

Helsedirektoratet
V/Hege Wang

Dykkar ref.: 25/14174

Vår ref.:

Bergen 29.05.2026

Høyringsinnspel: Utreiing av aldersgrupper i Mammografiprogrammet

Avdeling for medisinsk genetikk, Helse Bergen ønsker med dette å gi sine innspel til rapporten Utreiing av aldersgrupper i Mammografiprogrammet. Vårt hovudbodskap er å fremje ei meir persontilpassa utviding av Mammografiprogrammet enn det rapporten tilrår.

I dag er det allereie ei stor gruppe som får gjennomført regelmessige mammografiundersøkingar frå fylde 40 år på bakgrunn av genetisk eller familiær auka risiko for brystkreft, jf definisjonen av genetiske risikogrupper for brystkreft i Nasjonalt handlingsprogram for brystkreft. Vurdering av om det er familiær brystkreftisiko blir gjort ved dei medisinsk genetiske avdelingane i Noreg, stort sett basert på skjematiske familiekriterier.

Avdeling for medisinsk genetikk Helse Bergen er no i ferd med å implementere eit verktøy for multifaktoriell risikoberekning, for betre vurdering av kvinner med brystkreft i familien, i tråd med internasjonale tilrådingar. CanRisk (www.canrisk.org) er eit nettbasert verktøy som utfører ei multifaktoriell risikoberekning basert på tilgjengeleg vitskapeleg evidens. Algoritmen nyttar informasjon om ein persons sjukehistorie, familiehistorie, livsstil, hormonell og reproduktiv historie, tumorkarakteristika, tettleik i brystkjertelvev og genetisk utgreiing til å rekne ut ein individuell risiko for bryst- og eggstokkreft. Modellen er fleksibel og kan nyttast med og utan histologisk, radiologisk og genetisk informasjon.

Ei persontilpassa risikovurdering av alle kvinner det året dei fyller 40 vil kunne skilje mellom dei som har auka risiko for brystkreft og som kan bli tilbodne mammografi, og dei som har ein risiko på linje med befolkninga elles og som då kan vente til dei fyller 50 år. Dette vil vere nyttig for begge grupper og vere ei tilnærming heilt i tråd med Strategi for persontilpassa medisin og vedtekne prinsipp for prioritering.

Å utvide screeningprogrammet med kvinner i 40-åra med auka risiko for brystkreft vil truleg gi auka nytte og lågare sannsyn for falske positive funn, samanlikna med strategi 2 i rapporten, som er ei blind utviding av programmet til alle kvinner frå 45 til 49 år. Alvorsgraden for kvinner med brystkreft i 40-åra vil vere høgare enn for dei som er eldre.

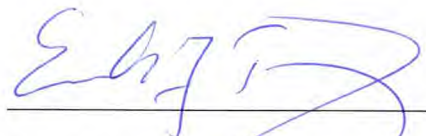
Samla sett er det grunn til å tru at ei persontilpassa screening vil ha høgare prioritet enn strategi 2 i rapporten. (Eit forbehold er kostnadane knytta til sjølve stratifiseringa.)

Kvinner med risiko lik bakgrunnsrisiko i befolkninga elles vil ha lågare nytte og høgare sannsyn for falske positive funn om dei blir screena før fylde 50 år, og dermed ha lågare prioritet ut frå prioriteringskriteria enn strategi 2 i rapporten.

For Avdeling for medisinsk genetikk



Hildegunn Høberg Vetti
Seksjonsoverlege
Regionalt kompetansesenter for arvelig kreft
Avdeling for medisinsk genetikk



Eirik Joakim Tranvåg
Lege i spesialisering
Avdeling for medisinsk genetikk