

## 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](mailto: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

### Generelle kommentarer

Den nye kreftstrategien inneholder henvisning til viktige elementer som bærekraftsmålet om å redusere for tidlig død av kreft og andre ikke-smittsomme sykdommer og NCD-indikatorene som fremstiller utviklingen i for tidlig død av kreft og de andre ikke-smittsomme sykdommene.

Det er bra at den store satsningen Joint Action Prevent NCD nevnes. Det legges ned et betydelig arbeid i denne satsningen på FHI.

Videre er fokuset på risikofaktorene som tobakk, alkohol, fysisk inaktivitet, usunn kost og overvekt/fedme viktig (se spesifikke kommentarer nedenfor). Det er spesielt viktig at sosial ulikhet fremheves. Vi trenger mer kunnskap om sosial ulikhet innenfor kreftsykdom og innenfor de ulike risikofaktorene.

Sett fra et NCD-perspektiv kunne det komme enda bedre fram at risikofaktorer for kreft i stor grad også er risikofaktorer for andre NCD, slik at forebygging av disse risikofaktorene kan redusere forekomsten av andre NCD-er utover kreft. Dette kan være aktuelt å få inn både under Målområde 1 (Norge skal bli et foregangsland innen kreftforebygging), Målområde 4 (Flere skal overleve og leve lenger med kreft) og kanskje Målområde 5 (Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende).

Når det gjelder det forebyggende arbeidet, så kunne det i større grad knyttes opp til det generelle forebyggende arbeidet og folkehelsearbeidet som gjøres og til folkehelseloven. Slik det står nå, er forebygging gjennom helsetjenesten i stor grad nevnt mens strukturelle tiltak får liten plass. F eks på s. 20 står det i avsnittet som begynner med «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» videre at «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.» Dette peker mot en høyrisikostrategi mens en befolkningsrettet strategi med primærforebygging er mer i tråd med folkehelseloven. I tillegg bør andre folkehelsearenaer enn skolehelsetjenesten nevnes, inkludert helsestasjon. Som nevnt bør strukturelle tiltak når det gjelder alle risikofaktorene, få mer plass, samt hvilket ansvar som påligger industrien, særlig matvareindustrien (tobakk- og alkoholindustrien er allerede strengt regulert).

Avsnittet på s 20 som begynner med «Tiltak som...» snakker om nok og kvalifisert helsepersonell og synes litt malplassert i dette delkapittelet.



S 20: Det står: «Myndighetene må også opprettholde og videreutvikle tiltak mot usunne matvarer, tobakk og alkohol, og følge opp Folkehelsemeldingen og relevante meldinger, strategier og handlingsplaner.» Foreslår å endre til «...tiltak mot usunt kosthold og bruk av tobakk og alkohol...»

Kommentarer til Satsningsområder for å styrke forebygging av kreft på side 21:

### **Innspill vedrørende forebygging av tobakksavhengighet:**

1. Det er under forbrenning at tobakken blir spesielt kreftfarlig. Det bør presiseres at det er røyking og ikke tobakk som er hovedårsak til sykdomsutvikling.
2. Viser til setningen «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)». Referanse 15 er en NTB-melding, referanse 16 er en nyhetssak fra FHI. Troverdigheten vil øke dersom det refereres til originalstudien som disse nyhetssakene er basert på.
3. I originalstudien konkluderes det ikke med at det er noen 'klar sammenheng'. Klar sammenheng er en betegnelse som mediene brukte.
4. Det er foreløpig ikke holdepunkter for å hevde at e-sigaretter er populært blant unge. I følge FHIs mangeårige kartlegginger utgjør ungdom en relativt liten gruppe av dampere, deres bruk ser ut til å være midlertidig og eksperimentell, og e-væsken som fordampes er oftest nikotinfri. Det er riktignok observert en økning i bruken blant unge, men mange av disse var tidligere røykere. Andel aldri-røykende ungdom som bruker e-sigaretter er fortsatt svært lav. Det er liten grunn til å dramatisere.

### **Forebygge tobakksavhengighet (endringer i rødt):**

~~Tobakk~~ Røyking er hovedårsak eller medvirkende årsak til flere kreftformer. Mer enn 80 % av all lungekreft er knyttet til røyking. 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~~)(inn med originalreferanse). 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 henvise til tilpasset veiledning og behandling (I 7;18)

## **Innspill vedrørende alkohol:**

Av høringsnotatet framkommer det (s 6) at «Norge skal være et foregangsland for kreftforebygging» og at «Arbeidet skal rettes mot kjente risikofaktorer som blant annet bruk av tobakk og alkohol». Høringsnotatet er imidlertid utydelig på hva det kreftforebyggende arbeidet skal være når det gjelder å begrense alkoholbruk. Det framkommer at et satsingsområde bør være reduksjon av totalkonsumet av alkohol (s 21-22), men notatet sier ikke noe om hvor stor denne reduksjonen bør være eller hvilke virkemidler som bør initieres eller forsterkes for å oppnå reduksjon i totalkonsumet. I så måte framstår forslaget til nasjonal kreftstrategi som tamt og defensivt, og strategien kan med fordel bli tydeligere på hvilke virkemidler som bør tas i bruk eller forsterkes, ut fra foreliggende forskning.

I andre nasjonale strategidokument og avtaler har norske myndigheter en spesifisert målsetting om reduksjon i totalkonsumet. I Nasjonal alkoholstrategi (2021 – 2025) er målsettingen minst 10 % reduksjon i totalkonsumet fra 2010 til 2025. Dette er også en forpliktelse i tråd med Verdens Helseorganisasjons handlingsplan for å forebygge kreft og andre ikke-smittsomme sykdommer. Så langt er det imidlertid lite som tyder på at Norge kommer til å nå denne målsettingen. Totalkonsumet av alkohol (målt i liter ren alkohol per innbygger 15 år og over) var 6 % høyere i 2022 sammenliknet med 10 år tidligere.

Det er godt forskningsmessig belegg for at de viktigste effektive virkemidlene for å redusere totalkonsumet av alkohol, og dermed også omfanget av kreft og andre helseskader som delvis skyldes alkoholbruk, er høye priser og begrenset tilgjengelighet (Babor et al., 2023). Forbud mot reklame og markedsføring er antakelig også et effektivt virkemiddel, men her er forskningsgrunnlaget mindre solid (Rossow, 2021). Sammenliknet med andre europeiske land har Norge allerede et høyt nivå på særavgifter (og dermed pris) på alkohol. Tilgjengeligheten av alkohol er også betydelig begrenset gjennom monopolordningen (og dermed begrenset antall butikker) for salg av vin og brennevin, og nasjonale begrensninger i salgs- og skjenketider (Rossow, 2023). Å forsterke disse effektive virkemidlene ytterligere, vil kunne redusere totalkonsumet og derved bidra til å forebygge en del krefttilfelle (og andre helseskader). Men, hvorvidt det finnes politisk ønske og vilje til å øke avgiftene eller/og begrense tilgjengeligheten ytterligere, er et nøkkelspørsmål.

Høringsnotatet (s. 20) vektlegger informasjonsarbeid som et viktig tiltak for å fremme sunne levevaner og forebygge risikofaktorer for kreft. Når det gjelder forebygging av alkoholbruk, viser forskning at informasjonskampanjer og holdningsskapende tiltak i sin alminnelighet synes å ha svært liten eller ingen effekt på alkoholbruk i befolkningen (Babor et al., 2023). Noen former for informasjonstiltak kan likevel være effektive og hensiktsmessige. Krav om advarselsmerking om kreftrisiko på alkoholemballasje er ett slikt tiltak, som synes lovende. Dette er også et tiltak som er foreslått i Nasjonal alkoholstrategi 2023 – 2025, det ble utredet og anbefalt av HelseDirektoratet i april 2022, og det er foreslått av Europakommisjonen som ledd i deres kreftstrategi. Spørreundersøkelser viser at svært mange (over 40 %) ikke kjenner til

kreftrisikoen forbundet med alkoholbruk. Det er foreløpig lite kunnskap om effekt av obligatorisk advarselsmerking om kreftrisiko på alkoholemballasje (Rossow & Grøtting, 2022), men forskning fra Canada viste at slik merking førte til både økt kunnskap og en ikke ubetydelig reduksjon i alkoholsalget (med 6 %) (Hobin et al., 2020; Stockwell et al., 2020; Zhao et al., 2020).

Et annet tiltak er at helsepersonell har motivasjonssamtaler med pasienter med risikofylt alkoholbruk eller/og en helsetilstand hvor alkoholbruk er en kjent risikofaktor. Forskning viser at en systematisk kartlegging av alkoholbruk og motivasjonssamtaler med - og evt videre henvisning av - pasienter med risikofylt alkoholbruk kan være et effektivt tiltak for å redusere alkoholbruk (Babor et al., 2023). Men, til tross for at man lenge har kjent til at dette kan være et effektivt tiltak, blir det i liten grad tatt i bruk i primær- eller spesialisthelsetjenesten, verken i Norge (Nygaard et al., 2010) eller i andre land (Derges et al., 2017). På den annen side, ser det ut til at alkoholbruk lettere kan tematiseres i pasientsamtalen når alkohol kan knyttes til en aktuell skade eller sykdomssymptomer (Lid & Malterud, 2012).

Høringsnotatet peker på sosial ulikhet i helse og risikoatferd for kreft (s. 9). Når det gjelder alkohol, er alkoholbruk mindre utbredt og konsumet lavere i lavinntektsgrupper og grupper med kort utdanning enn i andre befolkningsgrupper. Likevel er sårbarheten for alkoholens skadevirkninger større i grupper med lav inntekt og lav utdanning (Boyd et al., 2021). Tiltak som bidrar til å redusere totalkonsumet av alkohol, vil derfor trolig kunne bidra til å redusere den sosiale ulikheten i helseskader som delvis kan tilskrives alkohol, deriblant også kreft.

#### Referanser:

- Babor, T., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., & Sornpaisarn, B. (2023). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy. 3rd edition* (3 ed.). Oxford University Press. <https://fdslive.oup.com/www.oup.com/academic/pdf/openaccess/9780192844484.pdf>
- Boyd, J., Sexton, O., Angus, C., Meier, P., Purshouse, R. C., & Holmes, J. (2021). Causal mechanisms proposed for the alcohol harm paradox—A systematic review. *Addiction*.
- Derges, J., Kidger, J., Fox, F., Campbell, R., Kaner, E., & Hickman, M. (2017). Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC Public Health*, 17(1), 1-12.
- Hobin, E., Weerasinghe, A., Vallance, K., Hammond, D., McGavock, J., Greenfield, T. K., Schoueri-Mychasiw, N., Paradis, C., & Stockwell, T. (2020). Testing alcohol labels as a tool to communicate cancer risk to drinkers: A real-world quasi-experimental study. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 249-261.
- Lid, T. G., & Malterud, K. (2012). General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(2), 64-69. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2012.679229>



- Nygaard, P., Paschall, M. J., Aasland, O. G., & Lund, K. E. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, 45(2), 207-212.
- Rossow, I. (2021). The alcohol advertising ban in Norway: Effects on recorded alcohol sales. *Drug and Alcohol Review*, 40(7), 1392-1395. <https://doi.org/10.1111/dar.13289>
- Rossow, I. (2023). Norsk alkoholpolitikk i lys av oppdatert internasjonal forskning. *Tidsskriftet Forebygging.no*, 4. <https://doi.org/https://doi.org/10.21340/gwj-d-wq67>
- Rossow, I., & Grøtting, M. W. (2022). Advarselsmerking – et nytt virkemiddel i norsk alkoholpolitikk? *Forebygging.no*. <https://doi.org/https://doi.org/10.21340/mz1n-5f55>
- Stockwell, T., Solomon, R., O'Brien, P., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). Cancer warning labels on alcohol containers: A consumer's right to know, a government's responsibility to inform, and an industry's power to thwart. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 284-292.
- Zhao, J., Stockwell, T., Vallance, K., & Hobin, E. (2020). The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(2), 225-237.

## **Innspill vedrørende fysisk inaktivitet**

1. Side 18 Målområde 1: Det synes merkelig at det ikke er tydeliggjort at et nasjonalt mål skal være å redusere andelen inaktive voksne (i henhold til WHO's bærekraftsmål). Det samme gjelder å redusere andelen klassifisert som overvektig (BMI>30). Inaktivitet og overvekt er sterkt assosiert med minst 10 ulike kreftformer og bør være sentrale i kreftforebygging. Se f.eks. figur 8 og 9 som indikerer risikofaktorer og inkluderer både inaktivitet og fedme
2. På side 21 står det at næringslivet har en sentral rolle i å legge til rette for fysisk aktivitet, men jeg mangler en uttalelse om viktigheten av politikk når det tas beslutninger om omgivelsene rundt og arenaer for fysisk aktivitet (f.eks. aktiv transport, veier), grøntarealer, idrettsanlegg, treningsanlegg etc.).
3. Det som står på side 22 om fysisk aktivitet er bra. Men å øke fysisk aktivitet bør angis som et nasjonalt mål (kulepunkter på side 18; se kommentar #1 ovenfor)
4. Delmålene på side 28 angående fysisk aktivitet er gode. Men målene bør være kvantifiserbare. Ved «økt andel av befolkningen etter nasjonale råd» bør dette kvantifiseres, og Norge bør ha samme mål som WHO som er 15% relativ reduksjon av utilstrekkelig fysisk aktivitet.

## **Innspill vedrørende usunn kost**



- Måsettingen vedrørende kosthold er god, men i likhet med for fysisk aktivitet, bør dette kvantifiseres eller det bør henvises til andre strategier/handlingsplaner hvor dette kvantifiseres.
- Som nevnt over, så savnes det en egen målsetting om fedme, evt en henvisning til det globale NCD-målet som omhandler fedme

Konkrete tekstforslag (i rødt):

Det foreligger mye kunnskap om sammenhengen mellom kostholds faktorer 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 rødt kjøtt og bearbeidet kjøtt øker risikoen (24). Et sunt og variert kosthold vil også kunne redusere sjansen for utvikling av overvekt og fedme. **Norske myndigheter vil følge opp tiltak som øker andelen av befolkningen som følger kostrådene. ( gjerne nevne spesifikke tiltak)**

- Økning i andel overvektige i befolkningen er bekymringsfullt. Tiltak for å forebygge fedme må prioriteres i årene som kommer. I WHO's European 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 tykktarmskreft. 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.

Ang punktet om overvekt, så mangler det en nasjonal representativ undersøkelse blant voksne med målte antropometriske mål for å følge med på vektutvikling over tid i Norge som er viktig for å kunne vurdere tiltak fungerer og hvem det evt fungerer/ikke fungerer for.

## Innspill vedrørende HPV-relatert kreft

HelseDirektoratet har foreslått følgende mål for eliminasjon/utrydding av HPV induisert kreft:

- «**HPV induisert kreft skal elimineres innen 2030**» (Sammendraget s. 6)
- «**Norge jobber for å utrydde Humant Papilloma Virus (HPV) induisert kreft som folkehelseproblem i løpet av strategiperioden**» (s. 18)



Folkehelseinstituttet deler HelseDirektoratets ønske om en raskest mulig eliminasjon av HPV induisert kreft. Vi stiller imidlertid spørsmål ved om målet er realistisk.

WHO's mål om eliminasjon av livmorhalskreft beskrives i strategiforslaget på s. 25 på følgende måte:

- «WHO har i 2022 gått ut med et globalt mål om å eliminere livmorhalskreft som folkehelseproblem innen 2030.»

Dette er ikke korrekt og må rettes opp. WHO lanserte i mai 2018 et ambisiøst mål om eliminasjon av livmorhalskreft på verdensbasis i løpet av det neste hundreåret, og for å nå dette målet vedtok WHO i august 2020 en global strategi for eliminasjon av livmorhalskreft som folkehelseproblem. I denne strategien har WHO satt opp 3 delmål som hvert land bør nå innen 2030 for å sikre at alle land er på vei mot eliminasjon (<https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>):

- 90% av jenter fullvaksinert med HPV vaksine innen de er 15 år
- 70% av kvinner screenet med en «high-performance» test innen de er 35 år og igjen innen de er 45 år
- 90% av kvinner med alvorlige forstadier til livmorhalskreft og livmorhalskreft behandlet.

I Norge er målet om minst 90% vaksinasjonsdekning av jenter innen de er 15 år allerede nådd. For årskullet født 2008 har 94% av jentene og 93% av guttene fått minst én dose HPV vaksine (<https://www.fhi.no/is/ncd/vaksine/hpv/?term=>). I den offisielle dekningsstatistikken for 16-årige jenter er 93% fullvaksinert, ([https://www.fhi.no/contentassets/3d10857e3a9149b08773e704fddcddcb/fylker\\_2022\\_16-aringer.pdf](https://www.fhi.no/contentassets/3d10857e3a9149b08773e704fddcddcb/fylker_2022_16-aringer.pdf)). HPV vaksinen ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge som et tilbud til 12 år gamle jenter fra 2009 (jenter født 1997 og senere). Tilbudet ble utvidet til også å gjelde gutter fra 2018 (gutter født 2006 og senere). I tillegg fikk alle kvinner født i 1991 – 1996 tilbud om HPV vaksine i et midlertidig vaksinasjonsprogram i perioden 2016 – 2019. Vaksinasjonsdekningen i dette programmet var nær 60% (<https://www.fhi.no/is/ncd/vaksine/hpv/?term=>).

Den årlige dekningen i screeningprogrammet i 2021 var 47.5% totalt (kvinner 25-69 år), og litt lavere for kvinner i alderen 25-29 hvor den årlige dekningen var 45.8% (<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhalsprogrammet/rapporter/arsrapport-lp/arsrapportlp2022.pdf>, tabell 3.3, s 14).

EUs målsetting beskrives slik på s 23:

- «Å utrydde HPV relatert kreft er ett annet av EU's flaggskip på kreftområdet.»





Det kan fremstå noe villedende og det bør presiseres at målsettingen gjelder livmorhalskreft, se [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer/flagship-initiatives\\_en](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer/flagship-initiatives_en). EU har ingen strategi for utrydding av all HPV-relatert kreft p.t.

Det er vanskelig å forstå hvor målet om *eliminering/utrydding av all HPV-indusert kreft innen 2030* er tatt fra, hva som er det faglige beregningsgrunnlaget for dette, og om dette målet i det hele tatt er mulig å oppnå:

I en modelleringsstudie publisert i 2021 der forskere fra både Kreftregisteret og Folkehelseinstituttet deltok, ble det beregnet at WHO's mål om *eliminering av livmorhalskreft* som et folkehelseproblem kan nås i Norge i 2039 (Portnoy et al, Prev. Med. 2021 [Impact and cost-effectiveness of strategies to accelerate cervical cancer elimination: A model-based analysis - ScienceDirect](#)). I denne studien var det lagt inn en endring i livmorhalscreening fra celleprøve til HPV-test fra 2020, mens dekningen i vaksinasjonsprogrammet (90%) og screeningprogrammet (estimert til 47%) var konstant. Siden studien ble publisert er HPV test i primærscreening implementert og fra 01.07.23 får hele screeningpopulasjonen (25-69 år) HPV test som primærscreening (**s.24**). I forslaget til ny kreftstrategi oppgis at det er beregnet at Norge med gjeldende screeningsstrategi kan nå elimineringsmålet innen 2038 (**s. 25**).

Andelen kvinner som møter til screening er relativt lav i Norge. Kreftregisteret har i en undersøkelse vist at deltakelsen økte med nesten 28% ved hjemmetest tilsendt i posten (<https://www.nature.com/articles/s41416-022-01954-9>), og det ble fra 2022 bevilget penger over statsbudsjettet for gradvis implementering av hjemmetest til personer som ikke har møtt til screening (**s. 24**), (<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2931020/?ch=1>), men hvor fort eliminering av livmorhalskreft vil kunne fremskyndes med dette tiltaket er foreløpig ikke klart. Det fremstår viktig å øke screening-opptaket for å fremskynde elimineringsmålet i Norge. Vi støtter strategiens målsetting om økt oppmøteprosent for Livmorhalsprogrammet, jfr høringsnotatet **s.18**, og savner en konkretisering av dette målet. Vi registrerer at HelseDirektoratet har etablert en arbeidsgruppe som skal adressere dette spørsmålet (Algoritmegruppen).

Vi er ikke kjent med publiserte beregninger av tid til eliminering i Norge for de andre HPV-relaterte kreftformene, **jfr s.6 og s.18** i strategiforslaget. Slike kreftformer er ifølge strategiforslaget ansvarlig for knapt halvparten av alle HPV-induserte krefttilfeller (**s.23**). Det er ikke referert til noen slike beregninger i strategiforslaget. Det finnes i dag ingen screeningprogrammer for disse kreftformene (**s.23**), slik at muligheten for å oppdage og eventuelt behandle forstadier til disse krefttypene er mer begrenset.

I strategiforslaget **s. 25** er det foreslått å vurdere en utvidelse av dagens tilbud om HPV-vaksine:



- «I tillegg må vi se på om Norge bør tilby HPV-vaksinene til flere årskull kvinner samt tilby opphenting vaksine til flere årskull av gutter, slik det gjøres i Sverige».

Vi er enige i at det bør vurderes om tilbudet om HPV vaksine bør utvides til nye årskull eller risikogrupper, og Folkehelseinstituttet er allerede i gang med et arbeid for å vurdere dette.

Per i dag har alle norske kvinner opp til 32 år (født 1991-2011) fått tilbud om HPV vaksine i program, enten gjennom barnevaksinasjonsprogrammet eller opphentingsprogrammet til unge kvinner. Norske gutter/ menn opp til 18 år (født 2006 - 2011) har også fått tilbud om vaksine i barnevaksinasjonsprogrammet, jfr over. Det er usikkert i hvilken grad kvinnene under 32 år som ikke allerede er vaksinert, vil ta imot et evt nytt tilbud om HPV-vaksine.

Det er lite trolig at et utvidet tilbud om HPV vaksinasjon i Norge vil kunne gi nevneverdig effekt på forekomst av HPV-relatert kreft allerede *innen 2030*. Som beskrevet på s. 23 i strategiforslaget, tar det lang tid (10-30 år) fra smitte med HPV til man eventuelt utvikler kreft. HPV-vaksinene virker profylaktisk, det vil si de vil ikke påvirke en infeksjon som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. Vaksinene vil heller ikke beskytte mot reaktivering av latent HPV-infeksjon. HPV-vaksinene har derfor best effekt når de gis i ung alder til HPV-naïve (usmittede) personer. Således vil vaksiner som eventuelt vil gis til flere årskull de nærmeste år, sannsynligvis ikke kunne bidra vesentlig til fremskynding av eliminasjonsmålet for livmorhalskreft i Norge.

Det er ikke riktig at Sverige tilbyr opphentingsvaksinasjon til flere årskull gutter (**s. 25**). Det er foreløpig kun gutter født i 2009 og senere som har fått tilbud om HPV-vaksine i Sverige. Folkhälsomyndigheten i Sverige fikk i august 2023 i oppdrag å utrede behov for catch-up vaksinasjon til eldre gutter/menn

[https://www.regeringen.se/contentassets/ce2dc4b07e3a45b3a43d4228eca16c0c/uppdrag-att-utreda-behov-och-kostnader-i-fraga-om-vaccination-s2023\\_002369.pdf](https://www.regeringen.se/contentassets/ce2dc4b07e3a45b3a43d4228eca16c0c/uppdrag-att-utreda-behov-och-kostnader-i-fraga-om-vaccination-s2023_002369.pdf).

Referansen til Sverige i setningen referert over bør derfor fjernes, og vi foreslår at setningen endres til:

- «I tillegg må vi se på om Norge bør utvide tilbudet av HPV-vaksine til flere årskull eller grupper enn de som får tilbud i dag»

Beskrivelsen av det norske innhentingsprogrammet for unge kvinner på s. 23 er mangelfull og må rettes:

- «I tillegg til dette har det vært et tidsbegrenset HPV-vaksinasjonsprogram for unge kvinner født 1991.» må endres til:
- «I tillegg til dette har det vært et tidsbegrenset HPV-vaksinasjonsprogram for unge kvinner født 1991 – 1996».

Delmål	
<b>Innhold</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>Målområde 2 - Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp</b>	
Nasjonale målsettinger	Se også kommentarer til måleområde 3.
Generelle kommentarer	
Delmål	
<b>Innhold</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>Målområde 3 - En mer brukerorientert kreftomsorg</b>	
Nasjonale målsettinger	De nasjonale målsetningene virker fornuftige og ambisiøse. FHIs tidligere pasienterfaringsundersøkelser, - analyser, og - forskning på kreftområdet (Iversen et al 2010; Iversen et al. 2020) viser at det er et langt stykke før målsetningene er oppnådd, og størst forbedringspotensial gjelder manglende koordinering mellom ulike behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse og omsorgstjenestene. I FHIs undersøkelse for en del år tilbake rapporterte cirka 60 % av kreftpasientene et forbedringspotensial når det gjelder sykehusets samarbeid med kommunale tjenester, og nesten halvparten uttrykte forbedringspotensial knyttet til samarbeidet med fastlegen (Iversen et al. 2010). Nyere analyser og forskning fra FHI har vist at noen områder har blitt bedre på nasjonalt nivå over tid, men problemene vedvarer på koordinering og samhandling. I FHIs forskning- og måling av erfaringer knyttet til pakkeforløp for kreft hadde samhandling på tvers ett av de aller dårligste pasienterfaringsresultatene av alle temaene som ble målt, og i perioden 2014-19 var det ingen signifikant forbedring av samhandlingen på nasjonalt nivå (Iversen et al. 2020).



	<p>Innholds- og sentiment analyse av fritekstkommentarene fra kreftpasienter viste at mer enn hver tredje kommentar var ensidig negativ, og at mange negative erfaringer var knyttet til organisering, samarbeid og koordinering, og særlig mellom ulike tjenester eller behandlingssteder (Iversen et al. 2020).</p> <p>Vi mener at denne type forskning på måloppnåelse på nasjonalt nivå bør gjenopptas og styrkes (kreftomsorg og pakkeforløp sett fra pasienters, befolkningens og klinikernes perspektiv), men dette forutsetter nødvendig finansiering, forskningsmetodikk, uavhengighet og infrastruktur. Maskinlæring av fritekstkommentarer fra kreftpasienter vil ytterligere styrke datagrunnlaget og denne forskningen framover, slik at både kvantitative og kvalitative data kan inngå (se NFR referanse nedenfor). Fritekstkommentarer fra pasienter er høyt verdsatt og forstått av klinikere, og er et nyttig supplement til kvantitative data i evaluerings- og forbedringsarbeid i klinikken.</p>
Generelle kommentarer	<p>Det er positivt at pasientenes egne erfaringer skal bli tillagt stor vekt, og at 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. FHI vil imidlertid understreke betydningen av uavhengighet når det gjelder brukererfæringsundersøkelser som skal brukes som eksterne (nasjonale) kvalitetsindikatorer. Det har stor betydning hvem som gjennomfører undersøkelser for å framskaffe eksterne kvalitetsindikatorer, med potensielle effekter og skjevheter for hvem som svarer og hvilke svar som gis, samt for tilliten til resultatene blant befolkning, pasienter og klinikere. For å sikre sammenlignbare, gyldige og pålitelige eksterne indikatorer er derfor gullstandarden internasjonalt uavhengige målinger basert på vitenskapelige og standardiserte prosedyrer. Vi mener at det er positivt med lokale og regionale initiativer for å måle brukererfæringer og helse relatert livskvalitet (PREMs, PROMs), som grunnlag for kliniske data og læring og forbedring, men disse vil ikke kunne benyttes som eksterne, nasjonale kvalitetsindikatorer.</p> <p>FHI observerer at det vises til flere nasjonale initiativer når det gjelder måling av PREMs og PROMs på kreftområdet, inkludert FHIs undersøkelser og målingene som foretas av Kreftregisteret og de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Det er positivt at de nasjonale medisinske kvalitetsregistre prioriterer utfallsmål som er basert på brukererfæringer og brukerrapporterte data, men vi er samtidig bekymret for utviklingen av PREMs og PROMs i disse registrene. De nasjonale medisinske registrene har som mål å inkludere alle pasienter innenfor en sykdomsgruppe (f.eks. brystkreft), men stadig flere pasienter blir inkludert i flere registre fordi en økende andel av befolkningen har flere sykdommer og diagnoser (multimorbiditet). Dette medfører at mange pasienter mottar skjemaer fra flere registre, og at dette kan skje mange ganger over tid fordi det ikke er satt opp felles kriterier, krav og prosedyrer på tvers av registrene. Det er over 50 nasjonale medisinske kvalitetsregistre, så utfordringen er betydelig uten nasjonal samordning. Vi mener det er etisk problematisk å påføre pasienter med stor sykdomsbyrde denne skjema byrden, sett i forhold til at det er mange sårbare pasienter (f.eks. på kreftområdet), og at det er enkelt å samordne</p>



nasjonalt på tvers av registrene. Vi mener at samordningen bør skje utenfor de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, og at innsamlingen av PREMs/PROMs i Norge bør skje med hjemmel i Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). KPR har allerede hjemmel for å inkludere pasient- og brukerrapporterte opplysninger (§2-1, h), og en tilsvarende justering av NPR forskriften vil gi grunnlag for å sette opp et system for nasjonal styring og harmonisering av formål, omfang, innhold og prosedyrer for brukerrapporterte data. I tillegg til å gi robuste og sammenlignbare data innad og på tvers av pasientgruppene som dekkes av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, kan det settes opp regelsett for når og hvor ofte pasienter skal motta skjemaer, inkludert for de som er registrert i flere registre, og dermed redusere den unødvendige skjemabyrden. Kvalitetsregistrene og de kliniske miljøene kan søke om og motta data fra de nasjonale registrene, basert på en søknad der kliniske og/eller forskningsmessige formål beskrives. Dette betyr ikke at kvalitetsregistrene ikke skal kunne samle inn brukerrapporterte data, men at de først kan vurdere om de dataene som finnes i NPR eller KPR er tilstrekkelige for formålet, og så at ev. ytterligere innsamling er meget godt begrunnet og hensyntatt at mange pasienter allerede har blitt inkludert via NPR/KPR.

Flyttingen av NPR, KPR og Kreftregisteret til FHI fra 1.januar 2024 gir en meget god mulighet for nasjonal samordning og styring av PREMs og PROMs feltet i årene framover, og er i tråd med den modellen som vi har foreslått ovenfor.

Kommentarene ovenfor er også relevante for de delene av strategien som omhandler kvalitetsindikatorer, gode pasientforløp og livskvalitet.

#### Referanser:

1. Iversen HH, Holmboe O, Dahle KA. Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009. Nasjonale resultater. PasOpp-rapport nr 1 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
2. Iversen HH, Bjertnæs ØA: Pakkeforløp for kreft. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser i befolkningen, blant pasienter og blant fastleger [Cancer patient pathways: Results from surveys among the general population, patients and general practitioners] PasOpp-rapport nr. 840–2020. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.
3. [Strengthening the patient voice in health service evaluation: machine learning on free text comments from surveys and online sources - Prosjektbanken \(forskingsradet.no\)](#)

Delmål

Delmål: Helsetjenesten gjennomfører jevnlig pasienterfaringsundersøkelser blant pasienter med kreft og deres pårørende. Resultatene fra undersøkelsene benyttes til videreutvikling av tjenesten

	<p>Dette er et viktig delmål, men vi ser ikke at det er beskrevet hvordan måloppnåelse skal vurderes. FHI anbefaler et forskningsprosjekt for å kartlegge om dagens brukererfaringsundersøkelser på kreftområdet brukes aktivt til å forbedre tjenestetilbudet. Dette er et empirisk spørsmål som enkelt kan undersøkes vha. forskningsmetoder, men så vidt vi er kjent med er det ikke gjennomført eller publisert noen slike studier på kreftområdet. FHI har tidligere forsket på problemstillingen (Haugum et al; Iversen et al., Haugum et al.), men generaliserbarheten til kreftområdet i Norge er usikker. Et slikt forskningsprosjekt kan både gi svar på helsetjenestens holdninger til og opplevde nytte og bruk av resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, barrierer og muligheter når det gjelder denne type data og forbedringsarbeid i klinikken, samt sammenhengen mellom tiltakene som implementeres på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå og endringer i resultater over tid. Forutsatt at de som gjennomfører dette er uavhengige og har nødvendig avstand til klinikken, vil forskningsprosjektet gi ny, nyttig og pålitelig kunnskap til vurdering av måloppnåelse for dette delmålet.</p> <p><b>Referanser:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Haugum M, Danielsen K, Iversen HH, Bjertnaes O. The use of data from national and other large-scale user experience surveys in local quality work: a systematic review. <i>Int J Qual Health Care</i>. 2014 Dec;26(6):592-605.</li> <li>2. Iversen HH, Bjertnæs ØA, Groven G, Bukholm G. Usefulness of a national parent experience survey in quality improvement: views of paediatric department employees. <i>Qual Saf Health Care</i>. 2010 Oct;19(5):e38.</li> <li>3. Haugum M, Iversen HH, Bjertnæs Ø. National surveys of patient experiences with addiction services: do employees use the results in quality initiatives and are results improving over time?" (submittert)</li> </ol>
<b>Innhold</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>Målområde 4 - Flere skal overleve og leve lenger med kreft</b>	
Nasjonale målsettinger	Se også kommentarer til måleområde 3 (kvalitetsindikatorer).
Generelle kommentarer	<p>Under Målområde 4 og eventuelt 5 kunne det vært nevnt at kreftbehandling kan øke risikoen for andre NCD-er.</p> <p>Det er viktig at rask tilgang på data for forskere er fremhevet.</p>
Delmål	

Innhold	Kommentarer
<b>Målområde 5 - Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende</b>	
Nasjonale målsettinger	Se kommentarer til måleområde 3.
Generelle kommentarer	
Delmål	
Innhold	Kommentarer
Andre kommentarer	