



# Kvinnors deltagande i mammografiscreening i Malmö och kopplingen till sociala determinanter

Sophia Zackrisson

Ett diskussionsunderlag framtaget för  
Kommission för ett socialt hållbart Malmö

26 juni 2012

**Författare**

Sophia Zackrisson  
*Röntgenläkare och docent*  
*Skånes universitetssjukhus, Malmö*

**Framtagen för**

Kommission för ett socialt hållbart Malmö  
[www.malmo.se/kommission](http://www.malmo.se/kommission)



## Ett diskussionsunderlag till Malmökommissionen

Denna vetenskapliga underlagsrapport är ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Syftet är att få till stånd en bred diskussion och medverkan kring kommissionens olika frågeställningar om hur skillnader i hälsa ska kunna minska i Malmö. Målet är att den slutrapport som ska lämnas till kommunstyrelsen i december 2012 är så väl förankrad och konkret som möjligt.

Kommunstyrelsen i Malmö beslutade i november 2010 att tillsätta kommissionen, som är politiskt oberoende. Utgående från direktiven ska kommissionen ta fram ett vetenskapligt underlag som bas för politiska beslut om hur ojämlikhet i hälsa ska kunna minskas.

Fokus för slutrapporten är på så kallade sociala determinanter för hälsa och ohälsa. Vi vet att dessa determinanter ytterst förklarar en betydande del av de skillnader i hälsa som finns inom staden och att de går att påverka. Exempel på determinanter är de tidiga barnåren, skolan, arbetslöshet, inkomst, delaktighet i samhället, boendemiljö, segregation och utanförskap.

Författarna till underlagen är ansvariga för innehållet. De slutsatser som redovisas i detta underlag kan inte ses som de som kommer att redovisas i slutrapporten. I slutrapporten kommer helhetsbilden, baserad på samtliga underlag och dialog med olika aktörer, att styra vad kommissionen till slut anser vara mest angeläget att åtgärda för att på sikt minska ojämlikheterna i hälsa i Malmö.

Synpunkter på detta underlag kan framföras till kommissionens huvudsekreterare Anna Balkfors (anna.balkfors@malmo.se) eller via hemsidan [www.malmo.se/kommission](http://www.malmo.se/kommission) där samtliga diskussionsunderlag kommer att finnas för nedladdning.



**Sven-Olof Isacsson**

Professor emeritus, Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet,  
Skånes universitetssjukhus, Malmö.

Ordförande i *Kommission för ett socialt hållbart Malmö*.

## Innehåll

<b>Bakgrund</b>	5
Cancer och bröstcancer	5
Mammografiscreening i Sverige	5
Mammografikontroversen	5
Mammografiscreening i Malmö	6
<b>Material och metoder</b>	7
Mammografiregistret	7
Områdesfakta, socioekonomiska variabler och registermatchning	7
Statistik analys	7
<b>Resultat</b>	8
Områden med sämre socioekonomiska omständigheter	8
Icke-deltagande i mammografiscreening är kopplat till kvinnans individuella socioekonomiska status	9
Vilket påverkar mest - Kvinnans individuella socioekonomiska situation eller områdets?	10
<b>Diskussion</b>	11
Tänkbara strategier för att öka screeningdeltagandet	11
Kostnaden	11
Kallelsen	11
Tillgänglighet	11
Information	12
Konklusion	12
<b>Referenser</b>	13

# Bakgrund

## CANCER OCH BRÖSTCANCER

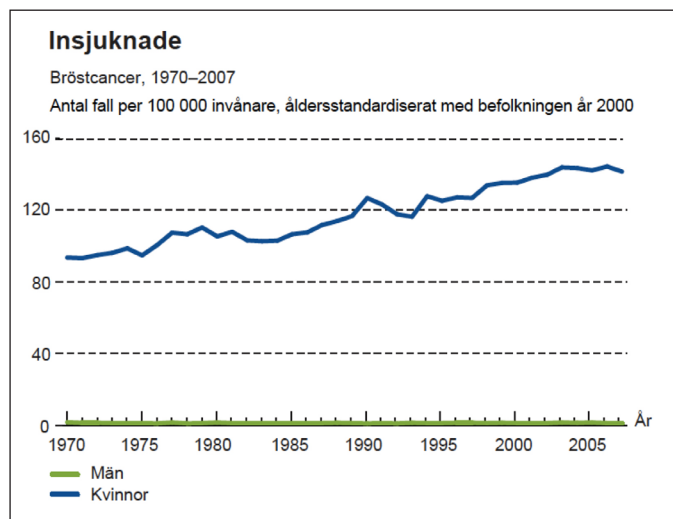
Varje år insjuknar ca 50 000 personer i cancer i Sverige. Sett ur ett medicinskt, såväl som ett socialt, perspektiv innebär detta att cancer är en av våra stora folksjukdomar. Ungefär var tredje person kommer någon gång under sin livstid att drabbas av en cancersjukdom, och de flesta av oss känner någon som har drabbats (1). Bland kvinnor är bröstcancer den vanligaste formen av cancer och tidig upptäckt förbättrar möjligheten att bota sjukdomen (1).

I Sverige får nära 7000 kvinnor per år diagnosen bröstcancer och risken att en kvinna under sin livstid skall insjukna i denna form av cancer beräknas vara ca 10 % (2). Sedan 1960 har antalet insjuknade i bröstcancer ökat med ungefär det dubbla i Sverige (2), figur 1a. Detta är troligen en effekt av kombinationen av ökad upptäckt i form av tidigdiagnostik och ökad risk att få bröstcancer pga förändrade reproduktionsmönster, levnadsvanor etc. Dödligheten i bröstcancer har däremot varit väsentligen oförändrad sedan 1960 (3), figur 1b. Även om dödligheten betraktas som relativt låg, sett till kvinnor i alla åldrar, är det bland

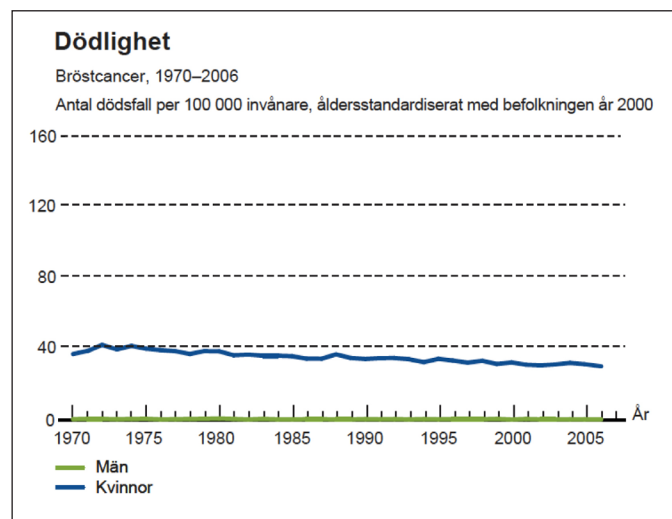
den vanligaste dödsorsaken för kvinnor mellan 45-64 år (2). Den relativa 10-årsöverlevnaden är nästan 80% idag.

Eftersom det för närvarande inte finns något sätt att förhindra att bröstcancer uppstår, s.k. primärprevention, har man riktat in sig på att försöka upptäcka bröstcancer i ett tidigt stadium och på så sätt förbättra chanserna till ökad överlevnad, s.k. sekundärprevention. Mammografi är en enkel röntgenundersökning av bröstet och är den metod som är etablerad som screeningmetod för bröstcancer. Med mammografi kan många bröstcancer upptäckas innan kvinnan själv har möjlighet att känna den som exempelvis en knuta i bröstet. Förutom att risken för spridning till lymfkörtlar och fjärrmetastaser minskar ju tidigare man upptäcker cancer, så minskar även behovet av behandling. Man kan exempelvis använda så kallad bröstbevarande kirurgi (där man tar bort en "tårtbit" av bröstet) istället för att behöva operera bort hela bröstet. Vidare minskar behovet av tilläggsbehandling i form av cellgifter och strålning ju mindre spridd cancer är.

Figur 1 a: Insjuknande i bröstcancer över tid. Källa: Cancer i siffor, Socialstyrelsen 2009.



Figur 1b: Dödlighet i bröstcancer över tid. Källa: Cancer i siffor, Socialstyrelsen 2009.



## MAMMOGRAFISCREENING I SVERIGE

Mammografiscreening infördes i Sverige i början på 1990-talet efter att s.k. randomiserade studier i Sverige och andra länder visat att man kunde sänka dödligheten i bröstcancer genom regelbunden mammografiscreening (4). Under årens lopp har man förändrat rekommendationerna, bland annat avseende vilka åldersgrupper som inbjuds. För närvarande rekommenderas screening av kvinnor mellan 40-74 års ålder med 1,5-2 års mellanrum. I Sverige har vi populationsbaserad screening, vilket innebär att alla kvinnor i dessa åldersgrupper och som är folkbokförda i Sverige erhåller en inbjudan per post med regelbundna intervall. Avgiften för undersökningen motsvarar patientavgiften på 150 kr och ingår inte i högnadsskyddet. Likande screeningprogram finns i samtliga skandinaviska och i flera europeiska länder samt i Kanada och Australien (5).

Om man skall kunna sänka dödligheten med hjälp av mammografiscreening är dock ett högt deltagande en av de grundläggande förutsättningarna. Enligt de europeiska riktlinjerna för mammografiscreening är ett deltagande på 70% acceptabelt men över 75% är önskvärt (6). I Sverige har vi ett högt deltagande internationellt sett, över 80% i genomsnitt. Det varierar dock och lägst deltagande ses i storstadsområdena (7). **Detta kan delvis bero på att mammografi erbjuds även av privata vårdgivare i dessa områden, men sannolikt till större del på att storstadskvinnor har ett annat beteendemönster.**

## MAMMOGRAFIKONTROVERSEN

Det har nog inte undgått någon att mammografiscreeningen varit ett hett debattämne de senaste decennierna. De randomiserade studierna som legat till grund för rekommendationerna har ifrågasatts avseende kvalitet och överförbarhet. Observationsstudier av effekterna i de etablerade screeningprogrammen i de nordiska länderna har visat olika resultat (8-11). När väl screening är införd har man ju ingen oscreenad grupp att jämföra med och det är svårt att reda ut hur mycket av den förbättrade överlevnaden som beror på tidigdiagnostik i form av screening och hur mycket som beror på förbättrad behandling över tid. Screening har ju inte bara fördelar utan även nackdelar. Mammografi är ingen 100% metod och ett problem är att det ibland finns svårtolkade områden på mammografibilderna, vilket gör att kvinnan måste komma tillbaka för kompletterande utredning. Många kvinnor oroas i onödan när de blir återkallade för vidare utredning, som seder-

mera visar att det inte fanns någon cancer (s.k. falskt positiva). Om man har mycket tät bröstkörtelvävnad i bröstet blir mammografibilden svårtolkad och cancrar kan också missas, vilket är vanligare hos yngre kvinnor eftersom tätheten minskar med åldern. Vidare har screening en förmåga att fånga upp långsamväxande cancrar snarare än de snabbväxande, aggressiva typerna. Detta kan leda till överdiagnostik, vilket innebär att cancrar hittas med screening, som aldrig annars hade gett sig till känna under kvinnans livstid och inte heller lett till döden. Indirekt leder detta förstås till överbehandling, vilket också har sidoeffekter. Studier av överdiagnostik har visat att mellan 10-30% av cancrarna i ett screeningprogram kan vara överdiagnostiserade (12, 13). Det är således en delikat balans mellan för- och nackdelarna och det minsta man kan kräva ur ett folkhälsoperspektiv är att screeningprogrammen har hög kvalitet samt att så många kvinnor som möjligt kommer, för att uppnå de avsedda effekterna. Debatten lär fortsätta eftersom det är omöjligt att i Sverige genomföra några nya, evidensgrundande studier vid det här laget.

## MAMMOGRAFISCREENING I MALMÖ

En av de första randomiserade mammografistudierna genomfördes i Malmö med start 1976 (14, 15). Då inbjöds halva Malmös kvinnliga befolkning i åldrarna 45-69 år till screening under en 10-årsperiod. Allmän screening infördes i Malmö 1990. Deltagandet i studierna låg kring 74% i första screeningomgången. I det allmänna screeningprogrammet låg deltagandet mellan 1991-94 i snitt kring 65% (16, 17). Detta var under genomsnittet i Sverige och ledde till att studier avseende faktorer som påverkar deltagande i screening inleddes vid dåvarande Samhällsmedicinska institutionen vid Lunds Universitet.

# Material och metoder

## MAMMOGRAFIREGISTERET

Kvinnor i de aktuella åldersgrupperna kallas via ett mammografiregister, vilket är kopplat till befolkningsregistret. I mammografiregistret finns grundläggande information om datum för inbjudan, aktivt eller passivt uteblivande från undersökningen, datum för undersökningen, resultat etc. Kvinnan kan själv omboka eller avboka den tid hon har erbjudits. Någon påminnelse skickas inte ut, utan kvinnan bjuds in när det är dags för hennes nästa screening-omgång efter 1,5-2 år beroende på ålder. (Under en period på 2000-talet fick man ingen mer inbjudan om man uteblivit två gånger i rad. Sedan 2009 är detta förfarande borta.)

## OMRÅDESAKTA, SOCIOEKONOMISKA VARIABLER OCH REGISTERMATCHNING

Genom Malmö stad och Statistiska Centralbyrån kan man få tillgång till en områdeskod, som talar om var en individ bor (18). Vidare finns områdesakta som i aggregerad form redovisar förekomsten av olika bakgrundsfaktorer, såsom andel förvärvsarbete, andel med socialbidrag etc. För att få information om en persons individuella socioekonomiska situation har vi använt oss av Folk- och bostadsräkningen 1990 samt inkomstregister via Statistiska Centralbyrån. Genom registermatchning mellan nämnda register och mammografiregistret kan man via personnumret koppla ihop olika variabler som behövs för en statistisk analys. All data har avidentifierats innan den hanterats av oss forskare.

Malmö kan geografiskt delas in på olika sätt. I våra analyser har vi använt oss av s.k. kretsar som kännetecknas av den typ av bebyggelse som finns inom respektive område. Vanligtvis exkluderas hamnen, eftersom få bor där. Kretsarna kan exempelvis kännetecknas av hög andel hyresrätter, bostadsrätter eller privatägda bostäder. Detta säger mycket om den socioekonomiska nivån i de olika områdena.

## STATISTISK ANALYS

Det första arbetet är en tvärsnittsstudie av 32 000 kvinnor som bjöds in till mammografiscreening mellan 1990-94 (16). Studien undersökte kopplingen mellan genomsnittligt mammografideltagande och områdenas socioekonomiska nivå. För att mäta socioekonomi använde vi oss av ett socioekonomiskt index (SEI) uppbyggt av migrationsfrekvens (andel-in och utflyttade i ett område under en

viss tid), andel med utländskt medborgarskap av alla med utländsk bakgrund, andel socialbidragstagare och andel förvärvsarbete (19). En korrelationskoefficient räknades ut mellan åldersjusterat icke-deltagande i mammografi och SEI.

I andra arbetet studerades kvinnans enskilda deltagande/ icke-deltagande i förhållande till hennes socioekonomiska omständigheter (17). **Civilstånd, utbildningsnivå, förvärvsarbete ja/nej, typ av arbete, hushållets inkomstnivå, eventuell trångboddhet** relaterades till icke-deltagande i en s.k. logistisk regression, justerad för ålder. Resultaten redovisades som oddskvoter ("odds ratio" OR) med 95% konfidensintervall (KI).

I det tredje arbetet användes s.k. multilevel-analys, vilken kan ta hänsyn till både områdets och individens faktorer i förhållande till icke-deltagande (20). Samma individuella variabler som i arbete två användes. Som områdesvariabler användes migrationsfrekvens och andel förvärvsarbete.

# Resultat

## OMRÅDEN MED SÄMRE SOCIOEKONOMISKA OMSTÄNDIGHETER HAR LÄGRE DELTAGANDE I SCREENING

32602 kvinnor i åldrarna 45-68 och som bjöds in till screening mellan 1990-94 inkluderades i studien. 11376 av kvinnorna deltog inte i screeningen vilket gav ett genom-

snittligt icke-deltagandet på 35%. Mellan 17 olika områden i Malmö varierade det åldersjusterade icke-deltagandet mellan 23-43%. Högt icke-deltagande sågs framförallt i områden med sämre socioekonomiskt index, tabell 1. Det fanns en stark koppling mellan SEI-nivå och icke-deltagar-nivå, viktad korrelationskoefficient -0.78 ( $p < 0.01$ ), fig 2.

Tabell 1: Fördelningen av icke-deltagarfrekvenser och socioekonomiskt index

Områdesnummer	Antal kvinnor 45-68 år	Ojusterad icke-deltagarfrekvens (%)	Åldersjusterad icke-deltagarfrekvens (%)	Områdets socioekonomiska index
<b>Lågt socioekonomiskt index</b>				
16	2291	42	42	-7.18
10	981	35	36	-5.41
2	3824	43	43	-4.42
3	2513	40	40	-3.11
15	780	36	36	-2.17
4	1310	35	35	-2.12
<b>Medelhögt socioekonomiskt index</b>				
13	1301	34	35	-1.52
12	4173	33	33	-1.46
9	2119	35	35	-0.22
1	3608	39	39	1.54
5	1687	34	34	2.43
<b>Högt socioekonomiskt index</b>				
14	1339	25	26	2.59
11	1722	28	28	2.87
6	1922	29	29	3.89
17	1804	23	23	4.44
7	788	28	28	4.84
8	443	28	28	5.01



## ICKE-DELTA GANDE I MAMMOGRAFI-SCREENING ÄR KOPPLAT TILL KVINNANS INDIVIDUELLA SOCIOEKONOMISKA STATUS

Icke-deltagandet skilde sig inte signifikant mellan åldrarna, kvinnor 55 år eller äldre vid inbjudan uteblev i ungefär samma utsträckning som kvinnor yngre än 55 år. Merparten av de socioekonomiska faktorerna var kopplade till icke-deltagande, tabell 2: Kvinnor med utländsk bakgrund hade 1.7 gånger högre risk än svenskfödda kvinnor att utebli. Civilstånd hade en signifikant inverkan på risken att utebli, och det faktum att man inte levde officiellt tillsammans med någon (ogift, skild eller änka) ökade risken med mellan 1.2-2 gånger att vara icke-deltagare jämfört med sammanboende/gifta kvinnor. Det fanns ingen tydlig

koppling mellan utbildningsnivå eller typ av arbete ("socioekonomisk grupp" i tabellen) och icke-deltagande. Där emot var det 1.5 gånger vanligare att var icke-deltagare om man inte var förvärvsarbetande. En relativt liten andel av kvinnorna bodde i förhållande definierade som trångbodda (2.6% av icke-deltagarna och 0.8% av deltagarna) men trångboddhet ökade signifikant risken för icke-deltagande med 2.5 gånger jämfört med icke-trångbodda. Risken för icke-deltagande minskade med stigande hushållsinkomst.

Det var som väntat vanligare att ha en mer avancerad bröstcancer vid diagnos bland icke-deltagarna jämfört med deltagarna: RR 1.74 (1.34-2.17).

Tabell 2. Fördelning av socioekonomiska faktorer, oddskvoter (OR) och konfidensintervall (KI) för icke-deltagare och deltagare i Malmös mammografiscreening 1990-93. Anpassad från Zackrisson et al, Int J Cancer 2004.

Faktor	Icke-deltagare n=11,314	Deltagare n=21,418	OR (95% CI) Icke-deltagare vs. deltagare		
			% med faktor	Ojusterad	Åldersjusterad
Ålder vid inbjudan					
<55 år	62.3	60.7	1.00		1.00
>=55 år	37.7	39.3	1.07 (1.02-1.21)		0.98 (0.92-1.04)
Deltagande i studie					
Nej	60.9	47.0	1.00	1.00	1.00
Ja	39.1	53.0	0.57 (0.55-0.60)	0.57 (0.54-0.60)	0.56 (0.54-0.59)
Född i Sverige					
Ja	74.7	85.8	1.00	1.00	1.00
Nej	25.3	14.2	2.05 (1.94-2.17)	2.07 (1.95-2.19)	1.67 (1.57-1.78)
Civilstånd					
Gift/sambo	55.2	68.3	1.00	1.00	1.00
Ogift	10.5	6.5	1.98 (1.82-2.15)	2.00 (1.84-2.18)	2.07 (1.90-2.26)
Skild	24.0	16.4	1.81 (1.71-1.92)	1.82 (1.72-1.93)	1.71 (1.61-1.82)
Änka	10.3	8.7	1.46 (1.35-1.58)	1.39 (1.29-1.51)	1.29 (1.19-1.41)
Socio-ekonomisk grupp					
Manuellt arbete	20.6	26.7	1.00	1.00	1.00
Tjänsteman	25.5	34.2	0.97 (0.91-1.03)	0.96 (0.90-1.02)	0.98 (0.91-1.06)
Egenföretagare	2.4	2.5	1.24 (1.06-1.44)	1.24 (1.06-1.45)	1.17 (1.00-1.38)
Övriga	4.2	3.0	1.80 (1.58-2.05)	1.87 (1.64-2.12)	1.49 (1.30-1.72)
Ingen anställning	47.3	33.6	1.83 (1.72-1.94)	2.10 (1.97-2.25)	1.55 (1.44-1.67)
Utbildning					
≤ 9 år	44.9	46.7	1.00	1.00	1.00
≤ 12 år	19.0	21.1	0.94 (0.88-1.00)	0.94 (0.88-1.00)	1.00 (0.94-1.07)
Universitet	12.7	13.3	0.99 (0.92-1.06)	0.99 (0.92-1.06)	1.14 (1.05-1.24)
Uppgift saknas	23.3	18.9	1.29 (1.21-1.37)	1.30 (1.22-1.40)	0.96 (0.89-1.02)
Hushållsinkomst/person (1000 SEK)					
≤ 94.32	33.9	19.8	1.00	1.00	1.00
94.33-126.32	23.2	25.3	0.53 (0.50-0.57)	0.54 (0.51-0.57)	0.69 (0.64-0.73)
126.33-160.36	20.0	27.1	0.43 (0.40-0.46)	0.43 (0.40-0.46)	0.61 (0.57-0.66)
≥ 160.37	20.5	26.8	0.45 (0.42-0.48)	0.45 (0.42-0.48)	0.65 (0.60-0.70)
Uppgift saknas	2.4	1.0	1.40 (1.16-1.68)	1.40 (1.17-1.69)	0.58 (0.42-0.79)

## VILKET PÅVERKAR MEST - KVINNANS INDIVIDUELLA SOCIEKONOMISKA SITUATION ELLER OMRÅDETS?

I denna studie användes samma material som i studie 2. Utländsk bakgrund förklarade 26% av variationen av icke-deltagande mellan områdena, civilstånd 17% och inkomst 26%. Om man bodde i ett område med hög migrationsfrekvens förklarade detta 67% av skillnaderna. Områden med hög arbetslöshet förklarade 77% av skillnaderna. I en sammanslagen modell kunde vi visa att förutom kvinnornas individuella socioekonomiska status, hade områdets stabilitet (migrationsfrekvens) och arbetslöshetsfrekvens stor inverkan på skillnaderna i icke-deltagande (67% respektive 77%) . Vidare visades att kvinnor med lägre inkomst, men som bodde i områden med högre genomsnittsinkomst hade större sannolikhet att delta i screening än om de bott i ett område med lägre genomsnittsinkomst. Detta är ett exempel på hur områdets karaktär kan påverka individuella beslut. Sammanfattningsvis kan man dra slutsatsen att både områdets och kvinnornas individuella socioekonomiska status påverkar deltagarfrekvenser. I slutändan är detta viktig information, eftersom det kan vara enklare att rikta preventiva åtgärder baserat på områdesdata än på individuella data.

# Diskussion

Data från de beskrivna studierna härrör från de första åren efter införandet av allmän screening i Malmö, tidigt 1990-tal. Deltagarfrekvenserna har under 1990- och 2000-talen inte förändrats nämnvärt förrän på senare år. Detta beror sannolikt både på att nya åldersgrupper introduceras i screeningen och äldre passerar åldersstrecket. Sedan 2009 bjuds kvinnor från 40 år och uppåt in och man har sett ett lägre deltagande i denna åldersgrupp (40-50 år) jämfört med de äldre. Det genomsnittliga deltagandet i Malmö under 2011 var 73%, vilket är lägre än exempelvis Lund som hade 78%.

Bland de socioekonomiska faktorerna sågs ingen tydlig koppling mellan icke-deltagande och utbildningsnivå eller SEI-tillhörighet (typ av arbete), inte heller i den multivariata analysen. Däremot fanns det samband med huruvida man var förvärvsarbetande eller ej och även till hushållets inkomstnivå. Detta kan bero på att kvinnorna i studiematerialen tillhör en äldre kohort där högre utbildning inte var lika utbredd och där sannolikt familjens socioekonomiska status kanske är en tydligare markör än kvinnans enskilda. De socioekonomiska skillnaderna i Malmö har dock snarare accentuerats än jämnats ut med tiden, vilket talar för att de beskrivna resultaten från tidigare år till stor del sannolikt är hållbara och sannolikt ännu starkare.

Epidemiologiska studier kan visa på samband mellan olika faktorer och det studerade utfallet, i det här exemplet icke-deltagande i mammografiscreening. Sådana studier kan dock inte förklara vilka exakta mekanismer som gömmer sig bakom beslutet att delta eller inte delta. De socio-ekonomiska faktorerna kan ses som markörer för ett visst beteende, men de underliggande mekanismerna känner vi inte närmre till. Dock har de epidemiologiska studierna stort värde i att kunna påvisa mönster, exempelvis på områdesnivå, för att kunna rikta preventiva åtgärder till särskilda grupper.

Det pågår ett tvärvetenskapligt forskningsprojekt vid Lunds Universitet för att få en större förståelse för vilka mekanismer som ligger bakom icke-deltagande. Projektet är ett samarbete mellan Socialhögskolan i Lund och avdelningen för diagnostisk radiologi, institutionen för kliniska vetenskaper vid Lunds Universitet. Vi håller på att analysera data från 2000-2009 gällande icke-deltagande och socioekonomi, men resultaten är ännu inte klara. Vidare har djupintervjuer med kvinnor som uteblivit minst vid två screeningtillfällen i rad genomförts och är under analys. Under hösten 2012 kommer s.k. fokus-

grupper att genomföras i några olika etniska intresseföreningar för att få ökad förståelse för hur kvinnor med utländsk bakgrund resonerar kring mammografiscreening. Gruppdiskussionerna kommer att ske på kvinnornas eget språk med tolkhjälp, eftersom språkliga hinder har försvårat att nå denna grupp med andra typer av intervjuer eller frågeformulär. Innan man bestämmer vilka preventiva åtgärder man ska vidta krävs att man vet vilka faktorer och mekanismer som ligger bakom beslutet att inte gå på screening.

## TÄNKBARA STRATEGIER FÖR ATT ÖKA SCREENINGDELTAGANDET

### Kostnaden

För närvarande får man betala motsvarande patientavgiften på 150 kr för att gå på screening och det ingår inte i högkostnadsskyddet. Studier har visat på motstridande resultat gällande om avgiften är ett hinder eller ej (21, 22). Man kan dock tänka sig att även denna ringa kostnad kan vara stor för den som har en knäppt ekonomi och andra sociala eller kroppsliga problem som överskuggar tanken på att gå på mammografiscreening, när man inte har symptom från bröstet.

### Kallelsen

I Malmö och övriga Skåne skickas inbjudan endast ut på svenska. Man har övervägt information på flera språk, men av tekniska skäl har detta inte varit möjligt ännu. Vilken information som ska finnas i kallelsen har varit föremål för diskussion bland screeningkritikerna. Med fog har de hävdade att både screeningens för- och nackdelar bör belysas i inbjudan för att ge kvinnan en bättre möjlighet att göra ett grundat ställningstagande om hon vill delta eller inte (23, 24). I nuläget skickas ingen påminnelse ut, utan det dröjer till nästa screeningomgång 1.5-2 år framåt i tiden innan nästa kallelse kommer. Det finns studier som visar att uppmaning från familjeläkare eller telefonpåminnelse kan öka deltagandet (25, 26) **men detta är ju en resursfråga.**

### Tillgänglighet

En stor andel av de kvinnor som ingår i screeningåldrarna 40-74 år är i en aktiv fas av sitt liv med arbete och familj. Screeningens vanligtvis öppna kl 8-16 på vardagar dock enstaka kvällar och man skulle kunna tänka sig att det är ett hinder att man måste ta ledigt från jobbet för att gå på screening och att man av den anledningen uteblir.

Detta skulle bland annat kunna förklara varför kvinnor i de yngsta åldersgrupperna uteblir i större utsträckning just nu. Att på ett enkelt sätt kunna ändra sin tid via internet, skulle kanske underlätta för datorvana åldersgrupper, liksom bilprovningen. Även sms-påminnelser skulle kunna användas. Numera kan man dock relativt enkelt nå kundtjänst per telefon hela dagen för att boka om sin tid. Drop-in istället för inbokad tid är också en tänkbar lösning.

Malmö är ingen stor stad geografiskt sett, men avståndet till screeningenheten kan vara ett problem för de kvinnor som sällan rör sig utanför de stadsdelar där de bor. I mer glesbefolkade delar av Sverige och Norge använder man mobila screeningenheter, mammografibussar. I Holland, som länge erbjudit screening, är merparten av screeningenheterna mobila trots att landet är tätbefolkat och litet till ytan. De har ett högt deltagande i screeningen (27). En tanke är därför att mammografibuss skulle kunna vara ett alternativ även i Malmö.

## Information

Oktober månad är den internationella bröstcancer månaden då Rosa Bandet-kampanjer pågår för att samla in pengar till bröstcancerforskning och öka kunskapen kring sjukdomen. I samband med detta brukar deltagandet i screeningen öka. Det är tänkbart att regelbundna kampanjer skulle kunna ha en positiv effekt på deltagandet lokalt. Unilabs som bedriver all bröstdiagnostik i Skåne för närvarande, planerar en sådan kampanj under våren 2012: "Vi ser det du inte känner". Det återstår att se om det får någon effekt på deltagarfrekvensen.

## Konklusion

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det finns stora skillnader inom Malmö avseende deltagande i mammografiscreening och att det finns en tydlig koppling till sociala determinanter. I tillägg till de förbättringsarbeten som pågår i Skåne för att öka tillgänglighet och deltagande, finns även detta på agendan på nationell nivå. Regeringen och socialdepartementet har inom ramen för den s.k. Nationella Cancerstrategin gett i uppdrag till Sveriges Kommuner och Landsting, SKL att driva projektet "Tidig upptäckt"(28). Detta är ett utvecklingsarbete för att öka deltagandet i de nationella screeningprogrammen mot bröst- och livmoderhalscancer och även för att uppnå ett mer jämlikt deltagande.

# Referenser

1. Socialstyrelsen. Cancer i siffror In: Socialstyrelsen, editor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2009 (Causes of Death 2009). In: Socialstyrelsen, editor. Stockholm 2009.
3. Andersson I. ”Bröstdiagnostik” i Jönsson P-E red: Bröstcancer. Södertälje: Astra Zeneca AB; 2004.
4. Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjöld B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet*. 2002;359(9310):909-19.
5. Vainio H, Bianchini F. IARC Handbooks of Cancer Prevention- Breast Cancer Screening. Lyon, France: IARC Press; 2002.
6. European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. In: Communities CotE, Programme EAC, editors. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
7. Olsson S, Andersson I, Karlberg I, Bjurstam N, Frodis E, Hakansson S. Implementation of service screening with mammography in Sweden: from pilot study to nationwide programme. *JMedScreen*. 2000;7(1):14-8.
8. Jorgensen KJ, Zahl PH, Gotzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ*. 2010;340:c1241. Epub 2010/03/25.
9. Hellquist BN, Duffy SW, Abdsaleh S, Bjorneld L, Bordas P, Tabar L, et al. Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years: evaluation of the Swedish Mammography Screening in Young Women (SCRY) cohort. *Cancer*. 2011;117(4):714-22. Epub 2010/10/01.
10. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. *Cancer EpidemiolBiomarkers Prev*. 2006;15(1):45-51.
11. Kalager M, Zelen M, Langmark F, Adami HO. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med*. 2010;363(13):1203-10. Epub 2010/09/24.
12. Zackrisson S, Andersson I, Janzon L, Manjer J, Garne JP. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. *British Medical Journal*. 2006;332(7543):689-92.
13. Gotzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(1):CD001877. Epub 2011/01/21.
14. Andersson I, Aspegren K, Janzon L, Landberg T, Lindholm K, Linell F, et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. *British Medical Journal*. 1988;297:943-8.
15. Andersson I, Janzon L. Reduced breast cancer mortality in women under age 50: Updated results from the Malmö mammographic screening program. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 1997;22:63-7.
16. Matson S, Andersson I, Berglund G, Janzon L, Manjer J. Non-attendance in mammographic screening- A study of intra-urban differences from the city of Malmö in Sweden 1990-94. *Cancer Detection and Prevention*. 2001;25(2):132-7.
17. Zackrisson S, Andersson I, Manjer J, Janzon L. Non-attendance in breast cancer screening is associated with unfavourable socio-economic circumstances and advanced carcinoma. *International Journal of Cancer*. 2004;108(5):754-60.

18. Area statistics for Malmo 1991-96. Malmo, Sweden: Malmo City Council, 1996.
19. Engstrom G, Berglund G, Goransson M, Hansen O, Hedblad B, Merlo J, et al. Distribution and determinants of ischemic heart disease in an urban population. A study from the myocardial infarction register in Malmo, Sweden. *Journal of Internal Medicine*. 2000;247:588-96.
20. Zackrisson S, Lindstrom M, Moghaddassi M, Andersson I, Janzon L. Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis. *ScandJPublic Health*. 2007;35(5):548-54.
21. O'Byrne AM, Kavanagh AM, Ugoni A, Diver F. Predictors of non-attendance for second round mammography in an Australian mammographic screening programme. *JMedScreen*. 2000;7(4):190-4.
22. Immonen-Raiha P, Kauhava L, Parvinen I, Helenius H, Klemi P. Customer fee and participation in breast-cancer screening. *Lancet*. 2001;358(9291):1425.
23. Jorgensen KJ, Gotzsche PC. Content of invitations for publicly funded screening mammography. *British Medical Journal*. 2006;332(7540):538-41.
24. Jorgensen KJ, Brodersen J, Hartling OJ, Nielsen M, Gotzsche PC. Informed choice requires information about both benefits and harms. *Journal of medical ethics*. 2009;35(4):268-9. Epub 2009/04/01.
25. Bonfill X, Marzo M, Pladevall M, Marti J, Emparanza JI. Strategies for increasing women participation in community breast cancer screening. *CochraneDatabaseSystRev*. 2001(1):CD002943.
26. Giorgi D, Giordano L, Senore C, Merlino G, Negri R, Cancian M, et al. General practitioners and mammographic screening uptake: influence of different modalities of general practitioner participation. Working Group. *Tumori*. 2000;86(2):124-9. Epub 2000/06/16.
27. Otto SJ, Fracheboud J, Looman CW, Broeders MJ, Boer R, Hendriks JH, et al. Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality: a systematic review. *Lancet*. 2003;361(9367):1411-7.
28. En nationell cancerstrategi för framtiden, SOU 2009:11 (2009).



**Kommissionen för ett socialt hållbart Malmö** är en oberoende kommission med uppdrag från Malmö stad att ta fram mål och strategier för att minska skillnader i hälsa. Läs mer på [www.malmo.se/kommission](http://www.malmo.se/kommission) och [www.malmokommissionen.se](http://www.malmokommissionen.se)

