

Tilfredshetsundersøkelse blant deltakerne i mammografiscreeningprogrammet ved Brystdiagnostisk Senter (BDS).



Kvalitetssikring av screeningdriften.

Tromsø, 15. september 2008.

5. årsoppgave i Stadium IV – medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø.

Utarbeidet på oppdrag fra Brystdiagnostisk senter UNN.

Heidi Hafstad Høifødt (hafstadheidi@gmail.com) og

Line Bøe Nielsen (line.boe@gmail.com), Medisinkull -03

Veiledere: dr. med. Merethe Kumle og overlege cand. med. Jan Ole Frantzen.

Resymé

Formålet med oppgaven var å kartlegge kvinners tilfredshet med mammografiscreeningstilbudet i Troms og Finnmark, både på Mammografibussen (EMMA) og Brystdiagnostisk Senter (BDS) på Universitetssykehuset Nord-Norge. Dette ble gjort med en epidemiologisk spørreundersøkelse der 1109 kvinner som hadde deltatt i Mammografiprogrammet i perioden januar - mars 2006 fikk tilsendt et sekssiders spørreskjema. Totalt svarte 913 av de forespurte kvinnene på spørreskjemaet (82,3 %). Dataene som ble innsamlet ble analysert med hjelp av SPSS og STATA. Utvalget var representativt for befolkningsgruppen for øvrig, med jevn aldersfordeling. Som forventet var kvinnene svært tilfredse med tilbudet de får, og hverken alder, bosted, utdanning eller screeningsted hadde stor betydning for kvinnenes totale tilfredshet. BDS kom litt bedre ut enn EMMA når det gjaldt tilfredshet med radiografens opptreden under bildetakingen. Alder og utdanning har liten betydning for grad av tilfredshet, men påvirker måten kvinnene svarer på, en indikasjon på at det også påvirker hvordan de oppfatter informasjonen som gis av Mammografiprogrammet og personalet ved BDS og EMMA.

Med et utvalg av kvinner som hadde valgt å møte opp til screening, og deretter var positive til å svare på et spørreskjema, var det ikke overraskende å finne at de aller fleste var fornøyde med tilbudet. For å finne frem til de faktorene som kan forbedres ved screeningstilbudet i Troms og Finnmark, bør det innhentes informasjon fra kvinner som deltar for første gang, eller har valgt bort undersøkelsen etter et første møte med Mammografiprogrammet.

RESYMÉ	1
INTRODUKSJON	3
MAMMOGRAFISCREENING I NORGE	3
BRYSTKREFT I NORGE.....	5
MATERIALE OG METODE	6
<i>Studiepopulasjon.</i>	6
<i>Utforming av spørreskjema og innsamling av datamaterialet.</i>	7
<i>Statistiske analyser:</i>	8
RESULTATER.....	9
<i>Bakgrunn/sosiodemografiske karakteristika</i>	9
Alder.....	9
Bosatt i urbant område eller distrikt:	9
Utdanning:.....	10
Screeningsted (BDS/EMMA):.....	10
<i>Andre bakgrunns-karakteristika</i>	11
Internettbruk:	11
Brystkreft i nær familie/ omgangskrets:	11
Førstegangsdeltakere:	11
<i>Deltakernes inntrykk av informasjon om Mammografiscreeningprogrammet</i>	12
<i>Å komme seg til undersøkelsen</i>	13
<i>Telefonkontakt med BDS</i>	13
<i>Intervju og bildetaking</i>	13
Opplevelse av intervjusituasjonen	13
Opplevelse av bildetakingssituasjonen:	14
DISKUSJON:.....	14
<i>Materiale og metode.</i>	14
<i>Deltakernes tilfredshet med bildetakingssituasjonen</i>	16
<i>Deltakernes inntrykk av informasjon om Mammografiprogrammet</i>	16
KONKLUSJON:	17
REFERANSER.....	19
APPENDIX	22

Introduksjon

Debatten omkring mammografiscreening i Norge har i mange år gått høyt både i fagtidsskrifter og i media (1,2,3). Diskusjonene har i hovedsak dreid seg om i hvilken grad man kunne forvente en reduksjon i brystkreftdødeligheten. Det er imidlertid enighet om at høy deltakerprosent generelt er viktig for å kunne se gevinsten av et screeningprogram i populasjonen i form av redusert dødelighet av brystkreft. Mange forhold antas å ha innvirkning på oppmøtet. En av disse er hvor tilfredse kvinnene er i møte med Mammografiprogrammet, og deres tilfredshet er avhengig av mange enkeltfaktorer. Tidligere i studiet arbeidet vi med en valgfri oppgave om mammografiscreening der vi satte oss inn i de ulike sidene av driften ved to brystdiagnostiske sentre i Norge (4). Dette gav grunnlag for et videre samarbeid med overlege Jan Ole Frantzen ved Brystdiagnostisk senter (BDS) ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), som foreslo at vi kunne designe og gjennomføre en brukerundersøkelse om mammografiscreeningstilbudet ved UNN. Sykehuset ønsket i tillegg at undersøkelsen skulle være et bidrag i en kvalitetsrapport.

I samarbeid med veileder diskuterte vi kvalitativ vs. kvantitativ studietilnærming. Begge alternativene ville gi nyttig informasjon om screeningdeltakernes inntrykk og meninger. Vi måtte velge mellom to typer data av svært ulik karakter. Ut i fra vårt kunnskapsnivå, erfaringsgrunnlag, og mulighet for veiledning, valgte vi å benytte en kvantitativ metode med bruk av spørreskjema (5, 6, 7).

Oppgaven er utformet som en tilfredshetsundersøkelse blant deltakerne i mammografiscreeningen i Troms og Finnmark, og tar for seg hvordan deltakerne i Mammografiprogrammet opplever møtet med mammografiscreeningen.

Kvalitetsrapporten er en del av BDS sitt pålagte kvalitetssikringsarbeid og har derfor ikke vært til vurdering hos Regional Etisk Komité (REK-Nord) (8).

Mammografiscreening i Norge

På bakgrunn av den økte forekomsten av brystkreft, ble det utover 1980-tallet satt i gang flere store randomiserte studier i vestlige land, der målet var å finne ut om masseundersøkelse av kvinner uten kliniske symptomer på brystkreft kunne redusere dødeligheten av brystkreft i befolkningen. Resultatene av disse undersøkelsene har vært kilde til debatt. I dag er det stor enighet om at mammografiscreening reduserer dødeligheten av brystkreft i de screenede

aldersgruppene, men det er uenighet om hvor stor denne reduksjonen er og i hvilke grad mammografi fører til overdiagnostisering og overbehandling av brystkreft (9).

For å forsvare screening må den aktuelle sykdommen utgjøre et viktig helseproblem i samfunnet. Tilstanden må kunne oppdages ved en test før den gir kliniske symptomer og det må finnes behandling. Undersøkelsen som benyttes i screeningen må ikke være til skade for individet, og den må ha høy sensitivitet og spesifisitet slik at gevinsten i leveår oppveier kostnadene. (10).

US Commission on Chronic Illness, 1951 definisjon av screening:

”Oppdagelse av ikke erkjent sykdom ved bruk av raske tester. Screeningstester skiller personer som trolig har sykdom ut fra dem som trolig ikke har den aktuelle sykdommen. En screeningstest kan ikke gi noen diagnose. Personer med positive funn må utredes videre og eventuelt behandles.”

Et sentralt moment i all screening er stor grad av aksept blant de inviterte. En lav oppmøteprosent reduserer effekten av screeningen. I følge Kreftregisteret er målet for brystkreftscreening å redusere brystkreftdødeligheten med 30 % (8, 9). Dette innebærer et ønsket mål om oppmøteprosent på 80 % første runde, og 75 % til de påfølgende screeningrundene. Mammografiprogrammet anser en oppmøteprosent på 70 % som akseptabelt nivå.

I dag har de fleste kvinner i den vestlige verden mulighet til å delta i nasjonale eller regionale screeningprogrammer. Mammografiscreening har kommet i gang til forskjellig tid i forskjellige land (9, 11, 12, 13, 14, 15, 16).

I Norge ble mammografiscreening startet som et prøveprosjekt i fire fylker (Akershus, Hordaland, Oslo og Rogaland) i perioden fra 1996 til 2000 (17, 18). Fra februar 2004 har mammografi vært et offentlig landsdekkende helsetilbud. Kvinner i alderen 50-69 år får annen hvert år invitasjon til mammografi.(8). Interessen for tilbudet har jevnt over vært god. På landsbasis møter i underkant av 80 % av de inviterte til første screeningrunde, med enkelte regionale ulikheter.

Brystkreftscreeningen driftes av Kreftregisteret gjennom Mammografiprogrammet.

Programmet koordinerer de ulike aktørenes innsats. Helsedepartementet har det økonomiske ansvaret og Sosial og Helsedirektoratet har det faglige ansvaret. Kreftregisteret har ansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering samt lagring av resultatene fra undersøkelsen.

Kreftregisteret står også for utarbeidelse av informasjonen Folkehelseinstituttet sender ut til kvinnene (8, 10).

Effekten av mammografiscreeningen er avhengig av høy kvalitet i alle ledd. Det er utarbeidet en kvalitetsmanual som gir detaljerte retningslinjer for utførelsen av programmet. Et av de viktigste tiltak for å oppnå høy kvalitet har vært opprettelsen av 17 brystdiagnostiske sentere (BDS) med spesialutstyr, der røntgenleger, kirurger og patologer samarbeider om diagnostikken. For å oppnå høy deltakelse i distriktene er det ved fire BDS tilknyttet spesialbygde mobile mammografilaboratorier (busser). Disse dekker utkantstrøkene slik at kvinnene også her har lett tilgang til mammografi (19).

Bussene bemannes av de samme radiografer (røntgenfotografer) som arbeider på BDS. Bildene sendes med post inn til BDS der de leses av to uavhengige radiologer (røntgenleger).

Kvinnene mottar annen hvert år et invitasjonsbrev fra Kreftregisteret med tilbud om mammografi ved nærmeste Bryst diagnostiske Senter eller mammografibuss (Appendix, Informasjon fra Mammografiprogrammet).

De som ikke møter til mammografi får en påminnelse. Man har også anledning til å reservere seg mot invitasjon. Etter screeningundersøkelsen sender Kreftregisteret i løpet av to uker svarbrev (friskbrev) til kvinnene. I de tilfeller hvor legene ser forandringer på bildene som kan gi mistanke om kreft (ca 3 %), blir kvinnen innkalt til en oppfølgende undersøkelse, såkalt etterundersøkelse. Denne innebærer nye bilder, ultralydundersøkelse, klinisk undersøkelse av kirurg og eventuelt biopsi (vevsprøve). Av de som deltar i mammografiprogrammet får 500/100.000 påvist brystkreft. Dette utgjør ca 20 % av dem som blir etterinnkalt (20).

Brystkreft i Norge

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant norske kvinner med 2673 nye tilfeller i 2006. Dette tilsvarende ca 75 nye tilfeller pr 100 000 kvinner (aldersjustert insidens pr 100 000, verdens standardpopulasjon). Basert på dagens insidens (antall nye tilfeller av brystkreft i løpet av et år pr. 100 000 kvinner) av brystkreft vil livstidsrisikoen (akkumulert insidens av brystkreft for kvinner i alderen 30-79 år) for norske kvinner være ca 9 %.

Brystkreftinsidensen blant norske kvinner er nærmest doblet i løpet av de siste 50 årene (Appendix, Figur 1 og 2). I den samme perioden har 5 års overlevelse av brystkreft økt fra

omkring 60 % til ca 85 % (Appendix, Figur 3). Dødelighet er i stor grad avhengig av hvilket stadium sykdommen er i når den oppdages. Økt oppmerksomhet på brystkreft har bidratt til at kvinner i større grad undersøker seg selv. Kombinasjon av økt oppmerksomhet og systematisk mammografi bidrar til tidligere diagnose. Sammen med nye og forbedrete behandlingsmetoder, gir dette lavere brystkreftdødelighet og mer skånsom behandlingsform (Appendix, Figur 4).

Prevalensen av brystkreft (antall kvinner med brystkreft på et bestemt tidspunkt) i Norge har økt som en følge av den reduserte dødeligheten og den økende insidensen. Antall kvinner som levde med brystkreft i 1995 var 21.600 mot 31.500 kvinner i 2005. Mange av disse kvinnene vil dø av andre årsaker enn sin brystkreft (10, 21).

De to viktigste risikofaktorene for sykdommen er kjønn og alder. Fellesnevneren ser ut til å være kjønnshormoner, både eksogene (tilført utenfra) og endogene. Det er vist at kvinner som bruker hormonell substitusjon i overgangsalderen har større risiko for å få brystkreft (22). Brystkreft er mer enn hundre ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn. Hos kvinner har tidspunkt for menarke (første menstruasjon), alder ved første fødsel, antall barn, amming og alder ved menopause betydning for akkumulert mengde kjønnshormoner og deres grad av påvirkning av brystvevet gjennom livet (23). Sykdommen er svært sjelden hos unge kvinner. Insidensen stiger bratt med alderen frem mot menopause, for deretter å flate ut (Appendix, Figur 5).

Materiale og metode

Studiepopulasjon.

Som en del av kvalitetssikringsarbeidet ved Brystdiagnostisk senter ved UNN ble det i perioden 23. januar til 29. mars 2006 fortløpende sendt ut et invitasjonsbrev og et seks siders spørreskjema til 1109 kvinner som nylig hadde vært til mammografiundersøkelse enten ved BDS eller på Mammografibussen (EMMA).

Av totalt 1109 spørreskjemaer ble 76 sendt spesielt til førstegangsdeltakere. Det vil si kvinner som ikke tidligere hadde vært invitert til mammografiscreening. Deltakere som møter opp til andre og tredje runde befinner seg i den prosentandelen som synes mammografiundersøkelsen er akseptabel nok til å delta flere ganger. Kvinner som deltar for første gang har ikke tatt denne beslutningen ennå, og blant dem kan man fange opp de kvinnene som ikke kommer til å møte opp neste gang. Dermed kan man få informasjon som sier noe om hvorfor noen velger å utebli.

I utsendelsesperioden var EMMA plassert i Hammerfest og Alta. Det ble sendt en påminnelse etter 14 dager til de kvinnene som ikke hadde returnert spørreskjema. Målet var at kvinnene skulle rekke å returnere det utfylte spørreskjemaet før de fikk svaret på undersøkelsen (Appendix, Spørreundersøkelsen).

Det er sannsynlig at en andel av kvinnene som har besvart spørreskjemaet definerer seg som samiske. Det ble ikke tatt hensyn til eventuelle kulturforskjeller mellom norske og samiske kvinner ved utforming av spørreskjemaet. En studie om hvorvidt samiske og norske kvinner oppfatter Mammografiprogrammet ulikt må utføres separat fra denne tilfredshetsundersøkelsen (24).

Utforming av spørreskjema og innsamling av datamaterialet.

Utforming av spørreskjema er kritisk for resultatet i en epidemiologisk undersøkelse. Det er av stor betydning at man har klare forestillinger om hva man ønsker svar på. Utarbeidelsen av spørreskjema ble derfor gjort i nært samarbeid med de ansatte ved BDS.

Med utgangspunkt i den kronologiske rekkefølgen av hendelser før, under og etter en mammografiscreeningundersøkelse, ble det utformet spørsmål som belyste forholdene rundt de problemstillingene vi ønsket svar på (5, 6, 25).

Det endelige spørreskjemaet var på seks sider, inneholdt 41 spørsmål, og var designet for optisk lesing (Appendix, Spørreundersøkelsen). Spørreskjemaet ble utarbeidet under veiledning av Merethe Kumle, Jan Ole Frantzen og Olaug Lian.

Spørsmålene i skjemaet kan deles inn i åtte grupper basert på innholdet (Appendix, Spørreundersøkelsen). Det ble lagt vekt på å formulere spørsmålene slik at de aller fleste ville forstå dem. Ord med positive eller negative assosiasjoner ble unngått. Vi var bevisst på ikke å lage spørsmål hvor deltakeren selv kunne formulere et svar, av hensyn til de statistiske analysene. Spørsmål der deltakeren ble bedt om å gi sitt inntrykk av en opplevelse var gradert fra en til seks, der en var mest negativt og seks var mest positivt. Ytterpunktene var beskrevet med to ulike begrep i de fleste tilfeller, for eksempel nennsom som positivt ytterpunkt og hardhendt som negativt ytterpunkt.

For å få tilbakemelding på hvordan spørreskjemaet fungerte i praksis ble det gjennomført en pilot med ti tilfeldig utvalgte screeningdeltakere på BDS. Noen mindre endringer ble foretatt i etterkant av dette.

Utsending, påminnelser og registrering av innkomne skjema ble organisert i samarbeid med personalet ved BDS. Spørreskjemaene ble sendt ut fortløpende, med vedlagt invitasjonsbrev og svarkonvolutt. Det ble vektlagt å sende ut skjemaene så raskt som mulig etter undersøkelsestidspunktet for å unngå at kvinnene svarte etter å ha fått beskjed om evt etterundersøkelse. I praksis ble spørreskjemaene sendt ut én til fem dager etter undersøkelsen.

Innkomne skjema ble registrert manuelt og svarlistene ble oppsummert 14 dager etter utsendelse. De som ikke hadde svart innen to uker fikk tilsendt en påminnelse. Sammen med denne sendte vi ut et skriv som deltakerne ble bedt om å returnere dersom de fylte ut spørreskjemaet etter at de hadde fått resultatet fra mammografiundersøkelsen. Det returnerte skrevet identifiserte kvinner som kjente til resultatet av undersøkelsen før de fylte ut skjemaet (Appendix, Spørreundersøkelsen). Denne informasjonen var det planlagt å bruke for å undersøke om kjennskap til resultatet fra screeningundersøkelsen påvirker kvinnenes grad av tilfredshet med mammografiscreeningstilbudet. Da mange ikke returnerte denne informasjonen, valgte vi ikke å ta hensyn til dette i de statistiske analysene.

Spørreskjemaene ble lest optisk i løpet av mai måned. Denne jobben ble utført av radiografer ved BDS.

Statistiske analyser:

Statistiske analyser ble gjort i SPSS Deskriptiv statistikk ble brukt for å fremstille frekvenstabeller. Kji-kvadrat test ble brukt for å se på sammenhenger mellom ulike variable, og logistiske regresjon ble benyttet for å justere flere variable for hverandre, og i de aldersjusterte analysene av materialet.

De graderte variablene med en skala fra 1 til 6, ble omgjort til tre grupper i stedet for seks ("1-3", "4" og "5-6"). Dette ble gjort for å muliggjøre analysene, da frekvensen av kvinner som hadde svart i ytterpunktene av skalaen var svært lav i mange tilfeller. Årsaken var også at det ble observert en generell tendens til at kvinner i den eldste aldersgruppen i større grad var tilbøyelige til å gradere opplevelser til ytterpunktene av skalaen enn yngre kvinner.

Man observerte også en tendens til at det blant andelen kvinner som ikke hadde svart på enkelte spørsmål (missing) var en opphopning av kvinner med høy alder og lavt utdanningsnivå.

Disse faktorene ble det tatt hensyn til ved valg av analysemetode, og ved hjelp av justeringer for alder og utdanning.

I tillegg til SPSS ble statistikkprogrammet STATA benyttet i noen av analysene da veileder Merethe Kumle arbeidet ved universitetet i Oxford per september 2007 til juli 2008 og ikke hadde tilgang til SPSS.

Resultater

Totalt ble det sendt ut 1109 spørreskjema. Av disse ble det sendt ut spørreskjema til 1033 kvinner fra hovedlistene dvs et tilfeldig utvalg av de som hadde møtt til mammografiscreening. Dette er en blanding av første og flergangsdeltakere. I tillegg ble det sendt ut skjema til et utvalg av 76 førstegangsdeltakere.

Resultatene som presenteres her er basert på de 859 som svarte av 1033 inviterte fra hovedlistene (Appendix, Tabell1). Etter å ha forkastet spørreskjemaer der færre enn 50 % av spørsmålene var besvarte, satt vi igjen med en svarprosent blant inviterte fra hovedlistene på 83,2 %. Blant førstegangsdeltakerne som ble invitert ekstra var svarprosenten 71,1 %.

Kvinnene invitert fra ekstralistene ble ikke inkludert i analysene for å unngå skjev aldersfordeling i analysematerialet. Den lave svarprosenten blant kvinnene fra ekstralistene bidro i tillegg til at utbyttet av ekstraundersøkelser ble mindre enn forventet. Det totale antall førstegangskvinner (80 av 913 og 53 av 859) viste seg å være for lavt til å kunne trekke noen konklusjoner hva angår denne variabelens betydning for tilfredshet.

Ut fra deltakerstatistikk fra BDS UNN vet vi at 79,9 % av de inviterte kvinnene møter opp til mammografiundersøkelsen (10). I den perioden vi sendte ut spørreskjema fra hovedlistene, var oppmøteprosenten 79.6 %. Det betyr at 66 % av kvinnene i de aktuelle aldergruppene deltok i undersøkelsen.

Bakgrunn/sosiodemografiske karakteristika

Alder

Alder hadde liten betydning for om en kvinne ønsket å være med i undersøkelsen eller ikke (Appendix, Tabell 1). Gjennomsnittsalderen blant deltakerne var 59,4 år (50-71 år).

Bosatt i urbant område eller distrikt:

For å skille mellom by og distrikt definerte vi urbant område (by) som et tettsted med mer enn 5000 innbyggere (26). Ved hjelp av denne definisjonen ble deltakerne i undersøkelsen delt i to grupper avhengig av postnummeret de hadde oppgitt. Av kvinnene som returnerte skjema

kom 19 % fra distriktsområder, og 81 % fra urbane områder (Appendix, Tabell 2). Det var ingen signifikante forskjeller på kvinner bosatt i byområde og kvinner bosatt i distrikt hva angikk aldersfordeling og utdanningsnivå.

Utdanning:

Av kvinnene som svarte på dette spørsmålet oppgav nærmere 40 % grunnskole inkludert ungdomsskole som høyeste utdanningsnivå (Appendix, Tabell 3). Omtrent 30 % svarte at de har fullført gymnas/yrkesskole. De resterende 30 % fordelte seg likt på de to øverste utdanningsnivåene. Utdanningsnivået steg med synkende alder, som forventet. Kvinnene i vårt materiale hadde et høyere utdanningsnivå enn norske kvinner over 50 år. Særlig var kvinner med lang universitets- og høyskoleutdanning overrepresentert (27).

Screeningsted (BDS/EMMA):

Av de kvinnene som returnerte spørreskjemaet var 38 % screenet på BDS og 62 % screenet på EMMA (Appendix, Tabell 1). Svarprosenten blant kvinner screenet på BDS og kvinner screenet på EMMA var signifikant forskjellig ($p = 0,002$), justert for alder. Aldersfordelingen blant kvinnene screenet på BDS og EMMA var ulik ($p=0,004$). Det var færre kvinner i den yngste aldersgruppen blant kvinnene screenet på BDS.

Variabelen "Screeningsted (BDS/EMMA)" ble brukt for å se på om undersøkelsessted har noen betydning for tilfredshet. Vi fant at screeningsted hadde betydning for førsteinntrykket og mottakelsen på BDS eller EMMA, og for hvordan kvinnene oppfattet radiografene i bildetakingssituasjonen. Vi fant en tendens til at kvinnene som var blitt screenet på BDS i noe større grad var svært fornøyd med personalets opptreden. Særlig kan det nevnes at kvinnene som var blitt screenet på BDS opplevde radiografen som noe mer rolig ($p= 0,000$), forståelsesfull ($p=0,009$), respektfull ($p=0,028$) og tillitsvekkende ($p= 0,021$) i følge analyser der andel missing ble inkludert (ikke aldersjustert).

Den samme tendensen ble bekreftet da kvinnene skulle vurdere sin tilfredshet med bildetakingssekvensen som en helhet. Av kvinnene som var blitt undersøkt på BDS, hadde 88 % svart 5 eller 6 på en skala fra 1 til 6 der 6 var svært tilfreds, mens 83 % av kvinnene fra EMMA svarte tilsvarende. Screeningstedet hadde imidlertid ingen betydning for om

bildetakingen var ubehagelig eller ikke; 64 % av kvinnene syntes at undersøkelsen var svært lite ubehagelig.

I spørreskjemaet ble kvinnene også bedt om å rangere trivsel på venterommet, samt tilbudet av lesestoff, mat og drikke og sitteplasser. Generelt hadde de fleste fått et positivt inntrykk av venterommet, men deltakernes svar var fordelt på hele skalaen i større grad enn på de fleste andre liknende spørsmålene i spørreskjemaet. Det var flest som var svært fornøyd med antall sitteplasser, og færrest som var svært fornøyd med mengde lesestoff. Deltakerne som hadde blitt undersøkt ved BDS var mer fornøyd med tilbudet av lesestoff og mat og drikke enn deltakerne fra EMMA, men noe mindre fornøyd med trivselen på venterommet og antall sitteplasser. Andelen kvinner som ikke besvarte disse spørsmålene var stor (fra 4,4 % til 23 %). Årsaken kan være at noen ikke benyttet seg av tilbudet, da ventetiden, særlig på BDS, kan være svært kort.

Andre bakgrunns karakteristika

Internettbruk:

Av kvinnene som deltok i undersøkelsen oppgav 37 % at de brukte internett regelmessig (Appendix, Tabell 2). Logistisk regresjonsanalyse der de inkluderte variablene ble justert for hverandre, viste at grad av internettbruk var avhengig av alder ($p=0,000$ for alle fire aldersgruppene), utdanning ($p=0,000$ for alle fire utdanningsnivå) og screeningsted ($p=0,024$). Bosted hadde ikke signifikant betydning. Internettbruk økte med høyere utdanningsnivå og minsket med høyere alder. Kvinner som hadde vært til undersøkelse på BDS var mer tilbøyelig til å bruke internett regelmessig enn kvinner undersøkt på EMMA.

Brystkreft i nær familie/ omgangskrets:

Flertallet hadde ingen slektninger med brystkreft. Av de som svarte oppgav 4,1 % at deres mor har hatt brystkreft. De fleste (86,5 %) kjente noen som hadde hatt brystkreft (Appendix, Tabell 2).

Førstegangsdeltakere:

Av kvinnene som deltok svarte 6,2 % at de aldri hadde vært til mammografiscreening tidligere (førstegangsdeltakere) (Appendix, Tabell 2).

Deltakernes inntrykk av informasjon om Mammografiprogrammet

Kjennskap til Mammografiscreeningprogrammet.

I undersøkelsen svarte 74 % av kvinnene at de hadde hatt kjennskap til Mammografiprogrammet før de ble invitert første gang (Appendix, Tabell 2). Logistisk regresjonsanalyse ble gjort for å se på betydningen av følgende variabler; alder, utdanning, undersøkelsessted, bosted og om kvinnene hadde vært til screeningundersøkelse tidligere. Kvinner i den yngste aldersgruppen hadde i størst grad kjennskap til Mammografiprogrammet før de selv hadde deltatt ($p=0,001$). Det var mindre sannsynlig at deltakere i de to eldste aldersgruppene hadde kjent til Mammografiprogrammet før sin første screeningundersøkelse ($p=0,000$ og $p=0,010$). Kvinner som hadde deltatt tidligere, oppgav at de hadde hatt kjennskap til screeningprogrammet før første deltakelse i noe større grad enn kvinner som hadde deltatt for første gang da de svarte på skjemaet ($p=0,024$). Å bo i byområde ($p=0,027$) og å ha vært undersøkt på BDS ($p=0,007$) hadde også betydning. (ikke fremstilt som tabell).

Inntrykk av informasjon fra krefregisteret

Kvinnene får tilsendt en informasjonsbrosjyre om brystkreft og mammografiscreening sammen med invitasjonen fra Krefregisteret. I spørreskjemaet ble de bedt om å vurdere forståelse/nytte av denne informasjonen på en skala fra 1 til 6, der 6 er mest forståelig/nyttig. (Appendix, Tabell 4) Informasjonen ble oppfattet som svært nyttig/forståelig av 89 % av kvinnene.

De fleste kvinnene var også fornøyd med den informasjonen de fikk fra radiografene angående etterinnkalling (71 %), men 10 % hadde ikke besvart spørsmålet.

Forståelse av informasjon om resultatet og etterinnkalling.

I spørreskjemaet fikk deltakerne presentert seks sanne og seks falske påstander om formidling av resultatet av screeningundersøkelsen og årsaker til etterinnkalling (Appendix, Tabell 5). Det viste seg at kvinnene i stor grad unnlot å besvare disse påstandene. For enkelte av påstandene var andelen kvinner som ikke svarte mer enn 40 % (Sann: Hvis jeg blir etterinnkalt er det lite sannsynlig at jeg har kreft; 46 % svarte ikke.) (Falsk: Hvis jeg blir etterinnkalt blir jeg oppringt fra BDS; 54 % svarte ikke.) Det ser ut til at de falske påstandene var vanskeligere for kvinnene å ta stilling til enn de sanne.

Ut fra det kvinnene svarte ser vi at det er omkring en fjerdedel av kvinnene som tror det er stor sannsynlighet for at de har brystkreft hvis de blir etterinnkalt. Dersom man ser bort fra andelen kvinner som ikke svarer, var denne gruppen tilfeldig fordelt på de ulike

aldersgrupper, utdanningsnivå, screeningsted og bosted. Analyser der andel ”missing” er inkludert viser at høy alder og lav utdanning øker sjansen for å svare enten galt eller ikke i det hele tatt (Appendix, Tabell 6a og 6b).

Å komme seg til undersøkelsen

Å finne fram, tidsbruk og reisekostnader.

De aller fleste av kvinnene som returnerte spørreskjema syntes det gikk svært bra å finne frem til undersøkelsesstedet. Det var ifølge deltakerne litt lettere å finne fram til EMMA enn til BDS. Kvinner som hadde vært til screeningundersøkelse tidligere, syntes det var lettere å finne fram enn kvinner som deltok i Mammografiprogrammet for første gang.

Kvinner bosatt i distrikt brukte som forventet lengre tid på å komme seg til undersøkelsesstedet enn kvinner bosatt i urbane områder. Nesten 80 % av kvinnene bosatt i urbane områder brukte mindre enn én time mens over 40 % av kvinnene fra distrikt måtte reise i mer enn to timer (25 % måtte reise mer enn fire timer) (N = 837). Reisekostnadene ble vurdert som akseptable av 99,4 % av kvinnene bosatt i urbane områder og av 89 % av kvinnene bosatt i distrikt (N=808).

Telefonkontakt med BDS

Inntrykk av BDS gjennom telefonkontakt.

I overkant av 30 % svarte på disse spørsmålene. Over 90 % av disse opplevde personen som svarte i telefonen som svært profesjonell, høflig, informativ og forståelsesfull (gradert til 5 eller 6).

Intervju og bildetaking

Opplevelse av intervjusituasjonen

Her ble deltakerne bedt om å gradere sitt inntrykk av intervjueren ved hjelp av åtte beskrivende ord. Mellom 80 % og 92 % graderte intervjueren til 5 eller 6 på en skal fra 1 – 6, der 1 er mest negativ og 6 er mest positiv. Den totale intervjuopplevelsen ble vurdert til meget positiv (5 eller 6) av 84 % av deltakerne. Andelen som ikke besvarte spørsmålene varierte fra 5 til 14 %.

Opplevelse av bildetakingssituasjonen:

Deltakerne ble bedt om å gradere sitt inntrykk av radiografen som tok bilder av dem ved hjelp av åtte beskrivende ord (Appendix, Tabell 7). Over 80 % graderte bildetakerens opptreden som meget profesjonell, høflig, rolig, diskret, forståelsesfull respektfull, tillitsvekkende og nennsom. Andelen som ikke svarte varierte fra 3 til 12 %, men for de fleste spørsmålene var det omkring 7 % missing.

Tilfredshet med bildetakingen som en helhet ble gradert som meget positiv av 86 % av deltakerne, mens 11 % var middels fornøyd, og 3 % hadde en negativ opplevelse (2 % besvarte ikke spørsmålet). Til slutt fikk kvinnene anledning til å gi uttrykk for hvor ubehagelig de syntes selve bildetakingen var. 98 % besvarte dette spørsmålet, av disse syntes 13 % det var ubehagelig mens 64 % syntes ikke det var ubehagelig.

Diskusjon:

Materiale og metode.

Mammografiprogrammet er nå veletablert og blir stadig evaluert i forhold til diagnostisering og screeningens effekt på brystkreftdødeligheten. Vi ønsket å finne ut mer om hvordan det oppleves å være screeningdeltaker. Etter litteratursøk har vi ikke funnet andre, norske brukerundersøkelser blant screeningdeltakerne med samme design som denne. Så vidt vi kjenner til er dette blant annet første gang det gjennomføres en undersøkelse samtidig ved et BDS og en mammografibuss. Dette ga oss mulighet for å se om det var ulike oppfatninger av tilbudet på de to enhetene.

Det er høy svarprosent i undersøkelsen. Dette viser at kvinnene som hadde valgt å komme til screeningundersøkelsen også i stor grad var villige til å dele sine erfaringer med oss. Det er ikke usannsynlig at kvinnene som valgte å delta i undersøkelsen vår er mer positive til screeningtilbudet enn de kvinnene som ikke besvarte spørreskjemaet. Den store andelen av kvinner som var svært fornøyde kan tyde på det.

Kvinnene som besvarte spørreskjemaet og ble inkludert i analyse materialet viste seg å være representative for befolkningsgruppen som inviteres til Mammografiprogrammet.

Spørreskjema ble sendt til et tilfeldig utvalg av kvinner som deltok i Mammografiprogrammet innen det oppgitte tidsrom. Kvinnene som svarte var jevnt fordelt på fire aldersgrupper.

Analysene viste en klar relasjon mellom alder og utdanning.

Vi fant et høyere utdanningsnivå blant deltakerne i undersøkelsen enn for norske kvinner i samme aldersgruppe forøvrig. Forklaringen på dette funnet er trolig at kvinnene som deltok i tilfredshetsstudien hovedsakelig er bosatt i Alta, Hammerfest eller Tromsø. Tall fra statistisk sentralbyrå viser at utdanningsnivået i disse byene ligger over landsgjennomsnittet for kvinner over 16 år. Det høyeste utdanningsnivået finner man ikke uventet i Tromsø, som er en universitetsby (27).

EMMAs plassering i Alta og Hammerfest i utsendelsesperioden medførte at de fleste deltakerne i studien var bosatt i byområder (26). Det må sees som en svakhet ved undersøkelsen at man ikke satt igjen med et bredere befolkningsgrunnlag med tanke på bosted. I en eventuell oppfølgende undersøkelse bør det vektlegges å invitere flere kvinner fra distriktsområder i Troms og Finnmark. Det er også en svakhet at kvinnene ikke ble bedt om å svare på et oppfølgingsskjema. Det er vist at kvinners tilfredshet med mammografiscreening varierer med hvor lang tid det er gått siden siste mammografi, og at de ofte gir uttrykk for størst grad av tilfredshet umiddelbart etter undersøkelsen (28).

Vi fant ingen direkte sammenheng mellom bosted og total tilfredshet. Det er verdt å påpeke at man fant en tendens til at kvinner bosatt i distrikt oftere vurderte tidsbruk og reisekostnader som uakseptable enn kvinner bosatt i byområder. Lagerlund et al (29) viste i 2000 at tidsbruk og kostnader var blant de hyppigst oppgitte årsakene til at kvinner velger bort screeningtilbudet. Hensikten med EMMA er at flere kvinner skal få tilbud om screeningundersøkelse i nærheten av hjemlassen sin. BDS i Tromsø har et svært stort og spredt befolket geografisk ansvarsområde, og uansett hvor EMMA plasseres vil det alltid være noen som bruker lang tid og er avhengig av flere typer transportmidler for å komme seg til undersøkelsen. Per i dag gis det ingen refusjon av reisekostnader (8).

Etter ønske fra radiografene ved BDS, som også bemanner EMMA, inkluderte vi spørsmål om kvinnenens opplevelse av selve bildetakingssituasjonen. Da tilfredshetsstudien ble gjennomført brukte man manuelle røntgenapparater på EMMA mens BDS allerede var digitalisert. De digitaliserte apparatene trenger lenger tid mellom hvert bilde, og denne ventetiden kan radiografene oppleve som stressende. Tempoet på EMMA derimot, bestemmes kun av hvor effektivt radiografene jobber. Dette kan gi en annen type stress når venterommet er fullt av kvinner som skal bli undersøkt.

Deltakernes tilfredshet med bildetakingssituasjonen.

Ved å sammenlikne i hvilken grad kvinnene var særdeles tilfredse (hadde valgt 5 eller 6 på en skala fra 1 til 6) med bildetakingssituasjonen fant vi at kvinnene undersøkt på EMMA i noe mindre grad var tilfredse med bildetakerens opptreden når det gjaldt å opptre informativt, rolig og nennsomt. Undersøkelsessted hadde også betydning for grad av tilfredshet med bildetakingssituasjonen som en helhet. Deltakerne fra EMMA var i mindre grad svært tilfredse med situasjonen. Resultatene samsvarer med de ansattes opplevelse av arbeidssituasjonen på EMMA. Den raske arbeidsrytmen ved EMMA medfører at radiografene har mindre tid til å informere kvinnen, og det er heller ikke uventet at de i mindre grad blir oppfattet som svært rolige under bildetakingen. Det er mulig at begrepet ”nennsomt” ikke ble forstått av alle deltakerne i undersøkelsen. Tendensen er imidlertid også her samsvarende med radiografenes opplevelse av at de manuelle maskinene på EMMA i kombinasjon med et høyt tempo fører til at bildetakeren i noe større grad oppfattes som hardhendt. Det ble ikke avdekket at kvinnene som undersøkes på BDS opplever ventetiden mellom bildene som ubehagelig.

Deltakernes inntrykk av informasjon om Mammografiprogrammet.

Et delmål for tilfredshetsstudien var å evaluere informasjonen kvinnene får tilsendt fra Mammografiprogrammet. Gellar et al (30) påpeker hvor stor betydning fremstillingen av slik informasjon er for at brukerne skal være i stand til å tolke den. Riktig fremstilling, ved hjelp av figurer og et språk som forstås av mottakeren kan ha stor betydning for deltakernes opplevelse av risiko for sykdom, og fordelene og ulempene ved mammografiscreeningen. Deltakerne fikk spørsmål om i hvilken grad de opplevde informasjon som gis i brosjyre og brev som tilstrekkelig, (Appendix, Informasjon fra Mammografiprogrammet) og i hvilken grad kvinnene hadde oppsøkt informasjon om brystkreft og mammografiscreening utover dette. Lav svarprosent på en del av disse spørsmålene førte til få klare resultater. En årsak til dette kan være at spørsmålene var vanskelig formulert. I ettertid ser vi behov for bakgrunnsinformasjon om deltakernes oppfatning av egen helse og risiko for brystkreft. Kvinnene oppga stor tilfredshet med informasjon i invitasjonsbrev og informasjonsbrosjyre. Påstandene som ble presentert for dem med hensikt å teste i hvor stor grad informasjon om etterundersøkelse og svarrutiner var korrekt oppfattet, viste imidlertid at mange ikke hadde forstått informasjonen som skal ha blitt gitt dem.

Kvinnenes kunnskaper om programmet er generelt gode, men vi fant noen få, men viktige unntak. Kunnskapen var lavest angående etterundersøkelsen og forholdene rundt denne. Omkring 50 % av kvinnene i undersøkelsen svarte feil eller unnlot å svare på enkelte påstander om dette temaet. Eldre kvinner og kvinner med lavere utdanning svarte i størst grad feil, eller unnlot å svare på påstandene. Disse resultatene kan tyde på at den skriftlige informasjonen som angår etterundersøkelsen ikke oppfattes på samme måte av alle screeningdeltakere, og vi oppfordrer til en evaluering av hvordan denne informasjonen fremstilles. Informasjon om etterundersøkelsen gis i tillegg muntlig av radiografer under intervjuet med kvinnene før selve bildetakingen. Kvalitetssikring av denne muntlige overleveringen er også svært viktig. Man bør ha som mål at kvinnene får entydig, standardisert opplysning om rutinene for etterundersøkelse og betydningen av en slik innkalling.

Regelmessig bruk av internett er en indikator på at man bruker nettet som en kilde for informasjon. Ikke overraskende var det de yngste og de høyest utdannede kvinnene i utvalget som var mest tilbøyelige til å bruke internett regelmessig. Våre funn tyder derfor på at internett som informasjonskilde fungerer best for å nå disse kvinnene. Siden stadig nye årskull inviteres til å delta i screeningprogrammet kan man regne med at andel deltakende kvinner som bruker internett regelmessig vil være økende i fremtiden. Det er likevel viktig ikke bare å basere seg på internettbasert informasjon, da kvinner som ikke bruker internett regelmessig fremdeles er i flertall (60, 6 %). BDS Tromsø har i forløpet av denne tilfredshetsstudien opprettet en internettside rettet mot brukerne.

Konklusjon:

Kvinner som møtte til mammografiscreeningundersøkelse på BDS eller EMMA og svarte på spørreskjemaet, er i stor grad svært tilfredse med tilbudet.

For å få svar på hvilke faktorer som gjør at noen kvinner velger å ikke komme til gjentatt screening, må man lage en studie som inkluderer førstegangsdeltakere og kvinner som velger ikke å komme igjen. Man bør tilstrebe en bredere geografisk fordeling av deltakere.

BDS kommer litt bedre ut enn EMMA når det gjelder tilfredshet med radiografens opptreden under bildetakingen.

Alder og utdanning har liten betydning for grad av tilfredshet, men påvirker måten kvinnene svarer på, en indikasjon på at det også påvirker hvordan de oppfatter informasjonen som gis av Mammografiprogrammet og personalet ved BDS og EMMA.

Vi ønsker å takke:

dr. med Merethe Kumle og overlege cand. med Jan Ole Frantzen

dr. med Tonje Braaten

dr. polit Olaug Lian

professor Eiliv Lund

overlege dr. med Nils Bjurstam

Inger Sperstad

Personalet ved BDS

Kreftregisteret

Audun, Tale og Manu

Referanser

- 1 Zahl PH, Mæhlen J: Overdiagnostisering i mammografiscreening Tidsskr Nor Lægeforen 2004 Sep 9;124(17):2238-9.
- 2 Wang H, Hofvind S, Tretli S, Thoresen S, Langmark F: Reduserer organisert mammografiscreening dødelighet av brystkreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 211-3
- 3 Hofvind S, Sørum R, Haldorsen T, Langmark F: Brystkreftforekomst før og etter innføring av mammografiscreening. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2935-8
- 4 Hafstad H S, Nielsen L B: Mammografiscreeningen i Norge, 2005, UiT
- 5 Foss C, Ellefsen B (red)"Helsetjenesteforskning - perspektiver, metoder og muligheter", kap 7, Lian O: Forskningsmessige utfordringer i studier av pasienttilfredshet. Oslo, Universitetsforlaget, 2005
- 6 Mordal T L: "Som man spør får man svar", 1. utg, Oslo, Universitetsforlaget; 1989
- 7 Jørgensen H: "Hovedoppgaven; skikk og bruk i oppgavearbeidet", 2. utg, Oslo, Novus; 1994
- 8 Kvalitetsmanualen for Mammografiscreeningprogrammet, www.kreftregisteret.no
- 9 IARC handbook of cancer prevention. Vol 7 Breast cancer screening. Lyon, Iarc press, 2002
- 10 "Kreft i Norge", "Fakta om kreft", www.kreftregisteret.no
- 11 Pivot X, Rixe O, Morere J, Coscas Y, Cals L, Namer M et al, Breast cancer screening in France: Results of the EDIFICE survey. Int J Med Sci. 2008 24; 5(3): 106 -12
- 12 Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C: The canadian National Breast Screening study-1 Breast mortality after 11 – 16 years of follow-up: A randomized screening trial of Mammography in women age 40 – 49 years. Annals of internal medicine 2002; 137:305 – 312

- 13 Alexander PE, Anderson TJ, Brown HK, Forrest AP, Hepburn W, Kirkpatrick AE: 14 years of follow up from the <edinburgh randomized trial of breast cancer screening. *Breast Cancer Res* 1999; 1:66586
- 14 Bjurstam N, Bjorneld L, Duffy SW, Smith TC, Cahlin E, Eriksson O et al: The Gothenburg Breast Cancer Screening trial: First results on mortality, incidence, and mode of detection for Women ages 39 – 49 years at randomization. *Obstetrical and Gynecological Survei* 1998; 53: 155 - 156
- 15 Andersson I, Aspegren K, Janzon L, Landberg T, Lindholm F, Linell O et al: Mammographic Screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. *BMJ* 1988, 297; 943 – 948
- 16 Tabar L, Vitak B, Chen H-H, Duffy S, Yen M-F, Chiang CF: The Swedish two county trial twenty years later. *Radiologic Clinics of North America* 2000, 38,4: 625 – 651
- 17 Thoresen SØ, Prøveprosjekt med mammografiscreening i fire fylker; organisering og gjennomføring. *Nor J Epidemiol* 1997; 7(2): 179-182
- 18 Wang H, Ottestad L: Prøveprosjekt med mammografi – resultater fra første undersøkelsesrunde, *Tdsskr Nor Lægeforen* 2000;120: 3237-40
- 19 EMMA, Mobile enheter, www.fhi.no
- 20 Hofvind S, Wang H, Thoresen S, Innføring og evaluering av screening, *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 971
- 21 Norwegian Breast Cancer Group, www.nbcg.no
- 22 Lund E, Bakken K, Dumeaux V, Andersen V, Kumle M: Hormonal replacement therapy and breast cancer in formal uses of oral contraceptives, norwegian woman and cancer study, *International Journal of Cancer* 2007;121;645-648
- 23 Pike MC, Pierce CL, Wu AH, Prevention of cancers of the breast, endometrium and ovary, *Oncogene* 2004, 23; 6379 – 6391
- 24 Nystad T, Melhus M, Lund E, Sami speakers are less satisfied with general practitioners' services, *Int J Circumpolar health* 2008, 67(1): 114-21

- 25 Haraldsen Gustav: Spørreskjemametodikk: etter kokebokmetoden, 1999. Oslo, Gyldendal.
- 26 Innst.O.nr.8 (1996-1997) Innstilling fra kommunalkomiteen om lov om endringer i lov av 25. september 1992 nr.107 om kommuner og fylkeskommuner m.v.
Vedtatt 31.10 1996. Paragraf 3, nr 5
- 27 Statistikkbanken Statistisk Sentralbyrå, www.ssb.no
- 28 Drossaert CH, Boer H, Seydel ER: Monitoring womens experiences during three rounds of breast cancer screening: results from a longitudinal study. J Med Screen 2002; 9(4): 168-75
- 29 Lagerlund M, Hedin A, Sparén P, Thurfjell E, Lambe M.: Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. Prev Med. 2000 Oct;31(4):417-28.
- 30 Geller BM, Zapka J, Hofvind SS, Scharpantgen A, Giordano L, Ohuchi N et al; Communicating with women about mammography. J Cancer Education 2007; spring 22(1): 25 – 31

Appendix

TABELLER	23
FIGURER	30
INFORMASJON FRA MAMMOGRAFIPROGRAMMET	33
SPØRREUNDERSØKELSEN	35

Tabeller

Tabell 1. Materiale i undersøkelsen. Antall inviterte og svarprosent.

	Inviterte (%)	Besvarte (%)	Svarprosent
Alder			
50 – 54	197 (19,0)	171 (19,9)	86,8 %
55 – 59	325 (31,5)	265 (30,8)	81,5%
60 – 64	256 (24,8)	211 (24,6)	82,4%
65+	255 (24,7)	212 (24,7)	83,1%
	N = 1033	N = 859	83,2%
Screeningsted			
BDS	412 (39,9)	323 (37,6)	78,4%
EMMA	621 (60,1)	536 (62,4)	86,3%
	N = 1033	N = 859	83,2%
Invitasjonslister			
Hovedlister	1033 (93,1)	859 (94,1)	83,2%
Ekstralister	76 (6,9)	54 (5,9)	71,1%
	N = 1109	N = 913	

Tabell 2. Andre karakteristika blant kvinnene i undersøkelsen.

Her vises kun tall fra deltakere invitert fra hovedlistene. N= 859.

	Antall (%)	Sum
Mor med brystkreft	33 (4,1)	N = 801
Kjenner noen med brystkreft (ja)	733 (86,5)	N = 847
Bruker internett regelmessig (ja)	314 (37,3)	N = 841
Første- vs flergangsdeltakere til mammografiscreeningen		
Førstegangsdeltaker	53 (6,2)	
Deltatt tidligere	805 (93,8)	N = 858
Kjente mammografi-screeningprogrammet fra tidligere? (ja)	622 (74,1)	N = 839
Vil du delta neste gang du blir invitert (ja)	842 (99,6)	N = 845
Vil du anbefale andre å delta i mammografiscreeningprogrammet? (ja)	842 (99,3)	N = 848
Bosted		
Byområde	698 (81,4)	
Distrikt	160 (18,6)	N = 858

Tabell 3. Utdanningsnivå blant kvinnene som svaret på spørreskjema, sammenliknet med landsgjennomsnittet

Utdanning	Vår undersøkelse	Statistisk sentralbyrå*
	Antall (%)	Antall (%)
Grunnskolenivå*	337 (39,2)	295 774 (35,8)
Videregående skole-nivå**	258 (30,1)	372 569 (45,1)
Høyskole/universitet inntil 4 år	124 (14,4)	125 992 (15,2)
Høyskole/universitet mer enn 4 år	123 (14,3)	18 271 (2,2)
Uoppgitt eller ingen fullført	17 (2,0)	130583 (1,6)
Totalt	859	826 189

<http://www.ssb.no/>

*Barneskole og ungdomsskole, syvårig folkeskole

**Gymnas/Yrkesskole

Tabell 4. Tilfredshetsskala. Deltakernes inntrykk av skriftlig informasjon fra Mammografiprogrammet.

Kvinnenes oppfatning av informasjonsbrev og brosjyre de har mottatt sammen med invitasjon om screeningdeltakelse. Informasjon om etterinnkalling skal også gis muntlig av radiograf i forbindelse med intervjuet.

Skala fra 1 til 6 der 1 er mest negativ og 6 er mest positiv. (%) N = 859	1 – 3 (%)	4 (%)	5 – 6 (%)	Missing (%)
Inntrykk av informasjon fra krefregisteret.				
Forståelig informasjonsbrev	12 (1,4)	45 (5,2)	765 (89,1)	37 (4,3)
Forståelig informasjonsbrosjyre	13 (1,5)	41 (4,8)	717 (83,5)	88 (10,2)
Nytte av informasjon	7 (0,8)	75 (8,7)	714 (83,1)	63 (7,3)
Fornøyd med informasjon om etterinnkalling	61 (7,1)	99 (11,5)	612 (71,2)	87 (10,1)

Tabell 5. Sanne og falske påstander angående etterundersøkelsen.

Deltakerne ble presentert for 12 påstander hvorav halvparten var sanne og halvparten var falske. De ble bedt om å avgjøre om påstanden var sann eller falsk. Andel som ikke svarer er påfallende høy for enkelt påstander. (N=859)

Påstand	% Rett svar	% Galt svar	% Ikke besvart	% galt eller ikke besvart (Galt + ikke besvart)
Sann "Svaret kommer i posten"	92,1	1,9	6,1	8,0
Sann "Det tar ca to uker før jeg får svar"	78,8	6,2	15,0	21,2
Sann "Jeg får svar uansett resultat"	83,9	4,5	11,5	16,0
Sann "Hvis jeg blir etterinnkalt er det lite sannsynlig at jeg har kreft"	54,2	23,6	22,1	45,7
Sann "Hvis jeg blir etterinnkalt kan det være fordi bildene var for dårlige"	82,7	4,8	12,6	17,4
Sann "Veldig få blir etterinnkalt"	63,2	11,5	25,3	36,8
Falsk "Jeg må selv ringe etter svaret"	74,2	0,8	25,0	25,8
Falsk "Jeg blir oppringt"	60,7	12,6	26,8	39,4
Falsk "Det tar ca tre måneder før jeg får svar"	72,6	2,7	24,7	27,4
Falsk "Hvis jeg blir etterinnkalt er det stor sannsynlighet for at jeg har kreft"	56,8	20,0	23,2	43,2
Falsk "Nesten alle blir etterinnkalt"	75,8	3,3	21,0	24,3
Falsk "Hvis jeg blir etterinnkalt blir jeg oppringt fra BDS"	46,2	28,8	25,0	53,8

Tabell 6a. Sanne påstander. OR (95% KI) for å svare feil eller ikke svare på at en påstand er sann.

Tabellen viser at andelen som ikke svarer, eller svarer feil på at en påstand er sann, øker med høyere alder og lavere utdanning. For BDS og Mammografiprogrammet er det viktig å nå denne gruppen som ikke har fått tilstrekkelig og/eller tilrettelagt informasjon om rutinene rundt etterundersøkelsen. (N=859)

Påstand	Alder				Utdanning**			
	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65+ år	16+ år	13-15 år	10-12 år	7-9 år
”Svaret kommer i posten”	1,0 (ref)	1,1 (0,5-2,6)	1,6 (0,7-3,6)	1,4 (0,6-3,4)	1,0 (ref)	0,6 (0,2-1,9)	1,0 (0,4-2,4)	1,5 (0,6-3,3)
”Det tar ca to uker før jeg får svar”	1,0 (ref)	1,2 (0,7-2,0)	1,0 (0,6-1,8)	1,4 (0,8-2,4)	1,0 (ref)	1,0 (0,5-1,9)	0,8 (0,4-1,4)	1,5 (0,9-2,5)
”Jeg får svar uansett resultat”	1,0 (ref)	1,1 (0,6-1,9)	0,8 (0,5-1,5)	1,3 (0,7-2,3)	1,0 (ref)	0,7 (0,3-1,6)	1,0 (0,5-2,0)	1,9 (1,1-3,6)
”Hvis jeg blir etterinnkalt er det lite sannsynlig at jeg har kreft”	1,0 (ref)	0,8 (0,5-1,2)	0,8 (0,5-1,2)	1,0 (0,7-1,5)	1,0 (ref)	1,0 (0,7-1,8)	0,6 (0,4-0,9)	0,9 (0,6-1,3)
”Hvis jeg blir etterinnkalt kan det være fordi bildene var for dårlige”	1,0 (ref)	0,8 (0,4-1,3)	0,8 (0,4-1,4)	1,4 (0,8-2,4)	1,0 (ref)	1,5 (0,9-2,7)	1,0 (0,5-1,8)	1,5 (0,9-2,7)
”Veldig få blir etterinnkalt”	1,0 (ref)	1,1 (0,7-1,6)	1,1 (0,7-1,6)	1,2 (0,8-2,0)	1,0 (ref)	1,2 (0,7-2,0)	1,0 (0,7-1,6)	1,5 (1,0-2,4)

* Alder og utdanning er gjensidig justert for hverandre

**Utdanning: Ungdomskole/folkeskole=7-9 år, Gymnas/yrkesskole=10-12 år, Universitetsutdanning/høyskole ≤ 4 år = 13-15 år, Universitetsutdanning/høyskole ≥ 4 år = 16+ år

Tabell 6b. Falske påstander. OR (95% KI) for å svare feil eller ikke svare på at en påstand er falsk.

Tabellen viser at andelen som ikke svarer, eller svarer feil på at en påstand er sann, øker med høyere alder og lavere utdanning. For BDS og Mammografiprogrammet er det viktig å nå denne gruppen som ikke har fått tilstrekkelig og/eller tilrettelagt informasjon om rutinene rundt etterundersøkelsen. (N=859)*

Falske Påstander	Alder				Utdanning**			
	50-54 år	55-59 år	60-64 år	65+ år	16+ år	13-15 år	10-12 år	7-9 år
”Jeg må selv ringe etter svaret”	1,0 (ref)	1,4 (0,8-2,3)	1,1 (0,7-1,9)	2,8 (1,7-4,8)	1,0 (ref)	0,9 (0,5-1,8)	1,1 (0,6-1,9)	2,1 (1,2-3,6)
”Jeg blir oppringt”	1,0 (ref)	1,2 (0,8-1,8)	1,3 (0,8-2,0)	2,1 (1,3-3,2)	1,0 (ref)	0,9 (0,5-1,6)	1,5 (0,9-2,4)	2,4 (1,5-3,8)
”Det tar ca tre måneder før jeg får svar”	1,0 (ref)	1,3 (0,8-2,1)	1,1 (0,7-1,8)	2,4 (1,5-3,9)	1,0 (ref)	0,9 (0,5-1,6)	0,8 (0,5-1,3)	1,6 (1,0-2,7)
”Hvis jeg blir etterinnkalt er det stor sannsynlighet for at jeg har kreft”	1,0 (ref)	1,2 (0,8-1,8)	1,7 (1,1-2,6)	2,1 (1,4-3,3)	1,0 (ref)	0,9 (0,5-1,5)	0,9 (0,6-1,4)	1,4 (1,0-2,3)
”Nesten alle blir etterinnkalt”	1,0 (ref)	1,6 (0,9-2,8)	1,5 (0,9-2,7)	2,9 (1,7-5,0)	1,0 (ref)	0,9 (0,4-1,9)	1,2 (0,7-2,2)	2,6 (1,5-4,6)
”Hvis jeg blir etterinnkalt blir jeg oppringt fra BDS”	1,0 (ref)	0,8 (0,5-1,1)	0,9 (0,6-1,3)	1,1 (0,7-1,8)	1,0 (ref)	0,9 (0,5-1,4)	1,2 (0,8-1,8)	1,5 (1,0-2,3)

* Alder og utdanning er gjensidig justert for hverandre

**Utdanning: Ungdomskole/folkeskole=7-9 år, Gymnas/yrkesskole=10-12 år, Universitetsutdanning/høyskole ≤ 4 år = 13-15 år, Universitetsutdanning/høyskole ≥ 4 år = 16+ år

Tabell 7. Tilfredshetsskala. Deltakernes inntrykk av radiografen under intervjuet og bildetakingssekvensen.

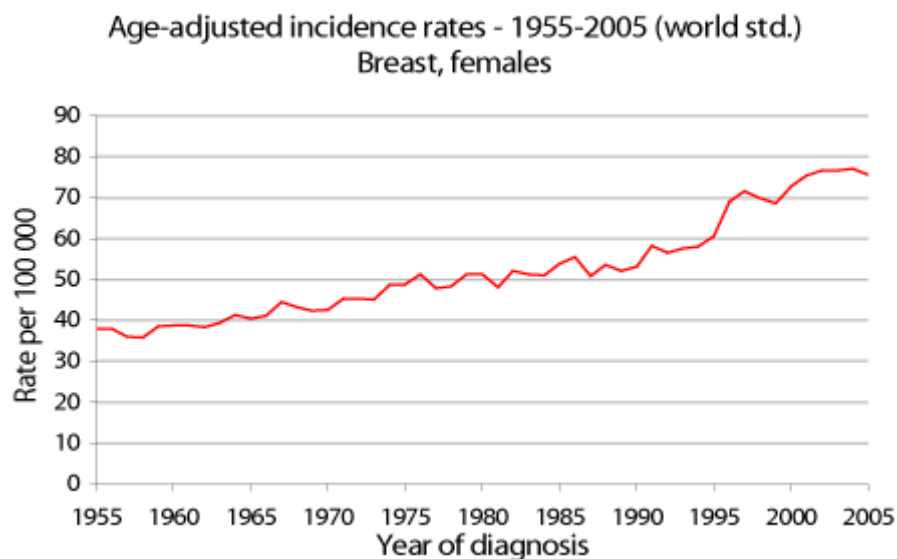
Tabellen viser graderingsskalaen, kategorisert til tre grupper. Vi tolker generelt 1-3 som lite, 4 som middels og 5-6 som meget fornøyd. Graderingsskalaene hadde ulike ytterpunkt, eks profesjonell(6)/uprofesjonell(1) og nennsom(6)/hardhendt(1).

Missing er inkludert da andelen er så stor at det har innvirkning på enkelte analyser. Dette medfører at man må spørre seg om disse hører hjemme på nedre del av skalaen.

Skala fra 1 til 6 der 1 er mest negativ og 6 er mest positiv. (%) N = 859	1 – 3 (%)	4 (%)	5 – 6 (%)	Missing (%)
Intervjuopplevelse				
Profesjonell	4 (0,5)	41 (4,8)	740 (86,1)	74 (8,6)
Høflig	1 (0,1)	19 (2,2)	792 (92,2)	47 (5,5)
Informativ	8 (0,9)	48 (5,6)	694 (80,8)	109 (12,7)
Rolig	11 (1,3)	28 (3,3)	762 (88,7)	58 (6,8)
Diskret	5 (0,6)	21 (2,4)	716 (83,4)	117 (13,6)
Forståelsesfull	3 (0,3)	21 (2,4)	739 (86,0)	96 (11,2)
Viste respekt	3 (0,3)	23 (2,7)	739 (86,0)	94 (10,9)
Tillitsvekkende	4 (0,5)	23 (2,7)	746 (86,8)	86 (10,0)
Total intervjuopplevelse	4 (0,5)	71 (8,3)	719 (83,7)	65 (7,6)
Bildetaking				
Profesjonell	4 (0,5)	37 (4,3)	773 (90,0)	45 (5,2)
Høflig	4 (0,5)	25 (2,9)	805 (93,7)	25 (2,9)
Informativ	33 (3,8)	69 (8,0)	659 (76,7)	98 (11,4)
Rolig	23 (2,7)	42 (4,9)	758 (88,2)	36 (4,2)
Diskret	13 (1,5)	27 (3,1)	716 (83,4)	103 (12,0)
Forståelsesfull	8 (0,9)	37 (4,3)	747 (87,0)	67 (7,8)
Viste respekt	9 (1,0)	41 (4,8)	739 (86,0)	70 (8,1)
Tillitsvekkende	16 (1,9)	33 (3,8)	737 (85,8)	73 (8,5)
Nennsom	46 (5,4)	57 (6,6)	687 (80,0)	69 (8,0)
Helhetlig opplevelse av bildetaking	26 ()	95 ()	718 ()	Lite missing
Ubehagelig/behagelig	110 (13,0)	193 (22,9)	540 (64,1)	Lite missing

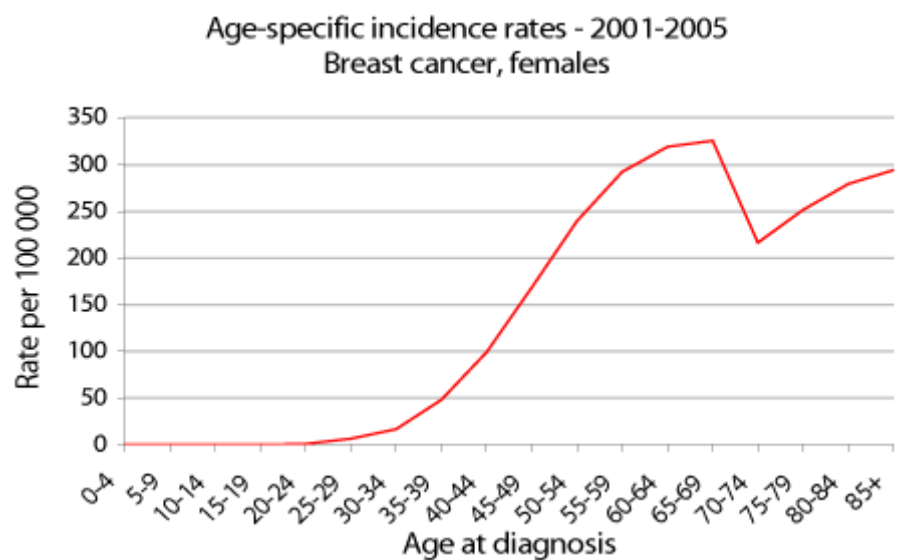
Figurer

Figur 1. Aldersjustert incidens av brystkreft i Norge i perioden 1955 - 2005



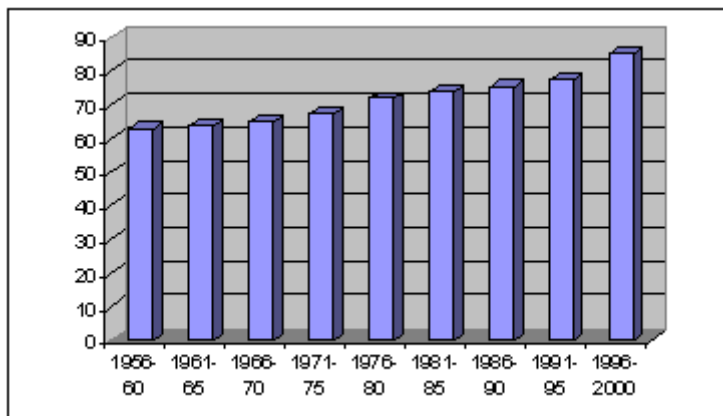
Hentet fra www.kreftregisteret.no 19.11.07

Figur 2. Incidens av brystkreft i Norge 2001-2005 fordelt på aldersgrupper.



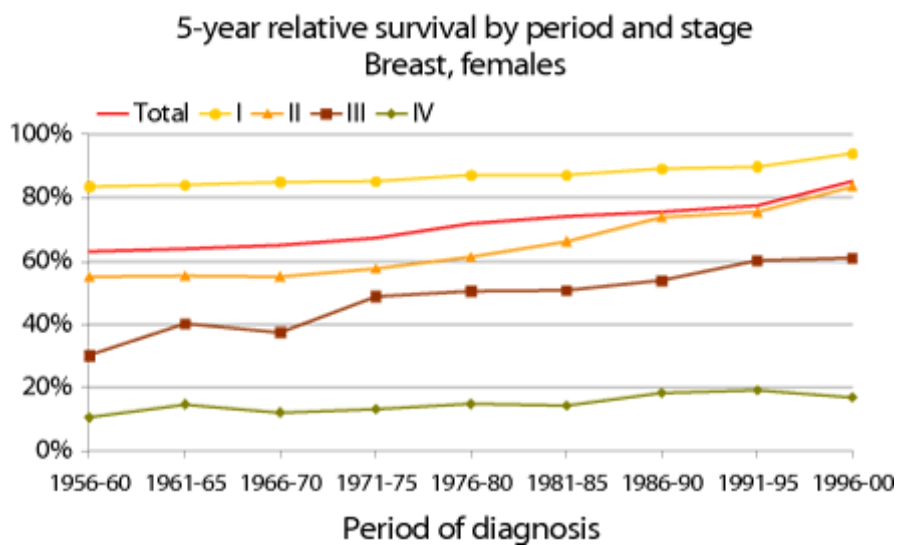
Hentet fra www.kreftregisteret.no 19.11.07

Figur 3. Endringer i 5-års overlevelse i tiden 1956 – 2000 (alle stadier).



Hentet fra www.nbcg.no 01.12.07

Figur 4. Stadiespesifikke endringer i 5-års overlevelse i perioden 1956 – 2000



Hentet fra www.kreftregisteret.no 19.11.07

Figur 5. Aldersspesifikk insidens av brystkreft blant hvite kvinner i USA (1969 – 71). Viser hvordan insidensen endres med alder i en befolkningsgruppe som ikke deltar i mammografiscreeningprogram. Insidensen er høyest blant de eldste, men stigningen avtar fra menopausealder.

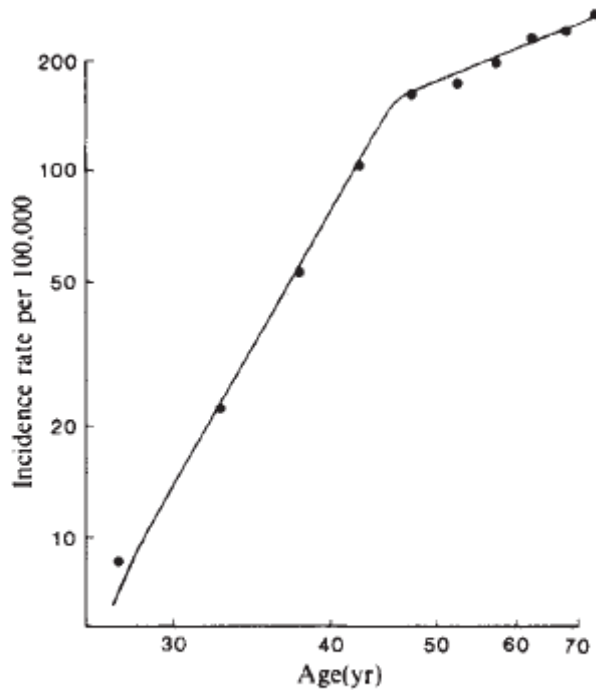


Fig. 1 Age-specific incidence rates for breast cancer in US white females (TNCS 1969–71)¹⁴ and fitted curve from model shown in Fig. 2.

Informasjon fra Mammografiprogrammet

Invitasjonsbrev.



A

Løpenr. 32

Kontrollark

24. mars 2006

Invitasjon til Mammografiprogrammet

Tid er reservert for deg: 18. april 2006 kl. 13.40
Sted: Mammografisenteret ved Regionsykehuset i Tromsø. Inngang fra nord, fløy C, like ved legevakta, følg skilting. Det er få parkeringsplasser. De som finnes er ved hovedinngangen (fløy A).

Hvis du vil endre timen, ring 77 62 84 51 daglig mellom kl. 9:00 - 11:00 og 12:00 - 14:00.

Du er invitert til deltakelse i den offentlige mammografiscreeningen i Norge. Mammografiprogrammet ledes av Kreftregisteret. Etter anbefalinger fra norske og internasjonale myndigheter inviteres alle kvinner mellom 50-69 år til mammografi annethvert år. Programmets målsetting er å redusere dødeligheten av brystkreft.

Hvis du ikke ønsker å benytte deg av tilbudet, vennligst gi beskjed om dette på tlf. 77 62 84 51. Alle som deltar vil få et svarbrev fra Kreftregisteret eller fra brystdiagnostisk senter. Om lag tre av 100 som deltar innkalles til grundigere undersøkelse. Dette vil bli nærmere beskrevet for de det gjelder.

Ring for nærmere avtale dersom du har tatt mammografi i løpet av de siste 6 måneder, går til behandling/kontroll etter en brystkreftoperasjon eller er funksjonshemmet.

Det koster 200 kroner å delta. Vennligst bruk vedlagt giro. Beløpet dekker mammografiundersøkelsen og eventuelle tilleggsundersøkelser, men kan ikke føres på egenandelskortet. Reisekostnader må dekkes av den enkelte.

Ved første gangs undersøkelse, ønsker vi at skjemaet på baksiden av denne invitasjonen leveres, ferdig utfylt. Opplysninger du gir behandles konfidensielt, etter Kreftregisterforskriften, 2001. Ta med mammografibilder, dersom disse er tatt i løpet av de tre siste årene.

Undersøkelsesdagen er det ønskelig at du unngår talkum og kremer i brystregionen.

Vi oppfordrer til moderat bruk av parfyme.

Du kan lese mer om Mammografiprogrammet i den vedlagte brosjyren og på Internett; www.kreftregisteret.no.

Med vennlig hilsen


Mette Kalager
lege og leder av Mammografiprogrammet

Mammografiprogrammet
Kreftregisteret

Postadresse:
Montebello
0310 Oslo

MAMMOGRAFI
kan redde liv

HVORFOR BØR DU DELTA I MAMMOGRAFIPROGRAMMET?



MAMMOGRAFI
programmet

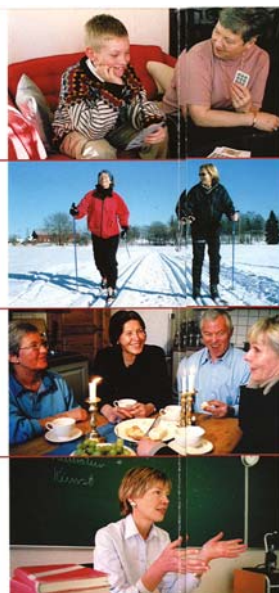
Kreftregisteret

Et samarbeid mellom
Helsedepartementet,
Sosial- og helsedirektoratet,
Kreftregisteret,
Nasjonalt folkehelseinstitutt,
Statens strålevern
og Helseforetakene.

MAMMOGRAFIPROGRAMMET
er en offentlig, landsdekkende helseundersøkelse som ledes av Kreftregisteret. Målsettingen er å redusere dødeligheten av brystkreft.

MAMMOGRAFIPROGRAMMET
inviterer alle kvinner mellom 50-69 år til mammografi (røntgenbilder av brystene) annethvert år.

BRYSTDIAGNOSTISKE SENTER er regionens mammografisenter der mammografibildene tolkes og lagres. Der foretas også etterundersøkelser.



VELKOMMEN TIL MAMMOGRAFIPROGRAMMET!

En rekke studier viser at regelmessig mammografi reduserer dødeligheten av brystkreft. Norske og internasjonale myndigheter anbefaler mammografi annethvert år for kvinner mellom 50-69 år.

Vi håper du velger å delta i det offentlige Mammografiprogrammet.

Mer informasjon finner du på www.kreftregisteret.no eller ved å ringe nærmeste brystdiagnostiske senter.

Hvorfor bør du gå til mammografi?

Brystkreft er den hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge. Forutsatt normal levealder, vil omtrent hver tiende kvinne utvikle brystkreft i løpet av livet. Regelmessig mammografi er i dag den beste metoden for å oppdage svulster i et tidlig stadium. Det gir bedre levesteutsikter og større muligheter for å unngå fjerning av brystet.

Hvem blir invitert til mammografi?

Åtte av ti tilfeller av brystkreft blir diagnostisert hos kvinner over 50 år. Vi inviterer alle kvinner mellom 50-69 år til mammografi. Etter anbefalinger fra internasjonale

helsemyndigheter vil dette bli gjort annethvert år. Resultater fra de fem første årene med offentlig mammografi i Norge viser at fire av fem inviterte benyttet seg av tilbudet.

Hvor sikker er mammografi?

Mammografi avdekker ikke alle forandringer i brystene. Brystkreft kan også oppdages i tiden mellom undersøkelsene. Du bør derfor regelmessig undersøke brystene dine selv. Oppdager du forandringer, må du kontakte lege og eventuelt bli henvis til nærmeste brystdiagnostiske senter.

Hva skjer ved mammografiundersøkelsen?

For bildene tas får du en samtale med en radiograf

som forklarer deg hva som skal skje. Det tas mammografibilder i to posisjoner av hvert bryst. For å oppnå god bildekvalitet og lavest mulig stråledose, må det legges press på brystene når bildene tas. Presset varer noen sekunder og kan oppleves ubehagelig. Stråledosen er svært lav og kontrolleres regelmessig av Statens strålevern. Ingen forskning har vist at stråledosen eller presset er skadelig. Mammografi kan gjennomføres uavhengig av brystenes størrelse. Undersøkelsen tar 15-20 minutter.

Hvordan får du vite resultatet?

Bildene blir gransket av to røntgenleger, og alle deltakerne får svarbrev fra Kreftregisteret eller brystdiagnostisk senter. De fleste

mottar svarbrev i løpet av 14 dager.

Hva skjer hvis du innkalles til etterundersøkelse?

Omtrent tre av 100 deltagere blir innkalt til en grundigere undersøkelse. For de fleste innebærer det nye røntgenbilder og ultralyd. Av og til er også celle- og/eller vevsprøve nødvendig. Når og hvordan du får svar på disse prøvene, avtales med deg. En innkallelse til etterundersøkelse kan gi engstelse, men som deltaker i det offentlige programmet er du sikret rask oppfølging. Dette gjøres uten ekstrautgifter for deg. Omtrent en av fem som innkalles til etterundersøkelse har forandringer som må behandles.

Har du silikon eller saltvannsprøteser?

Slike prøteser kan vanskelig gjøre bildetaking og -tyding. Dette medfører større sannsynlighet for å bli innkalt til etterundersøkelse.

Er du operert for brystkreft?

Hvis du er operert og går til kontroller, skal du følge disse. Når kontrolltiden er avsluttet (inntil ti år), kan du delta i Mammografiprogrammet igjen. Har du spørsmål, kan du henvende deg der du kontrolleres, eller til nærmeste brystdiagnostiske senter.

Har noen i familien din brystkreft?

Ved mistanke om arvelig brystkreft, kan du få hjelp til

utredning og veiledning. Din fastlege kan gi deg henvisning til medisinsk-genetisk avdeling i din helseregion.

OPPSUMMERING

- Tidlig diagnose gir mindre risiko for spredning av eventuell brystkreft og dermed bedre levesteutsikter.
- Mammografi er den beste metoden vi har i dag for å oppdage brystkreft i et tidlig stadium.
- Jevnlige deltagelse i Mammografiprogrammet reduserer risikoen for å dø av brystkreft.
- Av dem som deltar innkalles omtrent tre av 100 til etterundersøkelse. Av disse har omtrent en av fem forandringer som må behandles.
- Mammografi avdekker ikke alle forandringer i brystene. Undersøk brystene selv, og oppsøk lege dersom du oppdager forandringer.

Spørreundersøkelsen

Tabell som viser spørsmålene i spørreskjemaet inndelt 8 grupper.

Oppdeling av spørreskjemaet:

1	Bakgrunn	Opplysinger om deltakeren; alder, utdanning, bosted.
2	Informasjon	Hvordan deltakeren har oppfattet og forstått informasjonen som er gitt om mammografiscreeningen, hvor god kjennskap deltakeren hadde til mammografiscreeningen på forhånd.
3	Å komme seg til undersøkelsen	Tid og penger deltakeren må bruke på å dra til EMMA eller BDS.
4	Telefonkontakt med BDS	Hvordan deltakeren følte seg behandlet over telefonen.
5	Mottakelse	Venterom, fasiliteter og første møte med personalet på BDS og EMMA.
6	Intervju	Oppfatning av intervjusituasjonen.
7	Undersøkelse	Oppfatning av undersøkelsessituasjonen.
8	Helhetsinntrykk	Basert på resten av svarene.

Invitasjon til å delta i tilfredshetsundersøkelse:



Kjære deltager i mammografiscreeningen.

Januar 2006

INVITASJON TIL Å DELTA I SPØRREUNDERSØKELSE

Brystdiagnostisk senter (BDS) arbeider etter strenge kvalitetskrav. En av mange måter å måle kvalitet på er å spørre kvinnene hvordan de opplevde møtet med mammografiscreeningen. På denne måten kan vi bli oppmerksomme på områder vi kan bli bedre.

I den forbindelse ber vi deg om å svare på vedlagte spørreskjema og returnere det til BDS i vedlagte svarkonvolutt. Spørreskjemaet sendes til kvinner som har vært til mammografiscreening i Troms og Finnmark i perioden januar – mars 2006.

Spørreskjemaene er påført et løpenummer som er koblet til ditt navn og adresse. Når innsamlingen av skjemaer er ferdig, vil denne koblingen fjernes slik at alt videre arbeid med opplysningene vil være anonymisert. Arbeidet med spørreskjemaene utføres av to medisinerstudenter under veiledning av 1.amanuensis, dr. med Merethe Kumle. Svarene vil bli analysert og resultatene presentert i en rapport. Ingen ansatte ved BDS vil ha tilgang til identifiserbar informasjon.

Vi håper at du tar deg tid til å svare på spørsmålene, og sender skjemaet tilbake til BDS så snart som mulig.

Med vennlig hilsen

Nils Bjørstam
Seksjonsoverlege

Mammografiprogrammet i Troms og Finnmark

Tlf: 77 62 84 51
Fax: 77 62 84 60

Adresse: Brystdiagnostisk Senter
Universitetssykehuset i
Nord-Norge HF
Postboks 17
9008 Tromsø



DELTAGERTILFREDSHET I MAMMOGRAFISCREENINGEN



1) Bakgrunn

1.1 Alder: år

1.2 Postnummer (bosted):

1.3 Utdanning - angi høyeste utdanningsnivå:

Grunnskole (barneskole og ungdomsskole, 7-årig folkeskole)

Gymnas / yrkesskole

Høyskole / universitet inntil 4 år

Høyskole / universitet mer enn 4 år

Antall år fullført utdanning:

1.4 Bruker du internett regelmessig? Ja Nei

1.5 Har noen nære slektninger hatt brystkreft?

Mor: Ja Nei Vet ikke

Søster: Ja Nei Vet ikke

Mormor: Ja Nei Vet ikke

Farmor: Ja Nei Vet ikke

1.6 Kjenner du noen som har / har hatt brystkreft? Ja Nei

1.7 Har du vært til mammografiundersøkelse tidligere? Ja Nei

1.8 Hvis ja, i hvilken forbindelse var dette? (Du kan krysse av for flere alternativer)

Invitert av Mammografiscreeningprogrammet: Ja Nei

Henvist fra fastlege: Ja Nei

Etter eget ønske: Ja Nei



Løpenr:

2) Din oppfatning av invitasjonsbrev og annen informasjon om mammografi

2.1 Kjente du til at det fantes et offentlig mammografiscreeningprogram før du ble invitert første gang?

Ja Nei

2.2 Leste du gjennom følgende informasjon fra Kreftregisteret?:

a) Invitasjonsbrevet: Ja Nei

b) Informasjonsbrosjyren: Ja Nei

2.3

a) På en skala fra 1 til 6, hvor uforståelig / forståelig synes du informasjonen i invitasjonsbrevet var?

Uforståelig 1 2 3 4 5 6 Forståelig

b) På en skala fra 1 til 6, hvor uforståelig / forståelig synes du informasjonen i informasjonsbrosjyren var?

Uforståelig 1 2 3 4 5 6 Forståelig

2.4 På en skala fra 1 til 6, hvor unyttig / nyttig var informasjonen fra Kreftregisteret?

Lite nyttig 1 2 3 4 5 6 Svært nyttig

2.5 Hvor lang tid før undersøkelsesdagen fikk du invitasjonsbrevet fra Kreftregisteret?

Antall dager:

2.6 Har du forsøkt å finne informasjon om screeningprogrammet utenom den informasjonen du fikk tilsendt?

Ja Nei Hvis nei, gå til pkt. 3.1

2.7 Hvor fant du informasjonen: (Du kan krysse av for flere alternativer)

Avis / TV / blader Ja Nei

Venner / familie Ja Nei

Internett Ja Nei

Egen lege Ja Nei

2.8 På en skala fra 1 til 6, hvor vanskelig / lett vil du si det var å finne informasjon om Mammografiscreeningprogrammet?

Vanskelig 1 2 3 4 5 6 Lett

Løpenr:

--	--	--	--

3) Din grad av tilfredshet med å komme deg til undersøkelsen

3.1 På en skala fra 1 til 6, hvor vanskelig / lett vil du si det var å finne fram til BDS / Mammografibussen?

Vanskelig 1 2 3 4 5 6 Lett

3.2 Hvor lang tid brukte du fra du forlot arbeid / hjem og til du var ferdig med undersøkelsen og tilbake til arbeid / hjem?

< 1 time 1-2 timer 2-4 timer > 4 timer

3.3 Hva synes du om samlet tidsbruk i forbindelse med undersøkelsen?

Akseptabelt Ikke akseptabelt

3.4 Hva synes du om reisekostnadene du hadde i forbindelse med mammografiundersøkelsen?

Akseptabelt Ikke akseptabelt

4) Ditt inntrykk av BDS gjennom telefonkontakt

Disse spørsmålene gjelder kontorpersonelet og deres arbeidsoppgaver. De kan hjelpe deg med bl.a å bytte time, fortelle hvor bussen er plassert på de ulike stedene og hvor lenge den skal være der.

4.1 Er du tilfreds med åpningstidene på telefonen til BDS Tromsø?

Ja Nei Kjenner ikke til tidene

4.2 Har du prøvd å ta kontakt med BDS pr telefon? Ja Nei Hvis nei, gå til pkt. 5.1.

4.3 På en skala fra 1 til 6, hva synes du om tiden det tok før telefonen ble besvart hos BDS?

Svært lang tid 1 2 3 4 5 6 Svært kort tid

4.4 Hvis du har prøvd å endre timen din, fikk du ny time som passet bedre? Ja Nei

4.5 På en skala fra 1 til 6, hvilket inntrykk fikk du av kontorpersonelet ved BDS da du snakket med dem på telefonen?

Uprofesjonell	1	2	3	4	5	6	Profesjonell
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uhøflig	1	2	3	4	5	6	Høflig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ikke informativ	1	2	3	4	5	6	Informativ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ikke forståelsesfull	1	2	3	4	5	6	Forståelsesfull
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



5) Ditt møte med BDS / Mammografibussen

5.1 Hva synes du om venterommet?

		1	2	3	4	5	6	
Type lesestoff:	Misfornøyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fornøyd
Mengde lesestoff:	Misfornøyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fornøyd
Antall sitteplasser:	Misfornøyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fornøyd
Mat / drikke tilbud:	Misfornøyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fornøyd

5.2 På en skala fra 1 til 6, hvor utrivelig / trivelig synes du venterommet var?

	1	2	3	4	5	6	
Utrivelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trivelig

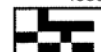
5.3 På en skala fra 1 til 6, hvor misfornøyd / fornøyd er du med måten du ble tatt imot på da du kom til BDS / Mammografibussen?

	1	2	3	4	5	6	
Misfornøyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fornøyd

6) Din oppfatning av intervjusituasjonen

6.1 På en skala fra 1 til 6, hvilket inntrykk fikk du av den personen som intervjuet deg?

Uprofesjonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profesjonell
Uhøflig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Høflig
Ikke informativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informativ
Stresset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rolig
Indiskret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diskret
Ikke forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forståelsesfull
Viste liten respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viste stor respekt
Ikke tillitvekkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tillitvekkende



Løpenr:

6.2 På en skala fra 1 til 6, hvordan opplevde du intervjusituasjonen?

Negativ opplevelse 1 2 3 4 5 6 Positiv opplevelse

Vi ønsker å undersøke om den informasjonen du har fått er tilstrekkelig og forståelig. Dette gjelder særlig informasjon om hvordan og når du kan vente å få svar på undersøkelsen.

6.3 Kryss av for hver av påstandene nedenfor:

Svaret kommer i posten Riktig Galt
Jeg må selv ringe etter svaret Riktig Galt
Jeg blir oppringt Riktig Galt
Det tar ca. to uker før jeg får svaret Riktig Galt
Jeg får svar uansett resultat Riktig Galt
Det tar ca. tre mnd før jeg får svaret Riktig Galt

6.4 På en skala fra 1 til 6, hvor misfornøyd / fornøyd er du med informasjonen du har fått fra BDS om hvordan og når du får resultatet av undersøkelsen?

Misfornøyd 1 2 3 4 5 6 Fornøyd

Dersom det blir nødvendig med utvidet undersøkelse, vil du bli etterinnkalt til BDS.

6.5 Kryss av for hver av påstandene nedenfor:

Hvis jeg blir etterinnkalt, er det lite sannsynlig at jeg har kreft Riktig Galt
Hvis jeg blir etterinnkalt, kan det være fordi bildene var for dårlige Riktig Galt
Hvis jeg blir etterinnkalt, er det stor sannsynlighet for at jeg har kreft Riktig Galt
Nesten alle blir etterinnkalt Riktig Galt
Veldig få blir etterinnkalt Riktig Galt
Hvis jeg blir etterinnkalt, blir jeg oppringt fra BDS Riktig Galt

6.6 På en skala fra 1 til 6, hvor misfornøyd / fornøyd er du med informasjonen du har fått fra BDS om hvordan man eventuelt blir etterinnkalt?

Misfornøyd 1 2 3 4 5 6 Fornøyd



7) Din opplevelse av undersøkelsen

7.1 På en skala fra 1 til 6, hvilket inntrykk fikk du av den personen som tok mammografbildene av deg?

	1	2	3	4	5	6	
Uprofesjonell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profesjonell
Uhøflig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Høflig
Ikke informativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informativ
Stresset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rolig
Indiskret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diskret
Ikke forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forståelsesfull
Viste liten respekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viste stor respekt
Ikke tillitvekkende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tillitvekkende
Hardhendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nennsom

7.2 På en skala fra 1 til 6, hvordan opplevde du undersøkelsessituasjonen?

	1	2	3	4	5	6	
Negativ opplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positiv opplevelse

7.3 På en skala fra 1 til 6, hvor ubehagelig synes du selve bildetakningen var?

	1	2	3	4	5	6	
Ubehagelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ikke ubehagelig

8) Helhetsinntrykk

8.1 Følte du at det var noe informasjon du manglet da du dro hjem? Ja Nei

8.2 Vil du anbefale andre å delta i Mammografiscreeningprogrammet? Ja Nei

8.3 Vil du delta neste gang du får invitasjon til Mammografiscreeningprogrammet? Ja Nei

8.4 På en skala fra 1 til 10, hvor utilfreds / tilfreds er du totalt sett med BDS / Mammografibussens tilbud?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Utilfreds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tilfreds

Takk for at du tok deg tid til å delta i spørreundersøkelsen.

Skriv; svarte du på spørreskjema etter du hadde fått resultatene fra undersøkelsen?

KJÆRE DELTAKER I MAMMOGRAFISCREENINGEN

Brystdiagnostisk senter ved Universitetssykehuset Nord-Norge arbeider for tiden med en spørreundersøkelse der vi ønsker å få informasjon om hvordan kvinnene som deltar oppfatter møtet med mammografiscreeningprogrammet.

Det er svært viktig for kvaliteten på undersøkelsen at mange kvinner svarer på spørreskjemaet. Dersom du ikke har fylt ut og sendt inn spørreskjemaet allerede, tillater vi oss å sende deg en påminnelse.

Viktig:

Dersom du har mottatt svar på mammografiundersøkelsen, "friskbrev" fra Kreftregisteret eller brev om at videre undersøkelser er nødvendig (etterundersøkelse) før du svarte på spørreskjemaet, ber vi deg om å krysse av i rubrikken nedenfor og legge denne lappen sammen med spørreskjemaet. Dette er viktig for analysene av svarene.

Jeg mottok svar på mammografiundersøkelsen før jeg svarte på spørreskjemaet:

Med hilsen

Nils Bjurstam
Seksjonsoverlege