, spesielt blant innvandrere.* *• God, tilpasset og balansert informasjon om kreftscreeningprogrammene til målgruppene - og befolkningen generelt.* *• Kartlegge og redusere omfanget av opportunistisk screening gjennom informasjon til fastleger og helsepersonell.* **Nasjonal målsetting: Norge jobber for å utrydde humant papillomavirus (HPV) smitte og HPV-indusert livmorhalskreft som folkehelseproblem i løpet av strategiperioden.**

Helsedirektoratet

	g. Forebygge virusrelaterte kreftsykdommer **Endring:** HPV-vaksinene tilbys alle jenter og gutter ved 12 års alder som ledd i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen ble tilbudt jenter fra 2009 og gutter fra 2018. I tillegg til dette har det være et tidsbegrenset HPV-vaksinasjonsprogram for unge kvinner født 1991 og yngre, mens et tilsvarende vaksinetilbud ikke har vært gitt til gutter. Det er høy dekning i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Andelen vaksinerte monitoreres fortløpende, og for årskullet født 2008 har 94% av jentene og 93% av guttene fått minst én dose HPV-vaksine (35). Da det tar mellom 10 til 30 år fra smitte med HPV til man eventuelt utvikler kreft, vil det kunne ta mange år før vi kan se den forebyggende effekten barnevaksinasjonen har på krefttilfeller. Blant aldersgruppen 18-30-år vil ca 30 prosent av kvinnene, og så godt som alle mennene, være uvaksinerte. **Tillegg:** Forekomsten av andre HPV-relaterte kreftformer er stigende, og samlet overgår de nå livmorhalskreft i antall tilfeller per år. Høyest økning ser man for munn- og halskreft blant menn. Menn får HPV-relatert kreft i gjennomsnitt ved 50 års alder, og effekten av barnevaksinasjonen sees derfor enda senere enn hos kvinner. HPV relatert kreft hos menn kan ikke forebygges ved screening. Menn har fått et vesentlig begrenset tilbud om HPV vaksinering sammenlignet med kvinner. Dette er en åpenbar diskriminering av menn. Det er et stort kreftforebyggende potensial ved å vaksinere menn > 17 år med HPV-vaksine. Med dagens strategi elimineres livmorhalskreft først i 2038. Med eliminering mener man forekomst under 4 tilfeller per 100 000 kvinner/år. For å nå målsettingen om utryddelse av HPV og eliminering av livmorhalskreft ila strategiperioden (2024-2028) må det settes inn *ekstra* tiltak utover optimalisering av de tiltakene som allerede gjøres i dag (barnevaskinasjon og Livmorhalsprogrammet). Satsingen må inneholde både tiltak for økt screeningsdeltakelse og vaksinering av voksne. HPV vaksinering av både kvinner og menn i aldersgruppen hvor smitten er størst (under 30 år) vil redusere R tallet og stoppe HPV-smitte. Intensivert oppfølging av allerede HPV-smittede kvinner vil hindre livmorhalskreft-utvikling. Tiltakene bør startes raskt og kan være begrenset i tid (som en engangskampanje). Tiltaket bør ta i bruk infrastruktur etablert under Covid pandemien og/eller tiltenkt voksenvaksinasjonsprogrammet. Tiltaket er kostnadseffektivt. Et konkret forslag til hvordan tiltaket kan implementeres er publisert i «White Paper», av forskere ved Kreftregisteret: White paper: Raskere eliminering av HPV og livmorhalskreft (kreftregisteret.no)

Anbefalte ekstra tiltak er:

For screening:

- HPV-screening med hjemmetest av alle kvinner under 30 år som et engangstilbud innen utgangen av 2024?? og HPV positive kvinner følges opp etter nasjonale retningslinjer, (Hjemmetest er betydeligere billigere enn screening hos fastlege eller i verste fall hos avtale-spesialist i gynekologi).

For vaksinasjon

- Tilbud om gratis vaksine til alle menn og kvinner under 30 år
- Tilbud om gratis vaksine til særlig utsatte grupper uavhengig av alder (for eksempel menn som foretrekker menn, immunsupprimerte (eksempelvis HIV- positive) og kvinner behandlet for celleforandringer)
- Det anbefales at vaksinen som tilbys i punktene over er bredspektret, dvs dekker flest HPV-typer (gjør oppfølging i Livmorhalsprogrammet enklere, da færre HPV-typer er i omløp og reduserer betydelig ressurser som brukes på utredning og behandling samt følger av behandling).
- Informasjon om smittereduserende tiltak som kondombruk

Engangstiltak – HPV-vaksine og HPV-screening

I Sverige har man iverksatt ekstra tiltak for å eliminere livmorhalskreft i løpet av 5 år og redusere R tallet på HPV til under 1 i form av en kampanje med HPV vaksinasjon samtidig med HPV hjemmetest for kvinner < 30 år. I Sverige har man sett at dekningen i screeningen økte med 10% ved innføring av hjemmetest. Tilsvarende bør Norge innføre ekstra tiltak med HPV vaksinering av alle menn og kvinner < 30 år, i tillegg til risikogrupper uavhengig av alder, og samtidig tilby HPV-screening . Tiltaket kan gjennomføres ved å ta i bruk infrastruktur opprettet under Covid pandemien (se også forebygging av HPV relatert kreft).

Hjemmetest til alle

Dersom man i Norge skal nå målet om å eliminere livmorhalskreft før 2038 må Livmorhalsprogrammet optimaliseres ved å **utnytte og ta i bruk ny teknologi.**

HPV test er fra juli 2023 primær screeningmetode for alle aldersgrupper i Norge, og muliggjør hjemmetest av *alle* kvinner i programmet. HPV hjemmetest innføres gradvis som test hos fastleger i strategiperioden, først i en del av landet med en pilot høsten 2023. I løpet av strategiperioden vil HPV hjemmetest bli sendt hjem til kvinner som ikke har screenet seg på 10 år eller mer, og tilbudet vil utvides når mulig. Det forventes at tilbud om hjemmetest vil øke oppmøteprosenten, og særlig blant kvinner som ikke ønsker å ta prøven hos lege av ulike grunner (for eksempel tidligere seksuelt misbruk). Kvinner med tidligere mangelfull deltakelse har høyere risiko for utvikling av kreft. Innføring av hjemmetest vil dermed også **motvirke sosial ulikhet i helse.** Det er óg viktig å tilby hjemmetester til kvinner over 69 år som ikke har blitt tilbudt HPV-test.

Commented [GU2]: Våre forskere anbefaler at denne delen tas inn for å gjøre strategien mer ambisiøs

Helsedirektoratet

	HPV vaksine Det screenes for 14 ulike HPV genotyper. De ulike genotypene har ulike risiko for utvikling av celleforandringer og kreft i ulike aldre. Analysering av HPV genotype er nylig innført i deler av landet, og åpner opp for bedre risikostratifisering av kvinnene i Livmorhalsprogrammet. Med denne nye kunnskapen, vil valg av HPV vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet kunne ha stor betydning for Livmorhalsprogrammets videre omfang og utforming. Man kan anta at en mer bredspektret vaksine vil bidra til vesentlig de-eskalering av screeningprogrammet over tid og samtidig bidra til mindre overbehandling av sykdom forårsaket av HPV-typer med lavere kreftrisiko som vaksinen dekker. Det bør utredes hvilke konsekvenser valg av HPV-vaksine (tovalent eller bredspektret) i barnevaksinasjonsprogrammet har for Livmorhalsprogrammet. Det er avgjørende at de to hovedtiltakene for kreftforebyggende settes i sammenheng. **Bedre biomarkører** Det er mye kunnskap om hvilke HPV typer som årsaker kreft. Det begynner å komme nye biomarkører som methyleringstester som kan predikere hvilke av de med alvorlige celleforandringer som kommer å utvikle seg til kreft. Det er viktig å rigge laboratoriene for nye biomarkører så fort disse testene er klare for å tas til bruk for å unngå overbehandling som kan forårsake foreksempel for tidlig fødsel eller unødvendige fjerning av livmor. **Forbedret kompetanse innen prøvetaking, utredning, behandling og mer ressurser til audit av screeningprogrammet** Per i dag er det ingen kompetansekrav for helsepersonell før prøvetaking av livmorhalsprøve. Kompetansekrav på prøvetaking og hvordan man informerer om positive prøvesvar bør i gangsettes. Det er innført obligatorisk kolposkopikurs til LIS leger i gynekologi. Det må og innføres sertifiseringskrav på gynekologer som skal utrede kvinner med HPV og lette og grove celleforandringer. Det må innføres bildelagring av bilder på alle som innfører kolposkopi. Automatisk overføring av journal til Kreftregisteret må innføres for å kunne sikre kvaliteten. Forbedret audit av alle ledd i screening kjeden må utføres.
Generelle kommentarer	FOREBYGGING AV HUDKREFT Som omtalt i dokumentet er uheldig UV-eksponering fra sol og solarier den viktigste ytre årsaksfaktoren til hudkreft, og både melanom og ikke-melanom hudkreft er blant kreftformene som øker aller mest i Norge. På verdensbasis har vi den nest høyeste dødeligheten av melanom, som sannsynligvis er et resultat av for liten oppmerksomhet og kunnskap om faretegn. Vi

Helsedirektoratet

	har en UV og hudkreft-strategi, med formål om å redusere vekst i forekomst av hudkreft, og redusere dødelighet av melanom via tiltak innen tilrettelegging for redusert UV-eksponering og kunnskap om forebygging og faresignaler både i befolkningen og helsetjenesten. Dette er et kontinuerlig arbeid på mange arenaer og mot mange sektorer, men uten at det følger med ressurser. Basert på utbredelse av solariebruk i den voksne norske befolkningen har vi estimert at ca. 1000 hudkreft-tilfeller kunne vært unngått hvert år, hvis ingen brukte solarium (Kreft i Norge – hvor mange tilfeller kan forebygges? 2023). Mandatet for å utvikle hudkreft-strategien ga dessverre ikke rom for konkrete tiltak for å begrense bruk av solarier. Videre har vi estimert at vi uten solbrenthet kan unngå ca. 1800 hudkrefttilfeller hvert år, som understreker potensialet for primær forebygging. Basert på solid kunnskapsgrunnlag om årsaker kan vi forebygge både hudkreft forekomst og dødelighet, men dette krever konkrete tiltak, på flere områder. Slike tiltak må defineres og prioriteres med definerte målsetninger. Eks. : reklameforbud for solarievirksomhet, forbud mot solarievirksomhet, avgiftsbelegge virksomheten, faremerking, nasjonale informasjonskampanjer om hudkreftrisiko og faresignaler målrettet mot risikogrupper (klinikere, menn, eldre, unge), reguleringer for å sikre tilgang på skygge (offentlige rom, skoler, barnehager, parker, byområder osv.), prispolitikk på solkrem, reguleringer for arbeidsplasser med uheldig UV-eksponering. LIVSSTILSFAKTORER Generelt er enkelte målsetninger og satsingsområder uklare og heller ikke målbare, eksempelvis - Tverrsektorielt helsefremmende og forebyggende arbeid mot alkohol, overvekt, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og stillesitting – forsterkes. Strategien understreker viktigheten av å tilrettelegge for fysisk aktivitet og sunne kostvaner, at myndighetene må opprettholde og videreutvikle tiltak mot usunne matvarer, tobakk og alkohol, og følge opp Folkehelsemeldingen og relevante meldinger, strategier og handlingsplaner. Deretter er det helsekompetanse, kunnskap om sammenhenger mellom levevaner og sykdom i befolkningen og helsetjenesten som fremheves som viktigste tiltak for å nå målsetningen om Norge som et foregangsland i kreftforebygging. Kunnskap er ikke et tilstrekkelig virkemiddel for at folk skal ta sunne livsstilsvalg. Dette er for mange ikke motivasjon nok og mange har ikke et reelt valg. Som i EUs Cancer Mission bør vår kommende nasjonale kreftstrategi peke på konkrete tiltak som reklameforbud, produktplassering og tilgang, matvaremerking, alkoholmerking, avgifts og prispolitikk, tiltak for å øke fysisk aktivitetsnivå i alle befolkningsgrupper, og regulering som reduserer yrkeseksponeringer. En nasjonal målsetning om å være et foregangsland innen forebygging av kreft bør konkretisere prioriterte tiltak og å ha definert målsetning om gitt andelen som følger livsstils anbefalinger.
Delmål	

Helsedirektoratet

Innhold	Kommentarer
Målområde 2 - Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	Tilgang på og veiledning i fysisk aktivitet må inngå i alle kreft-pakkeforløp. Disse bør også inkludere livsstils-veiledning (tobakkslutt, alkoholkonsum, og veiledning om kost og solbeskyttelse). **Pakkeforløp for kreft (s 30)** Pakkeforløpene monitoreres i tjenesten ved etablerte måleindikatorer. Disse brukes av tjenesten i deres kvalitetsarbeid. Det er viktig at måleindikatorene følges opp blant annet for å motvirke uønsket variasjon i tjenesten. - Pakkeforløpene for kreft skal følges opp kvalitetsregistrene, for å monitorere hvem som blir, og ikke blir, inkludert i pakkeforløpene, for å kunne utjevne uønskede forskjeller **Nasjonale handlingsprogrammer for kreft** (s 31) I 2023 foreligger 24 nasjonale handlingsprogram for ulike krefttyper. Flere er under utarbeidelse. Handlingsprogrammene utarbeides og revideres i tett samarbeid mellom Helsedirektoratet, fagmiljøene og helseregionene. Handlingsprogrammene skal bidra til høy kvalitet og likeverdig tilbud til pasienter i ulike deler av landet. Handlingsprogrammene er digitalt tilgjengelig på Helsedirektoratets nettside (42), og revideres jevnlig. - Handlingsprogrammene skal angi nasjonale måleindikatorer for etterlevelse, så langt det er hensiktsmessig - Handlingsprogrammene skal følges opp med hensyn til etterlevelse og uønsket variasjon i kvalitetsregistrene
Delmål	Kvaliteten i pasientforløpene følges opp på alle nivåer i tjenesten med utgangspunkt i aktuelle aktivitets- og kvalitetsdata (s 31) - Kvaliteten i pasientforløpene skal følges opp på alle nivåer i tjenesten med utgangspunkt i aktuelle aktivitets- og kvalitetsdata og med aktiv bruk av nasjonale registre som kvalitetsregistrene på kreft
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 3 - En mer brukerorientert kreftomsorg	
Nasjonale målsettinger	Original tekst er lagt inn uten track changes, forslag til endringer er med track changes.

Helsedirektoratet

	Side 34: Pasienterfaringer Pasientenes egne erfaringer skal bli tillagt stor vekt, og det er et mål at alle pasienter med kreft skal ha mulighet til å ytre seg om både sin livskvalitet og om sine erfaringer med helsetjenesten. I praksis organiseres dette gjennom nasjonale undersøkelser i forbindelse med kvalitetsregistrene på kreftområdet. Innsamlingen av såkalte PROMs- og PREMs-data er i gang for en rekke kreftformer, og resultater publiseres av kvalitetsregistrene. Det er mål om at dataene skal brukes aktivt for å forbedre tilbudet og bedre livskvaliteten blant pasienter med kreft. Pasienterfaringsundersøkelser gir nyttig informasjon om kvaliteten av tjenestetilbudet slik pasientene opplever dem. Slike undersøkelser kan gjøres både nasjonalt og på den enkelte behandlingsenhet. Folkehelseinstituttet har gjennomført spørreundersøkelser om brukeropplevd kvalitet før og etter pakkeforløp for kreft. Samlet sett indikerer resultatene at både befolkningen, fastlegene og pasientene mener at helsetjenestetilbudet til pasienter med kreft har blitt bedre over tid. Det gjøres også brukerundersøkelser for pakkeforløp hjem for pasienter med kreft (46). Mange pasienter ønsker å være hjemme den siste tiden av livet. Mange norske pasienter med kreft dør på sykehjem og 15 % av norske pasienter med kreft dør hjemme. Det må derfor gjennomføres tiltak som gjør det mulig for flere å tilbringe den siste tiden i kjente omgivelser sammen med sine nærmeste.
Generelle kommentarer	
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 4 - Flere skal overleve og leve lenger med kreft	
Nasjonale målsettinger	KOMMENTAR: Det er dukket opp noen utfordringer forbundet med kvalitetsregistrene i overføringen av Kreftregisteret til FHI. Det bør derfor være tydelig her hvor vesentlig kvalitetsregistrene er, og en ambisjon om å utvide antall til å dekke flere kreftformer.

Helsedirektoratet

	Videre bør det være tydelig at Kreftregisteret trenger data fra Legemiddelregisteret for å ha riktig informasjon om medikamentell kreftbehandling. I tillegg bør strategien ha et punkt om betydningen av rask kobling mellom Kreftregisteret og ulike registre med formål å lage statistikk (iht Helseregisterloven §19 og §19c), og at det er vesentlig at FHI legger opp til rask tilgang til slik spesialbestilt statistikk. Blant annet ser det ut til at Beslutningsforum kan ha stor glede av slik statistikk. (pt mangler infrastruktur for å få det til, og registrenes muligheter for rask sammenstilling er blitt betraktelig dårligere ila 2023 etter at den nye forskriften om helsedata trådde i kraft. Det har gitt noen store byråkratiske hindringer og forsinker nå slik sammenstilling og statistikkproduksjon iht Helseregisterlovens §19 og §19c). --- Original tekst er lagt inn uten track changes, forslag til endringer er med track changes. Side 8 (hører til målområde 4): Etablering av flere nasjonale kvalitetsregistre for flere kreftformer vil bli vurdert i løpet av strategiperioden. Det vil også bli vurdert om det skal utvikles flere nasjonale kvalitetsindikatorer for å måle kvaliteten av kreftbehandlingen når det gjelder overlevelse, pasientforløp og pasientrapporterte mål. Kulepunkter side 36: • Kreftregisteret er videreutviklet med flere nasjonale kvalitetsregistre og med data fra Legemiddelregisteret. • Indikatorer for å måle kvaliteten av kreftbehandlingen når det gjelder overlevelse, pasientforløp og pasientrapporterte mål om helse, livskvalitet og erfaring med helsetjenesten følges opp jevnlig innenfor alle kreftformer gjennom Kreftregisterets kvalitetsregistre. Alternative punkter til side 36 - Det skal utarbeides en opptrappingsplan for å etablere flere nasjonale kvalitetsregistre på kreft i Kreftregisteret - Kreftregisteret skal videreutvikle sine datakilder med Legemiddelregisteret, for å sikre full tilgang til informasjon om medikamentell kreftbehandling. - Indikatorer for å måle kvaliteten på kreftbehandlingen skal følges opp jevnlig innenfor alle kreftformer gjennom Kreftregisterets kvalitetsregistre. - Det skal utvikles flere kvalitetsindikatorer på kreft Side 37:

Commented [GU3]: Dessverre forsvant track changes i redigeringen...

Helsedirektoratet

	I løpet av strategiperioden er det et mål å bygge opp tilstrekkelig infrastruktur, kompetanse og analysekapasitet til at flere kreftpasienter tidligere i forløpet får tilbud om gentesting. - Det skal bygges infrastruktur for å rapportere gentesting og behandlingsvalg til Kreftregisteret, for å følge opp tilgang til og resultater fra mer persontilpasset behandling Side 39: Det er behov for mer kunnskap om bruk og effekt av nye kreftlegemidler hos norske pasienter. Kvalitetsregistrene i Kreftregisteret er en viktig kilde til denne type informasjon. ~~Dette er avhengig av at sykehusene melder inn informasjon om medikamentell behandling tilknyttet pasienten.~~ Kreftregisteret skal brukes aktivt for å følge opp bruk og effekt av medikamentell kreftbehandling. Side 42: Seneffekter etter kreftbehandling Nye behandlingsformer og mer intensiv kreftbehandling fører til økt overlevelse, og dermed også økt andel pasienter som lever med seneffekter. Helsedirektoratet har utgitt rapporten "Seneffekter etter kreftbehandling" (51). Det er behov for å sikre god kompetanse om seneffekter i alle deler av helsetjenesten, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Byrden av seneffekter og hvordan kreftpasienters livskvalitet påvirkes måles gjennom Kreftregisterets nasjonale befolkningsundersøkelser rettet mot de ulike kreftformene. Side 43: Kreftregisteret Norge har et nasjonalt kreftregister som har registrert krefttilfeller siden 1952. Vi har også flere andre sentrale helseregistre, for eksempel Legemiddelregisteret, SYSVAK, MSIS, Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret. Norge har dermed svært gode forutsetninger for forskning på årsaker til kreft og kvalitetsforbedring av kreftomsorgen ved bruk av registerdata. Kreftregisteret samler inn data om nye tilfeller av kreft. Dataene brukes til å kartlegge forekomst, overlevelse og dødelighet av kreft i Norge, og til forskning på årsakene til kreft. Kreftregisteret har åtte kvalitetsregistre med nasjonal status. Kvalitetsregistrene gir hvert år ut årsrapporter med resultater fra foregående år. Rapportene inneholder kvalitetsindikatorer utarbeidet av det kliniske fagmiljøet og andre sentrale resultater innen diagnostikk og behandling, helserelatert livskvalitet og erfaring med helsetjenesten. Resultatene fra kvalitetsregistrene gjøres kjent for de regionale helseforetakene, helseforetakene, pasientforeningene og offentligheten. Resultater fra kvalitetsregistrene gir informasjon om i hvilken grad handlingsprogrammene følges. Helseforetakene bruker

Helsedirektoratet

	resultatene fra kvalitetsregistrene aktivt i sitt forbedringsarbeid. Informasjon som er meldt elektronisk er tilgjengelig via KREMT-portalen neste dag. Arbeidet med å videreutvikle Kreftregisteret med tilhørende kvalitetsregistre er en kontinuerlig prosess, og gjøres i nært samarbeid med både kliniske fagmiljøer, andre nasjonale registre, inklusiv Legemiddelregisteret, Norsk Pasientregister og Kommunalt pasientregister, og med nasjonale retningslinjer og standarder. Sammenliknet med de andre nordiske landene har Norge få kvalitetsregistre innen kreft. Det er en målsetning å etablere nasjonale kvalitetsregistre på flere kreftformer i strategiperioden. Det er vesentlig at kvalitetsregistrene på kreftområdet ivaretas, videreutvikles, og at flere kvalitetsregistre opprettes, også etter at Kreftregisteret flyttes til FHI. Nytt punkt under delmål på side 45: • Etablere løsninger i Kreftregisteret ved FHI for raske og sikre koblinger og analyser av data fra Kreftregisteret med andre relevante helseregister-data og sosioøkonomiske opplysninger.
Generelle kommentarer	Økt fokus på betydningen av livsstilsfaktorer i kreftbehandling og etter behandling
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 5 - Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	

Helsedirektoratet

Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Andre kommentarer	