



KREFTFORENINGEN

Helsedirektoratet
Postboks 220 Skøyen
0213 Oslo

v/Hege Wang

Oslo, 29. mai 2026

Deres ref.: 25/14174

Vår ref: Lars-Kristian Lunde

Kreftforeningens høringsinnspill til Helsedirektoratets høringsutkast for utredning av aldersgrupper i Mammografiprogrammet

Vedlagt følger Kreftforeningens høringsinnspill.

Med vennlig hilsen
Kreftforeningen

v/Lars-Kristian Lunde
Spesialrådgiver

lars.kristian.lunde@kreftforeningen.no

Innspill til spørsmål Helsedirektoratet stiller i høringsutlysningen

1. Er prioriteringskriteriene tilstrekkelig belyst og vurdert?

Overordnet mener vi at prioriteringskriteriene behandles for overfladisk. Vurdering av nytte og alvorlighet er mangelfull og ressursbruk og personellkonsekvenser vurderes for ensidig. Vi mener Helsedirektoratet, som fagmyndighet, i mye større grad burde gjøre en selvstendig helhetlig vurdering, utover de helseøkonomiske analyser gjennomført av Oslo Economics (OE).

1.1. Prioriteringskriteriet nytte

Brystkreftspesifikk dødelighetsreduksjon er utvilsomt et viktig nyttekriterium. Dette redegjøres for under kapittel for prioriteringskriterier, men blir ikke gjennomgått med den grundighet det bør forventes for de utredede aldersgruppene. Vi mener også nytte er mangelfullt vurdert i henhold til beskrivelsen i stortingsmeldingen ([Meld st.21](#)), ved at andre nytteverdier som forbedring eller redusert tap av mestring og/ eller fysisk eller psykisk funksjon– reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag ikke er omfattet i høringsutkastet.

Det er omfattende dokumentasjon for at organisert mammografiscreening fører til tidligere oppdagelse, noe som resulterer i mer skånsom behandling, og redusert brystkreftspesifikk dødelighet. Det norske mammografiscreeningprogrammet har tidligere vist opptil 43% lavere brystkreftdødelighet hos de som møter, sammenlignet med de som ikke møter. Brystkreft oppdaget gjennom screening vil normalt også gi en økt livskvalitet for pasienten, sammenlignet med symptomoppdaget kreft.

Vi er enige i at dokumentasjonen er sterkest for aldersgruppen 50-69 år, noe det er flere grunner til. Derfor er det ekstra viktig at Helsedirektoratet tilstrekkelig belyser de aldersgruppene utredningen er satt til å gjøre, basert på relevant dokumentasjon. Det finnes flere relevante internasjonale studier som kan dokumentere god helseeffekt i de aktuelle aldersgruppene 45-49 år og 70-74 år.

For kvinner i aldersgruppene 45–49 år, 50–69 år og 70–74 år anbefales det organisert populasjonsbasert mammografiscreening av internasjonale helsemyndigheter, fremfor ingen screening. European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC) har gjennomført grundige og vektete vurderinger av nytte og ulemper ved screening, basert på systematiske oversikter, randomiserte studier, observasjonsstudier og modelleringsstudier. Dette er vurderinger utover det som trekkes frem i høringsutkastet. Som Helsedirektoratet referer til, er anbefalingen sterk for kvinner 50–69 år og betinget for aldersgruppene 45–49 år og 70–74 år. Likevel, en betinget anbefaling innebærer ikke at screening frarådes.

Under nytte i høringsnotatet tolker vi det som at Helsedirektoratet fremstiller det nettopp slik, som en støtte til ikke å utvide. Vi mener dette er fullstendig misvisende. ECIBCs anbefaling for begge de utredede aldersgrupper leser: «*For asymptomatic women aged 45 to 49/ 70 to 74 with an average risk of breast cancer, the ECIBC's Guidelines Development Group (GDG) suggests mammography screening over no mammography screening, in the context of an organised population-based screening programme.*». Dette er særlig relevant for land med god logistikk, gode kvalitetssystemer og høy tillit og oppslutning til Mammografi - som i Norge.

Det samlede kunnskapsgrunnlaget viser redusert brystkreftdødelighet ved mammografiscreening i alle de aktuelle aldersgruppene, med mest presise og konsistente estimer for 50–69 år. Aldersgruppene 45–49 år og 70–74 år er mindre studert, som gjør datagrunnlaget mindre omfattende og estimatene mer usikre, men de peker i samme retning og er forenlige med en klinisk relevant reduksjon i brystkreftdødelighet. Denne usikkerheten bør derfor ikke tolkes som dokumentasjon på manglende

effekt, men som grunnlag for en balansert vurdering av hvordan screening kan innføres eller utvides på en forsvarlig måte i et etablert, kvalitetssikret program som det norske Mammografiprogrammet.

Videre kan vi ikke se at Helsedirektoratets avsnitt om nytte vurderer andre aktuelle nyttekriterier ved screening utover reduksjon i brystkreftdødelighet, som eksempelvis: redusert sykелighet, mindre seneffekter, lavere psykisk belastning og familiære påkjenninger, mindre sykefravær og frafall fra arbeidslivet eller økt livskvalitet. Utredningen omtaler at screening kan gi mulighet for mer skånsom behandling og mindre alvorlige seneffekter, men dette synes ikke å være tilstrekkelig integrert i den samlede vurderingen.

1.2. Prioriteringskriteriet ressursbruk

I Helsedirektoratets endelige vurdering fremkommer ressursbruk i form av økonomi og helsepersonell som et hovedargument for ikke å utvide. Da savner vi en mer helhetlig vurdering av prioriteringskriteriet ressursbruk.

1.2.1. Ubalansert fremstilling av ressursbruk

Det fremstår nå som en utvidelse av programmet kun er en påført merkostnad, uten hensyn til at brystkreft som diagnostiseres og behandles uansett ville koste penger. Det er ikke slik at kostnader vil være fraværende i de aktuelle aldersgruppene dersom man ikke utvider aldersspennet. Dette forholdet kommer ikke frem.

Vi mener videre at det mangler en vurdering av ressursfrigjøring i klinisk diagnostikk og redusert belastning fra opportunistisk/symptomdrevet utredning utenfor programmet ved en eventuell utvidelse av aldersgruppene.

1.2.2. Supplerende vurderinger av ressursbruk

Vi opplever at Helsedirektoratet i for stor grad lener seg på arbeidet til OE, uten å gjøre egne supplerende vurderinger. Som Helsedirektoratet selv poengterer er de estimerte ICER'e forbundet med stor usikkerhet, og avgjør ikke alene om et tiltak er kostnadseffektivt. Dette må avgjøres ved å vurdere andre forhold. Dette mener vi Helsedirektoratet i liten grad gjør.

Eksempelvis er det manglende vurdering av samfunnsperspektivet. Utredningen erkjenner at samfunnsvirkninger, herunder produksjonsvirkninger, kan være relevante ved forebyggende og helsefremmende tiltak, men dette omtales svært kort og avgrenset. Her ville områder som arbeidsliv, omsorgsoppgaver, familiær påvirkning, sykefravær og langvarige seneffekter være særlig relevant å belyse. Når slike gevinster ikke kvantifiseres, kan analysen etter vår mening undervurdere nytten av utvidelse.

Mulige kompenserende tiltak som kunstig intelligens, oppgavedeling, endret organisering, triagering, og bedre logistikk er heller ikke inkludert, som gjør ressursbildet for statisk og pessimistisk.

Vi ser det som en stor svakhet at kun 7 av 16 brystdiagnostiske sentre (BDS) svarer på OE sin henvendelse om ressursbruk, og at mange BDS i etterkant har vist uttrykk for at det var uklart hva de svarte på og hvordan de skulle svare.

Kreftregisteret ved Folkehelseinstituttet (FHI) har i etterkant samlet inn disse dataene for alle sentrene, og finner annen ressursbruk. At dette avslås av Helsedirektoratet blir ikke godt nok begrunnet, all den tid ressursbruk både inngår som grunnlag i helseøkonomiske analyser og legges frem som et hovedargument for ikke å utvide. FHI sitt anslag burde vedlegges og begrunnelsen for hvorfor dette ikke har betydning bør forklares i detalj. Dette bidrar til bedre innsikt for beslutningstakere, og mer åpenhet og tillit blant mottakere i sin helhet.

1.3. Prioriteringskriteriet alvorlighet

Vi mener de tre avsnittene om alvorlighet mangler bredde, og konkrete beskrivelser og kvantifiseringer av alvorlighet.

Det skrives at alvorlighet avhenger av stadium og type brystkreft, men det gis ikke noen videre konkret beskrivelse av dette. Dette er viktig, da man vurderer et screeningprogram med intensjon om tidlig oppdagelse og mål om persontilpasning.

Videre poengteres det at alvorlighet kan kvantifiseres gjennom beregning av absolutt prognosetap. Da forventer vi en gjennomgang av hva slike beregninger viser, og eksempelvis forskjeller på prognosetap mellom tidlig og sent diagnostisert brystkreft. Som beskrevet under nyttekriterier ville det også være på sin plass å beskrive alvorlighet gjennom et større spekter av variabler.

Vi reagerer på at Helsedirektoratet i høringsutkastet virker til å dempe alvorligheten av brystkreft, basert på at overlevelsen har økt. I Helsedirektoratets handlingsprogram for brystkreft står det: *«Brystkreft er den viktigste årsaken til tapte leveår hos kvinner opp til 65 år.»* Ferske tall fra Cancer in Norway 2025 viser at forekomsten øker. Som Helsedirektoratet selv poengterer er prognosen ved brystkreft sterkt avhengig av stadium, som igjen kan påvirkes av tidlig diagnostikk. At prognosene for overlevelse stadig bedres er veldig bra, men ikke et argument for at brystkreft ikke er alvorlig. Den bedrede overlevelsen er tross alt et resultat av bedret behandling i kombinasjon med innføring av organisert mammografiscreening.

2. Er utfordringer knyttet til mangel på helsepersonell tilstrekkelig belyst og vurdert?

Som Helsedirektoratet påpeker, fastslår Helsepersonellkommisjonen at helsepersonell blir en knapp ressurs. Videre at prioriteringsmeldingen «Helse for alle» og Kreftstrategien krever synliggjøring av personellkonsekvenser ved nye tiltak. Helsedirektoratet påpeker videre at de ikke skal være driver for økt personellbehov, men bidra til optimalisering av ressursbruk.

Vi etterspør derfor at Helsedirektoratet gjør en mer helhetlig vurdering av hvordan vi kan optimalisere fremtidig ressursbruk. Det er hevet over tvil at en utvidelse innledningsvis vil føre til en økt beslaglegging av ressurser. Det vi savner i utredningen er hvordan helsepersonellsituasjonen vil påvirkes fremover dersom vi ikke utvider programmet. Særlig sett i lys av økt forekomst. Et screeningprogram skaper ikke nye krefttilfeller, men sørger for at flere av de krefttilfellene som oppstår oppdages i en tidligere (mindre ressurskrevende) fase.

Vi savner også en beskrivelse av størrelsen av ressurser som i dag (og anslagsvis fremover) beslaglegges av kvinner i alder 45-49 år og 70-74 år i forbindelse med henvisning til klinisk mammografi via fastlege. Da vi vet at denne type utredninger er mye mer ressurskrevende enn en screeningsundersøkelse. Brystkreftforekomsten er økende i aldersspennene som utredes, og det er grunn til å tro at mengden av slike henvisninger bare vil øke. I den forbindelse ville det også være naturlig å belyse omfang og påvirkning av villscreening.

I Helsedirektoratets etterspørsel etter utfordringer knyttet til mangel på helsepersonell, savner vi at utredningen i større grad belyser løsninger. Det er et paradoks at store problemløsere som kunstig intelligens og muligheter innen persontilpasset screening ikke tas med i analysene, men omtales på generelt grunnlag i kapittelet «Fremtidens screening for brystkreft». Dagens kunnskap tilsier at kunstig intelligens-løsninger vil tas i bruk og gi betydelige besparelser i tydetid for radiologer. Referat

fra styringsgruppemøte for nasjonale kreftscreeningprogram datert 30.10.2025, viser at Helse Sør-Øst allerede nå har ønsket om innføring av tilgjengelig kunstig intelligens-løsning på BDS ved deres 6 helseforetak som ikke er en del av AIMS-studien.

På samme måte fremlegger Helsedirektoratet at ny organisering og oppgavedeling kan bidra til å dempe presset på helsepersonell, uten at dette faktisk undersøkes. Vi ønsker å minne om at anbefalinger som gis i denne utredningen er nettopp for fremtidens screening.

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

Vi mener Helsedirektoratets drøfting av screeningkriteriene for nasjonale screeningprogram i Norge (side 21-22) overordnet viser at kriteriene tilfredsstilles. Den samlede vurderingen om likevel ikke å utvide virker å domineres av argumentasjon rundt kostnader og økonomiske konsekvenser, som etter vår mening har stor usikkerhet og er utilstrekkelig belyst.

Vi mener overordnet at anbefalingene også bør sees i forbindelse med den Nasjonale kreftstrategien 2025-2035. Denne representerer en villet politisk retning hvor Norge ønsker å bli et foregangsland innen kreftforebygging og tidlig oppdagelse. Kreftstrategiens mål om tidlig oppdagelse og presise screeningprogrammer taler for at aldersgruppene bør vurderes offensivt. Strategien spesifiserer at dette skal gjøres blant annet ved å ta i bruk persontilpassede strategier og kunstig intelligens. Da er det spesielt vanskelig å forstå at nettopp slike tiltak, med særdeles betydning for de tilstøtende grupper, utelates fordi de tilhører «fremtidens screening».

I tillegg til nasjonale mål viste en spørreundersøkelse gjennomført av FHI i 2025, at befolkningen selv ønsker dette. Blant 3500 kvinner i alderen 45-74 år var 88% støttende til utvidelse 70-74 år og 91% støttende til utvidelse 45-49 år.

Strategien tilsier etter vårt syn at utvidelser av Mammografiprogrammet bør vurderes aktivt og fremtidsrettet, ikke bare som en kostnadsøkning innenfor dagens organisering. For utredningen sett under ett mener vi det burde foreligge en anbefaling om utvidelse til aldersgruppen 45-74 år.

3.1. 45-49 år

Som nevnt under prioriteringskriteriet nytte, mener vi kunnskapsgrunnlaget for utvidelse til denne gruppen ikke er tilstrekkelig belyst, og at anbefalinger fra EU feiltolkes i disfavør av utvidelse til aldersgruppen 45-49 år.

European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC) har i sin gjennomgang av randomiserte studier, observasjonsstudier og modelleringsstudier, gjort en faglig grundig avveining av fordeler og ulemper når det gjelder mammografiscreening for kvinner i alderen 45-49 år. Anbefalingen deres er organisert, befolkningsbasert screening for denne gruppen. En betinget anbefaling er ikke en fraråding av screening, men en oppfordring til land som har ikke-operativ eller ufullstendig screening av gruppen 50-69 år om å prioritere denne gruppen først. Land som Norge derimot, med et godt organisert program med gode kvalitetssystemer, er kandidater for utvidelse.

En delforklaring til at kunnskapsgrunnlaget for 50-69 år fremstår sterkest, er at tidlige randomiserte studier og dermed systematiske oppsummeringer har et større og bedre datagrunnlag for denne aldersgruppen. Det gir estimatene mer presisjon, og man kan dermed være tydeligere i anbefalinger. Det betyr ikke det samme som at nytten er neglisjerbar for kvinner i alderen 45-49 år. Det foreligger omfattende vitenskapelig dokumentasjon som tilsier at mammografiscreening i aldersgruppen 45-49

år gir betydelig reduksjon i brystkreftdødelighet og økning i leveår vunnet. Dokumentasjon som ikke tilstrekkelig fremkommer i utredningen.

På bakgrunn av begrensningene i kunnskapsgrunnlaget og at det, som Helsedirektoratet skriver, er gode grunner til å anta at det ikke vil komme nye randomiserte studier for denne aldersgruppen, burde Helsedirektoratet også finne andre relevante kunnskapskilder å støtte seg på. Vesentlig og relevant kunnskap kan også høstes fra andre Europeiske land som har innført eller har langvarig erfaring med screening av gruppen 45-49 år.

Nye tall fra Cancer in Norway 2025 viser at forekomst av brystkreft i denne gruppen fortsetter å øke. Oppstart av mammografiscreening i alder 45 år vil kunne forhindre brystkreftdødsfall for kvinner som har lang forventet levetid. Samtidig er dette en gruppe som i stor grad kommer til å dra nytte av fordelene kunstig intelligens har i tyding av tette bryst spesielt.

3.2. 70-74 år

Som nevnt under prioriteringskriteriet nytte, mener vi kunnskapsgrunnlaget for utvidelse til denne gruppen ikke er tilstrekkelig belyst, og at anbefalinger fra EU feiltolkes i disfavør av utvidelse til aldersgruppen 70-74 år.

ECIBC har på samme måte som for aldersgruppen 45-49 år gjort en faglig grundig gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget og gjort en omfattende avveining av fordeler og ulemper når det gjelder mammografiscreening for kvinner i alderen 70-74 år. Også her foreligger det en anbefaling om organisert, befolkningsbasert screening for denne gruppen.

Brystkreftdødeligheten for kvinner over 69 år er høy, og andelen screeningdetektert kreft er tilsvarende lav. Dette tilsier at det er stort forebyggingspotensiale for aldersgruppen 70-74 år.

Vi mener dokumentasjon som påviser effektiv screening av kvinner ≥ 70 år på bakgrunn av fettrike bryst og tidligere bildehistorikk, som gir lav tilbakekallingsrate, færre falske positive og høy deteksjonsrate ikke kommer til syne i Helsedirektoratets vurdering. Det finnes også dokumentasjon som tilsier at bruk av kunstig intelligens i bildetyding også vil øke effektiviteten for denne aldersgruppen. Samlet sett stiller vi oss spørrende til at denne gruppen virker å falle langt utenfor en anbefaling.

Sett i sammenheng med økt levealder, økte også den alminnelige aldersgrensen i arbeidslivet fra 70 til 72 år fra 1. januar 2026. Denne forventes å øke i årene fremover og vi kan anta at den nær dekker hele det utredede aldersspennet 70-74 år innen utgangen av den nåværende nasjonale kreftstrategien. Som nevnt åpner prioriteringsmeldingen for at samfunnsvirkninger, for eksempel produksjonsvirkninger, kan vektlegges ved forebyggende og helsefremmende tiltak. Vi mener samfunnsgevinst generelt er for dårlig belyst, og sett i lys av økende aldersgrense i arbeidslivet er det ikke holdbart å håndtere gruppen som «utenfor arbeidsfør alder».

4. Innspill til mulig anbefaling om å utvide Mammografiprogrammet til å inkludere aldersgruppen 48 og 49 år

Kreftforeningen ser positivt på at Helsedirektoratet i sitt kapittel med anbefalinger anser kunnskapsgrunnlaget som støttende til utvidelse til yngre kvinner. Samtidig mener vi anslått nytte for 48-49 år vanskelig lar seg skille fra nytten for kvinner 45-49 år sett under ett. Utredningen virker ikke å ha planlagt for å undersøke det den ender opp med å anbefale, noe som også gjenspeiles i oppdraget gitt OE. Dermed burde anbefalingen omfattet hele spennet ned i alder.

Vi tolker det som at Helsedirektoratet anser utvidelse nedover i alder som nyttig, men frykter budsjettkonsekvens og helsepersonellkonsekvens. Det er legitimt. Samtidig burde det da etter vår mening tydeligere redegjøres for at en utvidelse til 45-49 år anses som fordelaktig, men at bekymring for innledende kostnad og helsepersonellmangel tilsier en gradvis implementering.

Tatt i betraktning den relativt store usikkerheten rundt helseøkonomiske analyser, og det vi mener er en ubalansert og delvis manglende fremstilling av forholdet mellom påløpte kostnader med og uten screening, må det være tydelighet rundt hvilke premisser man gir disse anbefalingene på.

Vi er positive til at Helsedirektoratet ønsker å gi tilbud til kvinner i årene før fylte 50 år, men mener det bør gjøres en tilsvarende justering i øvre del av dagens målgruppe for å unngå ulikt antall screeningrunder og geografiske forskjeller.

Vi mener en utvidelse i kombinasjon med samordning av invitasjoner vil skape en større samstemthet i alder ved første og siste invitasjon. Dette vil skape et mer ryddig, tydelig og forutsigbart program, som understøtter viktige prinsipper i norsk helsetjeneste; som lik og rettferdig behandling.

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

Det er ingen tvil om at ressurser bør prioriteres til dagens mammografiprogram for å opprettholde kvalitet og god drift for dagens målgruppe, og til gjennomføring av helt nødvendige oppgraderinger av IKT-systemene for å møte kravene programmet står ovenfor. Tydelige og tilstrekkelige økonomiske betingelser og konkrete planer om oppgradering av dagens systemer er en nødvendighet for innovasjon. Dette er midler som i større grad burde vært tilført programmet for lenge siden.

Tiltak som stimulerer til innovasjon og utvikling er viktig, og Kreftforeningen mener dette bør være en naturlig del av et hvilket som helst nasjonalt screeningprogram. Bruk av kunstig intelligens til bildetyding og risikobasert screening er lovende muligheter for programmet, og det er igangsatt forskningsprosjekter på området. Dette bør stimuleres videre. Særlig sett i lys av at mer persontilpassede løsninger vil effektivisere programmet, redusere antall undersøkelser og bidra til enda bedre forhold mellom fordeler og ulemper.

Denne type forskning, utprøving og metodevurdering må prioriteres fremover, men utvikling og innovasjon bør ikke sees på som erstatning for aldersutvidelse. Vi mener at å vise til fremtidig innovasjon ikke er et godt argument for å utsette et tilbud til kvinner i aldersgrupper med dokumentert nytte.

Innovasjon og utvidelse er ikke motstridende elementer som skal settes opp mot hverandre. Tvert imot er det kombinasjonen som er nødvendig dersom vi ønsker å opprettholde ambisjoner innen fag og kvinnehelse, og ikke minst nå våre nasjonale mål om å bli et foregangsland innen kreftforebygging og tidlig oppdagelse. Dette kan gjennomføres bærekraftig og innovativt ved trinnvis innføring, følgeevalueringer og justering etter kapasitet og ny kunnskap.

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

6.1. Fremstilling av nytte ved mammografiscreening

Vurderingene av nytte for de undersøkte aldersgrupper bør utvides. Vi etterlyser at Helsedirektoratet i større grad bruker tilgjengelig kunnskap til å redegjøre for effekt i de utredede aldersgrupper, men

også gjennomfører en bredere og mer helhetlig fremstilling av nytte. Som vist til under punkt 1 mener vi også samfunnsperspektivet er for lite vektlagt i høringsutkastet per nå.

Spesifikt for kapittelet «rammer og forutsetninger», fjerde avsnitt, mener vi Helsedirektoratet fremstiller effekten til dagens mammografiprogram som uklar. Dette mener vi er fullstendig misvisende og skadelig for tilliten til dagens program. Helsedirektoratet skriver selv på sine egne nettsider for mammografiscreening: «*Det foreligger resultater [...] som viser en klar reduksjon av brystkreftdødeligheten som følge av systematisk screening.*» Det henvises deretter til en rekke studier og en samlet vurdering til øverste evidensnivå, A. Dette er samstemt i store internasjonale fagmiljø.

6.2. Fremstilling av ressursbruk

Rapporten bør være tydeligere på at kostnader ved innføring ikke kan sammenlignes med et null-nivå. Brystkreftforekomst i de tilstøtende aldersgruppene øker, og diagnostisering, behandling, tapt kapasitet, med mer, vil belaste systemet uavhengig av om det innføres screening. I den forbindelse savner vi en grundigere belysning av konsekvenser og kvantifisering av kostnader ved ikke å utvide. Dette er et nødvendig sammenligningsgrunnlag for beslutningstakere.

Vi opplever at ressursbruk er Helsedirektoratets hovedargument mot utvidelse, og OE sin helseøkonomiske analyse er tungtveiende i dette. Sentrale valg i dette arbeidet kunne vært presentert mer tydelig. Etter vår forståelse bygger analysene hovedsakelig på amerikanske QALY-estimer, mens tilsvarende høyst relevante europeiske studier er utelatt. For disse fremkommer høyere QALY-gevinster enn det som legges frem i de helseøkonomiske analysene fra OE. For oss er det ikke tydelig hvorfor disse valgene er tatt, og med tanke på eksempelvis forskjeller i forventet levetid, er vi bekymret for at helsegevinstene ved utvidet screening underestimeres i analysene. Denne bekymringen styrkes i lys av nylige finske helseøkonomiske analyser, som viser lavere ICER'e enn hos OE.

Grunnet stor usikkerhet i de helseøkonomiske analysene, lav tilbakemeldingsgrad til OE fra BDS om personellbruk, og personellmangel som argument mot utvidelse, burde FHIs innvending på dette temaet tillegges større transparens. Kreftregisteret ved FHI har en sentral rolle i mammografiprogrammet og har tett kontakt med BDS. Vi foreslår at FHIs henvendelse med anslag vedlegges. Helsedirektoratets begrunnelse for hvorfor dette ikke har betydning bør kvantifiseres.

6.3. Helsedirektoratets vektning av kunnskapsgrunnlaget

Vi etterspør en større tydelighet i hvordan Helsedirektoratet vurderer og vektlegger de ulike delene av kunnskapsgrunnlaget når de gjør sin samlede vurdering.

Eksempelvis skriver Helsedirektoratet under kapittel Vurderinger, side 24, avsnitt 2.: «*[...] gir det foreliggende kunnskapsgrunnlaget og utredningens vurdering i henhold til prioriteringskriteriene, støtte for utvidelse nedover i alder, heller enn oppover. Samtidig er det utfordringer med både tettere bryst og økt strålefølsomhet i de yngre aldersgruppene.*» Sistnevnte argumenter leser vi da som begrunnelsen for at en antatt fordelaktig utvidelse til 45-49 år, begrenses til ett til to årskull.

Kreftforeningen anerkjenner at strålerisiko må inngå i vurderingen av aldersutvidelse, og at den vil være høyere for yngre enn eldre kvinner. Likevel viser Direktoratet for atomsikkerhet og strålevern sine beregninger at den absolutte risikoen er lav, og man kan anta at risikodifferansen mellom kvinner 45-47 år og 48-49 år vil være forsvinnende liten. I tillegg er det uklart om aspektet med strålerisiko vurderes i forhold til relevante elementer ved screening, som eksempelvis: dødelighetsreduksjon, tidlig diagnostisering, redusert behandlingsomfang, færre seneffekter og tapte leveår.

Brysttetthet trekkes også frem som motvekt i vurderingen, noe som gjør det vanskelig å forstå hvorfor direkte problemløsere på dette, som kunstig intelligens og persontilpasset screening, tilskrives fremtiden.

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

I tillegg til det vi har påpekt tidligere mener at vi rapporten tydeligere bør skille mellom:

1. om det finnes faglig grunnlag for at utvidelse ville være fordelaktig,
2. om helsetjenesten har kapasitet til umiddelbar full utvidelse,
3. om det finnes trinnvise eller målrettede modeller som kan tilsi at utvidelse gjennomføres forsvarlig dersom man faglig sett anser det som nyttig.

Slik rapporten nå er skrevet, kan kapasitetsutfordringer fremstå som et argument mot selve nytten av utvidelse. Dersom screening for gruppene vurderes som fordelaktig, bør spørsmålet være om, og eventuelt hvordan en utvidelse kan gjennomføres på en forsvarlig, trinnvis og bærekraftig måte.

Strukturelt anbefaler vi inndeling i nummererte kapitler og underkapitler, som vil gjøre det lettere å orientere seg i dokumentet.

Vi anbefaler at endelig versjon oppdateres med krefttall i tråd med ny rapport fra Cancer in Norway 2025, som ble utgitt etter høringsversjonen ble offentliggjort.