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

Kommentarer fra Helse Møre og Romsdal HF

Innhold	Kommentarer
Bakgrunn og ambisjoner for kreftstrategien 2024-2028	
Status og utviklingstrekk	
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 1 - Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging	
Nasjonale målsettinger	
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	*«Det forventes at enda mer avansert strålebehandling kan bli aktuelt å benytte lengre inn i framtiden ved bruk av andre strålekilder, som karbonioner.»* Det virker noe urealistisk at en strategiplan for kreft i Norge for de kommende fire årene skal omtale terapi med karbonioner, en teknologi som det i 2020 fantes 13 stk totalt i hele verden. Det er oppsiktsvekkende nok at vi i et lite land som Norge har valgt å investere i to protonterapi-senter, en modalitet som i utgangspunktet er ekstremt kostbar. Et karbonterapi senter regnes å være minst 50% dyrere enn et protonterapi senter, og at dette skal være aktuelt å vurdere i Norge i nærmeste fremtid virker helt usannsynlig. Det store flertall av strålebehandlinger i Norge vil i overskuelig fremtid fortsatt bli gitt ved fotonterapi, og her er det fortsatt store gevinster å hente gjennom teknikker som forbedret avbildning, automatisering/kunstig intelligens og daglig skreddersydd strålebehandling, som alle kan være med på å gi mer presis strålebehandling og således enten øke effekten av behandlingen og/eller redusere omfanget av bivirkninger. MR-linac er en modalitet som i motsetning til karbonioner har et overkommelig investeringsnivå, og gir spennende muligheter til presis behandling, spesielt mot målvolumer i bløtvev. Vi mener det vil være mer konstruktivt å peke på innovasjoner som er overkommelige økonomisk og har høyere kost/nytte enn det som er tilfellet for karbonioner. **Innspill 2:** Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft (Kapittel Persontilpasset medisin, side 39) *«Om lag 45% av alle pasienter med kreft får strålebehandling i løpet av behandlingsforløpet. Det er behov for økt satsning på stråleterapi-forskning nasjonalt.»* Vi deler ambisjonen om en høy satsing på stråleterapi-forskning nasjonalt. Imidlertid mener vi at vi i dag er langt unna på dette området. Svært få pasienter som får stråleterapi i Norge i dag inkluderes i stråleterapi-studier. Sammenlignet med våre naboland Sverige og Danmark, som har hatt og har pågående flere interessante stråleterapistudier, er situasjonen i Norge at det er ganske lite som gjøres på dette området. Det er heller ingen grunn til å tro at dette vil bedre seg i de kommende årene, med mindre det gjøres konkrete grep for å endre situasjonen. Vi vil påstå at Danmark fremstår som best i Skandinavia på å gjennomføre stråleterapistudier. Kanskje er noe av årsaken til denne suksessen organisasjonen DCCC (Danish Comprehensive Cancer Center), som jobber med å skape optimale forhold for forskning og kliniske studier. Vi vil spekulere i at noe lignende vil være nødvendig å etablere i Norge dersom vi skal kunne forvente en forbedring på dette området. Vi mener gode satsingsområder for stråleterapiforskning i Norge de kommende årene kan være følgende tre kategorier: • Sammenligning av protonterapi vs konvensjonell fotonterapi • Sammenligning av hypofraksjonert strålebehandling/SBRT vs konvensjonelt fraksjonert strålebehandling • Sammenligning av daglig skreddersydd strålebehandling vs konvensjonell strålebehandling

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	Om refusjonssystemet for stråleterapi og den kommende eldrebølgen. Det er på det rene at eldrebølgen kommer til å utgjøre en voldsom utfordring for helsevesenet generelt i årene som kommer, og onkologiske avdelinger spesielt, som vil bli rammet av en voldsom økning i forventede krefttilfeller. Fra side 9 og 10 i rapporten kan vi lese: *«Hvert år diagnostiseres det nå over 36,000 nye krefttilfeller.»* *«Beregninger fra Kreftregisteret viser at vi kan vente at det om 10 år vil være rundt 45,000 nye krefttilfeller i året. Og i 2040 vil vi ha passert 50,000 nye tilfeller per år.»* Det vil i årene fremover bli en voldsom dreining i forholdet mellom antall eldre/pensjonister og antall mennesker i arbeidsfør alder i Norge. Forventet utvikling i antall krefttilfeller er alarmerende tall, og det er naivt å tro at vi vil være i stand til å løse dette problemet med å bygge stadig flere behandlingsrom og ansette stadig flere helsepersonell. Vi er nødt å møte denne eldrebølgen med effektivisering. Mye kan oppnås med automatisering og bruk av f.eks kunstig intelligens til å overta manuelle oppgaver innen planlegging av stråleterapi. Men det vil også være helt nødvendig å utforske muligheter til å gjennomføre selve strålebehandlingen på en mer effektiv måte enn det som er tilfellet i dag. I dag er det slik at strålebehandling gjennomføres ved å dele behandlingen i mange såkalte behandlingsfraksjoner (fremmøter). Vi skal ikke gå inn på teorien og årsakene til dette, men det er altså slik at strålebehandling (avhengig av hvilken

	diagnose det er snakk om) typisk gis hver dag i en periode på 3-7 uker (15 til 35 behandlingsfraksjoner). Det siste tiåret har det imidlertid skjedd noe bemerkelsesverdig innen fagfeltet stråleterapi, hvor man har oppdaget at for mange diagnoser (f.eks kreft for prostata, bryst, rektum og lunge) har kliniske studier vist at man oppnår like godt behandlingsresultat ved behandlingsforløp som innebærer mange færre behandlingsfraksjoner. Som et ekstremt eksempel kan vi ta prostatakreft, hvor man f.eks ser at å behandle med 5 fraksjoner kan gi et like godt resultat som å behandle med hele 39 fraksjoner. Problemet er imidlertid at refusjonssystemet i Norge er innrettet slik at sykehusene får betalt per behandlingsfremmøte. Man har dermed ikke et insentiv til å implementere disse mer effektive behandlingsregimene, og istedenfor er insentivet å holde fast ved de konvensjonelle, langvarige (og ressurskrevende) behandlingsregimene. Vi mener at en inspirasjon til løsning kan finnes i det nye foreslåtte refusjonssystemet i USA (Radiation Oncology model – alternative payment model). I dette systemet er det foreslått å endre fra refusjon for innsatsfaktorer som antall behandlingsfremmøter, til refusjon for et «episode of care», som defineres som all behandling som gis innenfor en 90-dagers periode. Dette konseptet finnes også i det norske refusjonssystemet for enkelte områder, hvor det kalles forløpsbasert finansiering (TFG). En innføring av dette vil gi sykehus insentiv til å implementere mer kortvarige, effektive behandlingsregimer for de diagnosene hvor dette har blitt vist å gi like god behandling som mer langvarige regimer. Dette mener vi vil være et essensielt grep for å rigge oss for eldrebølgen og sørge for at vi i fremtiden vil være i stand til å gi strålebehandling til en økende pasientmengde uten at innsatsfaktorer og kostnader løper løpsk. Utover de åpenbare samfunnsøkonomiske fordelene ved et slikt system, vil det også være åpenbare fordeler for pasientene ved å redusere antall fremmøter ved et sykehus. I et langstrakt land som Norge er det mange pasienter som har lang reisevei til sitt behandlingssted for stråleterapi. Utover de opplagte økonomiske fordelene for både samfunn og pasient, vil det også være klare praktiske og livskvalitetsmessige fordeler for pasienter tilknyttet dette. Dette vil f.eks kunne være et konkret tiltak for å støtte opp om målsetningene i rapporten som går på det å ivareta pasienters tilknytning til arbeidslivet: Målområde 5: Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og dere pårørende (side 46) *«I løpet av strategiperioden skal vi øke antallet kreftpasienter i arbeidsfør alder som klarer å beholde tilknytningen til arbeidslivet.»* *«Det må etableres løsninger som muliggjøre at flere kreftpasienter kan stå i arbeid under og etter gjennomført kreftbehandling.»* **Referanser:** • Danmark: DCCC

	○ https://www.dccc.dk/english/about-dccc/purpose-of-danish-comprehensive-cancer-center/ • USA: Radiation Oncology model – alternative payment model ○ https://innovation.cms.gov/innovation-models/radiation-oncology-model
	Tilbakemelding fra leger innen onkologi: Ad Comprehensive cancer centre (s 29): Er det gitt på forhånd at dette må lokaliseres til et universitetssykehus? Ad Ekspertpanelet (s41): Etter mitt syn bør en her settes inn rapporten vedr ekspertpanelet utarbeidet av PwC i 2021 som referanse. Ad palliasjon (nevnt flere ganger for eksempel side 48): Etter mitt syn kan ordlyden der en foreslår tidlig integrasjon mellom palliasjon og ordinær onkologi tydeliggjøres. Eksempel: «Palliasjon er aktuelt tidlig i sykdomsforløpet sammen med annen behandling som har til hensikt å forlenge….» her kan gjerne «er aktuelt» byttes ut med «palliasjon bør integreres med ordinær onkologisk omsorg tidligst mulig i forløpet».