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	**Norge skal være et foregangsland**; CCC blir viktig for å ha oversikt over, stimulere til forskning og spre kunnskap om resultater av forskning som skjer ved alle foretak og regioner. CCC må ha et koordinerende ansvar. Stimulering og gjennomføring av forskning ved alle foretak er viktig for å kunne tilføre ny kunnskap, rekruttere og beholde spesialister der pasienter bor. **Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft** skal sikre god overgang mellom sykehusbehandling og oppfølging av kommunal helse- og omsorgstjeneste. «Behovskartlegging – pakkeforløp hjem» skal tilbys og gjennomføres både i spesialist- og kommunehelsetjenesten **Digital hjemmeoppfølging** vil kunne være en integrert del av kreftbehandlingen for alle pasienter, men det må tilrettelegges for at de pasientene som ikke har mulighet til dette får et tilbud som ikke er digitalt.

	Geriatrisk onkologi skal ha økt fokus og Norge skal ha en ledende rolle i hvordan møte og ivareta den eldre pasienten med sine opplevelser og utfordringer knyttet mot kreft – og kreftbehandling. Kostnadskrevende ny teknologi og økt tilgang knyttet til diagnostikk og behandling vil sikre at flere skal overleve og leve lenger med kreft. Det må igangsettes en plan for å utdanne tilstrekkelig personell til å ivareta denne utviklingen. **Til kapittel 8 om dagens utfordringsbilde**. **Dagens utfordringsbilde mangler en strategi for framtidig ivaretakelse av eldre med kreft, spesielt eldre med varierende grad av skrøpelighet. Sykehuset Innlandet har følgende innspill på dette området:** **«Høringsutkast til Nasjonal kreftstrategi 2024-2028» inneholder ingen strategi for framtidig ivaretakelse av eldre med kreft, spesielt eldre med varierende grad av skrøpelighet. Skal dokumentet ha gyldighet for denne store og raskt voksende gruppa av pasienter, må strategien inneholde en plan for dette og for hvordan Norge skal implementere eksisterende, internasjonal kunnskap innen geriatrisk onkologi og samtidig bidra til videreutvikling av fagfeltet. Det samme gjelder hvis Norge skal ha som mål å være et foregangsland innen kreftomsorg og behandling.** Vi vil i årene framover møte et raskt økende antall eldre, spesielt i gruppen over 80 år, noe høringsutkastet påpeker (s. 16). Denne økningen kommer i tillegg til at eldre, 70 år eller mer, allerede nå utgjør over halvparten av nye krefttilfelle. Som det også framgår av høringsutkastet (s. 43), presenterer eldre spesielle utfordringer i kreftutredning og behandling. Dette skyldes økt forekomst av andre sykdommer (komorbiditet) og/eller aldersrelaterte fysiologiske og funksjonelle endringer, og derav økt sårbarhet (fraility). Internasjonalt var disse utfordringene erkjent for over 20 år siden, og førte i 2000 til opprettelsen av The International Society of Geriatric Oncology (SIOG)(1). Seinere har større organisasjoner som The American Society of Clinical Oncology (ASCO), The European Society of Medical Oncology (ESMO) og The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) engasjert seg i betydelig grad, bl.a. gjennom ESMO/SIOG Cancer in the Elderly Working Group (ESMO/SIOG Cancer in the Elderly Working Group) og The EORTC Elderly Task Force (Cancer In Elderly Task Force - EORTC). Det er også etablert en lang rekke utdannings- og forskningssentra i USA/Canada og Europa, men ingen i Norge eller i Skandinavia (Geriatric Oncology Educational Centers - SIOG). I Frankrike, derimot, ble det allerede i 2006 etablert 15 Oncogeriatric Cooperation Unit, seinere utvidet til 27 gjennom det franske Cancer Control Progam (1). Selv om eldre generelt er mer sårbare enn yngre, varierer helsetilstanden fra robust til skrøpelig. Skrøpelighet er et syndrom med økt risiko for at helsetilstand og funksjon forverres mer enn det som normalt kan forventes i møte med nye påkjenninger, for eksempel ny kreftsykdom (2). Å identifisere skrøpelighet er avgjørende for å kunne gi persontilpasset kreft-behandling og unngå over- og under-behandling. Anbefalt metode er en geriatrisk vurdering, dvs. en systematisk vurdering av bl.a. komorbiditet, medikamentbruk, ernæringstilstand, kognitiv funksjon, mobilitet, evne til å ivareta dagliglivsfunksjoner, depresjon og sosial støtte. Det finnes omfattende dokumentasjon for at geriatrisk vurdering gir en rekke gevinster, inkludert

	prognostisk informasjon mht. overlevelse, bivirkninger og komplikasjoner av kreftbehandling, og identifikasjon av problemer som ellers oversees, men som kan forbedres/behandles slik at kreftbehandlingen tolereres bedre (3, 4). Videre er det vist at geriatrisk vurdering fremmer kommunikasjon og samvalg, endrer behandlingsbeslutninger og fører til implementering av relevante støttetiltak (3, 4). De siste årene har det også kommet flere randomiserte studier som viser at geriatrisk vurdering, etterfulgt av målrettede tiltak (palliative-, støtte-, og rehabiliteringstiltak), kan gi mindre bivirkninger og komplikasjoner, færre sykehusinnleggelser og bedre livskvalitet (4, 5). En rekke sentrale organisasjoner i internasjonal kreftsammenheng, eksempelvis SIOG, ASCO, EORTC og The National Comprehensive Cancer Nettwork (NCCN) har derfor utviklet retningslinjer der geriatrisk vurdering anbefales rutinemessig i vurderingen av eldre pasienter(6-9). Norge mangler en nasjonal strategi eller overordnede retningslinjer for utredning, behandling, rehabilitering og palliasjon hos eldre pasienter med kreft, spesielt eldre som lever med skrøpelighet. Dette er på ingen måte forenelig med ambisjonene om å være et foregangsland innen kreftbehandling/omsorg, men kan rettes opp i ny kreftstrategi. Eksisterende kunnskap om ivaretakelsen av eldre må tas i bruk som grunnlag for både en klinisk og en forskningsmessig strategi.
Status og utviklingstrekk	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 1 - Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging	
Nasjonale målsettinger	Ny tekst: Nasjonalt vil det utarbeides pasientbrosjyre om fysisk aktivitet og ha sunne matvaner knyttet mot forebygging, behandling og rehabilitering.
Generelle kommentarer	Feil i overskrift: Satsningsområde for å **stryke** forebygging av kreft. Skal vel være **styrke** (side 21).
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 2 - Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp	
Nasjonale målsettinger	**Bedrer koordinering av tilbudet 2 avsnitt**. Her vil det være sentralt å beskrive pakkeforløp hjem for pasienter med kreft hvor hensikten er å sikre overganger og følge pasienter over tid for å forebygge og styrke mulighetene til å leve videre med/rehabiliteres med etter kreftsykdommen og behandlingen de har fått. Mange blir helbredet av sin kreftsykdom, men andre lever videre med sin kreftdiagnose. *Pakkeforløp for kreft*

	Nasjonale kvalitetsindikatorer blir viktig og nasjonale månedlige presentasjoner av resultater blir særdeles viktig for å bidra til at kreftpasientene får likt tilbud uansett hvem de er og hvor de bor. Deling av resultater vil sikre oppfølging regionalt og bidra til kontinuerlig forbedring lokalt ved foretakene og mellom foretakene. CCC-sentrene i Norge vil dermed kunne følge opp og sikre god kvalitet og iverksetting av forbedringstiltak og samarbeid i Norge. *1. Geriatrisk vurdering med tiltak må inn i forløpsplaner for eldre pasienter.* Skal Norge være et foregangsland, må behovet for en særlig ivaretakelsen av de eldre pasientene understrekes, slik at dette inkorporeres i eksisterende pakkeforløp. Eldre over en viss alder (etter SIOG retningslinjer 70 år, ASCO 65 år) må, når kreftdiagnosen stilles, vurderes med tanke på sårbarhet og skrøpelighet. Dette kan gjøres med bruk av et anerkjent, validert screeningsverktøy. Her finnes flere muligheter. Der screeningen avslører problemer som indikerer skrøpelighet, kreves en full geriatrisk vurdering. Denne vurderingen må tas med inn i behandlingsbeslutningen, og må også føre til at adekvate støtte-tiltak iverksettes umiddelbart. Siden sårbare eldre kan oppleve et raskere fall i allmenntilstand enn yngre, må en selvsagt ha minst like høye ambisjoner mht. tid til utredning og start av behandling Samtidig må retningslinjer gi åpning for at tiden forlenges slik at en får gjennomført nødvendig geriatrisk vurdering og kan få effekt av støttetiltak. Dette vil kunne bidra både til bedre og riktigere behandlingsvalg og også redusere risiko for behandlingskomplikasjoner (eksempelvis prehabilitering før større kirurgisk inngrep). *2. Bedre koordinering:* Det er viktig å understreke at dette i særlig grad gjelder skrøpelige eldre. Multimorbiditet og funksjonssvikt på flere områder krever tverrfaglig og multiprofesjonell tilnærming, samt medvirkning fra flere tjenestenivåer. *3. Comprehensive Cancer Centres i alle helseregioner.* Det bør påpekes at disse må ta et særlig ansvar også for forskning og fagutvikling innen geriatrisk onkologi i sitt område. *4. Oppfølgingsteam:* Bør påpekes at dette er av særlig betydning for skrøpelige eldre med mange helseutfordringer i tillegg til sin kreftsykdom *5. Nasjonale handlingsprogram.* I likhet med et eget handlingsprogram for palliasjon, trengs et handlingsprogram for utredning, behandling, og rehabilitering hos eldre pasienter med kreft, spesielt eldre som lever med skrøpelighet.
Generelle kommentarer	
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**

Helsedirektoratet

Målområde 3 - En mer brukerorientert kreftomsorg	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	
Delmål	Dette krever også at geriatrisk vurdering implementeres i daglig klinisk onkologisk arbeid. Det er vist at geriatrisk vurdering fremmer kommunikasjon og samvalg (4, 10). Et viktig tilleggsmoment er at geriatrisk vurdering også inkluderer testing av kognitiv funksjon. En norsk studie har vist at kognitiv svikt er hyppig forekommende (38 %) (11) blant pasienter med kreft ≥65 år. For god kommunikasjon, tilpasset informasjon og adekvat medvirkning i behandlingsbeslutninger, kreves kjennskap til pasientens kognitive status
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 4 - Flere skal overleve og leve lenger med kreft	
Nasjonale målsettinger	***Behandling av kreftsykdommer*** Det blir sentralt at for de diagnosene som kan utredes, behandles og følges opp lokalt på foretaksnivå skal skje lokalt. Dette også med tanke på økende antall eldre og deres eventuelle helsemessige utfordringer på sikt. Derfor er det viktig med spesialistkompetanse nær der pasienten bor. Der det er behov for den regionale spisskompetansen gjennom utredning og behandling skal dette skje regionalt, men der det gjennom veiledning og ny teknologi kan støtte foretakene bør gode samarbeidsrutiner sikres. ***Prioritering i kommunehelsetjenesten 2 avsnitt s 40*** Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft og gjennomføring av behovskartlegging vil bidra til å sikre overgangene mellom helsetjenestenivåene og sikre at pasientene får en opplevelse av en helhetlig helsetjeneste. ***Endringer av levevaner før og under kreftbehandling*** Helsedirektoratet bør utarbeide en nasjonal pasientinformasjon som helsepersonell kan dele ut knyttet til en samtale rettet mot kreftbehandling. Dersom andre enn legen/spesialisten informerer pasienten, vil det være nyttig at alt helsepersonell som møter pasienter og hvor endringer av levevaner kan være hensiktsmessig har tilgang til samme informasjon som spesialisten ***Fysisk aktivitet som del av behandlingen*** Aktivitetshåndboken er under revisjon, der fysisk aktivtitet er omtalt. Dette bør omskrives og denne bør det henvises til med link (under revisjon bør ikke vare til 2028).

	Eldre med kreft: Med begrunnelse i at eldre med kreft er ei stor og voksende gruppe som stiller særlige krav til kreftbehandling/omsorg, kan ikke en framtidig kreftstrategi unnlate å utdype dette avsnittet. Her må det beskrives en overordnet strategi for hvordan eldre med kreft som eventuelt har ulike utfordringer skal kunne ivaretas på en god måte, hvordan eksisterende kunnskap skal implementeres i klinisk praksis og hvordan ytterlige nødvendig kunnskap og kompetanse skal kunne fremmes, jfr overordnet innledning. I den grad det ikke tas inn i andre avsnitt må det komme fram at det ikke bare kreves en klinisk strategi, men også en strategi for utdanning, forskning og fagutvikling og allokering av tilstrekkelige ressurser. ***Kliniske studier:*** Tross utviklingen innen geriatrisk onkologi er kunnskapene om eldre med kreft fortsatt mangelfulle. Både pga. dette og for å nå en målsetting om at flere skal få anledning til å delta i kliniske studier, må det stimuleres til studier rettet spesielt mot eldre, eller studier som er åpne for inklusjon av eldre og skrøpelige. I slike studier er det viktig at forekomsten aldersrelatert problemer (problemer som fanges opp med en geriatrisk vurdering) kartlegges slik at en har mulighet til å undersøke hvordan disse påvirker studiens definerte utfallsmål. Studier som inkluderer eldre må også inkludere utfallsmål som er sentrale for eldre, dvs livskvalitet og funksjon.
Generelle kommentarer	***Personell og kompetanse****:* For å kunne ivareta det økende antallet eldre med kreft på en tilfredsstillende måte, trengs tilførsel av personellressurser og økt geriatrisk kompetanse, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Samarbeid mellom onkologisk og geriatrisk ekspertise er helt sentralt. For at spesialistutdanningen skal dekke fremtidens behov for spesialistkompetanse, kreves økt fokus på utdanning av både lege og sykepleie-spesialister i geriatri, og samtidig må basal geriatrisk kunnskap inn i utdanningen av onkologer, kreftsykepleiere og lege/sykepleie-spesialister innen palliasjon.
Delmål	***Sikre at pasienter før og under behandling får relevant informasjon og kunnskap om munn- og tannhelse….*** Helsedirektoratet bør henvise til eller /utarbeide egnet pasientinformasjon som helsepersonell kan dele ut og/formidle til de pasientene det gjelder. Ikke alle er kjent med ulike støtteordninger og egnet pasientinformasjon om dette vil bidra til lik informasjon. ***Persontilpasset medisin****:* Generelt, og også i foreliggende utkast til kreftstrategi, er fokus tilpasning av behandling i forhold til **tumor**karakteristika. Persontilpasset medisin dreier seg ikke bare om dette. For å kunne snakke om **persontilpasset behandling** for eldre kreftpasienter, må behandlingen tilpasses pasientens totale helsesituasjon, basert på en geriatrisk vurdering (komorbiditet og skrøpelighet). Dette må presiseres.

Helsedirektoratet

Innhold	**Kommentarer**
Målområde 5 - Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende	
Nasjonale målsettinger	Best mulig livskvalitet er en viktig målsetting uavhengig av alder. For eldre pasienter er bevart fysisk og kognitivt funksjonsnivå også svært høyt prioritert, i likhet med evne til fortsatt kunne leve et selvstendig liv. Dette bør komme klart fram i denne delen av strategien. Det er ekstra viktig for de eldre pasientene at valg av behandling tilpasses den enkelte (basert på en geriatrisk vurdering) slik at en sikrer best mulig funksjonsnivå. Helsepersonell må m.a.o. legge til rette både for god livskvalitet og god funksjon.
Generelle kommentarer	***Pakkeforløp hjem*** *Ny tekst*: Behovskartlegging gjennomføres både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Første samtale skjer i spesialisthelsetjenesten og der hvor pasienten gir samtykke følges dette opp med ytterligere to samtaler i kommunene. Oppfølgingen utover dette avtales med den enkelte pasient. ***Seksuell helse*** Etter deres partnere første avsnitt… (*ny setning med presisering*) *Seksuell helse omhandler blant annet nærhet, intimitet og samleie.* Deretter fortsetter «for de fleste….).
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Andre kommentarer	Referanser: 1. Monfardini S, Balducci L, Overcash J, Aapro M. Landmarks in geriatric oncology. J Geriatr Oncol. 2021;12(7):991-4. 2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381(9868):752-62. 3. Puts MT, Santos B, Hardt J, Monette J, Girre V, Atenafu EG, et al. An update on a systematic review of the use of geriatric assessment for older adults in oncology. Ann Oncol. 2014;25(2):307-15. 4. Hamaker M, Lund C, Te Molder M, Soubeyran P, Wildiers H, van Huis L, et al. Geriatric assessment in the management of older patients with cancer - A systematic review (update). J Geriatr Oncol. 2022;13(6):761-77. 5. Zuccarino S, Monacelli F, Antognoli R, Nencioni A, Monzani F, Ferrè F, et al. Exploring Cost-Effectiveness of the Comprehensive Geriatric Assessment in Geriatric Oncology: A Narrative Review. Cancers (Basel). 2022;14(13). 6. 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.

	7. Dale W, Klepin HD, Williams GR, Alibhai SMH, Bergerot C, Brintzenhofeszoc K, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Systemic Cancer Therapy: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2023;41(26):4293-312. 8. Dotan E, Walter LC, Browner IS, Clifton K, Cohen HJ, Extermann M, et al. NCCN Guidelines® Insights: Older Adult Oncology, Version 1.2021. J Natl Compr Canc Netw. 2021;19(9):1006-19. 9. Pallis AG, Fortpied C, Wedding U, Van Nes MC, Penninckx B, Ring A, et al. EORTC elderly task force position paper: approach to the older cancer patient. Eur J Cancer. 2010;46(9):1502-13. 10. Mohile SG, Epstein RM, Hurria A, Heckler CE, Canin B, Culakova E, et al. Communication With Older Patients With Cancer Using Geriatric Assessment: A Cluster-Randomized Clinical Trial From the National Cancer Institute Community Oncology Research Program. JAMA Oncol. 2020;6(2):196-204. 11. Eriksen GF, Šaltytė Benth J, Grønberg BH, Rostoft S, Kirkevold Ø, Bergh S, et al. Cognitive Trajectories in Older Patients with Cancer Undergoing Radiot