ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Helsedirektoratet

Vår ref.	Deres ref.	Saksbehandler	Dato
2023/14716	23/10189-13	Johan Fredrik Skomsvoll	27.10 23

Ekstern høringsrunde - Nasjonal kreftstrategi 2024-2028 - *Leve med kreft*

Fagdirektør har innhentet innspill fra de ulike klinikker og har i tillegg fått innspill via Nasjonalt kompetansesenter for persontilpasset medisin (NorPrem). St. Olavs hospital har deltatt i felles høringsmøte med NorPrem. Alle disse høringsinnspill er vedlagt. Barne- og ungdomsklinikken har gitt tilbakemelding om at de svarer via felles nettverk innen barneonkologi.

Det vises spesielt til innspill fra kreftklinikken (se eget vedlegg). I dette innspillet fremkommer følgende momenter:

Status og utviklingstrekk
Dagens utfordringsbilde skisseres godt i innledningen av strategien. Vi kjenner oss godt igjen i denne. Utfordringene i årene som kommer vil være tilgang på helsetjenester, og både areal og personell er, og vil i stadig økende grad bli en knapphetsressurs. Gjennom strategien pekes det flere steder på at ett viktig grep for å møte denne knappheten er en dreining mot mer digitale tjenester og avstandsoppfølging. For at tjenestene skal motiveres til å utvikle dette, er det avgjørende at finansieringssystemet så snart som mulig reguleres slik at refusjonen gjenspeiler arbeidet. Dette gjelder spesielt digital avstandsoppfølging, der pasienten selv sender inn helsedata. I de tilfellene der pasienten ikke rapporterer plager, vil det generere en konsultasjon, men likevel kreve at helsepersonell leser data, og gjør en faglig vurdering i hvert enkelt tilfelle.

Det legges ned betydelig arbeid i mange sykehus og foretak for å utvikle beslutningsstøtte (AI), digital oppfølging, skriftlig informasjonsmateriell mm.

Den forventede raske utviklingen av antall krefttilfeller vil kreve mer personell innenfor kreftområdet. Mange pasienter kan få behandling og følges opp der de bor, men det er mangel på spesialister på lokalsykehusene. Flere utdanningsstillinger må derfor opprettes for å utdanne nye kreftleger, og flere legespsialist stillinger må opprettes, for at vi i fremtiden skal kunne tilby kreftbehandling og ivareta likt behandlingstilbud uavhengig av bosted.

Som sykehus ser vi det som en utfordring at kompetansen i kommunene ikke alltid gjenspeiler behovet til våre pasienter. Svært få kommuner tilbyr utdanningsstillinger for sine sykepleiere under videreutdanning. Ved årets kull ved kreftsykepleie ved NTNU, kommer majoriteten av sykepleierne fra spesialisthelsetjenesten. Fortsetter utviklingen slik vil det om kun få år være en betydelig underkapasitet i kommunene til å ivareta komplekse kreftpasienter hjemme. Det bør legges mer til rette for at kommuner kan legge til rette for at ansatte får støtte for å øke sin kompetanse, enten det gjelder videreutdanning av sykepleiere eller at helsefagarbeidere utdanner seg til sykepleiere.

Målområde 1- Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging: Mange gode intensjoner, men savner mer konkrete tiltak.
Det er stort behov for å øke helsekompetanse i befolkningen generelt. En stadig økende utfordring er også hvordan vi kan opprettholde og øke tilliten til offentlig helsevesen, slik at befolkningen stoler på at det vi tilbyr er det beste både i medisinsk og økonomisk øyemed.
Det bør jobbes nasjonalt med strategier for å utvikle og ta i bruk AI ved screening, slik som det allerede er gjort ved mammografiscreening.
Viktig at man til enhver tid vurderer kost/nytte ved innføring og videreføring av screeningprogram. Overbehandling må unngås i en tid med knapphet på ressurser. Vi savner ett større fokus på prioriteringer i strategien.
Delmål er lite målbare, men gode intensjoner.

Målområde 2 - Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp: Målsettingene vil best kunne møtes ved at disse løftes frem som det viktigste. Ved å ha minst ett sykehus pr helseforetak som er akkreditert som comprehensive cancer center (CCC- senter), vil fagmiljøene forplikte seg til ett tettere og bedre samarbeid, noe som vil sikre pasientene ett bedre og mer sømløst forløp. Det vil opprettholde langsiktig satsning og høy kvalitet i fagfeltet.

St Olavs hospital har godt grunnlag for å starte prosessen med akkreditering som CCC-senter. Vi har lang og god erfaring med samarbeid omkring regionale pakkeforløp, og god etterlevelse av disse. Etablering av CCC-senter anses som et meget viktig tiltak for å sikre helhetlig kreftbehandling, og sikre utdanning og forskning på internasjonalt høyt nivå.

Det er ønskelig med økt fokus på palliasjon i Kreftstrategi 2024-2028. Palliativ medisin har tradisjonelt vært et lite prioritert fagområde og det er avgjørende at det opprettholdes høy kompetanse på de regionale sentra. Disse skal bidra til nettverksbygging, kompetanse oppbygging i kommunene og på sykehusene, samt sørge for at pasienter også i palliative forløp blir inkludert i kliniske studier for å sikre bedret pasientbehandling i fremtiden. Det er derfor avgjørende at de regionale «Kompetansesentrene i lindrende behandling» blir videreført, og kan også være en del av ett CCC-senter.

Digital behandlingsplan er en god tanke. At Norge ikke har ett felles journalsystem ser vi som en utfordring. Det er heller ikke til å legge skjul på at de utfordringene vår region opplever i forbindelse med innføring av Helseplattformen, medfører at utvikling av nye verktøy, som for eksempel en digital behandlingsplan ikke vil prioriteres før systemet fungerer bedre enn det gjør pr i dag. Midt-Norge vil derfor kanskje ha problemer med å levere dette innfor strategiperioden?

Oppfølgingsteam – det forventes at forløpskoordinator (pakkeforløp) innehar rollen som koordinator for oppfølgingsteam mens pasienten er under spesialisert kreftbehandling. Dette er St Olavs hospital ikke ressurssatt for. Det er en svært god tanke å opprette slike team for de pasientene som har behov for komplekse og koordinerte tjenester, men da må det følge midler med. I og med at vi vet at pasientpopulasjon vil vokse raskt i årene som kommer, vil ikke tjenestene klare å effektivisere seg tilstrekkelig til å kunne ivareta det økte omfanget uten en dreining i fordeling av midler.

Det er en viktig og nødvendig oppgave å få god kontroll på pakkeforløpstider ved St Olavhospital igjen. Ved revisjon av pakkeforløp ønskes det mer fokus på at palliasjon skal tidlig inn i de ulike forløp. Tema som tidlig integrasjon av palliasjon i onkologien og viktigheten av fagspesifikk palliasjon innen onkologi bør fremheves.

Målområde 3 - En mer brukerorientert kreftomsorg: Målsettingene peker på viktigheten av god og kvalitetssikret informasjon tilgjengelig for pasientene. Vi etterlyser en nasjonal satsning på dette, da det vil frigjøre store ressurser ved hvert enkelt sykehus. Som eksempel vil ett nasjonalt bibliotek med

kurinformasjon sikre lik informasjon til alle. I tillegg vil dette legge til rette for at mer informasjon kan oversettes til ulike språk, slik at man også når pasienter med innvadrerbakgrunn.
Digitale løsninger for pasienter vil være med på å større mulighet for sam-valg og medvirkning i egen behandling.
Vi har stor tro på ar digital hjemmeoppfølging kan bli en viktig del av behandlingstilbudet framover. Da må imidlertid takster og refusjonsordninger må følge, slik at aktiviteten både blir bærekraftig å tilby, men refusjonsordning bør også virke som insitament for å fremme utvikling og implementering av hjemmeoppfølging.
Det må settes av midler til HFene for å utvikle løsninger for digital hjemmeoppfølging.

Pasienterfaringer er viktige kvalitetsindikatorer, og vi mener det burde legges til rette for utsendelse og innhenting av PREM's fra pasienter i flere pakkeforløp enn dagens fire forløp (lunge, bryst, prostata og tykk/endetarm).

Med den stadig økende pasientpopulasjonen som lever med og etter kreft, er det viktig med fokus på mestring. Strategien omtaler viktigheten av likepersoner fra pasient og brukerorganisasjoner. Vi ønsker en tydeligere målsetning om flere Vardesentra. Erfaring fra eget Vardesenter viser at man når ut til svært store grupper, selv med relativt få ansatte når samarbeidet mellom aktørene er godt.

Målområde 4- Flere skal overleve og leve lenger med kreft: Gode og ambisiøse målsettinger. Generelt en del upresise/uklare formuleringer omkring presisjonsmedisin, kan skape forventninger i befolkningen som helsevesenet ikke kan møte.

Personell og kompetanse er kommentert i innledningen. Det er viktig å understreke at det ikke kun er leger og sykepleiere som er en knapphetsressurs, men de fleste yrkesgrupper i helsevesenet er viktige bidragsytere for rask og god diagnostikk og behandling av kreftpasienter.

Når det gjelder utvikling av protonterapitilbudet i landet, må vi understreke viktigheten av at det også settes av øremerkede midler for kompetanseheving også i Midt og Nord. Dersom disse to helseregionene ikke holder seg faglig oppdatert vil vi ikke nå målsetningen om likt tilbud om behandling uavhengig av bosted.

Vi ønsker en kritisk vurdering av Nye Metoder. Det oppleves som om det tar altfor lang tid før nye kreftmedikamenter blir godkjent i Norge sammenlignet med andre skandinaviske land. Kan arbeidet utføres raskere? Må sees i sammenheng med kulepunkt 5 i nasjonale målsetninger.

Behandling av pasienter med kreft skal i økende grad tilpasses den enkelte, med fokus på biologiske egenskaper ved kreftsykdommen og grad av skrøpelighet hos pasienten. Persontilpasset medisin er ikke bare bruk biomarkører og gentester, men også en vurdering av pasientens totale helsesituasjon. Vi mener at fokuset på skrøpelighet/alder bør framkomme tydeligere i beskrivelsen av persontilpasset medisin.

Andelen med pasienter som inngår i kliniske studier må øke, og det er spesielt viktig at antallet eldre og pasienter med skrøpelighet øker i studier.

Igjen ønsker vi å påpeke at en økt studiedeltakelse krever at finanieringsmodell følger med.

Det bør opprettes onkogeriatrisk samarbeid ved alle universitetssykehus (CCC-senter). Behov for flere geriatere innen onkologi. Egne pakkeforløp for multimorbide, geriatriske pasienter bør vurderes.

Vi savner fokus på prehabilitering. Prehabilitering er å optimalisere psykisk, fysisk og medisinsk fungering før behandling av kreften forekommer. Bør ha fokus ved revidering av pakkeforløp framover, og er også en del av den persontilpassede tilnærmingen til pasientene.
Delmål er til dels uklare og upresise.

Målområde 5- Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende: Her savner vi målsetting om tilbud om prehabilitering for de pasienter som trenger dette før kreftbehandling. Det bør utvikles gode nasjonale metoder for monitorere andelen kreftpasienter/kreftoverlevere som er i arbeid.
Det er viktig med rask tilgang til god rehabilitering for våre pasienter. Det er behov for rehabilitering av pasienter som er under aktiv behandling, og som trenger bistand for å komme i posisjon til videre behandling. Denne bør være døgnbasert.
Rehabilitering ved endt behandling bør i mye større grad tilbys der pasientene bor. Vi mener også at det i de fleste tilfeller er godt nok med poliklinisk og dagbehandling. I dag er det utfordrende for mange kommuner å tilby den komplekse rehabiliteringen som kreftpasienter trenger. Tilbudet de mottar er i mange tilfeller kun fysisk. Kommunene bør støttes og styrkes i kompetanseheving innenfor kreftrehabilitering, og samarbeid mellom mindre kommuner bør oppmuntres.

Palliasjon bør tydeliggjøres mye tidligere i strategien enn under målområde 5. Det har vi beskrevet under målområde 2.

Ønsker ett tydeligere fokus på at valg av behandling må tilpasses den enkelte pasients skrøpelighet. For å kunne oppnå delmålene om mest mulig hjemmetid, viser vi til innspill om kompetanse og utdanning gitt i innledningen.

Kreftklinikken presiserer også følgende vedr **medisinske fysikere**: Internasjonale organisasjoner som IAEA (International Atomic Energy Agency) og EU (European Union) har anbefalt at det er viktig å ha god utdanning og opplæring av medisinske fysikere for å ivareta sikker og effektiv bruk av stråling til medisinske formål. Medisinske fysikere spiller en viktig rolle i å sikre at strålebehandling og bildediagnostikk utføres på en trygg og effektiv måte, og at pasientene får den beste behandlingen. EU stiller krav til at medlemslandene skal ha systemer på plass for å anerkjenne medisinsk fysiker spesialister (MPE) slik at sykehusene oppfyller krav til kvalifisering og akkreditering av personer som arbeider med stråling. Utdanning og opplæring av medisinske fysikere i Norge bør derfor være i tråd med internasjonale retningslinjer og standarder. En måte å ivareta denne kompetansen er å sørge for at Norge har et sertifiseringsprogram innen medisinsk fysikk som er i tråd med internasjonale utdanningsprogrammer utarbeidet av EFOMP (European Federation of Organisations for Medical Physics).
Helsedirektoratet bør derfor utrede om medisinske fysikere bør autoriseres som helsepersonell, med utgangspunkt i dagens frivillige sertifiseringsordning i regi av NFMF jfr. Strålevernforskriften §50. Kompetanse innen medisinsk fysikk. Det vil gi mer legitimitet til et system for harmonisert realfaglig kompetanse i Norge – og vil være viktig for sykehusene for å ha personell innen medisinsk fysikk med riktig kompetansenivå i et helsevesen i rivende teknologisk utvikling.

Vi har mottatt følgende kommentar fra **medisinsk klinikk, avdeling for geriatri**: «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 tumorovergripende 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. For å se hele uttalelsen se eget vedlegg.

Det vises til øvrige innspill fra klinikk for Lunge- og arbeidsmedisin og Orkdal medisin samt Laboratoriemedisinsk klinikk

Med vennlig hilsen

Birger Henning Endreseth

Fagdirektør

Kopi til: Klinikksjef Turid Lund, Klinikksjef Solveig Winther, Klinikksjef Sveinung Sørhaug, klinikksjef Anne Hildur Henriksen

Vedlegg:

1. Innspill fra klinikker

Kreftklinikken

- **Se eget vedlegg**

Klinikksjef Turid Lund

Klinikk for Lunge og arbeidsmedisin og Orkdal medisin

- Kort, men omfattende, lite ser ut til å være unevnt, men dybde savnes noen steder, og konkrete, forpliktende mål er det lite av.

- Den er ustrukturert når det gjelder planer og mål. Noen mål og delmål gjemmer seg inne i avsnitt, mens mange avsnitt kun er en kort oppsummering av dagens status uten noen åpenbare tilknyttede mål eller delmål. Det burde for hvert tema være et tilknyttet mål eller delmål.

- Utfordringen med eldre og kreft er veldig lite tatt tak i; kun et kort avsnitt med 6 setninger, og 1 ½ mål. "Eldre pasienter med kreft skal få kreftbehandling som er tilpasset deres funksjonsnivå og eventuell annen sykelighet» og "Flere eldre over 75 år bør derfor inkluderes i kliniske studier." Det burde stå at geriatriske problemstillinger må identifiseres, kartlegges og håndteres helt fra starten i kreftforløpene.

- Prehabilitering er ikke nevnt i det hele tatt, og dette er en klar mangel. Det burde vært et eget avsnitt om dette.

- Tilgang på helsedata for forskning bør løftes fram sterkere. Det er nevnt at det er vanskelig å få tak i data, men ingenting om at prosessen bør bli enklere. Det er heller ikke noe tilknyttet mål eller delmål.

Klinikksjef Sveinung Sørhaug

Laboratoriemedisinsk klinikk LMK

Laboratoriemedisinsk klinikk har vurdert høringen. Avdeling for patologi har gitt innspill via NorPreM og stiller seg dermed bak innspill derfra. Klinikken for øvrig har innspill i det følgende.

Målområde 1: Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging
g. Forebygge mikroberelaterte kreftsykdommer

Avdeling for medisinsk mikrobiologi:
Hepatitt B og C virus kjent for å forårsake flere typer kreft, og som det eksisterer henholdsvis vaksine og behandling mot. Vaksinering av individ med forhøyet risiko for smitte samt det nasjonale programmet for antiviral behandling av hepatitt C bør derfor videreføres.

HIV infiserte individer har forhøyet risiko for flere typer kreft. Preeksponeringsprofylakse kan minimere risikoen for HIV infeksjon hos personer med særlig risiko for smitte, og tidlig diagnostikk og behandling kan vil minimere risikoen for utvikling av kreft hos infiserte.

Det er også en kjent sammenheng mellom visse bakterier og kreft, f.eks. H. pylori og S. bovis. Diagnostisering og behandling av slike bakterier kan derfor også bidra til å minimere kreftrisikoen i befolkningen. I fremtiden kan man forvente økt kunnskap om andre mikrobeassosierte krefttyper.

Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft
Avdeling for medisinsk mikrobiologi:
Som følge av behandling med kreftlegemidler kan kreftpasienter kan få svekket immunsystem, og dermed være mer utsatt for infeksjoner, med potensielt dødelig utfall. Nøyaktig og tidlig diagnostikk og behandling av sekundære infeksjonssykdommer vil derfor kunne minimere dødeligheten hos kreftpasienter.

Persontilpasset medisin: Økt forskning på diagnostisk verdi av mikrobiomet, samt innflytelse av mikrobiomet på kreftbehandling.

Klinikksjef Solveig Winther

Innspill fra avdeling for geriatri, Medisinsk klinikk

«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 tumorovergripende 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.
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 Clinial 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 mtp. 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). 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(5-8).
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.

Kommentarer til de enkelte målområdene
Målområde 2. Foregangsland for gode pasientforløp

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 65år) 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 falle raskere 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 pre-habilitering 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, bør det også utarbeides et handlingsprogram for utredning, behandling, og rehabilitering hos eldre pasienter med kreft, spesielt eldre som lever med skrøpelighet

Målområde 3. Mer brukerorientert kreftomsorg
Dette krever også at geriatrisk vurdering implementeres i daglig klinisk onkologisk arbeid. Det er vist at geriatrisk vurdering fremmer kommunikasjon og samvalg. 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%) (9) blant pasienter med kreft, $\geq$65 år. For god kommunikasjon, tilpasset informasjon og adekvat medvirkning i behandlingsbeslutninger, kreves kjennskap til pasientens kognitive status.
Målområde 4. Flere skal overleve og leve lengre med kreft
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.
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 også tilpasses pasientens totale helsesituasjon, basert på en geriatrisk vurdering (komorbiditet og skrøpelighet). Dette må presiseres.

Eldre med kreft: Dersom kreftstrategien skal ha gyldighet for den store og økende gruppen av eldre med kreft, må dette avsnittet utdypes. Her må det beskrives en overordnet strategi for hvordan eldre med kreft 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.

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

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. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

Avdelingssjef Ingvild Saltvedt
Klinikksjef Anne Hildur Henriksen

2. Innspill fra St. Olavs hospital via NorPrem- Nasjonalt kompetansesenter for persontilpasset medisin

Her vises til **eget vedlegg** basert på møte i regi av NorPrem og skriftlige innspill til NOrPrem. St. Olavs hospital har gitt flere innspill via NorPrem, men det er vanskelig å skille noen av disse ut separat ut - slik at vi vedlegger hele høringsdokumentet fra NorPrem til orientering.