



## **Helsedirektoratet- høring Mammografiscreeningen 29. mai 2026**

### **Er prioriteringskriteriene tilstrekkelig belyst og vurdert?**

Helsedirektoratets samlede vurderinger av prioriteringskriteriene sier at det knyttes stor usikkerhet i de helseøkonomiske analysene og anslagene for ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio). ICER er videre anslått for de ulike strategiene knyttet til ulike aldersgrupper, der yngre aldersgrupper har et lavere anslag enn eldre aldersgrupperinger. Selv om det knyttes stor usikkerhet til de helseøkonomiske analysene virker det umiddelbart logisk at ICER er estimert lavere for yngre aldersgrupperinger, dette samsvarer med og støtter opp om det generelle kunnskapsgrunnlaget som taler mer for en utvidelse av mammografiscreeningen nedover i alder.

Vi mener at av de tre prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighet – er alvorlighetsgraden for den kreftformen som screeningen er ment for, det prioriteringskriteriet som har fått minst plass i rapporten. Brystkreft er fortsatt den vanligste kreftformen blant kvinner i Norge, og nye tall fra Folkehelseinstituttet og Kreftregisteret viser at stadig flere får påvist sykdommen. 4528 kvinner og 30 menn fikk brystkreft i Norge i 2025. Dette gjør brystkreft til den tredje vanligste kreftformen totalt, og den klart vanligste blant kvinner.

For brystkreft er tidlig oppdagelse viktig og der har mammografiscreeningen en viktig funksjon og berettigelse. Vi knytter og mammografiscreeningen til et folkehelse- og forebyggings perspektiv samt til de ambisiøse mål for diagnostikk og behandling av kreft i Norge – eksemplifisert i Nasjonal kreftstrategi (2025-2035) – Felles innsats mot kreft.

Perspektiver på mammografiscreeningens rolle i nasjonale strategier for kreft og folkehelse mangler utdypende drøftinger, knyttet til prioriteringskriteriene og vurderinger av alvorlighetsgrad.

### **Er utfordringer knyttet til mangel på helsepersonell tilstrekkelig belyst og vurdert?**

En utvidelse av mammografiscreeningen for flere aldersgrupper vil kreve tilgang på mer personell, først og fremst radiologer og radiografer. Det er løftet fram i rapporten at personellbehovet kan være overestimert, spesielt er det pekt på at behovet for radiologer er overestimert. Rapporten peker på at en full utvidelse til 45 – 74 år vil kreve 20 ekstra årsverk for radiologer og 45 ekstra årsverk for radiografer. For radiologer virker

dette som et noe høyt anslag, tatt i betraktning av at nåværende mammografiscreening belastes med 6,5 årsverk for radiologer, isolert til lesning av mammografibildene.

( How much radiologist time can be saved by implementing AI in screen-reading mammograms? | European Radiology | Springer Nature Link.)

En fremtidig implementering av kunstig intelligens i screeningen vil kunne redusere behovet for radiologer, noe erfaringer fra Sverige og Danmark har vist. AIMS studien i Norge vil eventuelt kunne vise lignende resultater. Samlet sett heller vi derfor til at behovet for radiologårsverk er noe overestimert i rapporten, spesielt når en ser til mulighetene som bruk av kunstig intelligens vil gi i en fremtidig screening.

Noe av det samme kan sies om behovet for ekstra årsverk for radiografer. Behovet for nye årsverk virker å være anslått noe sjablonmessig for begge grupper, i det en heller ikke har tatt inn mulige endringer i organiseringen av screeningen dersom en utvider for nye aldersgrupper. Vi tenker da på muligheten for oppgavedeling og dermed se på personalbehovet i tjenesten mer samlet. Det kan for eksempel være fornuftig å systematisere oppgaver knyttet til oppfølging av deltagerne i screeningen ved behov for biopsier/prøvetaking og kommunikasjon med, i hovedsak kvinner, i screeningprogrammet. Vi har etter hvert god erfaring med at radiografer utfører biopsier som en oppfølging av funn. En mer systematisk tilnærming på dette området vil kunne redusere belastningen på radiologårsverk, men vil da kunne øke behovet for antall radiografer. Det er noe uklart i hvilken grad dette er perspektiver som er vurdert nærmere og samlet i den helseøkonomiske rapporten.

Det er forventet økt etterspørsel på radiologer og radiografer, vi mener derfor at tjenestene må vurdere fordeling av oppgaver og bruke tilgjengelige personellressurser mest mulig effektivt.

### **Innspill til anbefalingene om å ikke utvide aldersgruppene i Mammografiprogrammet ned til 45 år og/eller opp til 74 år**

En anbefaling om å ikke utvide mammografiprogrammet ned til 45 år og opp til 74 avviker fra EU- anbefalinger for mammografiscreening. Kunnskapsoppsummeringer viser at organisert screening reduserer brystkreftdødeligheten også for disse gruppene og EU har en betinget anbefaling om å utvide tilbudet til kvinner i alderen 45–49 år og 70–74 år.

En utvidelse i tråd med EU- anbefalinger vil gi mammografiprogrammet en sterkere rolle inn i en folkehelse- og forebyggingsstrategi og vil gi norske kvinner et like godt tilbud som i vårt naboland Sverige.

## **Innspill til mulig anbefaling om å utvide Mammografiprogrammet til å inkludere aldersgruppen 48 og 49 år**

En utvidelse av mammografiprogrammet til å inkludere aldersgruppen 48 og 49 år er et skritt i riktig retning, men er mer å anse som et halvgodt kompromiss. I rapporten sies det at dersom en skal velge en utvidelse av aldersgruppene, gir det foreliggende kunnskapsgrunnlaget og utredningens vurdering i henhold til prioriteringskriteriene, støtte for utvidelse nedover i alder heller enn oppover.

Med det i mente mener vi at en nå bør utvide mammografiprogrammet til å gjelde aldersgruppene ned til 45 år. En delt løsning der en tar et skritt i en retning og utvider ned til 45 år vil lettere la seg gjennomføre og tilpasses nåværende kapasitet og behov for nye ressurser inn i programmet.

En utvidelse nedover er i tråd med EU- anbefalinger som inkluderer 45 – 50 år. Dette er også det alternativet nedover som er utredet i rapporten. Aldersgruppen 48 og 49 år er ikke spesifikt utredet i rapporten.

## **Innspill til anbefalingene om å prioritere ressurser til å dagens aldersgrupper (50-69 år) og stimulere til innovasjon og utvikling (KI, risikobasert screening) innen det eksisterende aldersspennet i programmet**

Mammografisk tetthet er en viktig utfordring i brystkreftscreeningen, både fordi høy tetthet øker risikoen for brystkreft og fordi det reduserer sensitiviteten av mammografi ved at svulster kan maskeres i tett kjertelvev. I Mammografiprogrammet har man forsket på automatisert måling av brysttetthet basert på mammografibilder, og resultatene herfra legger til rette for en faglig utvikling mot mer persontilpasset screening, der brysttetthet kan inngå som en risikofaktor i vurderingen av behov for supplering med andre bildediagnostiske metoder som ultralyd og/eller MR.

Det bør gjøres en systematisk vurdering av om dagens ordning med dobbelttydig av to radiologer er den mest hensiktsmessige ressursbruken i fremtidens screeningprogram. Utviklingen innen kunstig intelligens åpner for nye arbeidsformer, der KI kan brukes til å sortere ut et betydelig antall undersøkelser med svært lav risiko for kreft.

En mulig modell er at negative undersøkelser identifiseres ved hjelp av KI og kvalitetssikres av radiograf eller én radiolog, mens undersøkelser med avvik eller høyere risiko fortsatt gjennomgår full dobbelttydig. En slik risikostratifisert tilnærming kan bidra til bedre utnyttelse av radiologressurser, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet opprettholdes.

**Er det informasjon i utredningen som bør utdypes, tydeliggjøres eller utelates?**

Viser til punkt 5. om de tre prioriteringskriteriene og at folkehelseperspektiver, forebygging av kreftsykdom ikke er særskilt tatt inn i perspektivene om alvorlighetsgrad og brystkreft. Grad av overlevelse knyttes i stor grad til tidlig oppdagelse av kreftsykdom og der har mammografiprogrammet en viktig funksjon for bedret folkehelse og redusert sykdomsbelastning for de som rammes.

**Eventuelle øvrige merknader til struktur, språk, helhet eller rapporten som sådan?**

Helsedirektoratets samlede vurderinger av prioriteringskriteriene sier at det knyttes stor usikkerhet i de helseøkonomiske analysene og anslagene for ICER. På generelt grunnlag bidrar usikre anslag på helseøkonomi til å svekke rapporten. Vi mener derfor at faglige råd bør vektlegges mer enn usikre beregninger.