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	**Fra Brukerutvalget:** COMPREHENSIVE CANCER CENTER, s. 6. Det er verdt å merke seg at det i høringsutkastet fremkommer at i løpet av strategiperioden skal et Comprehensive Cancer Center etableres i alle helseregioner. Pr. i dag er det kun universitetssykehuset i Oslo (UiO) som har etablert et slikt senter. Dersom befolkningen i hele Norge skal få samme kvalitative behandling innen kreft, er det særdeles viktig at det etableres et CCC også i vår region, og da ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Dette vil gjøre det mer gunstig for et enda bedre og mer attraktivt utdannings- og forskningsmiljø i nord, og som konsekvens øke kunnskap og kvalitet som kommer befolkningen til gode. Innen kreftbehandling er det et samarbeid så vel på et nasjonalt som på et internasjonalt nivå. Derfor er det viktig at forskere og leger i region nord er på samme nivå som i andre regioner, noe som igjen vil bidra til at det blir mer attraktivt å jobbe her. Om det ikke blir etablert et CCC i Nord-Norge, vil vi kunne risikere å havne langt bakpå hva angår forskning og ny kunnskap,

	noe som vil være svært uheldig for befolkningen i denne regionen. Det er derfor viktig at det jobbes aktivt for å sikre etablering av et Comprehensive Cancer Center. Skal Norge bli et foregangsland innen kreftbehandling, må vi sikre at vi legger til rette for god utdanning, samt å fremme forskning. Da må det settes av nødvendige ressurser for å oppnå målene som beskrevet i høringsutkastet. **Fra Radiologi:** *Det stilles økende krav til kvalitet i helsetjenesten (……) utvikling av lokale kvalitetsregistre»* For radiologi savnes det nasjonale kvalitetsmål / kvalitetskontroll for å kunne måle kvaliteten på arbeidet om utføres. Radiologi som er et objektivt fag og som ikke har nasjonale retningslinjer oppleves som svært vanskelig å opprette lokale register for kvalitet.
Status og utviklingstrekk	**Fra Brukerutvalget:** BRYSTKREFT, side 13. Denne kreftformen er den vanligste blant kvinner. Det er en god screening program/mammografi program, men som kun tilbys for aldersgruppen 50 - 69 år. Imidlertid ser man at denne kreftformen også rammer kvinner under 40 år og over 69 år. Skal Norge bli et foregangsland, må man sørge for brystkreft screening fra 40 år til 75 år. Det kunne redde enda flere liv, og forhåpentligvis redusere opphoping av antall krefttilfeller hos eldre over 80 år. Menn får også brystkreft. LIVMORHALSKREFT, side 24-25. WHO gikk i 2022 ut med et globalt mål om å eliminere livmorhalskreft som folkehelseproblem innen 2030. I Norge bregner man at målet kan nås innen 2038. Skal vi være et foregangsland, bør vi ikke ha et dårligere mål enn det globale målet som WHO har satt.
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 1 - Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging	
Nasjonale målsettinger	

Helsedirektoratet

Generelle kommentarer	
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**

Helsedirektoratet

Målområde 4 - Flere skal overleve og leve lenger med kreft	
Nasjonale målsettinger	**Fra Nukleærmedisin:** Utdrag av målsetting: *I løpet av strategiperioden skal gentesting / presisjonsdiagnostikk tilbys flere kreftpasienter tidlig i forløpet, for bedre diagnostikk og behandling. Det må sikres god kapasitet og kompetanse innen diagnostikk og behandling for å møte et økt antall krefttilfeller som oppstår som følge av en økende andel eldre i befolkning i årene som kommer.* **Kommentar:** For å kunne imøtekomme dette er det nødvendig at nukleærmedisinsk enhet ved NLSH etablerer tilbud om PET/CT. Ved NLSH er mye allerede på plass for å kunne etablere PET/CT tilbud til pasientene i hele regionen. Etterspørselen til PET/CT øker stadig, og Nordland fylke er det eneste fylke i Norge som ikke har dette tilbudet til sine pasienter. For å nå målsettingen må dette på plass i NLSH og Helsedirektoratet bør bevilge midler til dette. **Fra Radiologi:** God kapasitet og kompetanse innen diagnostikk og behandling. **Fra Medisinsk klinikk:** Utdrag av målsetting: *I løpet av strategiperioden skal gentesting / presisjonsdiagnostikk tilbys flere kreftpasienter tidlig i forløpet, for bedre diagnostikk og behandling.* *Det må sikres god kapasitet og kompetanse innen diagnostikk og behandling for å møte et økt antall krefttilfeller som oppstår som følge av en økende andel eldre i befolkning i årene som kommer.* For å gi et likeverdig tilbud til lungekreftpasienter i Nordland bør det etableres tilbud om PET-CT ved Nordlandssykehuset Bodø. PET-CT er vesentlig i utredning av lungekreft, da det kan avdekke spredning til lymfeknuter eller til andre organer som ikke synes på vanlig CT med kontrast. Per oktober 2023 har > 50 % av pasienter i pakkeforløp lungekreft mer enn 14 dager på PET-CT. Det gir forsinkede utredningsforløp da invasive undersøkelser som CT-veiledet biopsi og endobronkial ultralydundersøkelse av lymfeknuter bør skje etter PET-CT. Det er også krevende og dyrt med lange reiser som for deler av Nordland innebærer minst to strekninger med fly. For utfyllende informasjon om PET-CT og allerede tilgjengelig nukleærmedisinsk kompetanse ved Nordlandssykehuset, vises det til høringsinnspill fra nukleærmedisinere ved Nordlandssykehuset.

Helsedirektoratet

Generelle kommentarer	**Fra Nukleærmedisin:** En FDG PET/CT-scan er en avansert bildediagnostikk metode som bruker et radioaktivt merket sukkerstoff (FDG) for å påvise ulike sykdommer, spesielt innen kreft men også revmatologi, infeksjon- inflammasjon, kardiologi og neurologi/ psykiatri. For kreft: å kunne påvise sykdommen på et tidlig stadium og om sykdommen har spredt seg eller ikke, samt for behandlingsresponsevaluering (som er en selvfølge ihht gjeldende retningslinjer for lymfom f. eks).,. PET/CT kan dermed bidra til å velge den beste behandlingen for hver pasient, og øke sjansene for å bli frisk. Det bør bemerkes at det er flere radiofarmaka enn kun FDG (som er en sukker analog) som er tilgjengelig, bl. A. PSMA (for prostata) og Dotatoc (for nevroendokrine svulster), Flutametamol (Alzheimers diagnostikk), Kolin (parathyreoidea) som på sikt kan (og bør) også etableres. PSMA spesielt er avklarende for en stor pasientgruppe med prostata cancer i økende omfang, og kan utføres kombinert med diagnostisk CT, som igjen reduserer trykket på CT og tom. MR i visse tilfeller. Noen av fordelene med PET/CT i Bodø er: **Større detalj og nøyaktighet**: Fordi begge skannene utføres samtidig uten at pasienten må skifte stilling, er det mindre rom for feil/ misregistrering. PET/CT kan vise både strukturelle og funksjonelle endringer i kroppen, som kan gi mer informasjon om sykdommens art og utbredelse. **Større bekvemmelighet for pasienten**: Pasienten trenger bare å gjennomgå én skanning i stedet for to forskjellige skanninger, noe som sparer tid og reduserer ubehag, PET/CT er ikke-invasiv og smertefri, og tar omtrent 40 minutter, kan kombineres med en fullverdig diagnostisk CT som reduserer trykket på røntgenavdeling. Pasienter slipper å reise til Tromsø/ Trondheim eller Oslo, som kan være svært belastende, altså dette er bra for pasienten, sykehuset, fagmiljøet og miljøet. **Større omfang enn bare onkologi** Viktig for å avdekke infeksjon av ukjent origo (disse er oftest pasienter som er for dårlig klinisk for å kunne transporteres, og har adskillig bedre overlevelse dersom man kan finne infeksjonsfokus), for storkarsvaskulitter, for å avdekke hjerteaffeksjon ved sarcoidose (reduserer etterspørselen til MR hjerte), for vurdering av behandlingseffekt av immunomodulasjon for reumatologi, for demensutredning. Disse indikasjonene blir fort avglemt, men viktig å påpeke for at PET er MYE mere enn kun onkologi. **Bedre kommunikasjon mellom klinikerne og (fjern) granskere ved nukleærmedisin, utnytte ressursene bedre** Det er svært ønskelig fra oss legegruppen å etablere/ yte bedre tilbud til våre klinikere, vi kan bidra til MDT møter, og bruke vår kunnskap i større grad enn det vi gjør per dags dato. Som kjent er vi alle sammen spesialister i nukleærmedisin og

	radiologi, og har bred erfaring med PET/CT, som er en ekstrem viktig ressurs, siden legegruppen trenger ingen ekstra opplæring. Per i dag blir PET us. tatt ved flere sykehus demonstrert av radiologer som ikke er spesialister i fagfeltet. **Forskning** å ha en PET maskin gir større muligheter for sykehuset å delta nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter som bidrar til NLSH sin prestisje og også ikke minst trekker penger og fagfolk til sykehuset. **Bare å gi et eksempel fra et annet sykehus (Tønsberg)** Startet med PET i ca. 2015 etter en såkalt mini metode-vurdering for å dokumentere undersøkelsesmetodens berettigelse. PET har vist sin store nytteverdi gjennom over 20 år (PET/CT har vært utført siden ca. år 2000). Nytteverdien er godt uttrykt av NOPR der det dokumenteres at PET/CT endrer forløpet for ca. 1/3 av kreftpasienter. **Noen poenger:** Bodø har ikke egen PET/CT. Dette kan føre til underforbruk og er kostbart og ineffektivt Bodø har et stort behov for FDG PET/CT-tjenester, da det er mange pasienter med kreft og andre sykdommer som kan dra nytte av denne metoden, de er nedprioritert, og er klart underestimert ihht tall fra øvrige helseforetak. Bodø har et godt samarbeid med UiT og UNN. Ved å etablere PET-center i Bodø kan det gi muligheter for bredere forskning og utvikling av nye FDG PET/CT-applikasjoner samt muligheter for bedre rekrutering av leger/ PHd studenter. Bodø har 3 dobbelspesialister ansatt ved nukleærmedisin. Kompetansen er på plass selv behov ved diagnostiske CT er dekket, evt. Ved behov kan stillingene utvides, dette er en unik situasjon hvor andre senter sliter å få tak i fagfolk, Bergen, Stavanger, Ålesund, Trondheim bruker per dags dato radiologisk avdeling sine ressurser når det gjelder diagnostiske CT er tatt ved nukleærmedisin siden de ikke har dobbelspesialister. **Fra Radiologi:** Helseforetakene må sikres bedre muligheter til å investere i nytt diagnostisk utstyr når behov oppstår slik at patologi oppdages på et tidlig stadium. I dag er mye av den teknologiske maskinparken utrangert på grunn av alder fordi det er utfordrende å få midler til investeringer. Dette skyldes i stor grad at investeringer til diagnostisk utstyr generelt og bildediagnostisk utstyr i særdeleshet er blitt svært kostbart som følge av teknologisk nyvinninger. Tilbud som PET diagnostisering og behandling må etableres ved Nordlandssykehuset for å sikre et likeverdig tilbud til pasienter i Helse Nord. I dag er det pasienter som av ulike årsaker ikke kan benytte seg av tilbudet ved UNN på grunn av lang reisevei. UNN har også kapasitetsutfordringer som får konsekvenser for andre sykdomsgrupper som ikke faller inn under kreftomsorgen men hvor tidlig diagnostisering og behandling vil være viktig for pasient og samfunn. Det stilles spørsmål om hvorfor bioingeniører ikke er nevnt som en yrkesgruppe da dette også er en nasjonal mangel.

Helsedirektoratet

Delmål	**Fra Radiologi:** Det beskrives at tilstrekkelig personell med nødvendig tverrfaglig kompetanse er en viktig forutsetning for god kvalitet og likeverdige tilbud, og under delmål er det er det ikke konkretisert hva som skal gjørs for å klare å rekruttere.
Innhold	**Kommentarer**
Målområde 5 - Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	
Delmål	
Innhold	**Kommentarer**
Andre kommentarer	**Fra brukerutvalget:** Generelt: Kreftstrategien for perioden 2024 - 2028 er en flott strategiplan som det er all grunn til å applaudere. Det er bare å håpe at man lykkes med både å implementer og følge planen, og at nødvendige ressurser bevilges for å få det til. • Knyttet til kliniske studier kan man godt ønske at de nasjonale målsettingene for kliniske studier innen kreftområdet bør være i tråd med den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier. Videre mener vi at man må ha høyere ambisjoner for deltakelse i kliniske studier på kreftfeltet grunnet sykdommens alvorlighetsgrad. Det bør derfor stå: ○ Pasienter skal vurderes for en klinisk studie ved alle møter med helsetjenesten. ○ Andelen kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier er 20 %. • Presisjonsmedisin krever at man har utført presisjonsdiagnostikk. Vi foreslår derfor følgende: Pasienter med kreft skal ha lik tilgang til presisjonsdiagnostikk tidligere i behandlingsforløpet.

	• I utkastet står det en ambisjon om at man skal utrydde HVP- relatert kreft innen 2030. Dette er et ambisiøst mål som vi tenker at flere kan stille seg bak.
	Fra Radiologi: Dokumentet bærer delvis preg av et administrativt «stammespråk» som virker veldig fjernt fra verden som handler om pasientomsorg (f.eks «produsere nye samvalgsverktøy»). Det kommer ting som antakelig vil kreve ressurser både i bilde og lab fremover. Noe er antakelig uavklart da vi ikke vet om spesielle tester/ undersøkelser sendes/ utføres i 'nasjonale sentre'. Men at det vil kreve ressurser er det vel ingen tvil om. Det legges opp til større deltakelse i kliniske studier og større screeningprogrammer. I tillegg skal kreftdiagnostisering i større grad være persontilpasset, noe som betyr f.eks gentesting. Tilbakemeldingen og observasjoner for lab, er at det settes av alt for lite tid/ finnes alt for lite tid til utvikling der blant annet det å implementere og tilby nye tester er en viktig del av jobben. Etter mange år på denne måten, er det vanskelig å se at det i fremtiden vil bli veldig mye mer ressurser til denne typen arbeid. Så da er jo spørsmålet hvordan vi skal rigge oss for det som kommer.