

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202600620

Dato: 29-05-2026

Høring - Utredning av aldersgrupper i Mammografiprogrammet

Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til rapporten "Utredning av aldersgrupper i Mammografiprogrammet".

De ulike fagmiljøene i Legeforeningen er enige om problembildet, men ikke om tiltakene.

Hoveduenighetene handler om *nytten* av en utvidelse. Enkelte faggrupper peker på at usikker nytte for å utvide utenfor 50–69 år taler *mot* utvidelse av aldersgruppene, mens andre mener at nyere dokumentasjon og internasjonal praksis er argumenter *for* utvidelse. Andre miljøer igjen tar en slags midtposisjon og støtter forslaget i rapporten. Det er heller ikke enighet om hvor strengt evidenskravet som legges til grunn for nytten av utvidelse skal være.

Fagmiljøene vurderer også konsekvensen av ressursbruk og kapasitet ulikt. Noen fremhever at en utvidelse vil gi økte kostnader og press på personell, mens andre hevder at ressursbehovet er overvurdert, og at å ikke foreta en utvidelse nå kan åpne for "villscreening", som vil være enda mer kostnadsdrivende og mindre effektiv.

Fagmiljøene viser til at rapporten synliggjør usikkerhet i de helseøkonomiske analysene, og etterlyser et bedre og bredere grunnlag for å si noe om ressursbruk. De har imidlertid ulikt syn på konsekvensene av usikre estimer: Noen fagmiljøer mener at usikkerheten tilsier at analysene bør tillegges mindre vekt i den samlede vurderingen, og at øvrige faglige, kliniske og helhetlige hensyn bør få større plass. Andre mener at usikkerhet om ressursbruk er et argument for ikke å utvide.

Oppsummert er det ulike syn på om (utvidet) screening er en belastning eller effektivisering, Dessuten er det forskjellig syn på hvordan prioriteringskriterier skal vektas. Noen mener det bør legges en relativt streng kostnad–nytte–tilnærming til grunn, andre ønsker et utvidet perspektiv og argumenterer for at systemeffekter, alternativkostnader og klinisk nytte skal vektlegges i totalvurderingen.

Selv om Legeforeningen sentralt ikke tar stilling til utvidede aldersgrupper, ønsker vi å trekke frem noen elementer. Vi mener at prioriteringskriteriene ikke er tilstrekkelig *helhetlig* belyst i rapporten. Det kan med fordel også tydeliggjøres tidlig i dokumentet at de påfølgende vurderingene bygger på kriteriene alvorlighet, nytte og ressursbruk.

Alvorlighetskriteriet er etter Legeforeningens syn godt utredet og argumentert for. Det kan i den forbindelse være relevant å synliggjøre at forekomsten av brystkreft har økt også i aldersgrupper utenfor dagens screeningintervall, og er nå like høy for aldersgruppen 40-49 år som den var for aldersgruppen 50-69 år ved oppstart av mammografiscreeningen på midten av 90-tallet. Det er også observert en økning i aldersgruppen 69-74 år.

Ressurskriteriet fremstår for oss som mindre godt belyst. Særlig synes anslagene knyttet til tidsbruk for undersøkelsene å være høye, til tross for usikkerhet og innspill som har problematisert forutsetningene, slik det fremkommer fra referansegruppen. Dette kan gi et skjevt bilde av både kostnader og ressursbehov, og Legeforeningen anbefaler at dette utredes nærmere.

Utfordringer knyttet til knapphet på helsepersonellressurser vurderes også som noe mangelfull. Legeforeningen ønsker særlig å peke på to hovedutfordringer: For det første fremstår estimatene for personellbehov, spesielt for radiologer, som usikre, og trolig overestimerte. Beregningene bygger på en helseøkonomisk analyse som er omdiskutert i fagmiljøene, og det er grunn til å anta at det reelle behovet for radiologressurser i screening er lavere. Videre kan innføring av kunstig intelligens (noe alle faggruppene støtter) kunne redusere behovet ytterligere gjennom forbedret ressursutnyttelse, men det må utredes.

Organisert screening antas å være mer effektivt enn klinisk mammografi etter henvisning, med lavere tidsbruk per undersøkelse og høyere kapasitet per radiolog.

Det er viktig å vite at dagens praksis gir ulik førsteinvitasjon mellom fylker. Legeforeningen mener derfor at første prioritet bør være å sikre et geografisk likt tilbud til alle kvinner innenfor dagens screeningprogram. En eventuell utvidelse bør sees i sammenheng med helheten i programmet og utformes slik at fylkene på sikt inviterer de samme kohortene.

Legeforeningen gjør oppmerksom på økt risiko for stråleinduserte effekter ved lavere alder, samt bekymring for overdiagnostikk og de psykiske belastningene som kan følge av screening, herunder uro og helsepåvirkning også hos kvinner som ikke utvikler klinisk sykdom. Dette mener vi bør bli bedre ivaretatt dersom det vedtas en gradvis utvidelse av programmet.

Legeforeningen mener også at konsekvensene av manglende utvidelse burde vært drøftet i rapporten. Vil det føre til økt etterspørsel etter klinisk mammografi, som regnes som mindre effektiv? Hva vil være mest ressurskrevende og hva vil gi lavere samlet nytte?

Omtalen av de eldste aldersgruppene er noe mangelfull. Det etterlyses en fremstilling av forekomst og mulige helsegevinster for kvinner over 74 år, særlig sett i lys av refererte studier (i rapporten) som viser redusert dødelighet også i høyere alder, og modellstudier som indikerer helsegevinster for eldre kvinner. Argumentet om kortere forventet levetid hos eldre kvinner bør dessuten nyanseres. Tidlig diagnostikk også i denne gruppen kan bidra til mer skånsom behandling og redusert behov for omfattende helsetjenester.

Avslutningsvis vil Legeforeningen påpeke at arbeidsformen i referansegruppen kunne vært styrket gjennom flere møter og bedre tidsrammer, og at innspill fra referansegruppen i større grad kunne vært bedre reflektert i rapporten.

For øvrig mener vi at teksten i Vedlegg 5 (Prioriteringskriterier) i rapporten med fordel kan flyttes frem til kapittelet om «Rammer og forutsetninger for utredningen».



Siri Skumlien
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
Fagdirektør

Frida Hovland
rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk