



Helse- og  
omsorgsdepartementet

Strategi

# Felles innsats mot kreft

Nasjonal kreftstrategi 2025–2035



# Innhold

<b>Forord</b> fra helse- og omsorgsministeren .....	4
<b>Forord</b> fra Kreftforeningen .....	6
<b>Vi trenger en ny kreftstrategi</b> .....	8
<b>Prinsipper for strategien</b> .....	10
<b>Oppfølging av strategien</b> .....	11
<b>Nasjonale mål</b> .....	12
<b>Målområde 1</b> Norge skal være et foregangsland innen kreftforebygging og tidlig oppdagelse .....	14
<b>Målområde 2</b> Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp .....	22
<b>Målområde 3</b> En mer brukerorientert kreftomsorg.....	26
<b>Målområde 4</b> Flere skal overleve og leve lenger med kreft og etter kreft .....	30
<b>Målområde 5</b> Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende .....	36



# Forord

## fra helse- og omsorgsministeren

Denne strategien skal legge grunnlaget for at den gode kvaliteten i norsk kreftomsorg skal bli enda bedre.

Jeg er stolt av vår felles helsetjeneste. Selv om flere får kreft, er det flere som blir helt friske. Mange av dem som har kreft, lever lenger og har høyere livskvalitet enn personer med kreft hadde tidligere. Dette skyldes en kombinasjon av forebygging, tidligere diagnostisering og flere, bedre og mer tilpassede behandlingsmåter for de ulike kreftformene.

Den viktigste årsaken til veksten i antall nye krefttilfeller i Norge er både at befolkningen øker, og at andelen eldre i befolkningen øker. Risikoen for kreft øker med stigende alder. Tre av fire krefttilfeller blir diagnostisert hos kvinner og menn over 60 år. Antallet nye krefttilfeller vil fortsette å øke i årene som kommer. I 2040 vil vi ha passert 50 000 nye tilfeller per år. Da må vi sørge for at den gode kvaliteten i norsk kreftomsorg blir enda bedre.

Mangel på personell er en viktig generell utfordring i helse- og omsorgstjenesten. Det økte behovet for personell i tjenesten som helhet vil være størst i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som en følge av den demografiske utviklingen må vi belage oss på å finne nye løsninger for å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Disse løsningene må vi finne sammen med pasientorganisasjoner, forskere, næringsliv og ikke minst de ansatte i tjenesten.

Regjeringen presenterer en ny nasjonal kreftstrategi som setter ambisjoner for kreftområdet i mange år framover. Den er utformet som en tiårig strategi og bygger videre på de fem målområdene i gjeldende kreftstrategi *Leve med kreft 2017–2022*. Strategien gir føringer på kreftområdet til forvaltningen, helse- og omsorgstjenesten og andre sektorer som vil kunne ha betydning for å oppnå målene i strategien.



Kreftstrategien *Felles innsats mot kreft 2025–2035* har fem målområder:

1. Norge skal være et foregangsland innen kreftforebygging og tidlig oppdagelse.
2. Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp.
3. En mer brukerorientert kreftomsorg.
4. Flere skal overleve og leve lenger med kreft og etter kreft.
5. Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende.

Disse målområdene er lik prioriteringen i EUs kreftplan, og vi har ønsket å konkretisere dem gjennom det jeg har valgt å kalle tiårsmål. Områdene vil være særlig viktige for å bringe kreftområdet framover, bidra til at færre får kreft, og til at mennesker med kreft vil overleve og leve lenger med best mulig livskvalitet. Regjeringen har ønsket denne formen på strategien slik at vi om ti år skal kunne måle om vi har oppnådd de ønskede resultatene. Det skjer mye viktig arbeid innen kreftområdet som er omtalt i tidligere kreftstrategier, og som fortsatt skal videreutvikles, selv om det ikke er nevnt i strategien. Denne strategien fokuserer på de nye initiativene som skal tas de neste ti årene.

Gjennom felles innsats skal vi bidra til et best mulig liv for pasienter med kreft og sørge for at den gode kvaliteten i norsk kreftomsorg blir enda bedre.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Jan Christian Vestre'.

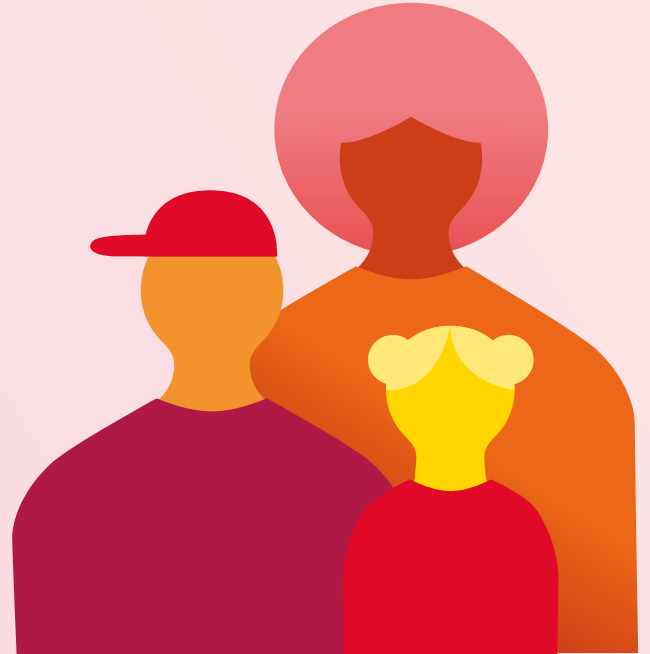
**Jan Christian Vestre**  
*Helse- og omsorgsminister*

# Forord fra Kreftforeningen

Kreft berører oss alle – som pasienter, pårørende, kollegaer, helsearbeidere eller samfunn. Gjennom de siste tiårene har vi oppnådd bemerkelsesverdige fremskritt innen kreftforebygging, diagnostisering og behandling. I dag overlever tre av fire sin kreftsykdom – det er dobbelt så mange som for 50 år siden. Bak disse tallene ligger mye ny kunnskap og en sterk innsats som har gitt mange flere mer tid med sine nærmeste.

Likevel, nå står vi overfor en ny virkelighet. Hvert år oppdages over 38 000 nye krefttilfeller i Norge, og tallet er forventet å stige år for år etter hvert som befolkningen eldes. Dette øker presset på en allerede presset helsetjeneste og utfordrer oss til å tenke nytt, handle raskere og samarbeide bedre. Samtidig er vi inne i en tid med uante muligheter. Forskningen skyter fart, og kunstig intelligens gir oss verktøy som revolusjonerer både diagnostisering og behandling. Aldri før har fremtiden sett lysere ut for mulighetene i kreftbehandlingen, men det fordrer at vi sikrer de beste vilkår for forsknings- og innovasjonsmiljøer, at helsetjenesten beholder og satser på vårt dyktige helsepersonell, og at vi sikrer lik tilgang til de beste behandlingsformene for alle som rammes av kreft. For de neste ti årene har vi derfor satt oss ambisiøse mål.

For å nå målene i denne strategien er samarbeid vår viktigste ressurs. Når vi deler kunnskap, ressurser og erfaringer, skaper vi de løsningene vi trenger. Offentlige, private og ideelle aktører må spille på lag for å utvikle nye behandlingsformer og redusere geografiske forskjeller. Internasjonalt samarbeid gir oss tilgang til verdensledende innovasjoner og forskningsnettverk, som kan heve nivået på norske helsetjenester.



På nasjonalt og lokalt nivå må vi sikre sømløse overganger mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene, slik at ingen faller mellom stoler. Det samme må vi få til i overgangene mellom helsetjenesten og arbeidslivet slik at flere som rammes av kreft, klarer å stå i jobb. Og viktigst av alt: Vi må lytte til pasientene og deres pårørende. Deres erfaringer, stemmer og behov må være kompasset når vi former fremtidens kreftomsorg.

Denne kreftstrategien handler om håp, handling og fellesskap. Sammen kan vi redusere forekomsten av kreft, sikre tidlig diagnostikk og tilby behandling og oppfølging av høyeste kvalitet til alle som trenger det. Vi i Kreftforeningen er klare til å gjøre alt vi kan for å sikre denne felles innsatsen i kampen mot kreft, og vi er glade for det nye strategiske samarbeidet med Helse- og omsorgsdepartementet som muliggjør dette. Sammen kan vi gi fremtidens kreftpasienter og deres pårørende det de fortjener – og det som er Kreftforeningens visjon: Et liv uten kreft!

*Ingrid Stenstadvold Ross*

**Ingrid Stenstadvold Ross**

# Vi trenger en ny kreftstrategi

Vår velferdsstat gjør kunnskap, helsehjelp og bistand i ulike livssituasjoner tilgjengelig for alle. Alle i Norge skal ha tilgang til gode helsetjenester når de trenger det, også innenfor kreftomsorgen. Derfor er det viktig at vi har en sterk offentlig helsetjeneste med høy kvalitet, god tilgjengelighet og kortest mulig ventetider. Denne helsetjenesten skal være så god at den er førstevalget både for pasientene og for helsepersonellet.

Tre av fire krefttilfeller diagnostiseres hos kvinner og menn over 60 år. Vi må være forberedt på at utviklingen med flere eldre i befolkningen vil føre til flere krefttilfeller. Dette vil stille krav til oppbygging av kapasitet innen blant annet patologi, radiologi, kirurgi, strålebehandling og legemiddelbasert behandling. Veksten i antall krefttilfeller og alderssammensetningen i befolkningen vil også kreve oppbygging av annen kapasitet og kompetanse både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil stille krav til godt samarbeid og koordinering mellom nivåene i helsetjenesten, universitets- og høyskolesektoren, helsenæringen og frivillig sektor for å ivareta pasientenes behov og for å gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende.

Økningen i antall krefttilfeller er en av de største utfordringene når det gjelder sykdomsutvikling i befolkningen. Dette er en utfordring vi deler med landene i EU. I 2023 levde 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. Årlig diagnostiseres det over 38 000 nye krefttilfeller, og før fylte 80 år har rundt 40 prosent av oss fått minst én kreftdiagnose. Antall nye krefttilfeller vil fortsette å øke i årene som kommer. Beregninger fra Kreftregisteret viser at det om ti år vil registreres rundt 45 000 nye krefttilfeller årlig. I 2040 vil vi ha passert 50 000 nye tilfeller per år.

Når antall eldre mennesker med kreft og antall eldre med demens øker, vil det også bli et økende antall mennesker med begge tilstander. Helsetjenesten vil oftere møte vanskelige vurderinger når det gjelder individuell tilpassing av behandling av kreftsykdommen, og hvordan behandlingen skal gjennomføres. Oppfølgingen må tilpasses at demenssykdommen reduserer evnen til å kommunisere og den kognitive forståelsen – både om smerter og andre plager og om samarbeid om diagnostikk og behandling.



---

Selv om flere får kreft, er det samtidig flere som blir helt friske, og mange av dem som har kreft, lever lenger og har høyere livskvalitet enn personer med kreft hadde tidligere. Dette skyldes en kombinasjon av tidligere diagnostisering og flere, bedre og mer tilpassede behandlingsmåter for de ulike kreftformene. For enkelte kreftformer har utviklingen ført til at de aller fleste overlever, og selv de med framskreden sykdom kan ha gode utsikter til å overleve. For andre kreftformer har det imidlertid vært få behandlingmessige gjennombrudd. Når det gjelder kreftformer som bukspyttkjertelkreft og leverkreft, er det fremdeles slik at kun en liten del av dem som blir syke, blir helt friske.

I dag overlever nærmere tre av fire sin kreftsykdom i fem år eller mer. For perioden 2019 til 2023 var totalt 77,6 prosent av menn og 77,4 prosent av kvinner med kreft i live fem år etter diagnosetidspunktet, sammenlignet med tilsvarende befolkningsgrupper av menn og kvinner uten samme kreftsykdom (relativ overlevelse). I perioden 2019–2022 hadde testikkelkreft høyest fem års overlevelse med 98,5 prosent, prostatakreft med 95,7 prosent, føflekkreft (melanom) med 95,7 prosent for kvinner og 90,3 prosent for menn, skjoldkjertelkreft med 95,1 prosent for kvinner og med 90,3 prosent for menn, og blant kvinner med brystkreft var 92,5 prosent i live etter fem år.

Verdens helseorganisasjon anslår at så mye som 30–50 prosent av alle krefttilfeller kan forebygges ved å endre 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 i befolkningen. Befolkningen må informeres om faktorer som kan redusere risikoen for kreft, og motivere til å endre levevaner. Det aller viktigste er å være tobakksfri fordi det er røyking som fører til de fleste nye krefttilfellene. En livsstil der en beskytter seg mot solforbrenning, har en normal kroppsvekt, er tilstrekkelig fysisk aktiv, har et sunt kosthold og drikker lite alkohol, vil også kunne forebygge kreftsykdom.

# Prinsipper for strategien

Strategiens utgangspunkt er at prinsippene for prioritering i helsetjenesten vil gjelde for kreftområdet, også ved innføring av metoder innenfor persontilpasset medisin, og at oppbygging av feltet bidrar til bærekraft i helse- og omsorgstjenesten, jf. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2023–2030.

Fagfolkene er den viktigste ressursen i vår felles helsetjeneste. Det er stor konkurranse om arbeidskraft mellom spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og privatfinansierte leverandører av helse- og omsorgstjenester. Utfordringene med mangel på personell vil være størst i omsorgstjenesten i kommunene. Som følge av den demografiske utviklingen må man belage seg på nye løsninger. Det er et krav at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar. Regjeringen vil fortsette arbeidet med å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten gjennom tre innsatsområder:

- understøtte arbeidet med å fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår
- hensiktsmessig oppgavedeling og kompetanseutvikling for å fremme effektiv organisering av arbeidsprosesser
- understøtte arbeidet med å sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving

Målene i strategien skal konkretiseres og gjennomføres av helsemyndighetene og helse- og omsorgstjenesten innen rammene for egne ansvarsområder, økonomiske rammer, tilgang til personell og øvrige forutsetninger. Innsatser innenfor andre sektorer vil også kunne ha betydning for å nå målene i strategien. Det gjelder særlig på det forebyggende området og i arbeidet med å tilrettelegge for gode levevaner i befolkningen.

Forskningsmiljøer, myndigheter, næringsliv, brukerorganisasjoner og helseforetak samarbeider gjennom Cancer Mission Hub om et nasjonalt knutepunkt for å mobilisere disse aktørene til samarbeid på tvers av fagområder og sektorer og for å sørge for sammenheng med nasjonale, regionale og lokale tiltak innen kreftområdet. Huben er en viktig del av den norske oppfølgingen av EUs samfunnsoppdrag på kreft og EUs kreftplan.

# Oppfølging av strategien

Helsedirektoratet har det operative ansvaret under Helse- og omsorgsdepartementet for å følge opp strategien. Arbeidet skal samordnes gjennom Partnerskap mot kreft, som består av Kreftforeningen, KS, de fire regionale helseforetakene, pasientorganisasjoner på kreftområdet, Kreftregisteret og Helsedirektoratet. Helsedirektoratet leder dette partnerskapet.

Det skal også etableres et strategisk partnerskap mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kreftforeningen, i tillegg til Partnerskap mot kreft. Det legges opp til et årlig møte der en særlig vil løfte og diskutere oppnåelse av ett utvalgt målområde fra strategien per møte. Det strategiske partnerskapet skal diskutere målsettinger for kommende år, og justeringer i arbeidet vurderes dersom det oppstår hindringer for å oppnå tiårsmålene, eller dersom noen av målene nås tidlig i perioden. Kreftforeningen vil involvere den nasjonale Cancer Mission Hub både før og etter møtene slik at en bred allianse av aktører fra næringsliv, helse- og omsorgstjenesten, forskere med flere trekkes inn i oppfølgingen av strategien. Helsedirektoratet vil bidra med forberedelser, delta på møtene og bidra i oppfølgingen.

## Boks 1.1 Tidligere planer og strategier innen kreftområdet

Nasjonal kreftplan (1999–2003)

Rapporten *Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – kvalitet, kompetanse og kapasitet*, 2004

Nasjonal strategi for kreftområdet (2006–2009), forlenget til 2011

Nasjonal kreftstrategi (2013–2017) *Sammen mot kreft*. Helsedirektoratet fulgte opp strategien med en Nasjonal handlingsplan for kreft (2015–2017)

Nasjonal kreftstrategi (2018–2022) *Leve med kreft*, forlenget til 2024

# Nasjonale mål

## Boks 1.2 Oversikt over tiårsmål i kreftstrategien

### Målområde 1: Norge skal være et foregangsland innen kreftforebygging og tidlig oppdagelse

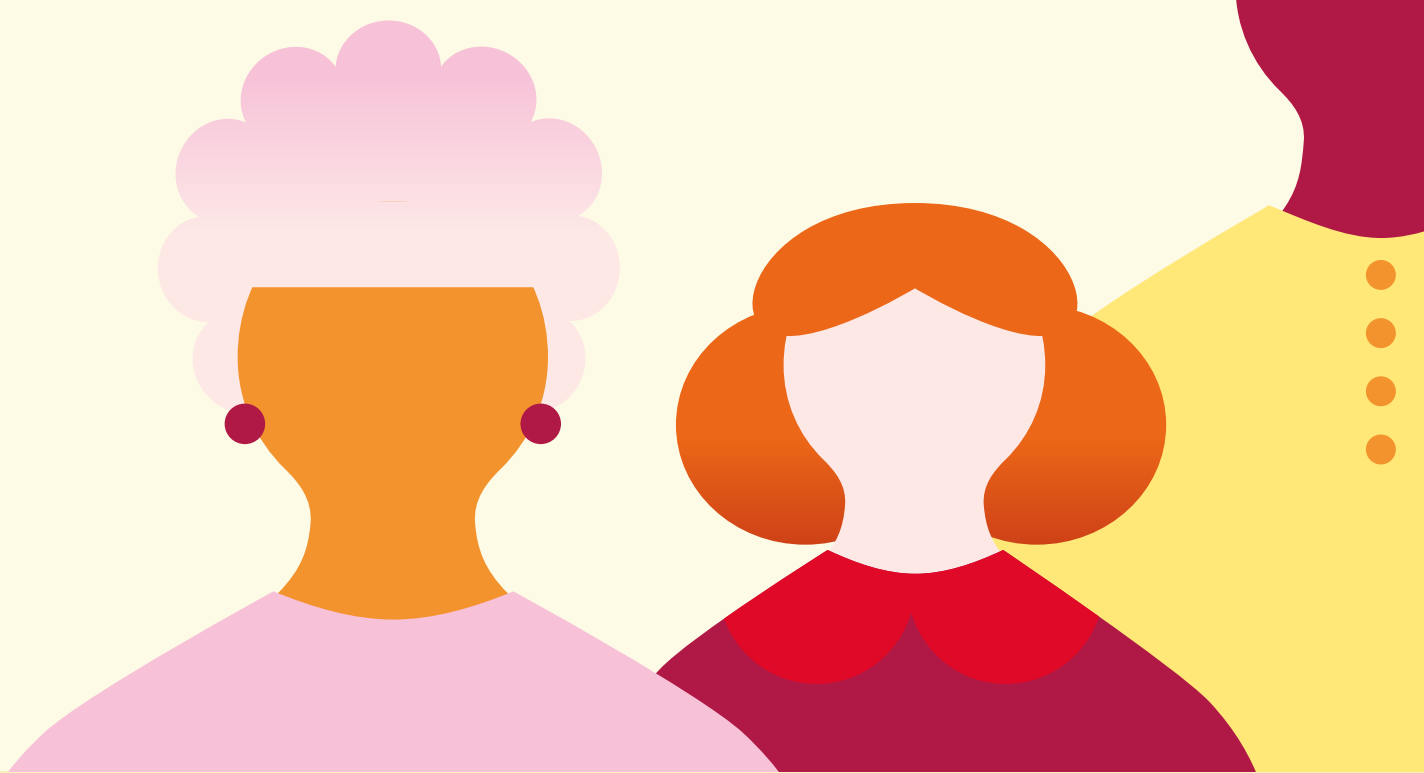
- Legge til rette for at de som er født etter 2010, blir tobakks- og nikotinfrie, og tilby hjelp til røykeslutt
- Eliminere livmorhalskreft og annen kreft forårsaket av HPV
- Tilby mer presise screeningprogrammer med høy oppslutning, med mål om å innføre screeningprogrammer for blant annet lungekreft og prostatakreft
- Kreft diagnostiseres på et tidligere stadium enn i dag for kreftformer der dette har betydning for prognosen.
- Reduksjon av arbeidsrelatert kreft gjennom styrket systematisk HMS-arbeid

### Målområde 2: Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp

- Alle pasienter med kreft skal ha tilgang til et *Comprehensive Cancer Centre* eller et *Cancer Centre*.
- Pasienter med kreft er inkludert i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft.

### Målområde 3: En mer brukerorientert kreftomsorg

- Alle pasienter med kreft som ønsker det, og deres pårørende skal få tilbud om individuell digital oversikt over pasientforløp og digital hjemmeoppfølging.
- Pasienter med kreft har verktøy for medvirkning og samvalg, og data fra disse verktøyene brukes til å forbedre tjenesten.
- Gå fra kalenderstyrte til behovsstyrte kontroller der det er forsvarlig og til beste for pasienten.



#### **Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft og etter kreft**

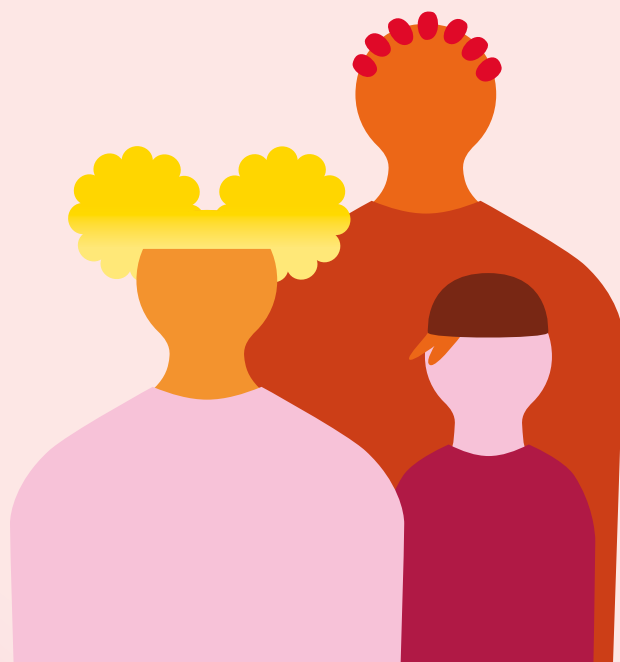
- Alle pasienter skal få rett behandling og oppfølging til rett tid gjennom god prehabilitering og gode prioriteringer.
- Alle med kreft skal, når det er relevant for behandlingsvalg, få tilbud om gentest som en del av en utvikling for å bidra til å gjøre Norge ledende innenfor presisjonsmedisin.
- Det skal opprettes en katapult innenfor helseområdet.
- Norsk kreftforskning skal være verdensledende.
- Antall kreftpasienter som deltar i en klinisk studie, skal doubles.

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

- Alle pasienter med kreft som ønsker det, skal kunne kombinere behandling og arbeid eller utdanning.
- Det skal gis helhetlig støtte til pårørende som en del av kreftomsorgen.

## Målområde 1

# 🦋 Norge skal være et foregangsland innen kreftforebygging og tidlig oppdagelse



En betydelig andel av krefttilfellene kan forebygges ved å rette innsatsen mot kjente risikofaktorer. Rapporten *Kreft i Norge – hvor mange tilfeller kan forebygges* (2023) beregnet at 13 000 krefttilfeller, altså mer enn hvert tredje krefttilfelle, kan forebygges årlig. Dette kan oppnås ved at befolkningen unngår tobakksbruk, alkohol, solbrenthet og solariumsbruk, har et sunt kosthold, er tilstrekkelig fysisk aktive, holder normal kroppsvekt og følger nasjonale vaksinasjonsprogram. En rekke miljøfaktorer er årsak til kreftutvikling, som eksponering for ultrafiolett stråling, radon, asbest og utendørs luftforurensning.

Eksponering for kreftfremkallende stoffer på arbeidsplassen er en viktig årsak til arbeidsrelatert kreft. For å forebygge arbeidsrelatert kreft er det viktig med et godt og systematisk HMS-arbeid med forebyggende tiltak.

Det forebyggende og helsefremmende arbeidet vil være avgjørende for hvor mange som får kreft i årene som kommer, og tiltak må rettes både mot den generelle befolkningen og mot risikogrupper. Informasjons- og kommunikasjonstiltak kan bidra til å øke kunnskapen og bevisstheten i befolkningen om risikofaktorer for kreft og om helsegevinster ved å ha sunne levevaner. Fordi det er store sosiale forskjeller knyttet til befolkningens levevaner, vil forebygging av kreft også bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Sosiale ulikheter i diagnostisering og behandling av kreft skal reduseres. Helsetjenesten må arbeide aktivt med å forebygge kreft gjennom å støtte endringer av levevaner og mestring av helseutfordringer.

Norge har forpliktet seg til å nå Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av de ikke-smittsomme sykdommene kreft, hjerte- og karsykdom, diabetes og kroniske luftveissykdommer med en tredjedel innen 2030, sammelignet med 2015-nivå. I tillegg leder Norge de neste årene en storsatsing i EU-regi innen

forebygging av kreft og andre ikke-smittsomme sykdommer, The Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases (JA PreventNCD), som vil gi oss ny kunnskap om effektive tiltak.

## **Innsatsen for å redusere risikofaktorer**

Tobakksrøyking er den viktigste risikofaktoren for kreft og omtales nærmere under tiårsmålene.

Overvekt og fedme gir økt risiko for 13 ulike kreftformer. Kreftforebyggende innsats rettet mot overvekt og fedme, vil derfor være viktig det neste tiåret, blant annet gjennom tiltak for sunnere kosthold og mer fysisk aktivitet i tråd med de nasjonale rådene. Undersøkelsen Barn og medier 2024 (Medietilsynet) viser at 30 prosent av barn og unge mener de bruker mer tid på skjerm enn de selv ønsker. Dette kan gå på bekostning av fysisk aktivitet

Det finnes 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 kosthold i tråd med de nasjonale kostholdsrådene vil bidra til å redusere risikoen for en rekke kreftsykdommer.

Regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for mange kreftformer, bidrar til økt overlevelse og til å forebygge tilbakefall av kreftsykdom. Det er et nasjonalt mål å redusere fysisk inaktivitet med 15 prosent innen 2030, men Norge ligger langt unna å nå dette målet for barn og unge. Ny kunnskap viser at et aktivitetsnivå i samsvar med nasjonale råd om fysisk aktivitet vil fremme fysisk og psykisk helse, og ikke minst gi flere friske leveår (DALYs) i et livsløpsperspektiv og samtidig beskytte mot flere kreftformer. Pasienter med kreft bør få tilbud om tilrettelagt og tilpasset fysisk aktivitet/trening i pasientforløpet som en del av behandlingen.

Ultrafiolett eksponering (UV-eksponering) fra sol og solarier er den viktigste ytre årsaksfaktoren til hudkreft. Risikoen øker både ved kortvarig og intens eksponering som medfører solbrenthet og mye eksponering over tid. Å følge solrådene vil redusere risikoen. Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) har revidert den nasjonale UV- og hudkreftstrategien, gjeldende fra 2024. Målet med strategien er å redusere vekst i forekomst av alle typer hudkreft som skyldes UV-eksponering fra sol og solarier, med 25 prosent innen 2040, sammenliknet med 2018.

Bruk av alkohol er blant de viktigste risikofaktorene for død og tapte friske leveår i befolkningen. Det er godt dokumentert at selv et lavt inntak av alkohol gir økt risiko for flere typer kreft, og bedre kunnskap om dette i befolkningen vil være sentralt framover. Å videreføre en helhetlig og solidarisk alkoholpolitikk med effektive virkemidler bidrar til å redusere totalkonsumet i befolkningen, men det vil være krevende å nå målet om 20 prosent reduksjon i skadelig alkoholbruk innen 2030.

Det er godt kjent at en rekke miljøfaktorer kan føre til kreftutvikling, som ultrafiolett stråling, radon, asbest og utendørs luftforurensning. Miljøgifter som persistente organiske forbindelser (kjemikalier som nedbrytes svært langsomt i miljøet) og

tungmetaller som kvikksølv, kadmium og bly er strengt regulert og overvåket for å beskytte mot negative effekter på natur, miljø og helse. Ny nasjonal radonstrategi fra 2024 har som mål å redusere eksponering blant befolkningen. Med informasjon og nye insentiver skal flere stimuleres til å måle og redusere høye radonnivåer.

Ved allerede etablert kreftsykdom vil levevaner kunne påvirke behandlingen, livskvaliteten og risikoen for tilbakefall eller ny kreftsykdom. Det er viktig å integrere tiltak for bedre levevaner systematisk under behandling og rehabilitering. Helsepersonell bør ta opp betydningen av levevaner med pasientene tidlig og underveis i forløpet.

## Tiårsmål 1

### **Legge til rette for at de som er født etter 2010, blir tobakks- og nikotinfrie, og tilby hjelp til røykeslutt**

For å redusere antall krefttilfeller i framtiden er det avgjørende å hindre at nye generasjoner blir nikotinavhengige. En rekke ulike tiltak kan bidra til å nå dette målet, jf. regjeringens tobakksstrategi fra 2023. I tillegg er det behov for å styrke tilbudet om hjelp til røykeslutt.

Tobakksrøyking er hovedårsak eller medvirkende årsak til minst 15 kreftformer. I Norge fører røyking til om lag 5000 dødsfall hvert år og er fremdeles den viktigste enkeltårsaken til sykdom og tidlig død. Tobakksrøyk består av minst 70 kreftfremkallende stoffer, og mer enn 80 prosent av all lungekreft er knyttet til røyking. Med dagens røykevaner er det beregnet at 95 000 personer i Norge vil kunne komme til å få kreft innen 2045. Det har de siste årene vært en urovekkende økning i røyking blant unge menn, og i aldersgruppen 16–24 år røyker nå 24 prosent av og til.

Også bruk av snus, e-sigaretter og andre tobakks- og nikotinprodukter medfører alvorlig helserisiko. Undersøkelser tyder på at bruken av snus blant unge fortsatt er økende. I aldersgruppen 16–24 år bruker 30 prosent snus, mens andelen i aldersgruppen 25–34 år er 37 prosent. Blant unge ser vi at bruken av e-sigaretter og andre nye tobakks- og nikotinprodukter øker. Sosiale medier bidrar til eksponering og tilgjengelighet, også for de under 18 år. For slike nye produkter har vi ennå ikke god nok kunnskap om langtidseffekter og mulig kreftrisiko.

Tobakksskadeloven inneholder en overordnet visjon om et tobakksfritt samfunn på sikt. Regjeringen la i 2023 fram en ambisiøs nasjonal tobakkstrategi som del av Folkehelsemeldinga. Et av hovedmålene i strategien er at andelen som bruker tobakk daglig, skal være under fem prosent i alle alders- og utdanningsgrupper. Målet skal blant annet oppnås gjennom et nytt nasjonalt program for røykeslutt, redusert tilgang til tobakksvarer og ved å utvide vernet mot passiv røyking. Et annet hovedmål er at barn født i 2010 og senere, ikke skal bruke tobakks- og nikotinprodukter.



Det store flertallet av dem som prøver å slutte, mislykkes, men med kunnskapsbasert sluttemetode (legemiddel og veiledning) mangedobles sjansen for å lykkes. Helsedirektoratet gjennomførte i perioden 2020–2023 et pilotprosjekt for røykeslutt i Vestre Viken hvor deltakerne fikk gratis legemidler til røykeslutt og veiledning ved frisklivssentraler. Evalueringen har vist svært gode resultater, og den legger dermed grunnlaget for hvordan man kan utarbeide et nasjonalt program.

## Tiårsmål 2

### **Eliminere livmorhalskreft og annen kreft forårsaket av HPV**

Eliminasjon av livmorhalskreft og annen kreft som er forårsaket av humant papillomavirus (HPV), vil oppnås gjennom vedvarende høy oppslutning om vaksinasjon hos gutter og jenter. Høy oppslutning om det nasjonale screeningprogrammet mot livmorhalskreft vil bidra til å oppdage forstadier til livmorhalskreft og forhindre videreutvikling av kreft. Det fordrer at vi jobber for høy deltakelse i vaksinasjonsprogrammet og sørger for å implementere lavterskel test og oppfølging i screeningprogrammet.

Det er beregnet at 15 prosent av verdens krefttilfeller er virusrelatert. De mest kjente virusene som kan bidra til utvikling av kreft, er hepatitt B-viruset, som kan føre til leverkreft, og humant papillomavirus (HPV), som kan forårsake kreft i livmorhals, slimhinnene i vagina, vulva, penis, anus og analkanal samt ulike typer hode- og halskreft.

Hvert år diagnostiseres mer enn 600 nye tilfeller av HPV-relatert kreft i Norge, og av disse er rundt 300 tilfeller livmorhalskreft. Antall tilfeller av spesielt hode- og halskreft har økt de siste årene. Høyest økning er munn- og halskreft blant menn.

Vaksinasjon mot HPV forebygger smitte og sykdomsutvikling. HPV-vaksine tilbys i dag alle jenter og gutter ved 12 års alder gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Fordi det tar mellom 10 og 30 år fra smitte med HPV til man eventuelt utvikler kreft, kan det ta mange år før vi kan se reduksjon i antall krefttilfeller som en forebyggende effekt av vaksinasjonen.

HPV-infeksjon og forstadier til livmorhalskreft kan oppdages gjennom det nasjonale screeningprogrammet mot livmorhalskreft, Livmorhalsprogrammet, slik at videre utvikling av kreft unngås. For andre HPV-relaterte kreftformer er det ikke tilbud om screening.

EU har som mål å eliminere all kreft forårsaket av HPV. Også i Norge vil vi jobbe for å nå dette ambisiøse målet gjennom en vedvarende høy oppslutning om HPV-vaksinasjon hos jenter og gutter.

Hepatitt B- og C-virus kan også forårsake kreft. For begge disse virustypene finnes det henholdsvis vaksine og behandling. Vaksinerer av personer i risikogruppen som har forhøyet risiko for smitte, og det nasjonale programmet for antiviral behandling av hepatitt C bør videreføres.

Det er også en kjent sammenheng mellom visse bakterier og kreft, for eksempel kreft i magesekken (Helicobakter pylori-bakterien). Diagnostisering og behandling av slike bakterier kan bidra til å minimere kreftrisikoen. I framtiden kan man også forvente økt kunnskap om andre krefttyper som skyldes mikrober.

Det er innført HPV hjemmetest til kvinner i Livmorhalsprogrammet. Over halvparten av livmorhalskrefttilfellene diagnostisert i Norge, er blant kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøver som anbefalt. I tillegg får de som aldri eller sjelden gjennomgår screening, oftere påvist livmorhalskreft på et høyere stadium enn de som undersøker seg som anbefalt. Målet med å innføre hjemmetest er at deltakelsen i Livmorhalsprogrammet skal øke, og at færre kvinner på sikt skal utvikle livmorhalskreft.

### Tiårsmål 3

#### **Tilby mer presise screeningprogrammer med høy oppslutning, med mål om å innføre screeningprogrammer for blant annet lungekreft og prostatakreft**

I løpet av strategiperioden skal det tilbys større grad av persontilpassing av screeningprogrammene, i tråd med EUs satsinger. Det er et mål at bruk av kunstig intelligens (KI) og å kunne identifisere målrettede biomarkører og genetiske risikofaktorer skal kunne benyttes både for tidlig oppdagelse av kreft og ved utredning av kreft. KI er en teknologi som har potensial til å kunne øke fordelene og redusere ulempene ved screening. Lungekreft og prostatakreft er de kreftformene som per nå skal utredes, men utviklingen i KI og helseteknologi kan også åpne for at andre kreftformer kan bli aktuelle.

Det er etablert tre nasjonale screeningprogrammer i Norge: Livmorhalsprogrammet, Mammografiprogrammet og Tarmscreeningprogrammet. Målet med screeningprogrammene 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. Kreftscreeningprogrammene skal øke fordelene og redusere ulempene ved å delta, blant annet ved å ta i bruk persontilpassede strategier og kunstig intelligens. Dette vil bidra til å sikre deltakelse i moderne, trygge og kostnadseffektive programmer. De nasjonale kreftscreeningprogrammene følges opp kontinuerlig, og kvalitetsforbedrende tiltak iverksettes ved behov.

Det er et mål å øke deltakelsen i de nasjonale screeningprogrammene. Kunnskap om kreftscreening generelt, effekter av tiltaket og kunnskap om fordeler og ulemper ved å delta i et screeningprogram er et viktig folkehelseoppdrag. God kunnskap og informasjon er viktig for at de inviterte skal få mulighet til å ta et informert valg, og for å bidra til økt deltakelse. Informasjonen skal være tilpasset ulike nivåer av helsekompetanse, kulturell forståelse og individuelle preferanser. Informasjonen bør utgis på ulike språk og ivareta behovet for kulturelle tilpasninger. Helsepersonell har en viktig rolle i dette informasjonsarbeidet.

For å øke deltagelsen i kreftscreeningprogrammene må det legges til rette for at alle får lik tilgang til å delta i nasjonale screeningprogrammer, uavhengig av sosiodemografiske forhold. Det er viktig å bygge ned økonomiske og kulturelle barrierer som kan bidra til å skape sosiale ulikheter i deltagelse i screeningprogrammene.

Det er et mål at det i løpet av strategiperioden skal tilbys større grad av person-tilpasning i screeningprogrammene, i tråd med EUs satsinger. Det er et mål at bruk av kunstig intelligens (KI) og å kunne identifisere målrettede biomarkører og genetiske risikofaktorer skal kunne benyttes både for tidlig oppdagelse av kreft og ved utredning av kreft.

Screeningprogrammene utvikles i tråd med ny kunnskap, og det gjøres nødvendige tilpasninger for å gi et lett tilgjengelig tilbud og god oppslutning. Ved forslag om å innføre nye nasjonale screeningprogrammer innen kreftområdet må det utarbeides et kunnskapsgrunnlag med oppsummering av forskning, analyse av kostnader og effekt samt utredning av etiske, juridiske, organisatoriske, faglige og personellmessige konsekvenser. Helsedirektoratet utreder og anbefaler endringer i screeningprogrammene og opprettelse av nye programmer i samarbeid med aktuelle aktører. Helse- og omsorgsdepartementet sørger for at saken behandles i forbindelse med årlige budsjettprosesser.

EU har store satsinger på kreftområdet i årene som kommer, også på screeningfeltet. Norge skal bidra aktivt inn i det europeiske arbeidet med kreftforebygging og kreftscreening og deltar i dette arbeidet gjennom EU4Health, JA PreventNCD, JA screening (EUCanScreen) og JA SAMIRA.

### ***Lungekreftscreening***

Det er ikke etablert screeningprogram for lungekreft i Norge, blant annet er utvalgskriterier og kapasitet i utredning sentrale utfordringer. Helsedirektoratet utreder en eventuell innføring av lungekreftscreening i løpet av strategiperioden. Vitenskapelige studier, erfaringer fra den norske studien ved Akershus universitetssykehus der 1000 personer har deltatt i lungekreftscreening, innføring av tilbud i Storbritannia og revidert anbefaling fra EU vil være et viktig grunnlag for utredningen.

### ***Prostatakreftscreening***

Populasjonsbasert screening for prostatakreft er ikke innført i Norge og heller ikke i de fleste andre land. Flere studier har vist at PSA-baserte screeningprogrammer kan redusere dødelighet som skyldes prostatakreft, i befolkningen. Foreløpig har imidlertid ingen studier kunnet vise en økt totaloverlevelse ved PSA-screening, men studiene har ikke vært designet for å undersøke denne problemstillingen.

EU-kommisjonen kom i september 2022 med en anbefaling om å vurdere innføring av screening for flere kreftformer, inkludert prostatakreft, og det pågår flere pilotprosjekter i Europa.

## Tiårsmål 4

### **Kreft diagnostiseres på et tidligere stadium enn i dag for kreftformer der dette har betydning for prognosen**

Kreft skal diagnostiseres tidligere der det har betydning for behandlingsvalg og prognose, uten at en begrenset utredningskapasitet brukes til undersøkelser med liten forventet nytte. I pakkeforløpene for kreft må vi jevnlig oppdatere de faglige føringene for hvordan tidlig diagnostikk skal gjøres, i takt med faglig og teknologisk utvikling. Tiltak for å sikre riktig henvisning, også blant fastleger, er viktig for å sørge for at pasienter med berettiget mistanke om kreft, blir henvist til sykehusene.

De første symptomer eller tegn på en ny kreftsykdom er ofte vage, og de kan likne på kortvarige plager som går over av seg selv, eller likner på starten av andre sykdommer eller plager. Mange vanlige symptomer og plager som gjør at man oppsøker lege, kan skyldes kreft, men i de aller fleste tilfeller er andre årsaker langt mer sannsynlige enn kreftsykdom. Hvis det umiddelbart skal startes utredning i sykehusene i alle situasjoner med mulig kreft som begrunnelse, vil dette sprengte utredningskapasiteten og føre til forsinkelse i utredning av andre mer sannsynlige årsaker. En slik praksis kan også forsinke utredning av andre pasienter med berettiget kreftmistanke der sannsynligheten for at pasienten har kreft, er langt høyere.

Hvor stor betydning en tidligere påvisning av en kreftsykdom vil ha, vil kunne variere mellom ulike kreftformer og skal fremgå av pakkeforløpene. Screening er innført eller blir vurdert for innføring i tilfeller der det forventes et klart bedre behandlingsresultat når kreftsykdommen påvises tidlig, helst før den gir symptomer eller tegn. Tidlig diagnose påvirker prognosen ved en rekke kreftformer. Eksempler på dette er tykktarmskreft og lungekreft.

De viktigste tiltakene for å sikre tidlig diagnose vil være:

- høy oppslutning om screeningprogrammene
- utredning og behandling i samsvar med pakkeforløpene når pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten med berettiget kreftmistanke, der pakkeforløpene regelmessig oppdateres for å følge den faglige utviklingen innenfor den enkelte kreftform
- at stadiefordelingen for pasienter som får diagnostisert kreft, følges kontinuerlig, der man kan gripe inn hvis fordelingen er eller utvikler seg ugunstig i hele eller deler av landet

## Tiårsmål 5

### **Reduksjon av arbeidsrelatert kreft gjennom styrket systematisk HMS-arbeid**

Eksponering for kreftfremkallende faktorer på arbeidsplassen er en viktig årsak til arbeidsrelatert kreft. Slike faktorer inkluderer kjemikalier, stråling og andre faktorer som for eksempel nattarbeid. Historisk sett har mange arbeidstakere vært eksponert for kreftfremkallende stoffer, og selv om vi har kommet langt, er det fortsatt nødvendig å øke innsatsen for å forebygge arbeidsrelatert kreft.

Det er et mål å redusere arbeidsrelatert kreft gjennom å styrke det systematiske HMS-arbeidet. En nordisk ekspertgruppe der Arbeidstilsynet deltar, fastslår i en nylig rapport (Work today and in the future) at 46 prosent av alle arbeidsrelaterte dødsfall i de nordiske landene er forårsaket av kreft som følge av eksponering for kreftfremkallende faktorer på arbeidsplassen. I EU er arbeidsrelatert kreft årsak til over 120 000 nye tilfeller og 100 000 dødsfall hvert år (European Agency for Safety and Health at Work). De vanligste kreftformene er lungehinnekreft, lungekreft og nese-/bihulekreft.

Det er om lag 325 000 norske sysselsatte som jobber i yrker som kan utsettes for kreftfremkallende stoffer. Om lag to tredeler av disse angir at de kan se eller lukte støv, damp, røyk, gass eller kjemikalier i jobben, ifølge Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA). Dette gjelder arbeidstakere i mannsdominerte næringer og yrker som bygg og anlegg, operatører i industrien, rørleggere, elektrofagarbeidere, mekanikere og tømrere/snekkere. Videre har International Agency for Research on Cancer (IARC) klassifisert nattarbeid som sannsynlig kreftfremkallende for brystkreft hos kvinner.

Effektiv forebygging av arbeidsrelatert kreft krever systematisk HMS-arbeid som inkluderer kartlegging, risikovurdering og tiltak for å redusere eksponering. Dette kan omfatte eliminasjon av kjemikalier, substitusjon av farlige kjemikalier, etablering av lukkede systemer, ventilasjon og personlig verneutstyr.

Arbeidstilsynet vil øke innsatsen for å forebygge arbeidsrelatert kreft framover. Siden arbeidsrelatert kreft kan skyldes eksponering for svært mange ulike faktorer, har Arbeidstilsynet valgt å fokusere på fem utvalgte eksponeringer som er vanlige i norsk arbeidsliv. Disse er kvarts (respirabelt krystallinsk silika), asbest, dieseleksos, sveiserøyk og radon. Andre virkemidler, som veiledning, samarbeid med bransjene nasjonalt, samarbeid på europeisk nivå og regelverksutvikling, vil også benyttes for å styrke arbeidet med å forebygge eksponering for kreftfremkallende kjemikalier.

Kunnskap om og forståelse av årsakssammenhenger muliggjør målrettet HMS-arbeid i virksomhetene og regulatoriske risikoreducerende tiltak fra myndighetene. Statens arbeidsmiljøinstitutt er sammen med arbeidsmedisinske avdelinger og bedriftshelsetjenesten viktige samarbeidspartnere for Arbeidstilsynet når det gjelder overvåking og forebygging av kreft. Forskning og kunnskapsformidling knyttet til kjemiske og biologiske forhold er blant instituttets prioriterte områder.

## Målområde 2

# Norge skal være et foregangsland for gode pasientforløp



Pasienter med kreft er en stor og sammensatt gruppe som spenner fra dem med store behov, til dem som i stor grad er selvhjulpne. Det er et mål at alle skal få god oppfølging i, under og etter behandling for kreft, og at pasienter med begrunnet mistanke om kreft er inkludert i pakkeforløp for kreft.

Pasienter med kreft går ofte gjennom komplekse forløp hvor de veksler mellom kontakt med sykehus, fastlege og andre kommunale helse- og omsorgstjenester. For å oppnå trygge og sikre tjenester i et pasientforløp kreves det god logistikk og kommunikasjon i og mellom de ulike behandlingsstedene og behandlingsnivåene for å oppnå en sammenhengende tjeneste.

Mye av den langvarige og helhetlige oppfølgingen av pasienter som lever med kreft, vil være forankret i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange vil ha samtidige behov for tjenester hvor spesialisthelsetjenesten og andre velferdssektorer inngår. Personer med store og sammensatte behov kan ha krav på individuell plan og koordinator. Helsedirektoratets veileder om brukere med store og sammensatte behov har anbefalinger om måter å organisere oppfølging av denne brukergruppen på. Kontaktlegeordningen følges opp i spesialisthelsetjenesten.

Godt organiserte standardiserte pasientforløp med anbefalte forløpstider, pakkeforløp for kreft, skal bidra til å heve kvaliteten i norsk kreftomsorg og legge grunnlaget for mer forutsigbarhet for pasientene. Det er implementert pakkeforløp for 26 ulike krefttyper med anbefalte forløpstider i helsetjenesten. Formålet med pakkeforløp er at pasienter med kreft skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp, uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnet forsinkelse i utredning, behandling og rehabilitering.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal inkludere alle med kreft. Pakkeforløpet skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helsetjenesten samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling.

Kvaliteten i pasientforløpene følges opp på alle nivåer i tjenesten med utgangspunkt i aktuelle aktivitets- og kvalitetsdata og med økt bruk av de nasjonale kvalitetsregistrene for kreft. De nasjonale handlingsprogrammene for kreft skal oppdateres jevnlig med ny kunnskap og beslutninger i nye metoder og ha informasjon om tilpasset behandling for eldre pasienter, rehabilitering og seneffekter.

## Tiårsmål 6

### **Alle pasienter med kreft skal ha tilgang til et Comprehensive Cancer Centre eller et Cancer Centre**

Målet er at alle pasienter skal møte en helsetjeneste som oppfyller høye krav til forebygging, diagnostikk, behandling, oppfølging, oppdatert kompetanse og forskning. God og presis diagnostikk og utredning av kreftsykdom er sentralt for å kunne gi den mest optimale behandlingen tilpasset den enkelte pasient. Derfor skal alle pasienter, uansett bosted, kjønn og ved behov, ha tilgang til den samlede kompetansen i regionen og likeverdig tilgang til et Comprehensive Cancer Centre (CCC) eller et Cancer Centre (CC), eller et nettverk av helsetjenesteinstitusjoner som er koordinert av et CCC/CC.

Kapasiteten innen radiologi og patologi er en flaskehals i utredning og oppfølging av pasienter med kreft samt for forskning. Økt bruk av presisjonsdiagnostikk, persontilpasset behandling og klinisk forskning vil innebære at det tas et økende antall vevsprøver, og at disse analyseres. Samtidig er det økt bruk av radiologi i både diagnostikk, behandling og klinisk forskning og i oppfølging av pasienter med kreft. Dette vil kreve god kunnskap, god prioritering i bruk av personell og økt bruk av digitale hjelpemidler og kunstig intelligens i årene som kommer.

Deler av kreftbehandlingen kan desentraliseres uten tap av kvalitet ved å knytte sykehusene sammen med felles prosedyrer, likt eller likeverdig utstyr, felles informasjonssystem og strukturert samarbeid i hele regionen om enkeltpasienter. På den måten kan det meste av utredningen og oppfølgingen gjøres lokalt, og mer avansert behandling (kirurgi, stråleterapi og særlig komplisert medikamentell behandling) kan gjøres ved de større sykehusene. Det må etableres et strukturert samarbeid for å sikre at ekspertise på regionsykehusene trekkes inn der det er relevant, uavhengig av pasientens bosted, at det er klart hvilke pasienter som skal ha behandling hvor, og at de involverte sykehusene diskuterer enkeltpasienter, der det kan være usikkerhet om riktig behandlingssted.

Alle pasienter skal, uansett bosted, kjønn og ved behov, ha tilgang til den samlede kompetansen i regionen og likeverdig tilgang til et Comprehensive Cancer Centre (CCC) eller et Cancer Centre (CC), eller et nettverk av helsetjenesteinstitusjoner som

er koordinert av et CCC/CC. For å bli godkjent som et Comprehensive Cancer Centre (CCC) må institusjonen eller samarbeidende virksomhet kunne gi pasienttilbud i tråd med gitte krav innen både diagnostikk og behandling knyttet til alle faser av pasientforløpet. Det gjelder alle tilbud fra forebygging via screening, diagnostikk og behandling samt tilbud til kreftoverlevende og pasienter i livets slutfase, som har behov for palliative tilbud. Dette inkluderer likeverdig tilgang til utprøvende behandling, og det kreves at institusjonen er aktiv innen klinisk forskning, har aktivitet innen translasjonsforskning samt innovasjon innen kreftbehandling og diagnostikk. I tillegg til pasientbehandling og forskning er videreutdanning/spesialisering innen kreft for ulike faggrupper en del av ansvaret til et CCC. For å bli godkjent som et Cancer Centre (CC) stilles det ikke like høye krav til for eksempel volum av aktivitet, diagnostisk høyspesialisert infrastruktur og forskningsaktivitet som til et CCC. Et CCC har et vesentlig større krav til volum av forskningsaktivitet enn CC, men også til type forskning innenfor basalforskningen.

Oslo universitetssykehus HF ble akkreditert som Comprehensive Cancer Centre (CCC) i 2017 og fikk ny godkjenning i 2023. Det er foreløpig det eneste akkrediterte senteret i Norge. Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF forbereder påmelding til akkrediteringsprosess som Cancer Centre (CC). De tre andre regionale helseforetakene har alle startet prosessen med å etablere et CCC.

## Tiårsmål 7

### **Pasienter med kreft er inkludert i pakkeforløp hjem for pasienter med kreft**

De nasjonale pakkeforløpene er godt etablert i kreftbehandling, og de nasjonale målene for disse videreføres. Men vi ser at for den kommende tiårsperioden må det legges inn en ekstra innsats for å sørge for at alle kreftpasienter også inkluderes i pakkeforløp hjem, for å sikre god livskvalitet, helse og mestring, og at pasienter ikke opplever utrygghet i vekslingen mellom nivåer i tjenesten. Dette blir stadig viktigere når flere overlever kreft.

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helsetjenesten samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft fokuserer på å kartlegge pasientenes behov som går ut over selve kreftbehandlingen, og oppfølging etter behandling. Pakkeforløpet omfatter tre samhandlingspunkter; det første i spesialisthelsetjenesten og de to siste i kommunen, 3–4 måneder og 12–18 måneder etter kreftdiagnosen.

Samhandlingspunktene består av samtaler med pasienten og eventuelt pårørende, inkludert 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 en kurativ eller palliativ intensjon. Pasienter som får tilbakefall, inkluderes også i pakkeforløpet.



I alle helseregioner pågår det et arbeid med å etablere en god struktur for gjennomføring av kartleggingssamtalene og oppfølging av avdekkede behov som er beskrevet i pakkeforløp hjem. Helsedirektoratet skal blant annet følge med på statistikken som viser hvor mange pasienter i hver helseregion som har gjennomført en behovskartlegging i spesialisthelsetjenesten. Ikke alle pasienter ønsker eller har behov for en kartleggingssamtale, men det forventes at tallene for gjennomførte samtaler vil øke i årene framover. I kommunene er det naturlig at fastlegene følger opp pasientene, og gjennomfører samtalene i pakkeforløpet, men kommunene kan også benytte annet egnet helsepersonell, som for eksempel kreftsykepleier/kreftkoordinator.

### **Boks 1.3 Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft**

Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft skal bidra til å sikre god struktur og logistikk i helsetjenesten samt sikre trygghet og forutsigbarhet for personer som lever med kreft, eller etter endt kreftbehandling. Pakkeforløpet omfatter også barn.

Pakkeforløpet skal bidra til:

- økt fokus på livskvalitet, god helse og mestring
- mer systematisk avdekking av pasientens individuelle behov, dvs. behov som går ut over kreftbehandling og oppfølging, og som er tilknyttet pasientens livssituasjon, og hva som er viktig for den enkelte pasient
- at pasientens behov blir fulgt opp gjennom tydelig kommunikasjon til andre tjenesteytere, og plassering av ansvar for videre oppfølging
- mindre uønsket variasjon i pasientens oppfølging etter en kreftdiagnose, uavhengig av hvor i landet de bor
- sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner
- bedre samhandling mellom aktørene som har kontakt med pasienten
- økt trygghet for pasienten når pasienten overføres mellom tjenestenivåene

Kilde: Helsedirektoratet

[Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft - Helsedirektoratet](#)

### Målområde 3

## 🎗 En mer brukerorientert kreftomsorg



Pasienter med kreft og deres pårørende skal ha gode muligheter for medvirkning i behandling og oppfølging. For å kunne medvirke og bidra i egen behandling må pasienter ha tilgang til informasjon og verktøy som gjør dem i stand til å følge opp og delta i dette. Den enkeltes helsekompetanse vil også være av betydning for hvor enkelt det oppleves å delta i valg om behandling. Digitale løsninger vil kunne bidra med beslutningsstøtte og valg av behandling. Det er viktig at det utarbeides og tilbys informasjon og kommunikasjonsmuligheter som tar hensyn til helsekompetanse, språk og kultur, herunder samisk språk og kulturforståelse. Det må også utarbeides informasjon og kommunikasjonsmuligheter for pasienter og pårørende som ikke ønsker eller kan benytte seg av digitale løsninger.

Pasienter med kreft skal ha en reell mulighet til samvalg. Dette er spesielt viktig for pasienter med kort forventet levetid og for pasienter der det er aktuelt med alternative behandlingsformer. Målet med samvalg er at pasienten, sammen med helsepersonell, kan foreta valg i tråd med pasientens egne verdier og preferanser.

### Tiårsmål 8

#### **Alle pasienter med kreft som ønsker det, og deres pårørende skal få tilbud om individuell, digital oversikt over pasientforløp og digital hjemmeoppfølging**

Målet er å gi pasienter og pårørende enkel tilgang til digitale løsninger som gir oversikt og styrker muligheten til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg og legge til rette for digital hjemmeoppfølging. Gjennom disse tjenestene skal pasienter få relevant informasjon om sitt pasientforløp, både om diagnose og behandling, men

også hva som kan være god oppfølging etter behandling. Det må bli lettere å dele informasjon med pårørende og å kunne kommunisere digitalt både med sykehus og kommunal helsetjeneste.

Målet er at beslutninger tas i samråd med pasienten, og at gode og kvalitetssikrede verktøy gjør det enklere for pasienter å sette seg inn i problemstillinger som kan oppstå. Data fra medvirkningsprosessen vil også bli viktigere fremover for å forbedre tjenestene, slik at vi i større grad kan tilpasse oss pasientenes behov.

Det er den digitale plattformen Helsenorge.no som er hovedinngangen til informasjon om offentlige helse- og omsorgstjenester. Appen Helsenorge eller nettstedet [Helsenorge.no](https://helsenorge.no) bidrar til å gi innbyggerne bedre oversikt og innsyn og gjør det mulig å ta mer aktivt del i oppfølgingen av egen helse.

I dag har Helsenorge informasjon om kreftsykdommer, forebygging, diagnostikk og behandling. Det finnes også informasjon om pakkeforløp for kreft og pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Videre er det etablert tjenester for innsyn i egen journal i spesialisthelsetjenesten og tilgang til informasjon om forskrevne legemidler. Helsenorge har tjenester for digital dialog med fastlege, som ble brukt av nesten 86 prosent av fastlegene i 2024. Det inkluderer tjenester for reseptfornyelse, timereservasjon og e-konsultasjon. Det er også muligheter for tjenester for digital dialog med pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, som inkluderer tjenester for varsel og tilgang for pårørende. Tjenestene for digital dialog med pleie- og omsorgstjenesten er foreløpig ikke tilgjengelig for hele befolkningen. Kommuner som har tatt i bruk tjenesten, dekker i dag om lag 50 prosent av befolkningen. Pårørende kan få tilgang til informasjonen gjennom en samtykkeløsning.

Digital hjemmeoppfølging innebærer at helsetjenesten kan følge opp pasienten hjemme. Pasienter kan, etter avtale med helsetjenesten, motta digital hjemmeoppfølging gjennom utvalgte velferdsteknologiske løsninger og helseapper som pasienten bruker selv, eller får hjelp til å bruke. Selvutførte målinger, for eksempel av puls og blodtrykk eller svar på egenkartleggingskjemaer av bivirkninger av kreftbehandling, overføres til helsepersonell. Helsepersonell kan da svare og komme med tiltak. Pasientens måledata tilrettelegger for at informasjon om pasienten kan deles på tvers. Med digital hjemmeoppfølging basert på pasientrapporterte opplysninger, kan pasientene følges opp ved behov, istedenfor sykehus- og kalenderstyrt oppfølging med faste tidsintervall. I alle helsefelleskapene og i mange kommuner innføres ulike former for hjemmeoppfølging. Kreftforeningen har i en pasientundersøkelse fra 2022 vist at pasienter med kreft er positive til å ta i bruk digital helseteknologi, og at de ønsker digital hjemmeoppfølging.

## Tiårsmål 9

### **Pasienter med kreft har verktøy for medvirkning og samvalg, og data fra disse verktøyene brukes til å forbedre tjenesten**

Behov og ønsker kan variere fra person til person. Brukermedvirkning sammen med god informasjon og involvering av pasienten i valg av egen behandling er viktig for den enkelte og for å utvikle kreftomsorgen. Pasienter forventer innsikt i helseopplysninger, flere muligheter til å løse oppgaver selv og mulighet til å medvirke og tilpasse behandling og oppfølging til sin livssituasjon. Brukermedvirkning innebærer blant annet invitasjon til samvalg og tilbud om samvalgsverktøy, som handler om å gi tilstrekkelig og kunnskapsbasert informasjon, etterfulgt av en god kommunikasjonsprosess. Det er viktig at pasienter får korrekt informasjon om forventet effekt av behandlingen og eventuelle bivirkninger, ikke minst palliativ (lindrende) behandling når kurativ (helbredende) behandling ikke er mulig. Pasienten må få en reell mulighet til å reflektere over hvilke ønsker han eller hun har for den siste tiden av livet.

Hvis brukermedvirkningen skal være reell, må pasienten ha kompetanse og kapasitet til å ta inn informasjon. Pasienters helsekompetanse har stor betydning for at de skal kunne forstå og dra nytte av helseinformasjon, råd og veiledning fra helsepersonell. Undersøkelser om helsekompetanse i Norge viser at mange (en av tre) har lav helsekompetanse (Helsedirektoratet). Tjenestestedene har ansvar for at nødvendig og nyttig informasjon blir gjort tilgjengelig for alle brukere, og helsepersonell har plikt til å tilpasse informasjonen til pasientenes forutsetninger for å forstå hva som blir sagt eller skrevet.



## Tiårsmål 10

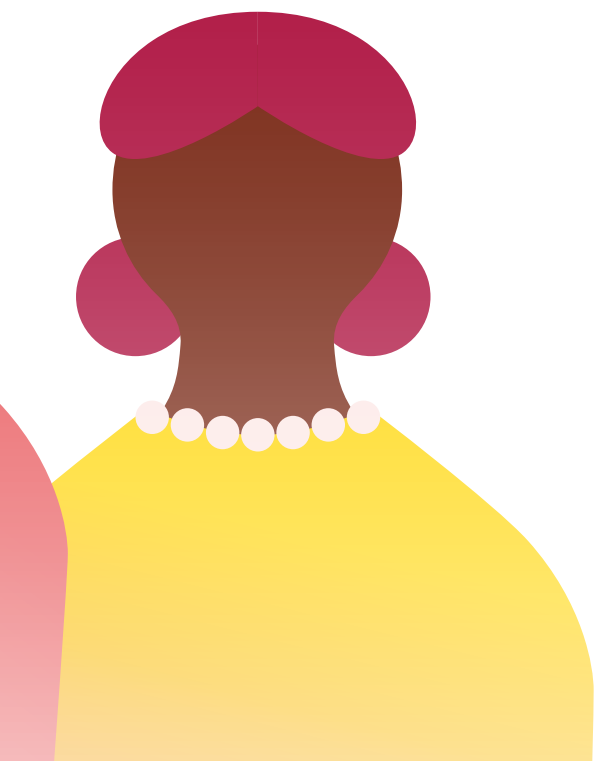
### **Gå fra kalenderstyrte til behovstyrte kontroller der det er forsvarlig og til beste for pasienten**

Målet er at pasienter som tar i bruk digitale verktøy, opplever økt deltakelse og medvirkning, færre unødvendige oppmøter på sykehuset og at de mottar trygg og god kreftbehandling. Stadig flere pasienter følges opp i hjemmet gjennom spørreskjemaer som sendes digitalt.

Sykehuset setter ikke opp faste timer til pasienter med kroniske lidelser, men bruker et standardisert spørreskjema som sendes pasienten elektronisk. Den digitale løsningen gjør at pasientene får oppfølging når de har behov for det, og de spares for unødvendige sykehusbesøk. Behovsstyrt poliklinikk med digital oppfølging frigjør ressurser og har stor betydning for kapasiteten i poliklinikken. Svarene vurderes elektronisk, kontrolleres av sykepleier og av lege ved behov. Pasientene kan også sende inn skjemaet på eget initiativ ved behov.

Samtidig vil det være situasjoner der legen må kunne undersøke pasienten fysisk, og der man med intervaller som er planlagt og legestyrt, kan finne tilbakefall tidlig, kanskje før det er symptomer, og få startet behandling.

Når flere pasienter bruker digital kommunikasjon, kan det frigjøre ressurser som gjør det lettere for helsetjenesten å følge opp pasienter som ikke mestrer slike verktøy. Erfaringene fra Nasjonalt velferdsteknologiprogram viser at bruk av digitale verktøy sparer tid for helsepersonell, øker kvaliteten på tjenesten, gir større grad av mestring og fleksibilitet for pasientene, reduserer stress og gir jevnere arbeidsmengde og bedre samhandling for helsepersonellet. Det er et mål i Nasjonal e-helsestrategi at digitalt utenforskap reduseres, ved at tjenestene er differensiert og tilpasset individuelt, slik at «ikke-digitale innbyggere» får like god tilgang til helsetjenester som innbyggere som benytter digitale løsninger.



## Målområde 4

# Flere skal overleve og leve lenger med kreft og etter kreft



Regjeringen ønsker at Norge skal være blant de landene i verden som har høyest fem års overlevelse etter en kreftdiagnose. Norge skal ha lavest kreftdødelighet, og pasienter med kreft skal tilbys diagnostikk, behandling, oppfølging og rehabilitering på et høyt internasjonalt nivå i vår felles helsetjeneste. Det er samtidig viktig å unngå overbehandling fordi dette både kan forkorte livet til pasienter med kreft og redusere livskvaliteten deres.

Tidlig oppdagelse av kreftsykdom kan redde liv. Vi ønsker at det tar kortere tid fra ny forskning viser at et tiltak har dokumentert effekt, til det kommer pasienten til gode, så lenge tiltaket er innenfor gjeldende prioriteringskriterier. Nye og bedre behandlingsformer bidrar til økt overlevelse etter kreftsykdom. Det at flere overlever og lever lenger med kreft, gjør også at flere pasienter lever med seneffekter etter kreftbehandling. Nye behandlingsmetoder kan imidlertid bidra til å redusere risikoen for bivirkninger og seneffekter. I 2025 starter man med protonterapi i Oslo og Bergen, og pasienter i alle regioner skal sikres likeverdig tilgang til protonbehandling.

## Tiårsmål 11

### **Alle pasienter skal få rett behandling og oppfølging til rett tid gjennom god prehabilitering og gode prioriteringer**

Hensikten med dette målet er at utredning og behandling ved påvist kreftsykdom blir gitt med et innhold og en framdrift som sikrer et best mulig sluttresultat, og reduserer belastningen ved å gjennomføre planlagte behandlingsforløp. Nye metoder som tilfredsstillende nasjonale prioriteringskriterier, gjøres tilgjengelig så raskt som mulig.

Alle pasienter med påvist kreftsykdom skal få utredning og behandling i samsvar med den tidsplanen og det medisinske innholdet som framgår av det aktuelle pakkeforløpet og den aktuelle nasjonale handlingsplanen, der slike finnes. Dette fravikes bare når individuelle forhold, for eksempel annen sykdom eller komplikasjoner, gjør dette nødvendig. Der det ikke finnes pakkeforløp eller nasjonal handlingsplan, legges det en individuell plan for den enkelte pasient som skal bygge på den samme tankegangen.

Ved uhelbredelig kreftsykdom har man klare mål for behandling rettet mot kreftsykdommen ved behandlingsstart. Man har også en plan for hvordan nytte, bivirkninger og eventuelt senere bortfall av nytte skal fanges opp og følges opp, slik at man unngår overbehandling med tilhørende bivirkninger og belastninger for pasient og pårørende.

Prehabilitering, det vil si tiltak som settes inn før behandlingen, vurderes og tas inn i pakkeforløp og handlingsplaner for den enkelte kreftform i den grad dette er evidensbasert.

Prioritering ved innføring av nye behandlingsmetoder følger gjeldende nasjonale prioriteringskriterier. Prosessen fram til beslutning om innføring skal skje så raskt som mulig, der man også trekker inn og ansvarliggjør aktuelle leverandører for å få en rask prosess. Når beslutning om innføring er tatt, blir denne raskt gjort kjent for tjenesten, både gjennom direkte kommunikasjon og ved at informasjon om den nye metoden blir tatt inn i gjeldende nasjonale handlingsplaner. Det kan også skje ved at beslutningen tas inn som vedlegg til handlingsplanen, slik at den raskt er tilgjengelig for behandlende leger, på Helsedirektoratets nettside ([Helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no)).

Behandling av kreft kan påvirke kroppens evne til å spise og fordøye maten og evnen til å ta til seg næring. Mange pasienter har behov for individuell oppfølging relatert til mat og ernæring. Sykdomsrelatert underernæring og uønsket vektoppgang som følge av behandlingen kan forebygges. Personell med kompetanse om ernæring kan bidra til bedre ernæring for personer med kreft.

Tall fra Helsedirektoratet viser at under halvparten av norske sykehus har en ernæringsstrategi for pasientene sine. I arbeidet med oppfølging av kreftstrategien må vi sørge for at alle sykehus får dette. Sentrale retningslinjer er blant annet Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring og den kommende retningslinjen for mat og måltider i (helse)institusjoner.

I arbeidet med *God og riktig mat hele livet – Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester* ble det i 2020 opprettet et modellutviklingsprogram for klinisk ernæringsfysiolog som ressurs i omsorgstjenestene. Fra 2025 utvides modellutviklingsprogrammet til å gjelde hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ordningen skal bidra til økt forebyggende innsats og styrket oppfølging av flere målgrupper med ernæringsutfordringer i kommunene.

## Tiårsmål 12

### **Alle med kreft skal, når det er relevant for behandlingsvalg, få tilbud om gentest som en del av en utvikling for å bidra til å gjøre Norge ledende innenfor presisjonsmedisin**

Når det er relevant for videre behandlingsvalg, er det viktig at pasienten får god og presis utredning og diagnostikk av kreftsykdommen, slik at behandlingen pasienten mottar, er optimal og best mulig tilpasset den enkelte pasient. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin har som mål at persontilpasset medisin skal bli en integrert del av helsetjenesten.

#### **Boks 1.4 Gentest**

Gentesting er å undersøke DNA-sekvensen i ett eller flere gener i svulstvevet for å få informasjon som kan gi mulighet for bedre medisinsk forebygging og behandling. Gentesting brukes i hovedsak for å finne genetiske endringer som kan være angrepspunkter for legemidler eller andre individuelt tilpassede behandlinger. Tradisjonelt har de vanligste kreftformene vært behandlet med kirurgi, eventuelt etter strålebehandling, eller etterfulgt av legemidler og/eller strålebehandling. Nå er dette i endring ved at rekkefølgen av behandlingsmetodene individualiseres, for eksempel ved at legemidler blir gitt før (og evt. også etter) kirurgi, eller før eller samtidig med stråleterapi. Ingen pasienter med kreft har nøyaktig den samme kreftsvulsten, og en behandling som fungerer på noen, kan ha liten effekt på andre. Persontilpasset behandling innebærer å gi pasienter en mest mulig skreddersydd behandling.

I løpet av strategiperioden vil det skje en utvikling når det gjelder gentester og annen presisjonsdiagnostikk. Dette gjelder både hva som kan analyseres, hvor omfattende analysene kan være, hvor raskt analysene kan gjøres og evnen til å tolke kompliserte analysesvar. Samtidig vil det komme nye behandlingsmetoder der presisjonsdiagnostikk vil være avgjørende for når de nye metodene skal og ikke skal brukes. Nye tiltak innenfor persontilpasset medisin må vurderes etter de samme prioriteringskriteriene som andre nye metoder man vurderer å innføre i helsetjenesten.

Pasientens behov for presisjonsdiagnostikk kan oppstå i alle deler av kreftforløpet. Vurderingen av når det er relevant, vil basere seg på i hvilken grad presisjonsdiagnostikken får følger for behandlingsvalget, inkludert eventuell deltakelse i kliniske studier. Et mer utbredt tilbud om presisjonsdiagnostikk vil kunne gjøre Norge til et mer attraktivt land for gjennomføring av kliniske studier. Å tilby flere pasienter gentester i kreftforløpet er et av flaggskipene i EUs kreftplan.



## Tiårsmål 13

### Det skal opprettes en katapult innenfor helseområdet

Norsk katapult er en ordning som skal bidra til etablering og utvikling av nasjonale flerbrukssentre for testing, pilotering, simulering og visualisering. En satsing vil kunne bidra til at vi får mer innovasjon, raskere omstilling og styrket konkurransekraft innenfor helseområdet.

#### Boks 1.5 Katapult på helseområdet

Katapultordningen ble opprettet i 2017. Den forvaltes av Siva i samarbeid med Innovasjon Norge og Norges forskningsråd.

Det er til nå etablert fem sentre under katapultordningen:

- Manufacturing Technology Norwegian Catapult Centre (Sintef Manufacturing, NCE Raufoss), Raufoss – 2017
- Future Materials Norwegian Catapult Centre (Elkem AS i samarbeid med flere industriaktører og klynger på Sørlandet) – 2017
- Sustainable Energy Norwegian Catapult Centre (SMIA), Stord – 2018
- Ocean Innovation Norwegian Catapult Centre (OIC), Bergen – 2018
- DigiCat Norwegian Catapult Centre ÅKP Blue Innovation Arena AS, Ålesund – 2018

Katapultordningen er utvidet med testfasiliteter i distriktene, og åtte katapultnoder ble utnevnt høsten 2024. Katapultnodene skal gi bedrifter over hele landet lettere tilgang til testfasiliteter og industrikompetanse slik at ideer utvikles raskere, bedre og med mindre risiko.

I sentrene skal bedrifter kunne teste, simulere og visualisere teknologier, komponenter, produkter, løsninger, tjenester og prosesser. Regjeringen har høye ambisjoner om etablering av en katapult innenfor helseområdet, og den vil styrke dagens katapulttilbud for at helsenæringen i større grad kan dra nytte av ordningen. Lett tilgang til ekspertise, utstyr og hensiktsmessige lokaler skal gjøre veien fra konseptstadiet til markedsintroduksjon enklere. Innenfor helse er det tre produktområder: legemiddelproduksjon, digital helse og medisinsk utstyr. De etablerte katapultsentrene, som forvaltes av Selskapet for industrivekst (Siva), tilbyr kompetanse, testing og verifisering innenfor deler av de tre produktområdene.

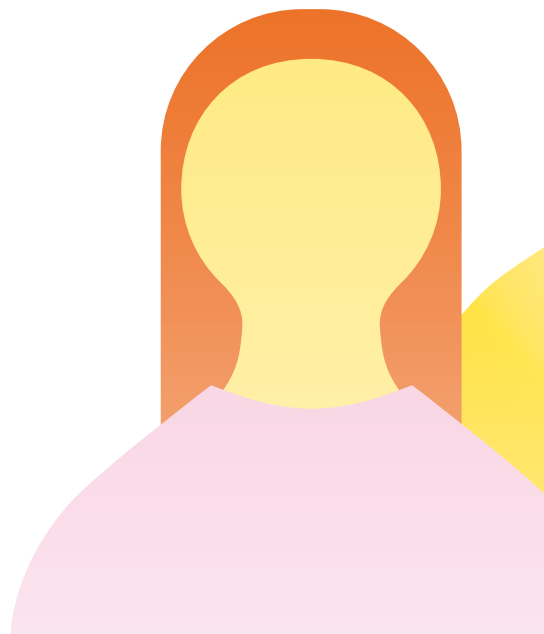
## Tiårsmål 14

### **Norsk kreftforskning skal være verdensledende**

Målet om at norske kreftforskere fortsatt skal være verdensledende innenfor enkelte fagområder og få gjennomslag både i nasjonale og internasjonale utlysninger av forsknings- og innovasjonsmidler, er viktig. Dette fordi forskning og innovasjon av høy kvalitet og relevans gir tjenestene ny kunnskap om hvordan kreft kan diagnostiseres og behandles, og samfunnet får mer kunnskap om kreftforekomst i befolkningen og hvordan kreft kan forebygges. Norske forskere skal ha et bredt internasjonalt forsknings samarbeid som bidrar i den internasjonale kunnskapsbanken.

Forskere i Norge skal ha en aktiv rolle i EUs viktige initiativ på kreftområdet, slik som EUs kreftplan og Cancer Mission. Samarbeid med forskere fra andre land kan gi verdifull innsikt som kan bidra til å optimalisere behandlingen av kreftpasienter, også på tvers av landegrenser og kontinenter. At norske forskere er aktive deltakere i konferanser og som internasjonale eksperter, kan gi økt samarbeid med helsenæringen om kliniske studier.

Norge med sine gode helsedata har et stort fortrinn innenfor forskning, innovasjon og næringsutvikling. Regjeringen vil legge til rette for enklere, raskere og tryggere bruk av data til behandling, forskning og kvalitetsforbedring samt til statistikk og analyser. Samlet organisering av Kreftregisteret og de andre nasjonale helseregistre i Folkehelseinstituttet skal bidra til å styrke dette arbeidet. Kreftstatistikk av høy kvalitet fra befolkningsbaserte kreftregistre i Europa er sentralt for at målene i EUs kreftplan skal lykkes. Kreftregisteret ved Folkehelseinstituttet har fått en viktig rolle i å lede arbeidet med å styrke kreftregistrene i Europa gjennom myndighetssamarbeidet Cancer Watch. Dette arbeidet skal bidra til at kreftregistre i Europa samlet sett skal få bedre kvalitet, og at data blir mer harmonisert og mer fullstendige. Samtidig skal Cancer Watch sørge for at kvalitetssikret statistikk raskere tilgjengeligjøres på den europeiske plattformen European Cancer Information System.



## Tiårsmål 15

### **Antall kreftpasienter som deltar i kliniske studier, skal doubles**

Det er et mål at dobbelt så mange pasienter med kreft skal inkluderes i kliniske studier. Et grovt anslag tilsier at dette utgjør ca.15 prosent, men det vil være variasjoner i antallet pasienter som deltar i kliniske studier, avhengig av hvilken kreftform pasienten har. Gjennom deltakelse i kliniske studier kan pasienter få mulighet til å prøve ut ny behandling og bidra til utvikling av ny kunnskap. For helsepersonellet er muligheten til å drive med forskning og fagutvikling motiverende.

Regjeringen har en ambisjon om at klinisk forskning på sikt skal være en integrert del av all pasientbehandling og klinisk praksis. Regjeringen ønsker å videreføre den langsiktige satsingen på kliniske studier og vil i løpet av 2025 videreutvikle den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier.

Tilgang til kliniske studier bør vurderes tidlig i behandlingsforløpet til pasienter som kan ha nytte av det. Samtidig vil deltakelse i kliniske studier være relevant i alle faser av kreftsykdommen. Det er et mål at det er mest mulig likeverdige muligheter for deltakelse i kliniske studier, uavhengig av blant annet krefttype, alder, kjønn, etnisitet og geografi, jf. tiårsmål nr. 5 (om CCC og CC).



## Målområde 5

# 🦋 Best mulig livskvalitet for pasienter med kreft og deres pårørende



Kreftbehandling kan være en stor belastning og påvirke både fysisk og psykisk helse. Rehabiliteringstiltak som ivaretar pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov, bør være mest mulig integrert i behandlingsforløpene.

Mange vil ha behov for hjelp til å mestre de psykososiale utfordringene ved sin sykdom. Det er derfor viktig med god kompetanse om psykososial støtte i helse-tjenesten for å kunne gi et godt tilbud til pasienter med kreft og deres pårørende. Fastlegen møter ofte pasienten både under og etter behandling, og er i mange tilfeller i en nøkkelposisjon for å kunne se pasientens behov. Ved sykehusene som behandler pasienter med kreft, bør det jobbes tverrfaglig for å sikre et godt tilbud om psykososial oppfølging, med mulighet for kontakt med sosionom, prest, psykolog, kreftsykepleier med flere.

For mange pasienter vil hjelp fra eget nettverk og å bli møtt med omsorg og støtte fra helsepersonell på sykehuset og kommunehelsetjenesten (inkludert fastlege) være tilstrekkelig til at pasienten opplever mestring og livskvalitet, til tross for sykdom. En del pasienter vil imidlertid oppleve behov for ytterligere psykisk helsehjelp, enten i kommunen eller ved henvisning til psykolog eller psykiater.

Rehabilitering og annen oppfølging inkluderer bistand og veiledning om hva pasienten kan gjøre selv for å bedre sin situasjon. Det finnes flere tilbud i regi av eller i samarbeid med frivillige organisasjoner, pasient- og brukerorganisasjoner og likepersonstjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Mange kommuner har frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, og det er etablert tilbud på Vardesentre og Pusterom på sykehus.

Det er viktig at pasienter med en kreftdiagnose som ønsker å stå i arbeid under og etter kreftbehandling, får mulighet til dette. Det må derfor tilrettelegges for at disse pasientene kan komme tilbake på jobb.

De pårørende ivaretar ofte store deler av omsorgen for pasienten. Omsorgen fra familie og andre nære personer er en betydelig ressurs i et samfunnsperspektiv. Samtidig vil de pårørende ha egne utfordringer og behov som må ivaretas. Barn av pasienter med alvorlige helseproblemer er særlig utsatte og sårbare. Helsetjenesten skal derfor bidra til at mindreårige barn som er pårørende til alvorlig syke pasienter, får nødvendig informasjon og oppfølging.

Mange pasienter med kreft har behov for lindrende behandling (palliasjon) fra kreftdiagnosen stilles og underveis i forløpet. Lindrende behandling bør gis i et samarbeid mellom fastlegen, spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og den må være tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Ofte vil pårørende ha en viktig rolle når det gjelder planlegging av lindrende behandling.

Behovet for palliasjon bør vurderes i hele sykdomsforløpet, ikke bare ved livets slutt. Palliasjon bør integreres i ordinær onkologisk omsorg tidligst mulig i sykdomsforløpet, sammen med annen behandling som har til hensikt å forlenge livet. Ved behov for avanserte palliative tiltak vil pasienten kunne henvises til palliative team/spesialavdelinger.

Ifølge Verdens helseorganisasjons definisjon skal palliasjon hindre og lindre lidelse gjennom tidlig identifisering, grundig kartlegging og behandling av smerte og andre problemer, enten de er fysiske, psykiske, sosiale eller åndelige/eksistensielle. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten (voksne og barn) og de pårørende. Det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen gir anbefalinger om palliativ behandling og omsorg både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

## Tiårsmål 16

### **Alle pasienter med kreft som ønsker det, skal kunne kombinere behandling og arbeid eller utdanning**

Det er et mål at alle pasienter med en kreftdiagnose som ønsker å stå i arbeid under og etter kreftbehandling, får støtte til det, og at pasienter med kreft skal kunne kombinere behandling og arbeid eller utdanning. Enkelte opplever dette som utfordrende, og det må ofte tilrettelegges for at disse pasientene kan komme tilbake i jobb. Det er et mål at flere pasienter i arbeidsfør alder beholder tilknytningen til arbeidslivet under og etter kreftbehandling, og at det er tilrettelagt for dette. I forbindelse med EUs flaggskip om bedre livskvalitet er det blant annet igangsatt en studie om retur til arbeidslivet.

Om lag 17 000 personer i arbeidsfør alder rammes av kreft hvert år. En undersøkelse gjennomført av Kreftforeningens brukerpanel, har vist at 66 prosent av dem som var i jobb (deltid eller fulltid) før de fikk en kreftdiagnose, er tilbake i

jobb etter behandling. Undersøkelser viser også at mange ønsker et mest mulig normalt liv både under og etter endt behandling, herunder å delta i arbeidslivet. Dette setter nye krav til helsetjenesten, arbeidsgiver og samfunnet.

På Navs nettsider (nav.no) er det informasjon om rettigheter og hvilke muligheter som finnes for langvarig syke som ønsker å jobbe.

## Tiårsmål 17

### **Det skal gis helhetlig støtte til pårørende som en del av kreftomsorgen**

Pårørende er en stor ressurs for pasienten, men det er viktig at helsetjenesten tar hensyn til at langvarige sykdomsforløp også krever involvering av pårørende. Derfor er det et mål at helse- og omsorgstjenesten involverer og gir støtte til pårørende til personer med kreft. For pårørende innebærer dette å være verdsatt, ivaretatt, bli lyttet til og involvert, så langt pasienten selv ønsker og aksepterer det.

Når kreftdiagnosen er stilt, endres livet og livssituasjonen både for pasient og pårørende. De pårørende ivaretar ofte store deler av omsorgen for pasienten. Omsorgen fra familie og andre nære personer er en betydelig ressurs også i et samfunnsperspektiv. Samtidig vil de pårørende ha egne utfordringer og behov som må ivaretas.

Helsedirektoratets pårørendeveileder handler om involvering av og støtte til pårørende, og den 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 alderstilpasset informasjon og oppfølging.

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 § 2-5c.

Flere alvorlig kreftsyke pasienter ønsker å være hjemme så mye og så lenge som mulig. Med godt samarbeid mellom pasient, pårørende og kommune- og spesialisthelsetjenesten bør det legges til rette for dette. I noen tilfeller kan hjemmesykehus være aktuelt. Hjemmesykehus er definert som spesialiserte tjenestetilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme.





Utgitt av:  
Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:  
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
[publikasjoner.dep.no](http://publikasjoner.dep.no)  
Telefon: 22 24 00 00  
Publikasjoner er også tilgjengelige på:  
[www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)  
Publikasjonskode: I-1223 B

Design og illustrasjon: Melkeveien Designkontor AS  
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon  
02/2025 – opplag 500