

HELSE MIDT-NORGE RHF
Postboks 464
7501 STJØRDAL

Deres ref.:
Vår ref.: 23/10189-13
Saksbehandler: Kaja Fjell Jørgensen
Dato: 18.09.2023

Dette er en kopi. Originalbrevet er sendt til mottakerne i listen nederst.

Ekstra utsendelse - Ekstern høringsrunde for Kreftstrategien 2024-2028

Helsedirektoratet fikk i 2022 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å revidere samt fornye eksisterende kreftstrategi, Nasjonal kreftstrategi 2018-2022 - *Leve med kreft*. Nåværende kreftstrategi er gitt en forlenget varighet til starten av 2024. Strategiperioden for den nye kreftstrategien anbefales å vare fra 2024 til 2028, eventuelt til 2030.

Den nye kreftstrategien skal ha de samme fem overordnede målene som i nåværende kreftstrategi:

- 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

I arbeidet med den reviderte kreftstrategien er det bedt om at ny kunnskap på kreftområdet skal ivaretas. Direktoratet er videre bedt om å se hen til ambisjonene definert i Hurdalsplattformen som å desentralisere deler av kreftbehandlingen, ha kapasitet for å utføre gentesting tidligere i behandlingsforløpet samt å styrke ettervernet. Kreftstrategien skal også bygge på føringer som ligger i strategien for persontilpasset medisin samt være koordinert med EUs kreftforebyggende kreftarbeid.

Helsedirektoratet har så langt i arbeidet med oppdraget involvert bredt - både interne avdelinger i direktoratet og eksterne aktører. Partnerskap mot kreft har hatt tre møter der blant annet status i nåværende strategi, samt innspill til revidert strategi har blitt gjennomgått. I forkant og etterkant av møtet har medlemmene av partnerskapet – fagdirektørene med vararepresentanter fra RHFene, representant fra KS, pasient- og brukerforeningene, Kreftregisteret, Kreftforeningen og Helsedirektoratet, kommet med skriftlige innspill. Kreftregisteret har bidratt til oppdatert tekst om status og utviklingstrekk.

Helsedirektoratet har så langt mottatt mange og gode innspill. Disse er forsøkt ivaretatt i nåværende versjon av revidert kreftstrategi.

Helsedirektoratet

Avdeling spesialisthelsetjenester

Kaja Fjell Jørgensen

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Ekstern høring

Direktoratet sender nå utkast til forslag til revidert kreftstrategi på en siste ekstern høringsrunde. Helsedirektoratet ber om at høringen distribueres til aktuelle underliggende enheter.

Det bes om at innspillene spilles inn i skjema som ligger på [høringsnettsiden](#) med **frist 29. oktober 2023**. Innspillene bes sendes på e-post til postmottak@helsedir.no, med referanse 23/10189.

Vennlig hilsen

Torunn Janbu e.f.
avdelingsdirektør

Trude Andreassen
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:

AKTIV MOT KREFT
BARNEKREFTFORENINGEN
BLODKREFTFORENINGEN
BLÆREKREFTFORENINGEN
BRYSTKREFTFORENINGEN
CarciNor
DEN NORSKE LEGEFØRENING
Den norske patologi forening
Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet
FOLKEHELSEINSTITUTTET
Gynkreftforeningen
HELSE MIDT-NORGE RHF
HELSE NORD RHF
Helse Sør-Øst RHF
HELSE VEST RHF
Hematologialliansen Norge
HJERNESVULSTFORENINGEN

Elin Mortensen

KLINISKE ERNÆRINGSFYSIOLOGERS FORENING
TILSLUTTET FORSKERFOBUNDET
KREFTFORENINGEN
KREFTOMSORG ROGALAND
Kreftregisteret
KS-KOMMUNESEKTORENS ORGANISASJON
Lungekreftforeningen
Lymfekreftforeningen
Melanomforeningen
MUNN- OG HALSKREFTFORENINGEN
Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter
etter kreftbehandling
Nasjonal kompetansetjeneste for solide
svulster hos barn
NORILCO - NORSK FORENING FOR
STOMI,RESERVOAR OG MAGE- OG
TARMKREFT
NORSK FORENING FOR ALLMENNMEDISIN
(NFA)
NORSK FORENING FOR ERNÆRINGSVITENSKAP
NORSK FORENING FOR PALLIATIV MEDISIN
Norsk kirurgisk forening
Norsk onkologisk forening
Norsk Palliativ Forening
Norsk Radiografforbund
Norsk radiologisk forening
Norsk Sykepleierforbund
Pancreaskreft Nettverk Norge
Privatpraktiserende spesialisters landsforening
PROSTATAKREFTFORENINGEN (PROFO)
Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft
Sarkomer
Statens legemiddelverk
UNG KREFT

Mottaker

Kontaktperson

Adresse

Post

Etter liste

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	
Status og utviklingstrekk	
Innhold	Kommentarer
Målområde 1 - Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging	
Nasjonale målsettinger	
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
Målområde 4 - Flere skal overleve og leve lenger med kreft	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	



Delmål	
Innhold	Kommentarer
Målområde 5 - Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende	
Nasjonale målsettinger	
Generelle kommentarer	
Delmål	
Innhold	Kommentarer
Andre kommentarer	

Nasjonal kreftstrategi 2024-2028

Høringsutkast

Innhold

Nasjonal kreftstrategi 2024-2028	1
Bakgrunn og ambisjoner for revidert og fornyet kreftstrategi	5
Sammendrag av de viktigste målene i kreftstrategien 2024-2028	6
Dagens utfordringsbilde	8
Status og utviklingstrekk	9
Internasjonalt arbeid på kreftområdet	12
Brystkreft	13
Prostatakreft	14
Tykk- og endetarmskreft	14
Lungekreft	14
Andre kreftformer	15
Barn og unge	15
Eldre	16
Nasjonale målsettinger	17
Målområde 1: Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging	18
Nasjonale målsettinger	18
Systematisk og styrket forebygging av kreft	18
Satsningsområder for å styrke forebygging av kreft	21
Screening	24
Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene	24
Livmorhalsprogrammet	24
Mammografiprogrammet	25
Tarmscreeningprogrammet	25
Lungekreftscreening	26
Prostatakreftscreening	26
Deltakelse i screening	26
Oppportunistisk screening	27
Overdiagnostikk	27
Mot en mer persontilpasset screening med bruk av kunstig intelligens (KI)	27
Delmål	28
Målområde 2: Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp	29
Nasjonale målsettinger	29
Bedre koordinering av tilbudet	29
Comprehensive Cancer Center (CCC) i alle helseesregioner.	29
Digital behandlingsplan	30
Oppfølgingsteam	30

Pakkeforløp for kreft	30
Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.....	31
Nasjonale handlingsprogrammer for kreft	31
Delmål	31
Målområde 3: En mer brukerorientert kreftomsorg	32
Nasjonale målsettinger	32
Informasjon og kommunikasjon.....	32
Brukermedvirkning	32
Samvalg.....	33
Digital hjemmeoppfølging	33
Pasienterfaringer.....	34
Likepersoner fra pasient- og brukerorganisasjonene, og foreningenes og helsetjenestens lærings- og mestringstilbud.....	34
Delmål:	34
Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft.....	36
Nasjonale målsettinger	36
Personell og kompetanse	36
Gentest/presisjonsdiagnostikk til flere kreftpasienter tidligere i forløpet	37
Behandling av kreftsykdommer	37
Persontilpasset medisin	39
Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten – <i>Nye Metoder</i>	40
Prioritering i kommunehelsetjenesten.....	40
Ekspertpanel	41
Endring av levevaner før og under kreftbehandling.....	41
Ernæringsbehandling ved kreftsykdom.....	41
Fysisk aktivitet som del av behandlingen	42
Tannhelse	42
Seneffekter etter kreftbehandling	42
Barn og unge	42
Eldre pasienter med kreft	43
Kreftregisteret.....	43
Tilgang på data	44
Kvalitetsindikatorer	44
Kliniske studier	44
Internasjonalt samarbeid	44
Delmål	45
Målområde 5: Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og dere pårørende.....	46

Nasjonale målsettinger	46
Kreftpasienter og arbeidslivet	46
Pakkeforløp hjem	46
Rehabilitering/ seneffekter	47
Seksuell helse	47
Psykososial oppfølging	47
Pårørende.....	48
Frivillige organisasjoner og likepersonarbeid	48
Palliasjon- lindrende behandling og omsorg.....	48
Delmål	49
Referanseliste	50

Høringsutkast

Bakgrunn og ambisjoner for revidert og fornyet kreftstrategi

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2022 Helsedirektoratet i oppdrag å revidere og fornye [eksisterende kreftstrategi](#) (1). Eksisterende kreftstrategi, *Leve med kreft*, er gitt en forlenget varighet til starten av 2024. Strategiperioden for den nye kreftstrategien varer fra 2024 til 2028, eventuelt lenger.

Den nye kreftstrategien skal ha de samme fem overordnede målene som i Nasjonal kreftstrategi 2018 –2022 – *Leve med kreft*:

- 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.

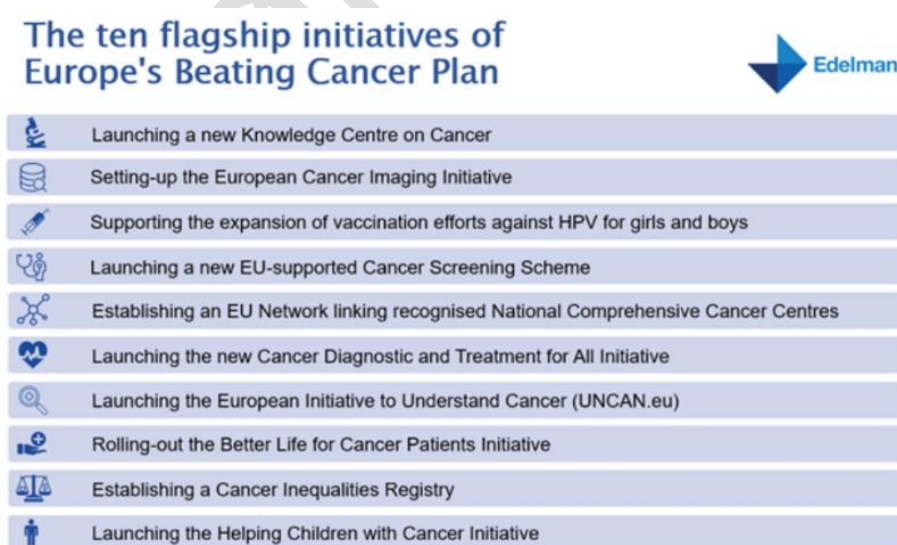
I tillegg harmoniserer den nye kreftstrategien med europeiske planer og satsninger på kreftområdet. De europeiske satsingene har følgende hovedtema:

- Færre skal få kreft
- Flere skal overleve kreft
- God livskvalitet for dem som rammes av kreft

I 2021 lanserte EU-kommisjonen en helhetlig satsing på kreftområdet med *Europe's Beating Cancer Plan* (2) og *Mission Cancer* (3). Satsingene finansieres henholdsvis gjennom Eus helseprogram, EU4Health og Horisont Europa som er Eus program for forskning og innovasjon. Norge deltar på lik linje med Eus medlemsland i begge programmene.

Denne kreftstrategien bygger opp under og forsterker de europeiske satsingene, *EUs Beating Cancer Plan* og *Mission Cancer*. For å bekjempe kreft i EU landene i årene som kommer er det i EUs Beating Cancer Plan definert ti flaggskip.

Figur 1: Ti flaggskip i EUs Beating Cancer Plan



I denne strategien vil EUs kreftsatsing beskrives i et eget delkapittel om utviklingstrekk, mens de norske satsningene knyttet til det europeiske samarbeidet trekkes frem som flaggskip under de tematiske kapitlene.

For å lykkes i EUs samfunnsoppdrag på kreft må forskningsmiljøer, myndigheter, næringsliv, brukerorganisasjoner og helseforetak samarbeide om å finne gode løsninger. Derfor har disse miljøene etablert et nasjonalt knutepunkt – [Cancer Mission Hub Norway](#) (4). Målet er å mobilisere aktører til samarbeid på tvers av fagområder og sektorer, og sørge for sammenheng med nasjonale, regionale og lokale tiltak. Dette samarbeidet blir viktig fremover for å lykkes i arbeidet med å tilrettelegge for bedre forebygging, tidlig diagnostikk, bedre behandlingstilbud for den enkelte pasient og etteroppfølging.

Målgruppene for kreftstrategien er hele befolkningen, som inkluderer pasienter og deres pårørende. Målgruppen er også de ulike aktørene med ansvar på kreftområdet, som nasjonale helsemyndigheter, helsepersonell, helseregionene, sykehusene, kommunene, fastlegene, og næringsliv samt aktører i andre sektorer som har ansvar på kreftområdet.

Arbeidet med å revidere kreftstrategien er forankret gjennom Helsedirektoratets samarbeid med *Partnerskap mot kreft*, som består av representanter fra Kreftforeningen, Kommunenes sentralforbund (KS), de fire regionale helseforetakene (RHFene), pasientorganisasjoner på kreftområdet og Kreftregisteret. Kreftregisteret har oppdatert status og utviklingstrekk i kapittel 1.

Sammendrag av de viktigste målene i kreftstrategien 2024-2028

- ***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 solesponering. 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 induisert 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.

- ***Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp***

I løpet av strategiperioden skal Comprehensive Cancer Center (CCC) etableres i alle helseregioner. CCC er definert som et helhetlige kreftsenter som skal bidra til høy kvalitet i pasientbehandling, utdanning og forskning innenfor kreftområdet. Sentralt for CCC konseptet er tverrgående koordinering gjennom standardiserte pasientforløp sammen med strukturerte multidisiplinære møter. Integrasjon av forskning og behandling er sentralt i CCC som dermed skal legge til rette for at pasienter vurderes

for deltakelse i kliniske studier og derigjennom raskest mulig implementering av ny kunnskap i pasientbehandlingen.

Pasienter med kreft skal oppleve helhetlige og godt koordinerte pasientforløp uten unødige forsinkelser. Det skal være god samhandling, god informasjonsflyt og klar ansvars- og oppgavefordeling mellom ulike aktører i helsetjenesten.

Pasienter med begrunnet mistanke om kreft skal inkluderes i pakkeforløp for kreft for rask avklaring av diagnose og behandling. "*Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft*" skal sikre god overgang mellom sykehusbehandling og oppfølging av kommunal helse- og omsorgstjeneste.

- ***En mer brukerorientert kreftomsorg***

Pasienter med kreft skal bli ivaretatt gjennom hele pasientforløpet og ha tilgang på god informasjon om sykdommen, behandlingen og mulige seneffekter. Pasienter skal ha enkel tilgang til opplysninger om eget pasientforløp, og skal vite hvem de kan henvende seg til.

Pasienter skal kunne medvirke aktivt i beslutninger om egen behandling og oppfølging. Etablering av digitale samvalgsverktøy gir mulighet for innsyn i egen journal og mulighet for digital kommunikasjon med helsetjenesten. De er viktige tiltak for å bidra til god brukermedvirkning.

Digital hjemmeoppfølging er en teknologisk løsning som skal bidra til å sikre en god overgang mellom de ulike nivåene i helsetjenesten, og kan bidra til at pasienter mestrer egen helse og sykdom bedre. I løpet av strategiperioden skal digital hjemmeoppfølging være en integrert del av kreftbehandlingen for alle kreftpasienter.

Informasjon og kommunikasjon skal tilrettelegges slik at den er forståelig for alle. Informasjon må også tilrettelegges for de som ikke har norsk som morsmål, inkludert den samiske befolkningen og innvandrergrepper. Eldre, barn og personer med nedsatte kognitive funksjonsevner skal også ha tilrettelagt informasjon.

Pasienter og pårørendes erfaringer og tilbakemeldinger skal brukes aktivt til å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Pasientperspektivet skal være ivaretatt i faglige retningslinjer, forskning og innovasjon.

Pasienter skal også få likeverdig informasjon om, og muligheter for, å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier.

- ***Flere skal overleve og leve lenger med kreft***

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 gentering / 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.

Kostnadskrevende ny teknologi skal innføres basert på vurderinger i systemet *Nye metoder*. Systemet *Nye metoder* videreutvikles med økt fokus på persontilpasset medisin, avanserte terapier og behandlinger for sjeldne tilstander. Dette er viktig for å sikre rask, riktig og likeverdig tilgang til nye metoder.

Stråleterapitilbudet styrkes ved flere sykehus og ved etablering av to protonsentre. Økt forskning bør stimuleres. Andel pasienter som inngår i kliniske studier skal øke og bør inkludere stråleterapi og kirurgi i tillegg til medikamentell behandling.

Etablering av flere nasjonale kvalitetsregistre for flere kreftformer vurderes, og også om det skal utvikles flere indikatorer for å måle kvaliteten av kreftbehandlingen når det gjelder overlevelse, pasientforløp og pasientrapporterte mål.

Pasienter med kreft skal vurderes for eventuelle seneffekter etter behandling, og tilbys behandling for disse. Kapasitet og kompetanse for å dekke denne ambisjonen skal økes. Det skal i strategiperioden jobbes for at pasienter med kreft som har nytte av det, skal kunne stå i arbeid under og etter kreftbehandling.

- **Best mulig livskvalitet for pasienter og pårørende**

Nye behandlinger som bidrar til redusert risiko for bivirkninger og seneffekter implementeres.

Pasienter med kreft som har behov for det, skal få tilbud om rehabilitering og håndtering av mulige seneffekter som en integrert del av forløpet, både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter med kreft skal få informasjon om tilbud organisert av pasient- og brukerorganisasjonene og frivillige organisasjoner. Pårørende skal sikres god oppfølging og veiledning, og det må legges vekt på oppfølgingstiltak og informasjon til barn og unge som er pårørende til pasienter med kreft.

Pasienter med kreft skal få tilbud om palliativ behandling og omsorg gjennom hele forløpet. Kompetanse innen palliativ medisin og psykososial oppfølging av pasienter med kreft bør heves i alle deler av helse- og omsorgstjenesten.

Dagens utfordringsbilde

Det er god kvalitet i norsk kreftomsorg. Sammenliknet med andre land har Norge gode overlevelsestall for flere kreftformer. En stor utfordring i årene framover er likevel det økte antallet eldre i befolkningen, samt en betydelig økning i nye krefttilfeller i denne gruppen.

Det ventes også en stor økning i antall pasienter som lever - og som har gjennomgått behandling av kreftsykdom. Mange av disse pasientene har et langvarig behandlingsbehov som innebærer høy innsats både i form av direkte behandlingsteknikker og evaluering av behandlingseffekt. Med økende alder forekommer ofte også andre sykdommer som vil bidra til å øke kompleksiteten i behandlingen. Denne økningen vil stille store krav til kvalitet, pasientsikkerhet, kapasitet og kompetanse både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må sikres nok personell til å kunne ivareta det økte behovet for kompetanse og for personell som forventes å komme i årene fremover.

For å kunne ivareta pasientenes komplekse behov på en samordnet og kompetent måte, og med mest mulig hjemmetid for de pasientene som ønsker det, stilles det økende krav til samarbeid mellom sykehusene og mellom sykehusene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I årene som kommer må det være fysisk plass i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene til å møte et økende volum av pasienter, langvarige behandlingsprosesser og et økende volum av maskinparker, som er nødvendig i forbindelse med diagnostisering og behandling.

Det stilles økende krav til kvalitet i helsetjenesten, og dokumentasjon på at behandlingen utføres i henhold til nasjonale handlingsprogrammer. Styrking av det lokale kvalitetsarbeidet er viktig for å sikre den ønskede kvalitetsutviklingen. Dette bør bygge på utvikling av lokale kvalitetsregistre og at såkalte dashboard-løsninger etableres direkte knyttet opp mot databasene for kliniske primærdata. Utvikling i retning av større grad av strukturerte data i disse systemene må utnyttes.

Protonterapi etableres i løpet av 2024 som et nytt tilbud i Norge, og effekt og langtidsresultater bør dokumenteres ved hjelp av et nasjonalt proton- og stråleterapiregister.

Livsstil og levevaner har betydning for forekomst av kreftsykdommer. Det er mer effektivt å forebygge kreftsykdom fremfor å behandle den. Økt vekt på folkehelsearbeid, forebyggende virksomhet og "venstreforskyvning" av helsetjenestene vil derfor være viktig å ha fokus på fremover. Viktig forebyggende arbeid bør rettes mot for eksempel tobakksforebyggende arbeid, forbygge livmorhalskreft, tiltak mot overvekt og fysisk inaktivitet.

Ulik bakgrunn, livsvilkår, utdanning, inntekt og andre sosiale forhold bidrar til helseforskjeller i befolkningen. Det er for eksempel flere røykere og personer med overvekt i lavinntektsgrupper enn i høyinntektsgrupper, og helseskadelige eksponeringer i yrkessammenheng er langt vanligere i manuelle yrker og blant arbeidstakere med kortere utdanning. Folk med lav inntekt og kort utdanning bor gjennomgående i mer trafikkerte og forurensede strøk enn de med høyere inntekt og utdanning.

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 ulike sosioøkonomisk status og egen helsekompetanse ikke blir til hinder for deltakelse. Tiltak for å øke deltakelsen i de nasjonale kreftscreeningprogrammene må gjennomføres.

Det er et mål at pasienter med kreft i Norge får rask tilgang til gode og dokumentert effektive nye behandlingsmetoder. Ofte er disse metodene nye og kostbare legemidler og ny teknologi som stiller samfunnet overfor vanskelige dilemmaer.

Status og utviklingstrekk

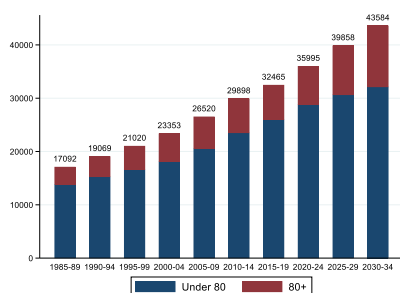
Globalt er det en betydelig økning i andelen som får kreft og antall dødsfall som skyldes kreft. En systematisk analyse (2010-2019) viser også at økningen er knyttet til sosiodemografiske forhold (5). Den samme utviklingen ser vi i Norge. Ved inngangen av 2023 lever det mer enn 327,000 personer i Norge som har eller har hatt kreft. Det er en økning på mer enn 100,000 i løpet av ti år. Hvert år diagnostiseres det nå over 36,000 nye krefttilfeller, og før fylte 80 år

har rundt 40% fått minst én kreftdiagnose. Antall nye krefttilfeller per år har økt jevnt siden registreringen av kreft startet på begynnelsen av 1950-tallet. Økningen skyldes flere forhold:

- Antallet personer i befolkningen øker
- Andelen eldre i befolkningen øker – og risiko for kreft øker med stigende alder
- Diagnostikken har blitt bedre (tidligere diagnose)
- Tilbud om kreftscreening til deler av befolkningen
- Reell økning i risiko for visse typer kreft

Antall nye krefttilfeller vil fortsette å øke i årene som kommer. 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 år¹. Den viktigste årsaken til denne økningen er den økende andelen eldre i befolkningen.

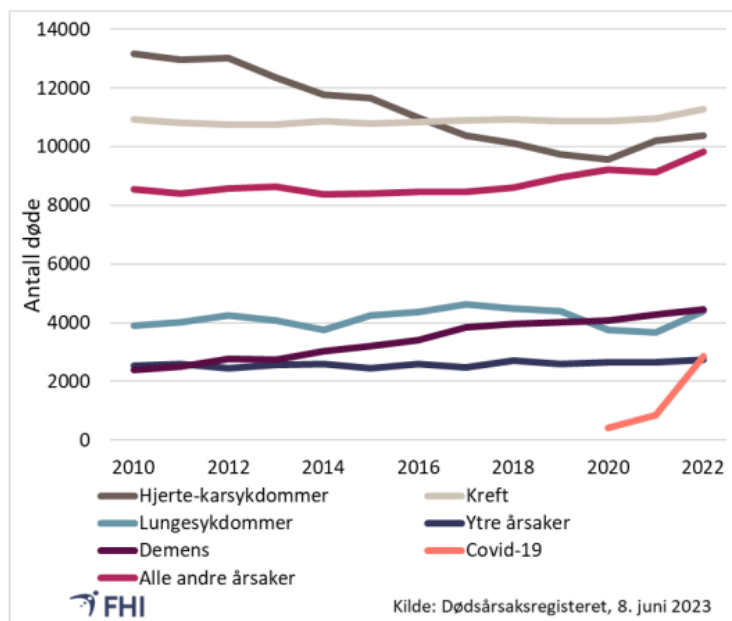
Figur 2: Registrert og fremskrevet årlig gjennomsnitt av nye krefttilfeller for menn og kvinner samlet, 1985–2034. Totalantallet er vist over hver stolpe (Data fra Kreftregisteret)



Flere personer overlever kreft. Når en ser bort fra dødsfall av andre årsaker enn kreft, overlever nå rundt 77% av kreftpasientene sin sykdom i 5 år eller mer etter diagnosen (relativ overlevelse). Når vi ser på alle kreftformer samlet sett, har det vært en klar økning i overlevelse. Denne økningen skyldes både at kreftdiagnosen stilles tidligere og at kreftbehandlingen er blitt bedre. Selv om flere overlever, er det likevel fortsatt for mange som dør av kreft. 11,282 personer døde av kreft i 2022, og for første gang har Dødsårsaksregisteret registrert mer enn 11,000 kreftdødsfall i løpet av ett år.

¹ Basert på tall fra NORDCAN, The Association of the Nordic Cancer Registries (ANCR) (6)

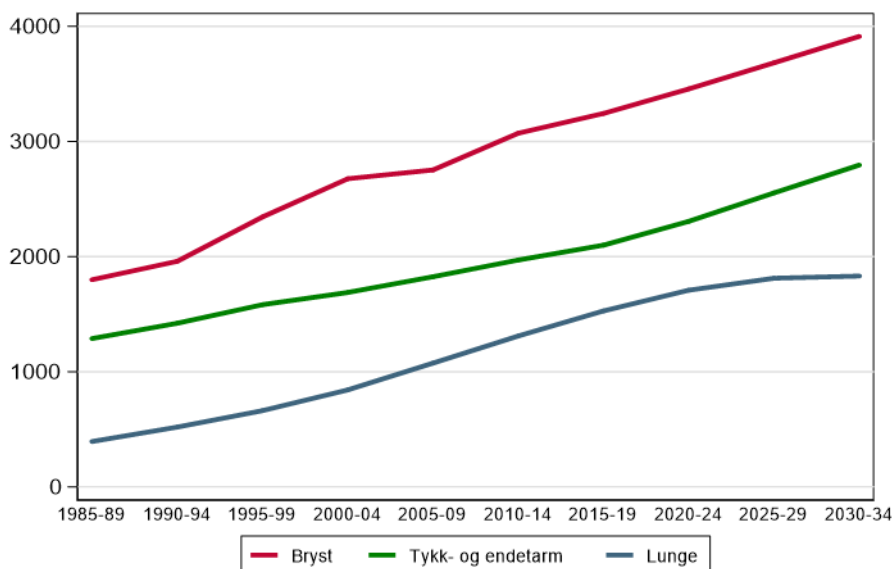
Figur 3: Oversikt over de viktigste dødsårsakene i Norge fra 1020 til 2022



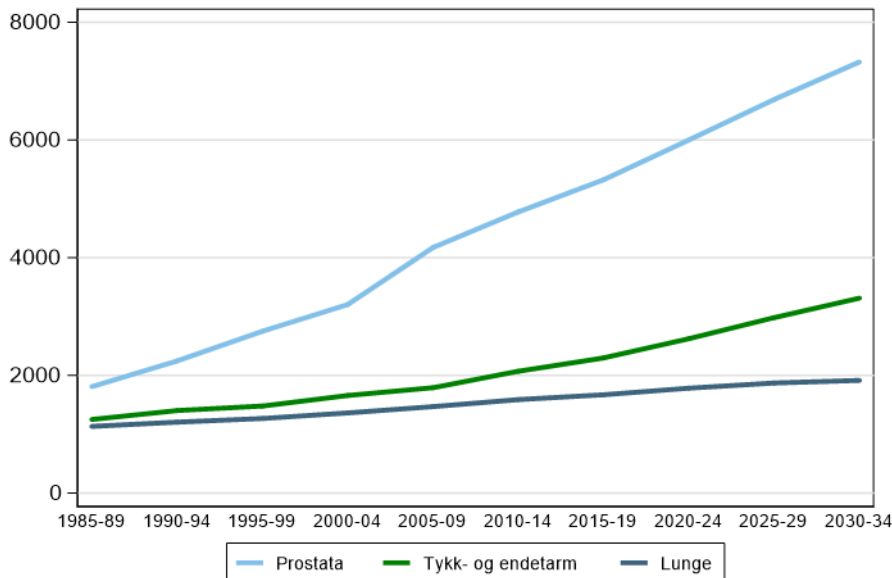
Kilde Dødsårsaksregisteret 8 juni 2023 (7)

For alle aldre samlet sett er de vanligste kreftformene blant menn prostatakreft, tykk- og endetarmskreft og lungekreft. For kvinner er de vanligste kreftformene brystkreft, tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Også andre kreftsykdommer enn disse fire er hyppige og økende, og krever stor oppmerksomhet i årene framover.

Figur 4: Registrert og fremskrevet årlig gjennomsnitt av krefttilfeller for utvalgte kreftformer for kvinner, 1985–2034²



Figur 5: Registrert og fremskrevet årlig gjennomsnitt av krefttilfeller for utvalgte kreftformer for menn, 1985–2034²



I 2019 beregnet Helsedirektoratet at de totale samfunnskostnadene (sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap) for kreft var 262 milliarder kroner. Dersom denne summen skulle være konstant i årene som kommer, vil det tilsvare 1310 milliarder kroner for perioden 2024-2029.

Internasjonalt arbeid på kreftområdet

Kreft er et økende samfunnsproblem i Norge, men også i Europa. I 2020, ble 2,7 millioner mennesker diagnostisert med kreft i EU, og 1,3 millioner mennesker døde av sykdommen. Europa utgjør kun en tiendedel av jordens befolkning, men har en fjerdedel av verdens krefttilfeller. Uten radikale tiltak, anslår EU en økning i antall kreftrelaterte dødsfall på mer enn 24 % innen 2035, noe som vil gjøre kreft til den ledende dødsårsaken i EU landene.

EU lanserte i 2021 to store initiativ for bekjempelse av kreft. Mission Cancer (3) finansierer forskning og innovasjon på kreftområdet mens EUs kreftplan, Europe's Beating Cancer Plan (2) skal med hjelp av 10 flaggskipsinitiativer (se figur 1) utvikle europeiske fellesløsninger i kampen mot kreft. På lik linje med den norske kreftsstrategien, legger EU føringer for en helhetlig kreftsatsing med tiltak gjennom hele pasientforløpet fra forebygging til tidlig oppdagelse, diagnostisering, behandling, og livskvalitet for overlevende og deres pårørende.

² Framskrivningene er basert på konstante rater for alle kreftformene unntatt lunge hvor en kohort spesifikk tilnærming er benyttet (Nordpred). Framskrivningene er gjort i NORDCAN, The Association of the Nordic Cancer Registries (ANCR) (6).

EUs kreftsatsing er tverrsektoriell. Det anerkjennes at utfordringene som møter de personene som går gjennom en kreftdiagnose og deres omsorgspersoner opplever utfordringer som kun kan løses med virkemidler som strekker seg utover helsesektoren. Eksempelvis er det behov for å gi pasienter og overlevende et vern mot diskriminering i arbeidslivet, og sikre livskvalitet for overlevende.

Samtidig som vi ser en økning i kreftforekomster, tilkommer det også stadig nye og bedre behandlingsformer for kreftpasienter. Parallelt står Norge og Europa overfor en personellkrise. I denne situasjonen er det rasjonelt at landene i Europa går sammen om å finne løsninger som kan brukes på tvers av de europeiske landene. Som del av et europeisk fellesskap får norske pasienter, forskere og helsepersonell tilgang og bidrar til et kompetanse- og kapasitetsløft som ett land ikke kan realisere alene.

Norsk deltakelse i EUs kreftsatsing er høyt prioritert både fordi det gir tilgang til finansiering, kompetanse og nettverk, men også fordi disse gir Norge muligheten til å bidra til, og påvirke utviklingen av det som på sikt kan bli EUs helsepolitikk og sette standarder for europeisk kreftbehandling og omsorg.

I tillegg til dette vil denne kreftstrategien også ha konkrete ambisjoner og målområder som bygger opp under den europeiske satsingen.

Joint Action noncommunicable diseases (JANCD)

Som ledd i EU arbeidet skal Norge i løpet av strategiperioden lede den største felleseuropeiske satsningen på forebygging av kreft og NCD noensinne, JA-PreventNCD.

Hovedmålsetting for JA-PreventNCD er å:

- Redusere sykdomsbyrden knyttet til kreft og andre ikke-smittsomme sykdommer, og risikofaktorene for disse på individuelt nivå og på samfunnsnivå.
- Støtte medlemslandene i å ha en helhetlig tilnærming til forebygging, og få kraft til dette gjennom en multinasjonal samordnet satsning.

I tillegg til å implementere tiltak for å få ned forekomsten av kreft og andre NCDer i lys av *Europe's Beating Cancer Plan*, *EUs Healthier Together* og [den norske NCD-strategien](#) (2;8;9) er det noen særlig viktige faktorer som bør hensyntas i arbeidet med å få nytte av JA-PreventNCD i Norge. Dette er samarbeid med nøkkelaktører og befolkning, samt reduksjon av sosial ulikhet i NCD. Sistnevnte henger svært godt sammen med, [Folkehelsemeldinga- Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar](#) (2023) (10).

Brystkreft

Brystkreft er den vanligste kreftsykdommen blant kvinner. Den utgjør 23 % av alle krefttilfellene hos kvinner totalt, og i 2022 ble det påvist 4,247 nye tilfeller. Brystkreft rammer først og fremst kvinner over 50 år. Under 5% av nye tilfeller inntraff hos kvinner under 40 år i årene 2018-2022. Forekomsten har de siste årene økt i alle aldersgrupper.

Resultatene etter behandling av brystkreft har bedret seg gjennom mange år. Relativ overlevelse 5 år etter diagnose har de siste 20 årene økt fra 79% til litt over 93%. Dødeligheten har de siste årene gått ned, men fortsatt dør nesten 600 kvinner (og noen få menn) årlig av brystkreft ([Kreftregisteret](#)).

Prostatakreft

Prostatakreft er den vanligste kreftformen blant menn i Norge, og i 2022 ble det registrert 5,844 nye tilfeller. Dette utgjør 26% av alle krefttilfellene som oppstår blant menn. Median alder ved diagnose er 70 år. Det har vært en sterk økning i antall tilfeller og i overlevelse siden 1990-tallet, og dette knyttes til bruk av markøren prostataspesifikt antigen (PSA) som fører til at det diagnostiseres flere lite aggressive krefttilfeller. De siste årene har det imidlertid vært en nedgang i ratene, etter at forekomsten nådde sitt høydepunkt rundt 2010.

Overlevelsen av prostatakreft er god, og 5 års relativ overlevelse er på 96%. Over tid har det for alle stadier vært en økning i overlevelse ([Kreftregisteret](#))

Tykk- og endetarmskreft

Etter brystkreft hos kvinner og prostatakreft hos menn, utgjør kreft i tykk- og endetarm den vanligste kreftformen hos begge kjønn. I 2022 ble det diagnostisert 2,489 nye tilfeller blant menn, og 2,256 nye tilfeller blant kvinner. Median alder ved diagnose er 74 år for tykktarmskreft, og noe yngre for endetarmskreft (70 år).

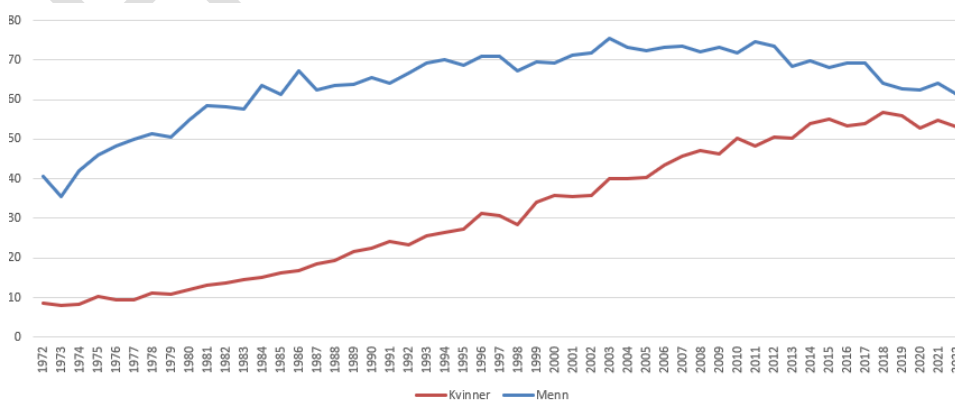
Behandlingen av tykk- og endetarmskreft er bedret de siste årene. Tallene fra Kreftregisteret fra 2022 viser at 5 års relativ overlevelse for tykk- og endetarmskreft ligger over 70%. Det har vært en jevn økning i overlevelsen over tid, og dette ses for alle stadier av sykdommen. Samtidig ser en at overlevelsen er noe høyere for kvinner enn for menn ([Kreftregisteret](#)).

Lungekreft

I 2022 ble lungekreft påvist hos 3,534 personer, 1,804 menn og 1,730 kvinner. Median alder ved diagnose er 72 år. I de aller fleste aldersgrupper går nå forekomsten av lungekreft tydelig tilbake blant både kvinner og menn, men fortsatt høy forekomst blant de aller eldste bidrar til at både antall og rater ennå er høye.

Etter tradisjonelt å ha vært en kreftform som i overveiende grad rammer menn, er nå kvinner i ferd med å få den høyeste forekomsten av lungekreft. I aldersgruppene under 70 år, er det nå mer lungekreft blant kvinner enn blant menn.

Figur 6: Lungekreft i Norge, menn og kvinner. Aldersstandardisert rate



Samlet sett er lungekreft den kreftformen som tar flest liv i Norge. 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](#)).

Andre kreftformer

Svulster i sentralnervesystemet

I 2022 ble det rapportert i underkant av 1,000 tilfeller av svulster i sentralnervesystemet til Kreftregisteret. Mange benigne/godartede svulster rapporteres imidlertid ikke inn, og det totale antallet svulster (både benigne/godartede og maligne/ondartede) anslås å være ca. 2,300 per år. Svulster i sentralnervesystemet er en heterogen gruppe svulster. Ikke alle svulster i sentralnervesystemet er kreft, men deres plassering kan gi de samme utfordringene som maligne svulster/metastaser ([Kreftregisteret](#)).

Blod- og lymfekreft

Maligne blodsykdommer (blodkreft) og maligne lymfomer (lymfekreft), omtales som hematologisk kreft og inkluderer leukemi, Hodgkin lymfom, non-Hodgkin lymfom og myelomatose. I løpet av 2022 ble det, ifølge Kreftregisteret, diagnostisert 1,880 nye tilfeller av maligne blodsykdommer og 1,235 tilfeller av lymfekreft. 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](#)).

Pasienter med hematologisk kreft møter mange utfordringer, både når det gjelder diagnostikk og behandling. De tidlige symptomene kan være vage og lette å overse, noe som kan føre til at mange pasienter oppsøker helsetjenesten sent i sykdomsforløpet. I tillegg skiller behandlingen seg fra andre kreftformer ved at det er snakk om ikke-solide tumorer. For mange pasienter blir derfor tilgang til gode og trygge legemidler helt avgjørende i behandlingen.

De siste årene har det vært gjort betydelige medisinske fremskritt, blant annet gjennom forskningen og utviklingen av monoklonale antistoff og kimerisk antigenreseptor-T-celleterapi (CAR-T). Den positive utviklingen innenfor persontilpasset behandling skal ivaretas i den kommende strategiperioden.

For andre kreftformer se [Kreftregisterets nettside](#).

Barn og unge

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](#)).

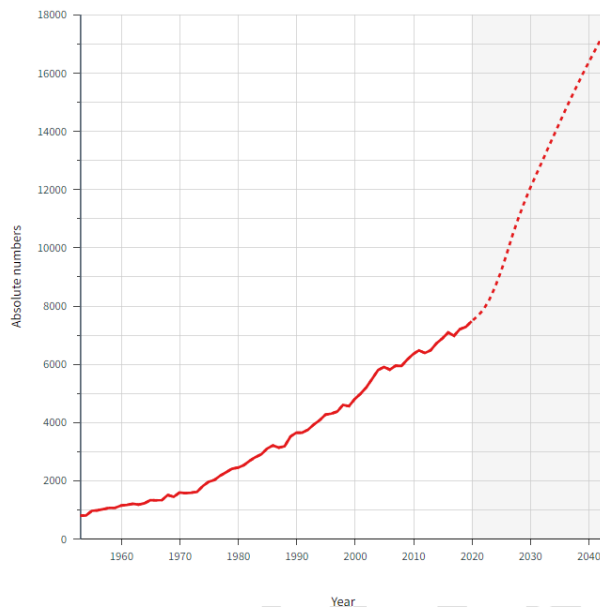
Å forebygge kreft samt å bidra til optimal og rask behandling av kreft hos barn, er en av de 10 flaggskipene i EU's beating cancer plan. Fokus på denne gruppen må fortsette i årene som kommer.

Eldre

Årlig får rundt 8,000 personer over 80 år kreft. Dette er mer enn en tredobling fra år 1980. 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](#)).

Også prognoser fra internasjonale kreftregistre viser at økt antall eldre med kreft blir en betydelig utfordring for helsetjenesten på verdensbasis. Det er nødvendig med økt forskning og kliniske studier for kreftbehandling på eldre pasienter. Helsetjenesten må rigge seg for at det blir økt antall eldre og at det dermed blir økte krefttilfeller i årene som kommer.

Figur 7: Prognoser over antall eldre med kreft i årene som kommer



Nasjonale målsettinger

Målområde 1: Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging

Målområde 2: Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp

Målområde 3: En mer brukerorientert kreftomsorg

Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft

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

Høringsutkast

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 (EU4Health, 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 inneluft, radonstråling og utendørs luftforurensning.
- Norge jobber for å utrydde Humant Papilloma Virus (HPV) induisert kreft som folkehelseproblem i løpet av strategiperioden.
- Økt kunnskap om forebygging og helsefremmendearbeid blant helsepersonell.
- De nasjonale screeningprogrammene mot kreft har dokumentert effekt på sykkelighet 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.

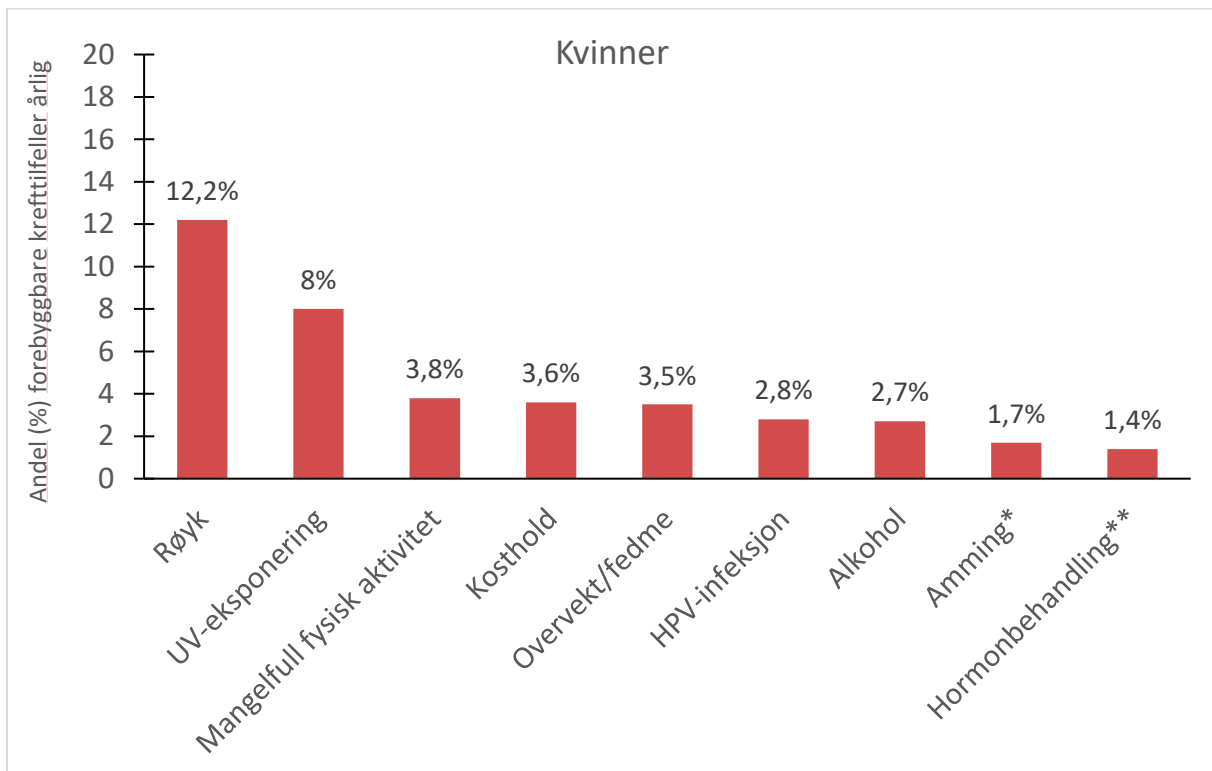
Systematisk og styrket forebygging av kreft

Forebygging av kreft gjennom gode levevaner på befolkningsnivå er viktig. Kreftstrategien skal bidra til styrking av det helsefremmende og helseforebyggende arbeidet nasjonalt, regionalt og lokalt.

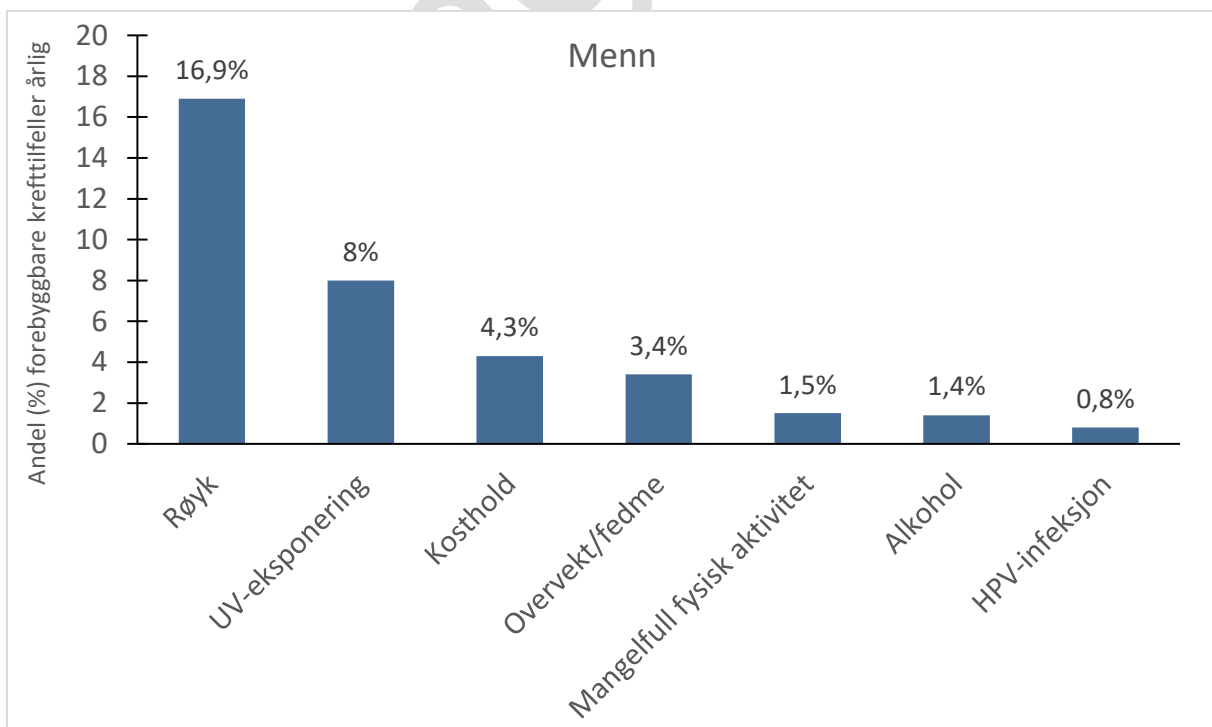
Kreftregisteret sin rapport "[Kreft i Norge – Hvor mange tilfeller kan forebygges?](#)" fra 2023 (11) angir at "mer enn 13 000 krefttilfeller kan forebygges årlig ved at vi unngår røyking, alkohol, solbrenthet og solariumsbruk, har et sunt og variert kosthold, er fysisk aktive, holder en normal kroppsvekt, og følger nasjonale vaksinasjonsprogram". I rapporten, som baserer seg på data fra World Cancer Research Fund, illustreres dette med følgende figurer.

³ . For tidlig død forårsaket av kreft måles i 5-års relativ overlevelse

Figur 8: Andel krefttilfeller forårsaket av de valgte risikofaktorene, i prosent av årlig totalt antall, blant kvinner i aldersgruppen 20-85 år, i perioden 2016-2020.



Figur 9: Andel krefttilfeller forårsaket av de valgte risikofaktorene, i prosent av årlig totalt antall, blant menn i aldersgruppen 20-85 år, i perioden 2016-2020.



WHO har mål om å redusere for tidlig død av de ikke-smittsomme sykdommene kreft, hjerte- og karsykdom, diabetes og kroniske luftveissykdommer med 33 % innen 2030 (12). Dette målet inngår også i FN sine globale bærekraftsmål. Norge jobber mot å nå FN's bærekraftsmål om å redusere for tidlig død forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer, med en tredel i alle utdannings- og sosioøkonomiske grupper innen 2030. Folkehelseinstituttets oversikt over Norges måloppnåelse relatert til reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer viser at Norge nådde 25% reduksjon ved årsskiftet 2018. Videre viser [Folkehelseinstituttets oversikt](#) at utviklingen på dette området ser ut til å være positiv for 6 av 9 oppsatte mål, mens vi ikke har klart å snu utviklingen når det gjelder fysisk inaktivitet og økningen i fedme og diabetes (13).

Det er nødvendig å legge til rette for at det skal være enkelt, både for befolkningen og de som har fått en kreftdiagnose, eller lever med senskader, å være fysisk aktive og ha sunne kostvaner. Myndighetene må også opprettholde og videreutvikle tiltak mot usunne matvarer, tobakk og alkohol, og følge opp Folkehelsemeldingen og relevante meldinger, strategier og handlingsplaner. Dette bør understøttes av kommunikasjonstiltak for å styrke kunnskap og bevissthet i befolkningen om risiko, og om helsegevinster ved endring av levevaner. Både nasjonale, regionale og lokale myndigheter, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og ulike deler av spesialisthelsetjenesten, sivilt samfunn og næringsliv må ha økt oppmerksomhet og kompetanse om tiltak som fremmer sunne levevaner.

Gjennom ulike kanaler får befolkningen informasjon om at sunne levevaner er viktig for folkehelsen og at usunt kosthold, overvekt, mangel på fysisk aktivitet og høyt alkoholforbruk øker risikoen for kreft og andre livsstilssykdommer. Kvaliteten på informasjonen og måten vi kommuniserer på må være slik at den engasjerer målgruppen til aktiv handling. Fastlegene har et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner og for å sørge for individrettet veiledning og oppfølging. Folkehelseiltak i skolen med bruk av helsesykepleier er viktig for å bidra til god helse og livsstil hos barn og ungdom.

Også ved allerede etablert kreftsykdom vil levevaner kunne påvirke behandlingen, livskvaliteten og risiko for tilbakefall eller ny kreftsykdom. Det er derfor viktig å systematisk integrere tiltak for bedre levevaner under behandling og rehabilitering, og ikke kun i det primærforebyggende arbeidet. Helsepersonell bør ta opp levevaner med pasientene tidlig i forløpet. Ved nylig diagnostisert sykdom er pasienten ofte spesielt motivert til dialog om hvordan levevanene kan påvirke helsen og behandlingsforløpet.

Tiltak som tar sikte på å få pasienter med kreft samt befolkningen for øvrig til å ta sunne valg, stiller krav til at vi i fremtiden har nok og kvalifisert helsepersonell. Det trengs et kompetanseløft i fagmiljøene om forebygging av kreft, både i helsesektoren og i andre sektorer inkludert i næringslivet. [Helsepersonellkommissjonen sin rapport fra 2023](#) (14) peker på at en styrket satsning på folkehelse og forebyggingsarbeid vil kunne bidra til å motvirke det økende gapet mellom behovene i helse- og omsorgstjenesten og tilgangen på helsepersonell.

Det må sikres at den enkelte har tilstrekkelig helsekompetanse, herunder kunnskap om hva en selv kan gjøre for å fremme egen helse. På samfunnsnivå må det stimuleres og tilrettelegges slik at helsefremmende valg er en reell mulighet for alle. Dette er et viktig arbeid også for å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller.

Næringslivet motiveres til å legge til rette for fysisk aktivitet i arbeidstiden og for løsninger som bidrar til økt aktivitet i hverdagen, for eksempel tilbud om sykkelparkering. Næringslivet bør også motiveres til å tilby sunne matvarer dersom de har kantine på arbeidsplassen.

Satsningsområder for å stryke forebygging av kreft

To av [EU's totalt ti flaggskip](#) inkluderer satsningsområder som går innunder området å styre forebygging av kreft. De to flaggskipene er 1) en tobakksfri generasjon, og 2) raskere utryddelse av HPV-relatert kreft. Disse sammenfaller med norske satsningsområder, og Norge bidrar aktivt sammen med EU inn i dette arbeidet. Disse flaggområdene omtales i punkt a) og g) under.

Følgende satsningsområder er vesentlige for å forebygge kreft:

- a. Forebygge tobakkavhengighet
- b. Redusere totalkonsum av alkohol
- c. Redusere fysisk inaktivitet
- d. Økt andel som følger nasjonale kostråd
- e. Økt andel som følger nasjonale råd om soleksponering
- f. Redusere radoneksponering og andre miljøgifter
- g. Forebygge virusrelaterte kreftsykdommer

a. Forebygge tobakkavhengighet:

Tobakk er hovedårsak eller medvirkende årsak til flere kreftformer. Mer enn 80 % av all lungekreft er knyttet til røyking. Tobakksbruk er fremdeles den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død i Norge, og en hovedårsak til sosiale helseforskjeller. Nylige studier har vist at det er en klar sammenheng mellom bruk av snus og flere former for dødelig kreft som kreft i spiserøret og bukspyttkjertel (15;16). Regjeringen har en overordnet visjon om et tobakksfritt samfunn på sikt og har lagt frem en ny ambisiøs [nasjonal tobakkstrategi](#) (10).

I den kommende strategiperioden er målet at daglige røykere og snusbrukere skal være under 5% i alle alders- og utdanningsgrupper. Dette skal vi oppnå gjennom en rekke tiltak som tilbud om gratis nasjonale kurs for å slutte å røyke- og snuse, redusert tilgang til tobakksvarer for barn og unge og ved å utvide vernet mot passiv røyking.

Foruten røyk og snus sees det helserisiko [ved bruk av e-sigaretter](#) som er populært hos unge. E-sigaretter er lett tilgjengelig via sosiale medier som gjør at dette produktet blir lett tilgjengelig også for de under 16 år. helsepersonell bør spørre om tobakk, gi kunnskapsbasert informasjon til pasienter som røyker eller snuser, og tilby eller henwise til tilpasset veiledning og behandling (17;18).

b. Redusere totalkonsum av alkohol:

[Alkohol](#) er det mest utbredte rusmiddelet i befolkningen, og er årsaken til størstedelen av de helsemessige og sosiale rusproblemene i samfunnet. Det er videre sterk evidens for at alkohol gir økt risiko for flere typer kreft (munn og svelg, spiserør, tykk- og endetarm, strupe, lever og bryst) (19).

Bruk av alkohol er blant de viktigste risikofaktorene for død og tapte friske leveår i befolkningen. Selv et lavt inntak av alkohol kan gi økt kreftrisiko. Dette underbygger

nødvendigheten av en alkoholpolitikk som har som mål å avgrense og redusere totalforbruket i befolkningen (10).

c. Redusere fysisk inaktivitet:

Det er dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for en rekke kreftdiagnoser. Det er også sett doserespons i forhold mellom fysisk aktivitet og ulike krefttyper (20). Overvekt og fedme øker risikoen for en lang rekke kreftformer, inkludert tarmkreft og brystkreft. Økt fysisk aktivitet kan bidra til å redusere risiko for en rekke kreftformer, og også bidra til å forebygge tilbakefall av kreftsykdom. God fysisk form gir mulighet for å tåle kreftbehandling bedre, mestre livet med sykdom og eventuelle senskader bedre enn det man ser hos inaktive personer og øke overlevelse (21).

[En ny handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029](#) ble fremlagt i 2019 (22). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling er et av målområdene i denne planen. Det må iverksettes ulike tiltak i flere sektorer, også i næringslivet, for å motvirke fysisk inaktivitet.

[Helsedirektoratets aktivitetsbok](#) er under revisjon der også omtale av fysisk aktivitet og kreft er et sentralt tema (23).

d. Økt andel som følger nasjonale kostholdsråd:

Det foreligger mye kunnskap om sammenhengen mellom kostholdsfaktorer og risikoen for utvikling av ulike typer kreft. Noen matvarer og næringsstoffer øker risikoen for kreft, mens andre reduserer risikoen. Et sunt og variert kosthold i tråd med de nasjonale kostrådene vil redusere risikoen for en rekke kreftsykdommer. [For eksempel er det sterke holdepunkter for at fullkorn og kostfiber beskytter mot tykk- og endetarmskreft, mens bearbeidet kjøtt øker risikoen](#) (24). Et sunt og variert kosthold vil også kunne redusere sjansen for utvikling av overvekt og fedme.

Økning i andel overvektige i befolkningen er bekymringsfullt. Tiltak for å forebygge fedme må prioriteres i årene som kommer. I [WHO's Europen Obesity report](#) fra 2022 ble det slått fast at fedme er knyttet til flere former for kreft, inkludert to av de fire hyppigste kreftformene; brystkreft (hos postmenopausale kvinner) og tarmkreft. De anslår at fedme kan være direkte årsak til minst 200,000 nye krefttilfeller årlig i Europa, og at dette er økende. (25) Helsefremmende arbeid mot overvekt vil bli vesentlig i årene fremover.

e. Økt andel som følger nasjonale råd om soleksponering:

Å følge solvettreglene vil beskytte mot hudkreft. Norge er ett av landene med høyest forekomst av hudkreft, og forekomsten er økende. Hudkreft er den fjerde største kreftformen for begge kjønn i Norge.

Hudkreft kan forebygges. Ultrafiolett stråling fra sola og solarier er medvirkende til rundt 90% av alle hudkrefttilfeller. For eksempel har melanom, også kjent som føflekkreft, gjennom flere tiår hatt en kraftig økning, der tallene ser ut til å fortsette å øke. I 2022 var det 2,911 nye tilfeller – en økning på nærmere 20% fra året før. Føflekkreft er i stor grad en sykdom som kan forebygges, og framover må det derfor satses på forebyggende tiltak.

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet laget en nasjonal [UV- og hudkreftstrategi](#) (26) med mål om å redusere forekomst av hudkreft (alle typer) i Norge grunnet UV-eksponering fra sol og solarier med 25 % innen 2040 sammenliknet med i 2018.

f. Redusere radon eksponering og andre miljøfaktorer:

En rekke ulike miljøfaktorer er kjent som årsaker til kreftutvikling, som ultrafiolett stråling, radon, asbest og utendørs luftforurensning. Miljøgifter som persistente organiske forbindelser og tungmetaller - som kvikksølv, kadmium og bly - er strengt regulert og overvåket for å beskytte mot negative effekter på natur, miljø og helse.

Radon i inneluft er et mer omfattende problem i Norge enn i mange andre land. Det kan estimeres at radon i inneluft forårsaker ca. 370 lungekreftdødsfall (ca. 12%) årlig i Norge. Risikoen antas å øke lineært med radonkonsentrasjonen og lineært med eksponeringstiden, og all reduksjon i dose vil gi en helsegevinst. Etter aktiv røyking er radon den hyppigste årsaken til lungekreft. I Norge har vi hatt en [nasjonal radonstrategi i perioden 2009 til 2020](#) (27), samordnet av DSA. [Evalueringen](#) (28) viser at strategiarbeidet har gitt gode resultater.

Regjeringen har også fastsatt et nasjonalt mål for trygg uteluft ([Miljøstatus 2021](#)) (29). Nivåene av flere typer luftforurensning har sunket jevnt i Norge de siste 10-20 årene ([Luftforurensning i Norge - FHI](#)). Luftforurensning bidrar likevel til en betydelig sykdomsbyrde i Norge, og selv lave nivåer av luftforurensning kan knyttes til dødelighet (30).

For å redusere luftforurensning, er det særlig viktig å sette inn tiltak mot biltrafikk og vedfyring. I Norge er [Luftsamarbeidet](#) etablert for å oppnå gevinster for lokal luftkvalitet (31).

g. Forebygge virusrelaterte kreftsykdommer

Det er estimert at 15% av verdens krefttilfeller er virusrelatert. Vi har i dag kunnskap om totalt syv kreftforkallende virus som kan bidra i utviklingen av kreft i nasopharynx, lever, hud, lymfeknuter, livmorhals, glatt muskulatur og endotel. Det mest kjente viruset som kan forårsake kreft er Humant Papillomavirus (HPV). HPV kan forårsake kreft i livmorhals, slimhinnene i vagina, vulva, penis, anus, analkanal, samt ulike typer hode- og halskreft (32). Antall tilfeller av spesielt hode- og halskreft har vært stigende de siste årene (33;34). HPV er seksuelt overførbart, og kan primær-forebygges med vaksinasjon.

Å utrydde HPV relatert kreft er ett annet av EU's flaggskip på kreftområdet. Til sammen diagnostiseres årlig over 600 nye tilfeller av HPV-relatert kreft i Norge. Drøyt halvparten av disse er livmorhalskreft. Det nasjonale screeningprogrammet mot livmorhalskreft - Livmorhalsprogrammet - forebygger de fleste livmorhalskrefttilfeller, men for de andre HPV relaterte kreftformene finnes det ingen screening.

[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. Det er høy vaksinedekning 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 vaksinasjonen har på krefttilfeller.

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 sykkeligheten 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.

EU samarbeid - Joint Action prevent / Joint Action (JA)

EU har, som omtalt overfor, store satsninger på kreftområdet i årene som kommer. Dette inkluderer også store satsninger på screeningfeltet. Også her deltar Norge, deriblant gjennom EU4Health, JA prevent og JA screening (36).

Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene

I 2022 ble det opprettet en felles nasjonal styringsgruppe for alle kreftscreeningprogrammene. Styringsgruppens mandat er å drøfte, komme med råd, og beslutte i saker knyttet til de nasjonale kreftscreeningsprogrammene. Videre skal styringsgruppen følge med på status og utvikling i programmene, og påse at programmene drives i tråd med kvalitetsmanualer og de nasjonale rammene for screeningprogrammer i Norge. Forslag om nye screeningprogrammer eller forslag om større endringer i eksisterende screeningprogrammer skal ikke besluttes i denne styringsgruppen. Slike saker skal behandles i Helsedirektoratet, fremlegges for styringsgruppen, men besluttes av stortinget ved Helse- og omsorgsdepartementet.

For mer informasjon om styringsgruppen, se [Helsedirektoratets nettside](#).

For mer informasjon om kreftscreeningprogrammene, se [Kreftregisteret nettside](#).

Livmorhalsprogrammet

[Livmorhalsprogrammet](#) inkluderer kvinner i alderen 25-69 år og anbefaler kvinner å ta en livmorhalsprøve hvert femte år. Fra 2023 er HPV-test implementert som screeningtest til alle kvinner som deltar i programmet. De fleste kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet tar livmorhalsprøven hos fastlegen sin. Noen kvinner velger imidlertid å ta denne prøven hos gynekolog eller hos jordmor.

Fra 2023 skal HPV-hjemmetest implementeres som del av Livmorhalsprogrammet. I første omgang skal kvinner med særskilte behov tilbys denne testen ved besøk hos sin fastlege. Fra 2024 skal også kvinner som ikke har deltatt i screening på over 10 år tilbys HPV hjemmetest. Litt senere skal tilbudet også inkludere kvinner som ikke har screenet seg som anbefalt på 8 og 9 år. Etter noen år med drift og senere evaluering av tilbudet, skal det tas stilling til om

HPV-hjemmetest også skal tilbys andre grupper av kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet og da særlig kvinner som har økt risiko for å utvikle livmorhalskreft.

WHO har i 2022 gått ut med et globalt mål om å eliminere livmorhalskreft som folkehelseproblem innen 2030. Med eliminasjon menes i denne sammenheng at under 4 per 100 000 kvinne hvert år utvikler livmorhalskreft. Norge har, med gjeldende screeningstrategi, beregnet at målet kan nås innen år 2038. Dette med tiltak som HPV-testing av alle kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet, tilbud av HPV-hjemmetest til kvinner i definerte risikogrupper samt ved hjelp av det primærforebyggende tiltaket HPV vaksinasjon.

Helsedirektoratet har nedsatt en egen arbeidsgruppe (Algoritmegruppen) som utreder hvordan Norge best kan screene og følge opp kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet, for å se om elimineringen av livmorhalskreft kan fremskyndes før 2038. I tillegg til dette må vi se om Norge bør tilby HPV-vaksinene til flere årskull kvinner samt tilby opphenting vaksine til flere årskull av gutter, slik det gjøres i Sverige.

Mammografiprogrammet

[Mammografiprogrammet](#) inkluderer kvinner i alderen 50-69 år. Programmet driftes av Krefregisteret. 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 Krefregisteret, 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.

Tarmscreeningprogrammet

[Det nasjonale tarmscreeningprogrammet](#) har i løpet av 2022 og 2023 vært under oppstart og utrulling, og er ved inngangen til strategiperioden på vei over i rutinemessig driftsfase. Målet med tarmscreeningprogrammet er på sikt å redusere antall nye tilfeller av tarmkreft i Norge. Samtidig er det viktig å være forberedt på at forekomsten av kreft i startfasen av et slikt program kan øke noe, fordi flere blir undersøkt selv om de ikke har symptomer. Programmet inkluderer 55 åringer, og første årskull som ble invitert til tarmscreening var født i 1967. Standardmetoden ved oppstart er undersøkelse av blod i avføringen (immunochemical fecal occult blood test - iFOBT) hvert andre år i fem runder.

Opprinnelig plan var at screeningmetoden skulle endres fra iFOBT til koloskopi så snart programmet var blitt landsdekkende. Det ble imidlertid besluttet å utsette oppstart av koloskopi som metode i 5 år, det vil si til 2028. Det er samtidig besluttet at det skal gjøres en ny vurdering av valg av screeningmetode basert på gjeldende kunnskap og hva som er praktisk og ressursmessig mulig å gjennomføre i Norge. I løpet av strategiperioden kan det

bli aktuelt å vurdere om det er behov for flere screeningsentre, inkludert plasseringen av disse.

Lungekreftscreening

Det er ikke etablert noe screeningprogram for lungekreft i Norge. Store studier har vist effekt på sykdomsspesifikk dødelighet med 20-24% (37;38). Imidlertid er det en rekke utfordringer ved å screene for lungekreft, blant annet er utvalgskriterier og kapasitet i utredning sentrale spørsmål.

En eventuell innføring av nye screeningprogrammer er en politisk beslutning. Helsedirektoratet skal sammen med en arbeidsgruppe utrede en eventuell innføring av lungekreft-screening i løpet av strategiperioden. Vitenskapelige studier, erfaringer fra den norske gjennomføringsstudien TIDL (39), innføring av tilbud i Storbritannia og revidert anbefaling fra EU vil være viktig grunnlag for utredningen.

Prostatakreftscreening

Et nasjonalt screeningprogram for prostatakreft er ikke innført i Norge og heller ikke i de fleste andre land. Per år 2023 finnes det ingen biologisk grenseverdi for PSA som forteller om en mann har behandlingstrengende prostatakreft eller ikke. Ulempen med screening der man ikke har gode nok testmetoder er at man står i fare for å finne mange krefttilfeller hvor behandling medfører unødvendige bivirkninger uten å forlenge levetiden. Det pågår i dag flere pilotprosjekter i Europa som har som mål å finne gode algoritmer for tidlig oppdagelse av prostatakreft gjennom organiserte testprogrammer.

EU-kommisjonen kom i september 2022 med en anbefaling om innføring av screening for flere kreftformer, inkludert prostatakreft (European Commission, 2022). Problemstillingen er detaljert diskutert i guidelines fra European Association of Urology (EAU).

Det jobbes mot mer kunnskap om kost-nytte av organisert PSA- testing i Norge, blant annet gjennom implementering av regionale pilot-prosjekter (40).

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 bevisst 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

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 leverkårsutfordringer, 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.

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.

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. Nyten av behandlingen kan derfor være mindre enn ulempene den medfører. Med andre ord bedrer ikke behandlingen helsen, den kan tvert imot være en belastning for pasienten. Spesielt er overbehandling i livets slutfase et vanskelig område. Samfunnet og helsetjenesten må derfor ha fokus på overdiagnostikk og overbehandling også på kreftområdet.

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

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.

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.
- 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.

Målområde 2: Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp

Nasjonale målsettinger

- Pasienter med kreftsykdom møter en helse- og omsorgstjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og som ivaretar god behandlingskvalitet.
- Alle helseregioner skal innen strategiperioden ha et sykehus som akkrediteres som et Comprehensive Cancer Center (CCC).
- Pasienter med begrunnet mistanke om kreft inkluderes i pakkeforløp for kreft.
- Pasientene opplever at forløpene er godt organisert og koordinerte, også mellom de ulike nivåer i helsetjenesten.
- Pasienter med kreft får god informasjon om eget forløp.
- Pasienter med kreft inkluderes i *Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft*.
- Monitorering av pakkeforløpene følges opp i tjenesten.

Bedre koordinering av tilbudet

Pasienter med kreft går ofte gjennom komplekse pasientforløp hvor de veksler mellom fastlege, sykehus og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Alle overganger representerer en risiko for pasient- og brukersikkerheten. For å oppnå trygge og sikre tjenester i et pasientforløp kreves god samhandling, logistikk og kommunikasjon i og mellom de ulike behandlingsstedene og behandlingsnivåene. Det er behov for nasjonal samordning for å sikre helhetlige IKT-løsninger som understøtter hele pasientforløpet i alle ledd i tjenesten. Alle som deltar i behandling og oppfølging av pasienten skal ha tilgang til nødvendig helseinformasjon. Det er avgjørende at utveksling av pasientopplysninger kan skje elektronisk mellom sykehus, og mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er også nødvendig at informasjon om billeddiagnostikk, patologi og blodprøver er lett tilgjengelig i elektronisk pasientjournal.

Mye av den langvarige og helhetlige oppfølgingen av kreftpasienter vil være forankret i kommunene. Mange vil kunne ha samtidig behov for tjenester hvor også spesialisthelsetjenesten og andre velferdssektorer inngår. For å legge til rette for smidig samarbeid på individnivå er det viktig med samarbeid på systemnivå. Dette handler om at ledere og strategisk nivå legger til rette for møteplasser og samarbeid om å utvikle gode tjenester og forløp på tvers av faglige og organisatoriske skillelinjer. Helsefellesskapene og møteplasser mellom sektorer kan være viktige arenaer for dette.

Comprehensive Cancer Center (CCC) i alle helseesregioner.

EU har som flaggskip at 90% av Europas befolkning innen 2030 skal ha tilgang til CCC eller et nettverk av helsetjenester og -institusjoner koordinert av et slikt CCC. Også i Norge bør det være et mål at alle helseregioner har et CCC. For å bli godkjent som et CCC må institusjonen eller samarbeidende virksomhet gi pasienttilbud knyttet til alle faser av et pasientforløp fra forebygging, via screening, diagnostikk, alle typer behandling og tilbud til kreftoverlevende og pasienter i slutfasen som trenger palliative tilbud. Der nest

må et CCC være aktiv innen klinisk forskning, inkludert gjennomføring av kliniske studier, og ha aktivitet innen translasjonsforskning samt innovasjon innen kreftbehandling og diagnostikk. I tillegg til pasientbehandling og forskning er videreutdanning /spesialisering innen kreft for ulike kategorier helsearbeidere en del av et CCC- ansvar. Et CCC må dessuten ha en styringsstruktur som sikrer en helhetlig ledelse av disse funksjonene og koordinering mot andre institusjoner.

Digital behandlingsplan

Digital behandlingsplan er et verktøy som gjør det mulig å samarbeide om en helhetlig felles plan om koordinert oppfølging i sanntid. Den gir alle behandlere en oversikt over problemstilling, tiltak og mål som er besluttet av andre behandlere. Pasienten selv får full oversikt over planen via Helsenorge.no, og kan enklere involveres i utarbeidelsen av planen.

Digital behandlingsplan baserer seg på sentral lagring i Kjernejournal og utvikling av application programming interface (API) for lese- og skrivegang. Målgruppen for løsningen er pasienter med behov for at informasjon om dennes sykdom, behandling og oppfølging kan deles. Erfaringen fra utprøving av løsningen har vist at pasientene har nytte av dette verktøyet og at det fungerer som en døråpner for samhandling på tvers.

Oppfølgingsteam

Pasienter med kreft har behov for strukturert og koordinert oppfølging, og for noen kan forløpet være av lengre varighet. Tjenester fra andre sektorer kan også inngå i oppfølgingen, for eksempel for barn og unge i en oppvekst- og utdanningssituasjon eller for personer i yrkesaktiv alder som har som mål å komme tilbake i arbeid. [Oppfølgingsteam](#) er en systematisk måte å arbeide tverrfaglig på, og teamet består av de som til enhver tid yter tjenester til pasienten.

Målgruppen for oppfølgingsteam er brukere med store og sammensatte behov, uavhengig av diagnose, og er dermed også viktig for kreftpasienter, og særlig for pasienter med komplekse forløp av noe varighet.

Pakkeforløp for kreft

Standardiserte pasientforløp, [Pakkeforløp for kreft](#) (41), skal bidra til å heve kvaliteten på norsk kreftomsorg og legge grunnlaget for mer forutsigbarhet for pasientene. 26 pakkeforløp med anbefalte forløpstider er implementert i tjenesten. Formålet med pakkeforløp er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Den medisinskfaglige omtalen av utredning, behandling og oppfølging ligger i de nasjonale handlingsprogrammene.

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.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft

[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft](#) ble publisert 1. januar 2022 og har hovedfokus på kartlegging av pasientenes behov som går utover selve kreftbehandlingen og oppfølgingen. Pakkeforløpet består av tidsavgrensede samhandlingspunkter. Samhandlingspunktene angir tidsrom for når det bør gjennomføres samtaler med pasienten og eventuelt pårørende, inkludert en behovskartlegging. Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av pakkeforløpet, uavhengig av om de allerede er i et diagnosespesifikt pakkeforløp for kreft eller ikke, og uavhengig av om behandlingsforløpet har kurativ eller palliativ intensjon. Pasienter som får tilbakefall/residiv inkluderes også i pakkeforløpet (37).

I alle helseregionene pågår nå arbeidet med å etablere en god struktur for gjennomføring av samtaler og oppfølging av avdekkede behov som beskrevet i pakkeforløp hjem. Helsedirektoratet vil ha et spesielt fokus på dette arbeidet, og vil blant annet følge med på statistikken som viser hvor mange pasienter i hver helseregion som har mottatt en behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten. Ikke alle pasienter ønsker eller ha behov for en slik samtale, men det forventes at tallene for gjennomførte samtaler vil øke i årene fremover.

Nasjonale handlingsprogrammer for kreft

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.

Delmål

- God måloppnåelse i Pakkeforløpene for kreft ved å følge opp måleindikatorene.
- Antall gjennomførte behovskartlegginger/samtaler tilknyttet *Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft* har økt i perioden 2024-2028.
- Pakkeforløpene for kreft revideres jevnlig.
- Videreutvikling av IKT-løsninger som gir helsepersonell rask og effektiv tilgang til nødvendige pasientopplysninger og som understøtter pasientforløp og overføring av pasienter mellom sykehus, kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlege
- Kvaliteten i pasientforløpene følges opp på alle nivåer i tjenesten med utgangspunkt i aktuelle aktivitets- og kvalitetsdata

Målområde 3: En mer brukerorientert kreftomsorg

Nasjonale målsettinger

- **Pasienter med kreft har enkel tilgang til opplysninger om eget pasientforløp.**
- **Pasienter med kreft har kvalitetssikret informasjon om sykdommen, behandlingsmetoder samt om konsekvenser av behandlingen.**
- **Pasienter med kreft medvirker i beslutninger om egen behandling og oppfølging.**
- **Pasienter med kreft har tilbud om et godt koordinert helsetilbud mellom ulike behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse og omsorgstjenestene.**
- **Digital informasjon og kommunikasjon med helsetjenesten videreutvikles.**
- **Kreftpasienter som kan ha nytte av det får tilbud om digital hjemmeoppfølging.**
- **Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende brukes aktivt til å forbedre tjenestetilbudet.**

Informasjon og kommunikasjon

Pasienter med kreft og deres pårørende skal ha gode muligheter for medvirkning i behandling og oppfølging. God kommunikasjon mellom pasientene og helsepersonell bidrar til gode resultater av behandlingen og god helse for pasienten. For å kunne medvirke og bidra må pasienter ha tilgang til tjenester og verktøy som gjør dem i stand til å følge opp og delta i egen behandling. Digitale løsninger vil kunne bidra med beslutningsstøtte og valg av behandling.

Den nasjonale helseportalen – helsenorge.no – er en felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett. På helsenorge.no finnes mange tjenester brukerne kan benytte for å følge opp sin egen helse og ha dialog med helsetjenesten. På helsenorge.no finnes også informasjon om kliniske studier. Det er viktig at det utarbeides og tilbys informasjon og kommunikasjonsmuligheter for de pasienter og pårørende som ikke ønsker - eller kan - benytte seg av elektroniske løsninger.

Informasjonen som gis til pasienter med kreft og deres pårørende må være gjenstand for gode prosesser som bidrar til så forståelig informasjon om kreft som mulig. I dette ligger det et ansvar for å tilpasse informasjonen om helsetjenestetilbudet til ulike urfolk som for eksempel samisk språk og kultur. Informasjon må også tilpasses ulike innvandrergreper, og må ta hensyn til språklig, helse-, kulturell og digital kompetanse. Det må også legges vekt på tilpasset informasjon til barn, eldre, hørselshemmede og personer med nedsatte kognitive funksjonsevner, og også informeres om muligheten til å benytte tolk der dette er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp (43).

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning sammen med god informasjon og involvering av pasienten i egen behandling er viktig i kreftomsorgen. Brukermedvirkning innebærer blant annet invitasjon til samvalg som handler om å gi tilstrekkelig og kunnskapsbasert informasjon etterfulgt av en god kommunikasjonsprosess. Forskning på kreftsykdommer, og en rask utvikling av ny og

bedre behandling – i tillegg til et mer persontilpasset behandlingsopplegg – krever også mer kompetanse og kapasitet relatert til brukermedvirkning i helsetjenesten. Ved mange sykdommer har pasientene tilbud om flere ulike behandlingsmuligheter. For å kunne ta et valg basert på kvalitetssikret informasjon, må pasientene vite hvilke muligheter de har og hva disse innebærer av fordeler og ulemper for dem. Behov og ønsker kan variere fra person til person. Det er viktig at pasienter får korrekt informasjon om forventet effekt av behandlingen, dersom de ønsker det, ikke minst i senere behandlingslinjer når kurasjon ikke er mulig. Dette for å sikre at pasienten får en reell mulighet til å reflektere over hva man ønsker seg den siste tiden.

Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er en viktig kilde til kunnskap for å forbedre kvaliteten på tjenesten og styrke pasientsikkerheten.

Samvalg

Pasienter med kreft skal ha en reel mulighet til samvalg. Målet med samvalg er at pasienten, sammen med helsepersonell, kan foreta valg i tråd med pasientenes egne verdier og preferanser. Samvalgsverktøy kan være en støtte for pasient og behandler i denne prosessen. På [Samvalg – du kan være med og bestemme](#) (44) er det publisert samvalgsverktøy blant annet for pasienter med prostatakreft og kreft i bukspyttkjertelen.

Det er dessuten laget et rammeverk for kompetanseheving i samvalg – [Klart for samvalg](#) – som består av flere opplæringsmoduler som kan tilpasses målgruppens behov. Modulene gir opplæring i hvordan man fremmer pasientinvolveringen i beslutninger. Samvalg er også lagt inn som et læringsmål i Leger i spesialisering (LIS) -utdanningen

RHF-ene har fått oppdrag å [produsere nye samvalgsverktøy på aktuelle områder](#). Arbeidet ledes av Helse Nord (45).

Digital hjemmeoppfølging

Velferdsteknologiske løsninger gir nye muligheter for oppfølging av pasienter og gjør at pasienten kan følges opp på avstand av helse- og omsorgstjenesten. Digital hjemmeoppfølging er en slik teknologisk løsning som skal bidra til å sikre en god overgang mellom de ulike nivåene i helsetjenesten, og kan bidra til at pasienter mestrer egen helse og sykdom bedre.

Digital hjemmeoppfølging som en integrert del av pasienter med kreft sitt pasientforløp er et av flaggskipene i EUs kreftplan. I Norge er det et mål at pasienter med kreft som kan ha nytte av digital hjemmeoppfølging, får tilbud om det. Kreftforeningen har i en [pasientundersøkelse fra 2022](#) vist at norske kreftpasienter er positive til å ta i bruk digital helseteknologi og at digital hjemmeoppfølging er ønsket av pasientene.

Innføring av digital hjemmeoppfølging vil være avhengig av en rekke ulike aktører og sektorer. Det krever en helsetjeneste som kan ta i bruk innovative anskaffelser. Samtidig krevet digital hjemmeoppfølging standardisering som sikrer forutsigbarhet både for kommuner, helseforetak og industri.

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 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.

Pasienterfaringundersøkelser 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.

Likepersoner fra pasient- og brukerorganisasjonene, og foreningenes og helsetjenestens lærings- og mestringstilbud

Etter hvert som flere lever lengre med sin kreftsykdom, må oppmerksomheten i også rettes mot tiltak for å bedre livskvaliteten. Å ha dialog med likepersoner fra pasient- og brukerorganisasjonene, og være knyttet til foreningenes lærings- og mestringstilbud, kan spille en viktig rolle. Mange pasienter kan leve gode liv selv om de har seneffekter etter kreftbehandling eller kreft med spredning.

Livsforlengende behandling, rehabilitering, lærings- og mestringstilbud, lindrende behandling samt pleie og omsorg er viktig for denne gruppen av pasienter. Dette gir betydelige utfordringer, særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasienter med kreft må få informasjon om ulike tilbud relatert til likepersoner fra pasient – og brukerorganisasjoner og fra ulike foreninger.

Delmål:

- Pasienter kan følge sitt eget pasientforløp, ha innsyn i egen journal og kunne kommunisere digitalt med helsetjenesten.
- Helsetjenesten og forskningsmiljøene sikrer brukermedvirkning i kreftforskning og innovasjon.
- Informasjonen til pasienter med kreft tilpasset målgruppene med tanke på språk, kultur alder og evnen til å forstå.
- Direktoratet for e-helse samarbeider med aktuelle aktører om publisering av flere samvalgsverktøy for ulike kreftformer på hels norge.no.

- Helsepersonell har nødvendig opplæring i god kommunikasjon med pasientene og i bruk av samvalgsverktøy.
- Digital hjemmeoppfølging av pasienter med kreft vurderes/implementeres for å effektivisere tjenestene og legge til rette for desentralisering av kreftomsorgen.
- Helsetjenesten gjennomfører jevnlig pasienterfaringsundersøkelser blant pasienter med kreft og deres pårørende. Resultatene fra undersøkelsene benyttes til videreutvikling av tjenesten.

Høringsutkast

Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft

Nasjonale målsettinger

- Pasienter med kreft tilbys gentesting/presisjonsdiagnostikk der dette er aktuelt.
- Norge er blant landene i verden som har høyest 5-års overlevelse etter kreft og lavest kreftdødelighet.
- Norge er blant de landene i verden som har best resultater ved kreftbehandling.
- Pasienter med kreft tilbys diagnostikk, behandling, oppfølging og rehabilitering på høyt internasjonalt nivå i den offentlige helsetjenesten.
- Pasienter med kreft skal så raskt som mulig få tilgang til ny, sikker, virkningsfull og kostnadseffektiv legemiddelbehandling.
- Pasienter med kreft skal ha likeverdig tilgang til persontilpasset medisin, også tidlig i utrednings- og behandlingsforløpet.
- Pasienter med kreft skal ha likeverdig tilgang til kurativ og palliativ stråleterapi.
- Norsk kreftforskning møter pasientens og helsetjenestens behov for kunnskap, bidrar aktivt i europeiske fora og er på et høyt internasjonalt nivå.
- Legemiddelregisteret videreutvikles
- Kreftregisteret er videreutviklet med nasjonale kvalitetsregistre og data for medikamentell kreftbehandling (INSPIRE).
- Indikatorer for å måle kvaliteten av kreftbehandlingen når det gjelder overlevelse, pasientforløp og pasientrapporterte mål følges opp jevnlig innenfor alle kreftformer.
- Tilgang til kliniske studier vurderes tidligere i behandlingsforløpet.
- Tilgangen til kliniske studier innen multimodal behandling og stråleterapi stimuleres.
- Økt standardisering og jevnlig monitorering/kvalitetssikring av nye diagnostiske metoder som tas i bruk.
- Det skal i strategiperioden jobbes for at pasienter med kreft som har nytte av det, skal kunne stå i arbeid under og etter kreftbehandling.

Personell og kompetanse

Tilstrekkelig personell med nødvendig tverrfaglig kompetanse er en viktig forutsetning for god kvalitet og likeverdige tilbud i kreftomsorgen. Framskrivninger gjort av [Statistisk Sentralbyrå](#) (SSB) kan tyde på et økende behov for helsepersonell fram mot år 2035.

Det er innen mange spesialiteter mangel på legespesialister. Dette gjelder ikke bare onkologer, men også mange grupper kirurger, hematologer, barnekreftleger, radiologer og patologer. Det må sikres at den nye spesialistutdanningen er i tråd med fremtidens behov for spesialistkompetanse. I Helsedirektoratets rapport [Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten](#), vurderer direktoratet at utviklingen gir særlig behov for strategisk oppmerksomhet mot spesialiteter involvert i utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft, som radiologi, patologi, onkologi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi og gastroenterologisk medisin.

Det er også behov for å øke tilgangen av sykepleiere med høyere og bredere klinisk kompetanse, slik som kompetanse om kreft og palliasjon, både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For god tverrfaglig oppfølging og behandling bør også tilgang på blant annet fysioterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer og psykologer sikres. Det er dessuten behov for å styrke psykososiale støttetiltak for kreftpasienter og pårørende, i sykehus og kommune, noe som vil kreve relevant kompetanse og tilstrekkelig personell.

Norge kan dekke noe av sitt kompetanse- og personellbehov ved at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper. Dette for å bedre utnyttelsen av samlet kompetanse og ressurser. Det har vært utført nasjonale pilotprosjekter for å se på endringer i oppgavefordeling innen radiologi, patologi, personellet som jobber på operasjonsstuer og som utfører endoskopi. Konklusjoner fra disse prosjektene vil i nærmeste tid bli vurdert. Økt antall merkantilt personell både i sykehus og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil også kunne bidra til at leger og sykepleiere i større grad kan fokusere på sine primære oppgaver.

Gentest/presisjonsdiagnostikk til flere kreftpasienter tidligere i forløpet

Ingen pasienter med kreft får nøyaktig den samme kreftsvulsten, og en behandling som fungerer på noen, kan ha liten effekt på andre. Persontilpasset eller skreddersydd behandling er å gi alle den behandlingen som er best for akkurat dem. Å tilby flere pasienter gentester i kreftforløpet er også ett av flaggskipene i EU's Beating Cancer Plan. I Hurdalsplattformen har regjeringen en ambisjon for kapasitet til å utføre gentesting tidligere i behandlingsforløpet.

Med gentesting blir det lettere å behandle pasientene da behandlingen kan person tilpasses. Særlig nyttig er gentester i tilfeller der kreftcellene har rukket å spre seg (metastaser) til andre steder i kroppen. Dette da metastaser er vanskeligere å fjerne med den behandlingen vi har hatt til nå. Hvis vi allerede fra sykdomsstart klarer å forutsi gjennom en gentest hva som best vil hjelpe den enkelte pasient, vil flere nordmenn overleve.

Målrettet kreftbehandling som retter seg mot kreftens genetiske sårbarheter kan være mer effektiv, presis og skånsom enn annen behandling. I den nasjonale IMPRESS-studien får alle pasienter med uhelbredelig kreft tilbud om gentest og målrettet behandling hvis det finnes en som passer. Hvis kreftpasientene får tilbud om gentest og persontilpasset behandling tidligere i forløpet – før kreften har rukket å bli vanskelig å behandle – kan antallet gode leveår vunnet økes. Økt bruk av gentesting kan også gjøre Norge til et mer attraktivt land for kliniske studier med målrettet behandling.

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.

Behandling av kreftsykdommer

God og presis diagnostikk og utredning av kreftsykdom er sentral for å kunne gi best mulig behandling tilpasset den enkelte pasient. Store deler av kreftbehandlingen krever medisinsk spisskompetanse. Det er derfor nødvendig å sentralisere en del tilbud for å sikre et robust behandlingsmiljø med nødvendig medisinsk kompetanse og erfaring. Samtidig er det nødvendig å bygge opp god kompetanse lokalt for tilbud som kan gis nærmere pasienten. Det økende antall krefttilfeller som forventes i årene fremover vil stille krav til oppbygging av

kapasitet både for kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling. Denne utviklingen må også ta hensyn til aldersjustert forbruksmønster av behandling knyttet opp mot vurdering av klinisk nytte.

Kreftsykdommer behandles med kirurgi, strålebehandling og legemidler. Ofte vil man i behandlingen av en kreftsykdom bruke en kombinasjon av disse behandlingsformene. Videre i forløpet er palliative tiltak sentrale. Det er viktig å være klar over at palliative tiltak kan være nyttig også tidlig i forløpet. Sykdommen selv, men også behandling medfører ofte plagsomme symptomer, f.eks. smerter, kvalme, oppkast, svimmelhet, manglende matlyst for å nevne noen. Psykososial oppfølging er en viktig del av det totale tilbudet til pasienter med kreft, og deres pårørende. Mange vil ha behov for oppfølging og behandling av seneffekter som er forårsaket av kreftbehandlingen.

Kirurgi er sentral i behandlingen av pasienter med mange typer kreft, både for å helbrede, for å forlenge livet og for å lindre. Behandling av kreft utgjør i dag en vesentlig del av virksomheten i de store kirurgspesialitetene. Utviklingen har medført betydelige endringer i kirurgiske fag. Endringene omfatter blant annet bruk av kikkhullskirurgi og robot-assisterte inngrep. En viktig endring de siste tiårene er at kreftkirurgien er samlet på langt færre enheter, slik at en multidisiplinær behandling med gode støttefunksjoner kan sikres, og de enkelte enheter og det kirurgiske teamet får økt kompetanse. Dette har gitt gode resultater spesielt ved endetarm-, bryst- og lunge-kreft. Denne positive utvikling forventes å fortsette. Effekten av kirurgi, og forskjeller mellom sykehus, måles i kvalitetsregistrene på kreftområdet. Alle disse registrene er driftet av Kreftregisteret. Helsedirektoratet utarbeidet i 2015 rapporten [Kreftkirurgi i Norge](#) (47). Rapporten ga en oversikt over kreftkirurgiske inngrep ved ulike sykehus og anbefalte robusthetskrav. Rapporten revideres og vil i 2023 utgis av Helsedirektoratet som nasjonale faglige råd.

Bilediagnostikk, radiologi og nukleærmedisin er sentralt for å kartlegge lokalisasjon og utbredelse av kreftsykdom, og for å følge opp effekt av gitt behandling. Det er sett en økt bruk av CT, MR og PET-undersøkelser i utredning, diagnostikk og oppfølging av pasienter med kreft. Dette er spesielt knyttet til økt behov for responseevaluering i forbindelse med lengre behandlingsserier og flere behandlingsmuligheter for pasienter med spredning.

Strålebehandlingen blir stadig mer individualisert og tilpasset hver enkelt pasient også ved bruk av CT, MR og PET i planleggingen og ved utvikling av stråleteknikker med økt presisjon, og ved kombinasjon med medikamentell kreftbehandling. Hensikten er å øke effekten og minske bivirkninger, noe man i dag ser gode resultater av. **Fotonterapi** vil fortsatt dekke de største volumene innen strålebehandling i Norge. Utviklingen innen fotonteknologi har bidratt til bedre tumorkontroll, mindre stråleskader og kortere behandlingstid. Det estimeres at 45% av alle kreftpasienter skal gjennomføre strålebehandling som del av sin behandling. Et desentralisert og likeverdig tilbud om strålebehandling krever kontinuerlig investering i utstyr og utdanning av personale. I 2024 skal den første pasienten behandles med **protonterapi** ved et norsk senter. Det forventes at enda mer avansert strålebehandling kan bli aktuelt å benytte lengre inn i framtiden ved bruk av andre strålekilder, som karbonioner. Det er viktig at nasjonale og regionale samordninger av protokoller, IKT-systemer og kompetanse er koordinerte. Dette for å kunne øke kvaliteten på undersøkelsene og effektivisere utredning og oppfølging. Fokus på kreftoverlevelse, og fornyet forskningsinteresse i stråleterapi som følge av etablering av protonsentra, krever bedre langtidsoppfølging av strålepatienter etter avsluttet behandling.

Behandling med PET-tracere, teranostikk, hvor elementer fra diagnostiseringsteknikker kombineres med terapeutisk effekt av radioaktive isotoper som binder seg til svulsten og gir lokal virkning, er en ny behandlingsmetode som har stort potensial for flere kreftsykdommer

Legemidler til bruk i kreftbehandling omfatter tradisjonelle cellegifter, nyere målrettede legemidler, legemidler med effekt på immunapparatet og ulike hormoner. Legemidlene kan brukes helbredende, livsforlengende eller palliativt, og ofte gis flere ulike legemidler i kombinasjon. Legemidler til bruk i kreftbehandlingen utvikles kontinuerlig, basert på ny biologisk kunnskap, og kan i økende grad tilpasses den enkelte pasient basert på risikofaktorer, markører og genprofiler. Økt fokus på molekylærpatologi er av betydning for å imøtekomme denne utviklingen.

Det er behov for mer kunnskap om bruk og effekt av nye kreftlegemidler hos norske pasienter. Kvalitetsregistrene i Kreftregisteret kan være en viktig kilde til denne type informasjon. Dette er avhengig av at sykehusene melder inn informasjon om medikamentell behandling tilknyttet pasienten.

Beslutninger om behandling av den enkelte pasient tas oftest i **multidisiplinære team** (MDT). MDT-møter kan foregå fysisk eller digitalt. På denne måten kan man få enhetlige vurderinger av pasienter for eksempel innen en helseregion. Den endelige beslutningen om behandling tas i møte mellom pasient, pårørende og spesialist (samvalg). Dette er viktig for å legge til rette for aktiv medbestemmelse for pasient og pårørende.

De regionale helseforetakene etablerte i 2018 en nasjonal ordning med et "**Ekspertpanel**", der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine muligheter for enten etablert eller utprøvende behandling i Norge eller i utlandet.

Persontilpasset medisin

Helse- og omsorgsdepartementet har utgitt Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030 (48). Strategien har tre målområder: likeverdig tilgang; kompetanse i helsetjenesten og storskala helsedata. Kreftområdet er det fagområdet som har kommet lengst i utvikling og bruk av persontilpasset medisin.

IMPRESS- studien inkluderer pasienter med langtkommen, ikke-kurerbar kreft. Målet er å tilby målrettet behandling til flere norske kreftpasienter gjennom å bruke legemidler som allerede er godkjent for bestemte kreftdiagnoser på nye krefttyper, basert på molekylære forandringer.

Om lag 45% av alle pasienter med kreft får strålebehandling i løpet av behandlingsforløpet. Det er behov for økt satsning på stråleterapi-forskning nasjonalt. Genanalyser både av kimbane og svulst-DNA forventes å bidra til en mer individualisert stråleterapi, og er allerede etablert for visse kreftformer, eksempelvis brystkreft.

Det forventes å komme stadig flere kliniske studier om behandling rettet mot spesifikke markører som analyseres for hver enkelt pasient, og det er forventet at kreftbehandlingen i årene fremover vil bli ytterligere individuelt tilpasset.

Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten – *Nye Metoder*

Nye metoder er et system for beslutning om innføring av nye metoder og utfasing av gamle metoder i den norske spesialisthelsetjenesten. Det ble etablert av de regionale helseforetakene (RHF-ene) i 2013.

Nye metoder omfatter legemidler, medisinsk utstyr, prosedyrer og diagnostiske metoder, og brukes både innen forebygging, utredning, diagnostikk, behandling, oppfølging og rehabilitering. Alle nye, kostnadskrevende metoder, eller metoder som vil ha betydelig effekt og nytte for pasienter skal i prinsippet være vurdert i *Nye metoder* før de eventuelt tas i bruk. Dette vil øke tryggheten for pasientene og gi helsepersonell visshet om at alle metoder som tas i bruk er dokumentert sikre, virkningsfulle og kostnadseffektive. Systemet ble evaluert i 2021, og det arbeides med forbedringstiltak.

Prioritering i kommunehelsetjenesten

Det er bred politisk enighet om at befolkningen skal ha tilgang til likeverdige offentlige tjenester av god kvalitet. Sentrale mål inkluderer brukerorientert pasientforløp, økt overlevelse og best mulig kvalitet for pasienter og pårørende. Forekomst av kreft er økende, i hovedsak fordi flere blir eldre, og pasientene lever lengere med eller blir kurert for kreft. Derfor vil mange ha behov for oppfølging av helseplager som følge av sykdommen og behandlingen også i kommunehelsetjenesten.

For å møte befolkningens behov for helsetjenester i årene fremover må spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeide om trygge pasientforløp og sammenheng i helsetjenestetilbudet.

Mange pasienter med kreft vil ha behov for flere kommunale tjenester og det er viktig med godt tverrfaglig samarbeid mellom de ulike instanser i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen og kommunehelsetjenesten

God kreftomsorg er en viktig del av fastlegenes arbeidshverdag. Kommunehelsetjenesten og spesielt fastlegene kan bidra med kunnskapsbasert veiledning til pasienter og befolkning om tiltak som kan forebygge kreftsykdom og fremme helse.

Fastlegen kan gi råd og behandling av bivirkninger og komplikasjoner av kreftbehandling og kreftrelaterte psykiske plager og følge opp pasientens øvrige helsetilstand. Denne oppfølgingen kan skje parallelt med avansert kreftbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Det bør etterstrebtes en kunnskapsbasert og hensiktsmessig oppfølging/kontrollregime av pasienter som har gjennomført primærbehandling mot kreft i kommunehelsetjenesten.

Et kommunalt rehabiliteringsforløp etter kreft bør ha vekt på å stimulere pasienten til egenomsorg, fysisk og sosial aktivitet og gode levevaner. Fastlegen kan tilby medisinsk oppfølging i rehabiliteringsforløpet. Det er behov for mer forskning på kreftrehabilitering.

Mange pasienter vil ha behov for lindrende behandling helt fra kreft diagnosen stilles og videre i forløpet. Lindrende behandling bør følges opp i tett samarbeid mellom fastlegen, spesialisthelsetjenesten og øvrige primærhelsetjeneste og pårørende.

Ekspertpanel

De regionale helseforetakene etablerte i 2018 en nasjonal ordning med et "Ekspertpanel", der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine muligheter for enten etablert eller utprøvende behandling, enten i Norge eller i utlandet. Panelet skal bidra til at pasienter gis en mer likeverdig mulighet til å bli vurdert for deltakelse i kliniske behandlingsstudier. Ekspertpanelet har blant annet kompetanse innen onkologi, kirurgi, hematologi, gensekvensering og radiologi.

Endring av levevaner før og under kreftbehandling

Ved allerede etablert kreftsykdom vil levevaner kunne påvirke behandlingen, livskvaliteten og risiko for tilbakefall eller ny kreftsykdom. Det er derfor viktig å systematisk integrere tiltak for bedre levevaner under behandling og rehabilitering, og ikke kun i det primærforebyggende arbeidet. Helsepersonell bør ta opp levevaner med pasientene tidlig i forløpet. Ved nylig diagnostisert sykdom er pasienten ofte spesielt motivert til dialog om hvordan levevanene kan påvirke helsen. Det er viktig å bruke tiden etter diagnose og før operasjon til å optimalisere pasientens helsetilstand, både fysisk og mentalt. Som regel handler det da om trening, å sikre et godt sammensatt og tilstrekkelig matinntak, stressreducerende strategier og tobakkslutt.

Tilbud om fysisk aktivitet etter diagnose og før behandling kan bidra til at man tåler behandlingen bedre, øker mestring og har betydning for overlevelse. Lærings- og mestringsvirksomhet skal inngå i oppfølging og behandling ved kreftsykdom. Dette er viktig i hele behandlingsforløpet, også før behandlingsstart.

Kreftpasienter som slutter å benytte tobaksprodukter før de begynner med kreftbehandling har mindre risiko for død og for komplikasjoner og død av behandlingen enn pasienter som fortsetter. Folkehelseinstituttet har evaluert et prosjekt som så på effekten av å tilby et røykesluttprogram med minst fire veiledningssamtaler basert på motiverende intervju og tilbud om gratis nikotinlegemidler til kreftpasienter som skulle i behandling. Resultatene fra undersøkelsen viser at kreftpasienter lyktes bedre i sine røykeslutforsøk når de fikk tilbud om strukturert røykesluttveiledning (49).

Ernæringsbehandling ved kreftsykdom

Kreftpasienter har særlig risiko for underernæring både før diagnosen blir stilt, i behandlingsperioden og ved en eventuell videreutvikling av sykdommen. Dette da kreftsykdommen, behandlingen og endringer i livssituasjonen kan påvirke både matlysten, evnen til å spise, samt kroppens evne til å ta til seg næring. Vekttap og underernæring gir redusert toleranse for behandling, dårligere behandlingseffekt og redusert overlevelse. [Nasjonal faglig retningslinje for å forebygge og behandling av underernæring](#) ble revidert i 2022, og gir klare føringer for at alle som møter helse- og omsorgstjenesten skal få vurdert risiko for underernæring og få tilpasset ernæringsbehandling (50).

Fysisk aktivitet som del av behandlingen

Det er økende dokumentasjon på at fysisk aktivitet og systematisk trening tilpasset den enkelte pasient har positive effekter under og etter kreftbehandling. Fysisk aktivitet ser ut til å kunne bidra til å redusere uønskede bivirkninger som kvalme, fatigue (tretthet) og søvnproblemer. Fysisk aktivitet kan også bidra til økt utholdenhet, muskelstyrke, vektkontroll og overskudd, som igjen kan gi bedre mestring av sykdommen. Samtidig kan fysisk aktivitet øke livskvaliteten til pasienter med kreft. Fysisk aktivitet bør derfor inkluderes i behandlingsoppleggene som tilbys pasienter med kreft. Aktivitetshåndboken er under revisjon, der fysisk aktivitet og kreft er omtalt. Stiftelsen Aktiv mot kreft har i stor grad bidratt til dette gjennom blant annet etablering av Pusterom ved sykehusene og utdanning av AKTIV-instruktører.

Tannhelse

Kreft- og kreftbehandling påvirker tannhelsen på kort og lang sikt. Hardest rammet er pasienter som behandles for kreft i munn- hode- og halsområdet, med hode-halsbestråling der munnhulen er involvert i strålefeltet. Komplikasjoner i tenner/munnhule forekommer også hos en høy andel pasienter ved stamcelleterapi og ved kurativ kjemoterapi.

Pasienter med kreft bør, om mulig før behandlingsstart, få vurdert tann- og munnhelsen med henblikk på infeksjonssanering, stabilisering av oral helse og optimalisere oral hygiene og andre forebyggende tiltak. Helsepersonell som skal veilede og informere pasientene må derfor ha god kunnskap om hvordan kreftbehandling kan påvirke tann- og munnhelsen, og om de stønadsordninger som gjelder for tannbehandling ved kreftsykdom.

Tannhelseproblemer kan reduseres gjennom god forebygging og rutiner for oppfølging av munnhelsen. Dårlig tann- og munnhelse forut for en kreftdiagnose kan i enkelte tilfeller også være til hinder for oppstart av kreftbehandling.

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.

Barn og unge

Norge har i dag et regionalisert nettverksbasert behandlingstilbud for barnekreft, basert på internasjonale retningslinjer. Et mål er at alle barn får tilbud om samme kvalitet på utredning, behandling og oppfølging uansett hvor i landet de bor. Hovedutfordringen i barnekreftomsorgen er mange små diagnosegrupper med ulikt behandlingsbehov. Utredning, diagnostikk og oppstart av behandling er derfor sentralisert til barnekreftsentre ved universitetssykehusene. Den videre behandlingen skjer gjennom nært samarbeid mellom universitetssykehusene og de lokale barneavdelingene. Det er viktig å være oppmerksom på at barn og unge kan reagere annerledes på legemidler enn voksne, og at de ofte er

underrepresentert i kliniske studier. Det bør derfor satses mer på kliniske studier hos barn og unge.

Det er viktig at det etableres et godt samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgstjenestespesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene for å sikre at unge med kreftsykdom, og seneffekter etter kreftsykdom, får tilrettelagt undervisning og utdanning. Foreldre, søsken og andre nærstående må også tas godt vare på i denne situasjonen.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig retningslinje for [palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose](#) (under revisjon i 2023) (52).

Eldre pasienter med kreft

Å kunne tilby den eldre pasientgruppen god kreftbehandling, pleie og omsorg er en faglig og kapasitetsmessig utfordring. Eldre pasienter vil ofte ha flere sykdommer enn kreft. Mange av de eldre med kreft vil også kunne ha kognitiv svikt og manglende evner til å ivareta egen helse og behandlingsoppfølging (53). Dette vil være utfordrende i utredning og behandling av disse pasientene og et økende problem i årene som kommer.

Det er dessuten et mangelfullt kunnskapsgrunnlag om eldre og kreftbehandling. Flere eldre over 75 år bør derfor inkluderes i kliniske studier.

Kreftregisteret

Norge har et nasjonalt kreftregister. Vi har også mange gode sentrale helseregistre på andre områder, for eksempel 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 registre som har status som nasjonale kvalitetsregistre. 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. Resultatene fra kvalitetsregistrene gjøres kjent for de regionale helseforetakene, helseforetakene, pasientforeningene og offentligheten. Resultater fra kvalitetsregistrene gir informasjon om i hvilken grad handlingsprogrammene følges. 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.

Tilgang på data

Helsedataservice må videreutvikles slik at det kan sørge for en bedre utnyttelse av helsedata. Det har vært mye fokus på forskeres behov for tilgang til individdata raskt, men det er også et behov for at helsetjenesten får tilgang til solid statistikk på tvers av eksisterende registre.

Det er også behov for gode automatiske løsninger for tilgang på statistikk. Kreftregisteret og de sentrale helseregistrene må ivareta og videreutvikle solide data og et godt faglig analysemiljø for å sikre rask ekspedering av statistikkforespørsler fra både myndigheter, RHFene og andre.

Gode løsninger for enkel tilgang til statistikk er viktige, men store forskningsprosjekter vil likevel trenge tilgang til individdata. Gitt de sammensatte og detaljerte helsedata som er tilgjengelig, ofte med datoer, og også detaljerte sosioøkonomiske data, er individdata i større grad bakveis identifiserbare. Det må derfor stilles strenge krav til plattformer hvor helsedata kan behandles, med streng tilgangskontroll og nedlastningskontroll. Hvert helseregister må sørge for at riktige data tilgjengeliggjøres for forsker. Dette er et omfattende arbeid. For å kunne gi effektiv tilgang til riktige variabler, må arbeid med nasjonal metadata-katalog og gode dataprodukter fra registrene videreføres. Dette kan forenkle arbeidet, og gi søkere større forståelse av hva hun/han har behov for.

Kvalitetsindikatorer

Kunnskap om kvalitet i tjenesten er en nødvendig forutsetning for all kvalitetsforbedring. Nasjonale kvalitetsindikatorer på kreftområdet er tilgjengelige på helsenorge.no.

Pasienterfaringsundersøkelser (PROMs og PREMs) gir viktig informasjon om kvaliteten av tjenesten og må være en del av et helhetlig sett av kvalitetsindikatorer.

Kliniske studier

Flere pasienter med kreft skal i løpet av strategiperioden inkluderes i kliniske studier. HF-ene har fått i oppdrag å følge opp handlingsplan for kliniske studier, herunder etablere et gjensidig forpliktende partnerskap for kliniske studier, NorTrials, i samarbeid med helsenæringen. NorTrials ble opprettet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2021 for å øke antall kliniske oppdragsstudier i Norge. NorTrials er et partnerskap mellom de regionale helseforetakene og næringslivet. Hensikten er å bidra til økt samarbeid om industrifinansierte kliniske studier. NorTrials koordinerende enhet er plassert ved OUS, under Regional forskningsstøtte. [Forside - NorTrials](#)

Internasjonalt samarbeid

Prosjekter som jobber med systemer for deling av informasjon på tvers av landegrenser er viktig ikke minst for sjeldne kreftformer. Dette er også viktig som utvidet beslutningsstøtte (basert på flere pasienter enn vi har i Norge alene), og for forskning. Dette krever fokus på gode metadata, og at norske registerdata tar i bruk felles internasjonale kodeverk, tilsvarende OMOP (Observational Medical Outcomes Partnership).

Datamodellen OMOP jobber med å standardisere data til et felles format. På den måten kan innsamlet data brukes til samarbeid, storskala analyser samt for deling av verktøy og metoder. Med en felles datamodell blir utgangspunktet for deling av data bedre.

Delmål

- Etablere enhetlige IKT-løsninger for pasientjournal, patologi og bildediagnostikk for bedre kvalitet, samordning og ressursutnyttelse, og knytte disse løsningene opp mot klinisk datavarehusløsninger og analyseverktøy, fortrinnsvis ved automatisk uttrekk fra relevante fagsystemer.
- Etablere tilstrekkelig kapasitet innen patologi, bildediagnostikk (CT, MR, PET-CT/PET-MR) og endoskopi gjennom rekruttering, riktig bemanning, planer for anskaffelse av utstyr og oppgavefordeling.
- Informasjon om gitt legemiddelbehandling og annen onkologisk behandling skal rapporteres til de nasjonale kvalitetsregistrene – fortrinnsvis ved automatisk uttrekk fra relevante fagsystemer.
- De nasjonale handlingsprogrammene oppdateres jevnlig i tråd med ny kunnskap og beslutninger i *Nye Metoder*.
- Innføring av ny medisinsk teknologi, f. eks kirurgiske metoder og medisinsk teknisk utstyr, skal i større grad vurderes i *Nye Metoder*
- Sikre at pasienter før og under kreftbehandling får relevant informasjon og kunnskap om munn- og tannhelse knyttet til kreftsykdom og behandling.
- Mer forskningsbasert kunnskap om kreft hos barn og ungdom
- Eldre pasienter med kreft skal få kreftbehandling som er tilpasset deres funksjonsnivå og eventuell annen sykkelighet
- Bruke kvalitetsregistrene på kreftområdet aktivt som grunnlag for løpende kvalitetsforberedning og for å følge opp i hvilken grad handlingsprogrammene innenfor kreftområdet følges
- Øke grad av kompletthet og overføring av onkologiske data til lokale kvalitetsregister og til Kreftregisteret, slik at effekten av behandlingen kan evalueres
- Behovet for kvalitetsindikatorer vurderes fortløpende
- Flere kreftpasienter skal få tilbud om deltakelse i kliniske behandlingsstudier
- Økt kunnskap om hvordan systematisk opptrening kan øke andelen voksne som kommer tilbake til arbeid etter sykdom

Målområde 5: Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og dere pårørende

Nasjonale målsettinger

- I løpet av strategiperioden skal vi øke antallet kreftpasienter i arbeidsfør alder som klarer å beholde tilknytningen til arbeidslivet.
- Rehabilitering og behandling av seneffekter er en del av pasientforløpet for kreftpasienter, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.
- Pasienter med kreft tilbys en samtale om individuelle behov som beskrevet i Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.
- Pasienter med kreft tilbys et sammenhengende og planmessig pasientforløp for oppfølging av behov som oppstår som følge av sykdommen eller behandlingen.
- Det palliative tilbudet er styrket og integrert tidlig i sykdomsforløpet.
- Pårørende er involvert og informert i tråd med pasientens ønsker og behov.
- Helsepersonell må ivareta og legge til rette for god livskvalitet til pasienter med kreft.

Kreftpasienter og arbeidslivet

Det er viktig at pasienter med kreft skal kunne stå i arbeid under og etter kreftbehandling. Dette er også ett av flaggskipene til EU. Det er et mål at pasienter med kreft i arbeidsfør alder som klarer å beholde tilknytningen til arbeidslivet, skal doubles.

Om lag 17 000 personer i arbeidsfør alder rammes av kreft hvert år. Bedre diagnostiske verktøy og behandlingsmetoder medfører at stadig flere pasienter overlever, med færre bivirkninger og mindre skader. Mange pasienter med kreft er i arbeidsfør alder. En undersøkelse gjennomført av kreftforeningens brukerpanel har vist at blant de som sto i jobb (deltid eller fulltid) før de fikk en kreftdiagnose, var 66 % tilbake i jobb etter behandling. Ifølge upubliserte data fra [Oslo Economics](#) var en tredjedel av disse i redusert stillingsprosent. Undersøkelser viser også at mange ønsker et mest mulig normalt liv både under og etter endt behandling, herunder å delta i arbeidslivet (54). Dette setter nye krav til helsetjenesten, arbeidsgiver og samfunnet som helhet. Det må etableres løsninger som muliggjør at flere kreftpasienter kan stå i arbeid under og etter gjennomført kreftbehandling

Pakkeforløp hjem

[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft](#) har hovedfokus på kartlegging av pasientens behov som går utover selve kreftbehandling og oppfølgingen. Pasientene tilbys muligheten for samtaler om temaer som er tilknyttet pasientens liv og livskvalitet. Dette kan blant annet være familiesituasjon, jobb eller skole, psykiske utfordringer, tilrettelegging i hjemmet eller behov for rehabilitering. Det er viktig at behov som avdekkes, og som krever videre oppfølging, blir formidlet til de som kan bistå pasienten med nødvendige tiltak/tilbud.

Rehabilitering/ seneffekter

Rehabiliteringstiltak som ivaretar pasientens fysiske, psykiske, seksuelle og sosiale helse, bør være mest mulig integrert i behandlingsforløpet. Det er ikke bare pasienter som er ferdigbehandlet for sin kreftsykdom som har behov for rehabiliterende tiltak og støtte. Pasienter som får livsforlengende og palliativ behandling, vil også ha behov for rehabiliterende tiltak. Målsettingen er da økt livskvalitet, mindre plager og bistand til å mestre livssituasjonen.

Rehabilitering inkluderer også bistand og veiledning om hva pasientene selv kan gjøre for å bedre sin situasjon. Det finnes flere tilbud i regi av - eller i samarbeid med - frivillige organisasjoner, pasient- og brukerorganisasjoner og likepersonstjenester. I tillegg til det som tilbys i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, som frisklivssentraler og lærings- og mestringssentre, er det etablert tilbud på Vardesentre og 19 [Pusterom](#) (treningsentre) på sykehus. Helsedirektoratet har gitt ut [Nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) (55).

Bistand og veiledning om hva pasienten selv kan gjøre i sin rehabilitering skjer gjennom de ordinære tjenestene gjennom hele behandlingsforløpet som hos fastlegene, fysio-/ergo-terapeuten og i hjemmetjenesten.

Seksuell helse

For mange kreftpasienter vil behandling, bivirkninger og effekter av behandlingen, påvirke og endre livet, inkludert seksuell helse. Både psykiske og fysiske følger av behandlingen kan skape utfordringer for seksuallivet til kreftpasienter og deres partnere. For de fleste er det en kombinasjon av psykiske og fysiske virkninger som ligger bak seksuelle problemer i forbindelse med en kreftdiagnose. Seksualitet er et underkommunisert tema i behandlingsvalg, behandlingsforløp og rehabiliteringsfasen. Manglende kunnskap, bevissthet og trygghet på temaet hos helsepersonell er en viktig barriere mot å tematisere seksuell helse med pasienter og deres partner. For mange er det avgjørende at de får informasjon, kunnskap og mulighet for bistand fra helsepersonell, og at informasjonen kommer i rett tid. [Nasjonal strategi for seksuell helse \(2017-2022\)](#) (56). Strategien er forlenget ut 2024.

Det er flere tiltak som kan settes i gang for å begrense eller avhjelpe fysiske effekter av behandling som påvirker seksualitet og seksualliv. Kartlegging av rehabiliteringsbehov bør også omfatte seksuell helse, og tiltak skal tilpasses den enkelte. Ungdom og voksne i fertil alder skal også få informasjon om mulighet for fertilitetsbehandling eller nedfrysing av eggstokkvev og sæd.

Psykososial oppfølging

Mange vil ha behov for hjelp til å mestre de psykososiale utfordringene ved sin sykdom. Fastlegen kjenner pasienten og møter pasienten underveis og etter behandling, og er sånn sett i en nøkkelposisjon for å kunne se pasientens behov. Det er behov for å styrke kompetansen innen psykososial støtte i kommunehelsetjenesten.

Ved sykehusene som behandler kreftpasienter bør det være tilbud til pasienter og pårørende om psykososial oppfølging. Flere yrkesgrupper kan være involvert i dette arbeidet, som sosionomer, prester, psykologer og sykepleiere med spesialkompetanse.

For mange pasienter vil hjelp fra eget nettverk og det å bli møtt av omsorg og støtte fra helsepersonell på sykehuset og kommunehelsetjenesten, inkludert fastlegene, gi nok psykososiale støtte til at pasienten opplever mestring og livskvalitet på tross av sykdom. En del kreftpasienter vil imidlertid oppleve behov for ytterligere psykisk helsehjelp, enten i kommunen eller ved henvisning til psykolog eller psykiater.

Pårørende

Når kreftdiagnosen er stilt, endres livet og livssituasjonen både for pasient og pårørende. De pårørende ivaretar ofte store deler av omsorgen for den syke, sammen med å ivareta en rekke andre oppgaver.

[Helsedirektoratets pårørendeveileder](#) (57) handler om involvering av, og støtte til, pårørende, og gir anbefalinger om god praksis. Den beskriver også pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter.

[Barn av pasienter med alvorlige helseproblemer](#) er særlig utsatte og sårbare. Helsetjenesten skal derfor bidra til at mindreårige barn som er pårørende til alvorlig somatisk syke pasienter får nødvendig informasjon og oppfølging (50).

Familier som har barn med alvorlig sykdom, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester, har rett til barnekoordinator etter [pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 c](#) (58).

Flere alvorlig syke kreftpasienter ønsker å være hjemme så mye som mulig. Med godt samarbeid mellom pasient, pårørende og kommune- og spesialisthelsetjeneste bør det legges til rette for dette.

Kultursensitivitet, kulturell bevissthet og kompetanse hos helse- og omsorgspersonell er av stor betydning i møte med alle pasienter med kreft og deres familie.

Frivillige organisasjoner og likepersonarbeid

Interesseorganisasjoner som Kreftforeningen, pasient- og brukerforeninger og andre frivillige organisasjoner, som Fransiskushjelpen, er gode og viktige supplement til den offentlige helsetjenesten. Mange tilbud til pasienter og pårørende gis i et samarbeid mellom offentlig, frivillige og ideelle organisasjoner. Likepersonstjenesten, som er organisert av pasient- og brukerorganisasjonene, gir ulike tilbud til pasienter og pårørende. Helsedirektoratet jobber med et rundskriv om samarbeid med frivillige.

Palliasjon- lindrende behandling og omsorg

Palliasjon skal benyttes i hele sykdomsforløpet, og ikke bare ved livets slutt. Palliasjon er aktuelt tidlig i sykdomsforløpet sammen med annen behandling som har til hensikt å forlenge livet, som for eksempel medikamentell kreftbehandling og strålebehandling, og omfatter også undersøkelser som er nødvendige for å forstå og håndtere symptomer og komplikasjoner som sykdommen medfører (59).

Det er bygd ut et spesialisert tilbud i palliativ behandling på landsbasis, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, og de fleste helseforetak har etablert palliative team. Ettersom flere overlever og lever lenger med kreft vil andelen som har behov for palliativ omsorg og behandling øke.

Lindrende behandling av pasienter med uhelbredelig kreft bør så langt som mulig skje i og nær hjemmet, gjennom et tett samarbeid mellom fastlege, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehus.

Mange kreftpasienter ønsker å ha lengre tid hjemme, og også mulighet til å dø hjemme. Forutsetningen for å få til planlagt hjemmedød er trygge pårørende som har støtte i et godt faglig nettverk bygget opp rundt fastlege, hjemmetjenesten og sykehus. Frivillige organisasjoner kan også ha en sentral rolle i omsorgsarbeid ved livets slutt.

Det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen gir anbefalinger om palliativ behandling og omsorg både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Delmål

- Legge til rette for at pasienter kan få mulighet til å være hjemme lengst mulig, og få dø hjemme, når både pasient og pårørende ønsker dette, og når dette kan gjennomføres på en forsvarlig måte.
- Styrke det palliative tilbudet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, og integrere palliasjon i hele sykdomsforløpet. Pasienter skal få god skriftlig og muntlig informasjon om rehabilitering ved utskriving.
- Helsetjenesten skal representere en åpenhet om samtaler om døden.
- Pasienter skal få informasjon og tilbud om kurs og oppfølging ved lærings- og mestringssentre og informasjon om frisklivstilbud i kommunene.
- Det legges til rette for tilbud om fysisk aktivitet i hele pasientforløpet.
- Mer kunnskap og kompetanse i helsetjenesten om seksuell helse og kreft
- Barn og unge som er pårørende til kreftpasienter skal få informasjon og tilbud om oppfølgingstiltak tilpasset deres alder og behov
- Kreftpasienter og pårørende skal få informasjon om aktuelle støttetilbud i kommunen og i sykehus.
- Arbeidet med sorggrupper forankret i kommunene skal fortsette
- Styrke kvaliteten på samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og helsetjenesten for å gi gode tilbud til pasienter med kreft og pårørende.

Referanseliste

1. Leve med kreft: nasjonal kreftstrategi (2018-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. I-1184 B.
2. Europe's Beating Cancer Plan : Communication from the commission to the European Parliament and the Council. Brussel: European Commission; 2022. Tilgjengelig fra: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf
3. EU Mission: Cancer [nettside]. Brussel: European Commission [lest 11.09.23]. Tilgjengelig fra: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/eu-mission-cancer_en
4. Cancer Mission [nettside]. Cancer Mission Hub Norway [lest 11.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.cancermission.no/>
5. Kocarnik JM, Compton K, Dean FE, Fu W, Gaw BL, Harvey JD, et al. Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. JAMA Oncol 2022;8(3):420-44. DOI: 10.1001/jamaoncol.2021.6987
6. Nordcan [nettside]. Association of the Nordic Cancer Registries [lest 14.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/ancr/>
7. Dødsårsaksregisterets statistikkbank [nettside]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 08.06.23; lest 11.09.23]. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/?language=no>
8. Healthier together – EU non-communicable diseases initiative [nettdokument]. Brussel: European Commission [lest 14.09.23]. Tilgjengelig fra: https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en
9. NCD-strategi 2013 – 2017 - For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/54faea6135054f539f05ba0909e4f118/ncd-strategi-2013--2017.pdf>
10. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. Folkehelsemeldinga: nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar. Meld. St. 15 (2022-2023) Melding til Stortinget. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>
11. Berstad P, Robsahm TE, Knudsen MD, Ghiasvand R, Nygård M, Haugan K. Kreft i Norge – hvor mange tilfeller kan forebygges? . Oslo: Kreftregisteret, Institutt for populasjonsbasert kreftforskning; 2023. Tilgjengelig fra: https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/kreft-i-norge---hvor-mange-tilfeller-kan-forebygges/kreft-i-norge_forebyggbar_2023.pdf
12. Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer knyttet til den nasjonale og globale NCD-strategien [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [lest 14.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/?term=>
13. Hovudpunkt [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 20.02.23; lest 11.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/sammendrag/langt/?term=>
14. Tid for handling - personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2023. Norges offentlige utredninger 2023: 4.
15. NTB. Ny studie: Klar sammenheng mellom bruk av snus og flere former for dødelig kreft [nettartikkel]. Oslo: Dagens Medisin [oppdatert 01.09.23; lest 11.09.23].

- Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/folkehelseinstituttet-kreftregisteret-snus/ny-studie-klar-sammenheng-mellom-bruk-av-snus-og-flere-former-for-dodelig-kreft/582876>
16. Økt risiko for kreft i spiserøret og bukspyttkjertelkreft ved bruk av snus [nettside]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 01.09.23; lest 11.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2023/okt-risiko-for-kreft-i-spiseroret-og-bukspyttkjertelkreft-ved-bruk-av-snus>
 17. Helserisiko ved bruk av e-sigaretter. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/helserisiko-ved-bruk-av-e-sigaretter-pdf.pdf>
 18. Helserisiko ved snusbruk. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/helserisiko-ved-snusbruk-rapport-2019-v2.pdf>
 19. Bruken av alkohol og andre rusmiddel i Noreg [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 06.04.22; lest 11.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/levevaner/alkohol-og-andre-rusmiddel--folkehe/?term=>
 20. Garcia L, Pearce M, Abbas A, Mok A, Strain T, Ali S, et al. Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose-response meta-analysis of large prospective studies. *Br J Sports Med* 2023;57(15):979-89. DOI: 10.1136/bjsports-2022-105669
 21. Hansen BH, Steene-Johannessen J, Kolle E, Udahl K, Kaupang OB, Andersen ID, et al. Nasjonalt kartleggingssystem for fysisk aktivitet og fysisk form - Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2020-22 (Kan3). Oslo: Norges idrettshøgskole og Folkehelseinstituttet; 2023. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/contentassets/9f69ed9faee94ae8bbe67d55d7ddc9a2/rapport-kan3_final_25.04.23.pdf
 22. Sammen om aktive liv - Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029. Oslo: Departementene; 2019. Handlingsplan. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>
 23. Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 01.06.09; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken>
 24. Meat, fish, dairy and cancer risk [nettdokument]. London: World Cancer Research Fund International [lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/risk-factors/meat-fish-dairy-and-cancer-risk/>
 25. WHO European Regional Obesity Report 2022. København: WHO Regional Office for Europe; 2022. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
 26. Nasjonal UV- og hudkreftstrategi [nettdokument]. Oslo: Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet [oppdatert 10.05.23; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://dsa.no/sol-og-solarium/nasjonal-uv-og-hudkreftstrategi>
 27. Strategi for å redusere radoneksponeringen i Norge. Oslo: Departementene. Strategi I-1144 B. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-fha/strategi-for-a-reducere-radoneksponeringen-i-norge.pdf>
 28. Evaluering av nasjonal radonstrategi [nettartikkel]. Oslo: Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet [oppdatert 10.03.21; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://dsa.no/nyheter/evaluering-av-nasjonal-radonstrategi>

29. Miljøstatus [nettside]. Oslo: Miljødirektoratet [oppdatert 25.03.22; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://miljostatus.miljodirektoratet.no/>
30. Låg M, Bølling AK. Luftforurensning i Norge [nettartikkel]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 11.02.22; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/miljo/luftforurensning--i-noreg/?term=>
31. Luftkvalitet i Norge - offentlig informasjon om lokal luftkvalitet [nettside]. Oslo: Miljødirektoratet, Statens vegvesen Vegdirektoratet, Meteorologisk institutt, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet [lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://luftkvalitet.miljodirektoratet.no/>
32. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer* 2017;141(4):664-70. DOI: 10.1002/ijc.30716
33. Hansen BT, Campbell S, Nygård M. Long-term incidence trends of HPV-related cancers, and cases preventable by HPV vaccination: a registry-based study in Norway. *BMJ Open* 2018;8(2):e019005. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019005
34. Cancer in Norway 2020 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway Cancer Registry of Norway, Institute of population-based research; 2021. Special issue: Kreft i Norge - hva sier tallene? Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2020/cin-2020.pdf>
35. HPV vaksine (indikator 22) [nettartikkel]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 05.10.22; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/is/ncd/vaksine/hpv/?term=>
36. 12 ways to reduce your cancer risk [nettside]. Brussel: Association of European Cancer Leagues [lest 14.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.cancer.eu/cancer-prevention-the-european-code-against-cancer/>
37. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med* 2011;365(5):395-409. DOI: 10.1056/NEJMoa1102873
38. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020;382(6):503-13. DOI: 10.1056/NEJMoa1911793
39. I gang med lungekreftscreening av 1000 deltakere Oslo: Akershus universitetssykehus [lest 14.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.ahus.no/nyheter/i-gang-med-lungekreftscreening-av-1000-deltakere>
40. Aas K, Andersen M, Berge V, Axcrona K, Honoré A, Bertilsson H, et al. Organisert prostatakreftesting - Bør tidlig oppdagelse av prostatakrefte gjennom et organisert testprogram utredes i Norge? Norsk urologisk forenings standpunkt anno 2022 Oslo: Norsk urologisk forening; 2022. Tilgjengelig fra: https://www.legeforeningen.no/contentassets/259450f0ae0d412f96583acf215b7e26/ot_p_vedlegg-1_final.pdf
41. Pakkeforløp for kreft - Diagnoseveiledere [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 29.08.18; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/pakkeforlop-for-kreft-diagnoseveiledere>
42. Kreft [nettside]. Oslo: Helsedirektoratet [lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft>
43. Helse- og omsorgspersonell har ansvar for å bruke tolk når pasienten har begrensede norskkunnskaper [nettartikkel]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28.03.22; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra:

- <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/allmennlegetjenesten/helse-og-omsorgspersonell-har-ansvar-for-a-bruke-tolk-nar-pasienten-har-begrensed-norsk-kunnskaper#:~:text=Helsepersonell%20har%20ansvar%20for%20%C3%A5,i%20utgangspunktet%20ikke%20%C3%B8nsker%20det>
44. Samvalg - du kan være med og bestemme [nettside]. Oslo: Helsenorge [lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/samvalg>
 45. SamvalgTromsø: Universitetssykehuset i Nord-Norge [oppdatert 27.10.22; lest 12.09.23].
 46. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 26.01.23; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjem-for-pasienter-med-kreft>
 47. Gaard M, Tveit KM, Hafstad A. Kreftkirurgi i Norge. Oslo: Helsedirektoratet; 2015. IS-2284. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kreftkirurgi-i-norge/Kreftkirurgi%20i%20norge.PDF/_/attachment/inline/87560876-f219-4f09-9739-64a0ef7a66d1:0e8d23f28b8f177cdcd811b8aff37365c5b0f5f9/Kreftkirurgi%20i%20norge.PDF
 48. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023-2030. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023. Strategi. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/c0ab0380265445e58508c36e51e5561b/no/pdfs/strategi-for-persontilpasset-medisin.pdf>
 49. Kvaavik E, Helleve A, Grøtting MW, Hov DH, Dolgner TK. Røykeslutt i kreftbehandling - evaluering av et røykesluttprogram. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/roykeslutt-i-kreftbehandling-2021.pdf>
 50. Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 14.03.22; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
 51. Seneffekter etter kreftbehandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. IS-2872. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_/attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf
 52. Palliasjon til barn og unge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 04.05.17; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge>
 53. Hvor mange i Norge har demens? [nettside]. Tønsberg: Aldring og helse, Nasjonalt senter [lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://demenskartet.no/>
 54. Arbeid, helse og kreft - Nye behandlingsmetoder, økt mulighet for deltakelse i arbeidslivet og bedre helse. Oslo: Oslo Economics og Bristol Myers Squibb; 2022. OE-rapport 2022-81. Tilgjengelig fra: <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-Arbeid-helse-og-kreft-1.pdf>
 55. Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 02.12.20; lest 14.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

56. Snakk om det! - Strategi for seksuell helse (2017-2022). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. I-1175 B. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
57. Pårørendeveileder [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 28.01.19; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>
58. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2019-06-21-43. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
59. Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 14.10.19; lest 12.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>