

Åsa Ritenius Manjer & Ulla Melin Emilsson

Tillit och misstro

– om synen på mammografiscreening vid bröstcancer

Trust and mistrust – the view of mammography screening among women with breast cancer

One example of the welfare state's health ambitions is to reduce the onset of illness and mortality from cancer, which among other things means that approximately 900,000 women in Sweden in the age group 40–74 years recurrently receive an invitation to mammography screening. The objective is to detect possible breast cancer at an early stage and thereby reduce mortality from the disease. For this to be possible a high participation is one of the basic conditions. This article deals with the view of mammography screening among women who have experienced breast cancer. Twenty-eight women were interviewed in six focus group settings. Data were processed through a thematic analysis and theories of coping were used as the analytical tool. The findings show how the confidence in the value of mammography screening was on trial in connection with the announcement of the diagnosis, especially for the women who discovered their breast cancer themselves between two screenings (interval cancers). The way the tumour was discovered marked a watershed between feeling confident or not to the value of mammography screening. The women in the study used three forms of coping strategies to continue maintaining confidence in the value of mammography screening: adaptation, control and avoidance. Overall, these strategies have been interpreted as an adaptation to the welfare state's health ambitions and an enabling to continue the participation when the invitation for mammography screening arrives in the mailbox, regardless of their own experiences.

Åsa Ritenius Manjer, socionom och filosofie doktor i socialt arbete vid Lunds universitet.

Ulla Melin Emilsson, socionom, psykolog och professor i socialt arbete vid Lunds universitet och vid Linnéuniversitetet.

Kontakt: asa.ritenius_manjer@soch.lu.se

Introduktion

Även om det sker betydande medicinska framsteg utgör välfärdsrelaterade sjukdomar som cancer, diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar fortfarande en mycket stor del av ohälsan i den industrialiserade västvärlden (World Health Organization, 2009). Som ett led i välfärdsstatens ambitioner att minska såväl insjuknandet som dödligheten i dessa sjukdomar erbjuds hälsofrämjande och hälsoförebyggande insatser inom en rad områden (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Gemensamt för dessa är att de riktar sig till medborgare som på olika sätt utgör en riskgrupp (Medin & Alexandersson, 2000). Det är insatser som utgår från en folkhälsopolitisk inställning där ansvaret för människors välmående delas mellan olika sektorer i samhället men där framför allt den enskilde medborgarens ansvar för sin hälsa lyfts fram (Prop. 2002/03:35; 2007/08:110). För att dessa hälsoambitioner ska ge väntad effekt på medborgarnas hälsa är det angeläget att de som berörs deltar i de insatser som samhället erbjuder.

Ett exempel på välfärdsstatens hälsoambition är att minska insjuknandet och dödligheten i cancer, vilket bland annat innebär att cirka 900 000 kvinnor i Sverige i åldersgruppen 40–74 år får en kallelse till mammografiscreening varje år. Syftet med detta är att upptäcka eventuell bröstcancer i ett tidigt skede och därmed minska dödligheten i sjukdomen. För att det ska vara möjligt är ett högt deltagande en av de grundläggande förutsättningarna. Att uppmana kvinnor att söka efter förändringar i bröstet innebär samtidigt att frågor kring risken att få bröstcancer och tillit till mammografiscreeningens värde kommer i fokus. I denna artikel diskuteras synen på mammografiscreening bland kvinnor som har drabbats av bröstcancer. För trots att ett högt deltagande indikerar att det finns en tillit till mammografiscreeningens värde, och indirekt till just detta exempel på hälsoförebyggande insatser som välfärdsstaten erbjuder, så vet vi relativt lite om hur det tar sig uttryck och upprätthålls i praktiken för dem som har drabbats av bröstcancer.

I Sverige får drygt 9 000 kvinnor bröstcancer varje år och cirka 1 500 dör av sjukdomen (Socialstyrelsen, 2014a). Totalt utgör bröstcancer cirka en fjärdedel av all cancer hos kvinnor i den industrialiserade västvärlden (Holmberg & Frisell, 2010; IARC, 2015; Socialstyrelsen, 2015). I nuläget finns det inget enkelt och effektivt sätt att minska risken för sjukdomen, men däremot kan man genom att tidigt upptäcka en bröstcancer mildra lidandet och eventuellt stoppa sjukdomsförloppet. En viktig anledning till att man under mitten av 1980-talet införde mammografiscreening som hälsoförebyggande insats för tidig upptäckt av bröstcancer var att överlevnaden kunde kopplas till stadium vid diagnos (Socialstyrelsen, 1986). Men all bröstcancer upptäcks inte på mammografiscreening, och det är välkänt att en del kvinnor kan upptäcka en bröstcancer mellan två screeningtillfällen, så kallad intervallcancer (Zackrisson et al., 2007). En följd av detta är att kvinnor, trots att de deltar i mammo-

grafiscreening, även uppmanas att regelbundet känna efter förändringar i sina bröst på egen hand (World Health Organization, 2014).

Ett stort antal studier har undersökt mammografiscreening vad gäller bland annat dödlighet och deltagande utifrån ett medicinskt perspektiv (RCC, 2014). Däremot är det fortfarande oklart hur kvinnor som har drabbats av bröstcancer ser på mammografiscreening som en hälsoförebyggande insats att upptäcka sjukdomen i ett tidigt skede, och i vilken mån det har betydelse hur tumören upptäcktes. Risken att få bröstcancer och tillit till mammografiscreeningens värde är angelägna frågor som alla kvinnor i den aktuella åldersgruppen ställs inför – även kvinnor med bröstcancer, då de efter avslutad behandling åter kallas till mammografiscreening av det friska bröstet (RCC, 2014; Socialstyrelsen, 2014b). Det övergripande syftet med denna artikel är att undersöka och försöka förstå om och i så fall på vilket sätt synen på mammografiscreening hos kvinnor med bröstcancer förändras efter ett diagnosbesked. I intentionen ligger också att koppla kvinnornas syn på mammografiscreening till den hälsopolitiskt riktade insats som den utgör en del av. Följande frågor har formulerats:

- Hur ser kvinnor med bröstcancer på mammografiscreening före och efter det egna diagnosbeskedet?
- Vad har betydelse för hur synen på mammografiscreening förändras?
- Hur påverkas tilliten till denna del av samhällets hälsoinriktade erbjudanden?

Artikeln baseras på ett empiriskt material där 28 kvinnor med bröstcancer som hade deltagit i mammografiscreening har medverkat i fokusgruppsintervjuer med öppna semistrukturerade frågeställningar kring synen på bröstcancer och mammografiscreening. Samtliga kvinnor var medlemmar i lokala bröstcancerföreningar i södra Sverige. Kvinnorna som medverkade i fokusgruppsintervjuerna hade antingen upptäckt sin bröstcancer vid mammografiscreening eller mellan två screeningtillfällen (intervallcancer), vilket gav en möjlighet att belysa skillnader i synen på mammografiscreening mellan dessa grupper.

Den studie som denna artikel är baserad på har genomförts som en uppföljning av resultat från egen tidigare forskning. Där framkom att det fanns en osäkerhet bland kvinnor utan bröstcancer som hade avstått från mammografiscreening, kring hur deras beslut skulle kunna komma att påverka en framtida bröstcancerdiagnos (Ritenius Manjer, Zackrisson & Melin Emilsson, 2016). För att försöka förstå mer om betydelsen av mammografiscreening efter en bröstcancerdiagnos och om det har någon betydelse hur tumören upptäcks, genomfördes denna uppföljningsstudie där kvinnor med bröstcancer och deras syn på mammografiscreening var i centrum. Den inledande ambitionen var att både intervjua kvinnor som hade deltagit, respektive hade avstått från mammografiscreening. Under studiens gång visade det sig emel-

lertid att samtliga 28 kvinnor som tackade ja till att medverka i denna studie, tidigare också hade tackat ja till mammografiscreening.

Mammografiscreening och bröstcancer

Sett ur ett internationellt perspektiv har Sverige ett högt deltagande i mammografiscreening, vilket delvis kan förklaras med att screening för bröstcancer är väl etablerad och utbyggd i hela Sverige (Missinne & Bracke, 2015; Socialstyrelsen, 2014c). Kallelsen till denna röntgenundersökning av bröstet skickas ut till alla kvinnor i den aktuella åldersgruppen med ett tidsintervall på 18–24 månader. Vid undersökningstillfället, som tar några minuter att genomföra, kläms bröstet ihop mellan två plattor för att ge en så detaljrik röntgenbild som möjligt. Två till tre veckor efter undersökningen meddelas resultatet skriftligt via brev. Finns det misstanke om bröstcancer återkallas kvinnan för ytterligare undersökningar. Även kvinnor som har genomgått en behandling för bröstcancer blir på nytt uppmanade att känna efter förändringar i det friska bröstet och blir åter kallade till mammografiscreening beroende på ålder och risk för återfall (RCC, 2014). Trots att mammografiscreening utgör en av de största hälsopreventiva insatser som har genomförts i Sverige, finns det sedan undersökningen introducerades i mitten av 1980-talet skilda uppfattningar om dess effektivitet (se t.ex. Götzsche & Nielsen, 2013; Lauby-Secretan et al., 2015; Marmot et al., 2012).

Studier som beskriver kvinnors upplevelser av bröstcancer har till stor del fokuserats på erfarenheter av att få bröstcancer, fysiska och känslomässiga reaktioner som följer av den medicinska behandlingen eller skapandet av en ny identitet efter behandlingen (se t.ex. Boehmke & Dickerson, 2006; Landmark, Strandmark & Wahl, 2001; Lindwall & Bergbom, 2009; Sherman, Rosedale & Haber, 2012). Att få en bröstcancerdiagnos innebär för många en erfarenhet av att gå från att känna sig frisk till att helt plötsligt bli betraktad som allvarligt sjuk (Boehmke & Dickerson, 2006; Sherman, Rosedale & Haber, 2012). Det får i sin tur konsekvenser för det vardagliga livet och leder ofta till omfattande känslomässig stress som oundvikligen leder till tankar kring liv och död (Landmark, Strandmark & Wahl, 2001).

Østerlie et al. (2008) har uppmärksammat hur välfärdsstatens målsättning att sänka dödligheten i bröstcancer har bidragit till att frivilligheten att delta i mammografiscreening har en underordnad position i kallelsen till undersökningen. Framför allt saknas information om undersökningens nackdelar (Østerlie et al., 2008). Flera studier kring kvinnors beslut att delta i mammografiscreening har belyst den anpassning som sker till samhällets förväntan på den enskilda kvinnan att delta i undersökningen (Kaufert, 2000; Vahabi & Gastaldo, 2003; Willis, 2008). Detta är ett mönster som även har uppmärksamrats inom gynekologisk screening (Forss et al., 2001;

Howson, 1998). Willis (2008) menar att de starka band som finns mellan staten och medborgarna i Sverige har bidragit till att beslutet att delta i mammografiscreening är tätt sammanvävt med samhällets grundläggande idéer kring rättigheter, ansvar och risk. Kaufert (2000) understryker hur både rädsla och en känsla av plikt bidrar till att det sker en anpassning till systemet att delta när kallelsen kommer i brevlådan. Det är en anpassning som formas via budskapet att det finns en risk att bröstcancer kan finnas dolt i kroppen och att tidig upptäckt genom mammografiscreening kan rädda liv, vilket den enskilda kvinnan har svårt att ifrågasätta (Griffiths et al., 2010; Kaufert, 2000). Detta kan förstås som en kombination av en övergripande tillit till välfärdsstatens ambition att erbjuda bra hälsoservice och ett beroende av den medicinska kunskapen, att se förändringar på röntgenbilden, som kräver specialkunskap (Solbjør, 2008). Solbjør et al. (2012) visar i en studie, med kvinnor med nyupptäckt intervallcancer, att det inte påverkade synen på mammografiscreening som hälsoförebyggande undersökning i någon större omfattning. Solbjør et al. (2012) menar att det faktum att mammografiscreening utgör den enda möjligheten att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede bidrar till att kvinnor blir beroende av att delta i undersökningen.

Att delta i mammografiscreening är således en fråga som aktualiseras i olika skeden i kvinnors liv och under lång tid. I denna artikel belyses bland annat hur kvinnor med bröstcancer upplevde att åter behöva ta ett beslut att delta eller avstå från mammografiscreening när de hade avslutat sin bröstcancerbehandling och på nytt fick en kallelse för att undersöka det friska bröstet. En av de intervjuade kvinnornas beskrivning av situationen illustrerar den stress och tvetydighet som framfördes på olika sätt: "Ska på mammografi nästa vecka och känner att jag inte kan lita på det längre eftersom jag måste kolla själv hela tiden ... men samtidigt vet jag inte hur det ska kännas och jag känner massor av knölar hela tiden."

Teoretisk referensram

För att förstå mer om kvinnornas agerande i samband med att de på nytt kallades till mammografiscreening efter avslutad bröstcancerbehandling har Lazarus och Folkmans (1984) teori om coping och stress i svåra livssituationer använts som teoretiskt analysverktyg. Coping är ett begrepp som har visat sig användbart för att förstå hur människor hanterar stressfyllda situationer, som till exempel vid svår och livsomställande sjukdom (jfr Kenne Sarenmalm et al., 2007; Larsson, 2007). Stress definieras som inre eller yttre krav som överskrider individens egna resurser medan coping ses som de ansträngningar som sker för att klara av dessa situationer (Lazarus & Folkman, 1984). Inledningsvis sker en primär bedömning av vad som upplevs som hotfullt i den aktuella situationen, vilket utgör en vägledning för valet av copingstrategier. Därefter sker en sekundär bedömning där möjliga resurser för att hantera den

stressfyllda situationen identifieras. I denna del av processen sker valet av copingstrategier och graden av förutsägbarhet har där betydelse (Lazarus & Folkman, 1984). För kvinnorna i studien utgör diagnosbeskedet den stressutlösande situationen. Lazarus och Folkman (1984) har delat in copingstrategier i känslö- och problemfokuserad coping för att kunna identifiera dess innehåll. Dessa strategier tar vanligtvis plats i olika delar av processen. Känslöfokuserade strategier syftar till att minska det känslomässiga lidandet eller förändra betydelsen av den stressande situationen medan problemfokuserade strategier syftar till att begränsa och förändra den uppkomna situationen.

Metod, material och genomförande

En central utgångspunkt för studien var att kvinnor med erfarenhet av bröstcancer har viktiga tankar och åsikter både kring sjukdomen och kring sättet att upptäcka den på och därmed kring frågan om mammografiscreening. Att enbart fånga kvinnornas tankar kring och syn på mammografiscreening med hjälp av individuella intervjuer uppfattade vi som etiskt tveksamt i en situation där samtliga faktiskt hade gått igenom en svår sjukdomsprocess. Det bidrog till valet av fokusgruppsintervjuer som datainsamlingsmetod. På det sättet skapades möjligheter till diskussion och argumentation kring mammografiscreening, samtidigt som kvinnorna kunde dela med sig av och utgå ifrån sina egna upplevelser av sjukdomsprocessen. Var och en kunde själv välja hur mycket och på vilken känslomässig nivå hon ville medverka i samtalet och sedan formulera hur hon såg på mammografiscreening såväl före som efter insjuknandet i bröstcancer.

Sex fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 28 kvinnor med bröstcancer genomfördes. Genom kvinnornas personliga och samtidigt sinsemellan olika beskrivningar blev upplevelsen av mammografiscreeningens standardiserade genomförande tydlig. Samtliga hade deltagit i mammografiscreening. Kvinnorna i studien hade antingen upptäckt sin bröstcancer via mammografiscreening (n=16) eller själva mellan två screeningtillfällen (n=12), se tabell 1.

Tabell 1. Sociodemografiska faktorer

Faktorer	Kategorier	Alla (n=28)	Upptäckt själv (n=12)	Upptäckt via ms (n=16)
Bröstcancer	>10	4	2	2
Antal år sedan diagnos	6–10	6	3	3
	1–5	18	7	11
	< 1	0	0	0
Ålder vid intervju	< 60	7	2	5
	60–69	11	4	7
	> 69	10	6	4
Yrke	Administration/ekonomi	7	2	5
	Service/diverse	4	2	2
	Utbildning	4	1	3
	Vård och omsorg	13	7	6
Syssetsättning	Arbetar	9	4	5
	Pensionerad	19	8	11
Civilstånd	Sammanboende	20	8	12
	Ensamstående	8	4	4
Barn	Ja	21	9	12
	Nej	5	2	3
	Ingen information	2	1	1

Kvinnorna

Kvinnorna var vid intervjutillfället mellan 44 och 75 år. Av dem var 19 pensionerade, varav två hade förtidspension. Flertalet av kvinnorna arbetade eller hade arbetat inom offentlig sektor såsom vård, omsorg eller skola, medan elva av dem hade haft sysselsättningar av administrativ karaktär eller inom olika serviceyrken i statlig och privat regi. Sju av kvinnorna var ensamstående medan de övriga levde med en partner. Majoriteten hade barn, varav fem hade minderåriga barn som fortfarande bodde hemma. Samtliga kvinnor talade svenska och två av dem kom från ett annat nordiskt land. En majoritet av kvinnorna hade haft sin diagnos mellan ett och fem år medan de övriga hade haft sin diagnos längre än sex år (tabell 1). Två av kvinnorna hade fått återfall i sin bröstcancer.

Det förekom individuella variationer i bröstcancerbehandlingen. De flesta hade förutom operation även behandlats med strålning, cytostatika eller hormonell

behandling. Flera av kvinnorna medicinerade fortfarande för att minska risken för återfall i sjukdomen. Alla hade haft det avslutande läkarsamtalet som rutinmässigt sker cirka ett år efter operationen. Kvinnornas aktuella levnadsförhållanden utgjorde inte huvudfokus i intervjuerna men beskrivningarna kring till exempel boende och fritidssysselsättningar gav en tydlig bild av att de var etablerade i samhället och hade en väl fungerande vardag.

Genomförande

Vi fick kontakt med kvinnorna via lokala bröstcancerföreningar i södra Sverige där de var medlemmar. Samtliga bröstcancerföreningar inom en region, tillika landstingsområde, i södra Sverige kontaktades. Den inledande ambitionen att både intervjua kvinnor som deltagit respektive avstått från mammografiscreening visade sig inte möjlig att genomföra på det sätt vi valde att rekrytera deltagare till denna studie. Den första kontakten skedde på ett öppet möte hos respektive förening där medlemmarna fick muntlig och skriftlig information om studien. De kvinnor som därefter ville medverka lämnade en intresseanmälan. De kontaktades därefter för ytterligare planering. Innan fokusgruppsintervjuerna startade, skrev alla deltagare under en samtyckesblankett där det framkom att de hade tagit del av informationen om studien, att det var frivilligt att delta samt att de kunde avbryta sin medverkan när de själva ville utan motivering. Studien är godkänd av Centrala etikprövningsnämnden (Dnr: Ö 35-2014).

Intervjuerna genomfördes mellan december 2014 och mars 2015 i lokaler som de olika bröstcancerföreningarna disponerade, med ett undantag där fokusgruppsintervjun ägde rum i lokal som anordnades av oss. Tid och plats planerades i samråd med kvinnorna och ingen ersättning utgick. För att alla skulle få utrymme att berätta om sina erfarenheter i sin egen takt och att eventuella diskussioner inte skulle behöva avbrytas begränsades antalet deltagare per fokusgrupp till max sex personer. Intervjuerna varade i två timmar. Även om det övergripande syftet med fokusgrupperna var att fånga deras gemensamma syn på framför allt mammografiscreening (Wibeck, 2010), inleddes varje intervju med att kvinnorna kort beskrev ålder, arbete, aktuell levnadssituation samt när och hur de fick sin bröstcancerdiagnos liksom vilken behandling de hade genomgått. Tanken med detta var både att få en uppfattning om deras situation och en ökad förståelse för den kontext som omgärdar synen på mammografiscreening, men även att skapa ett personligt samtal där alla skulle känna sig bekväma med att berätta om sina erfarenheter och åsikter för varandra (Morgan, 1997). Därefter introducerades de två övergripande frågeställningarna, det vill säga synen på mammografiscreening och synen på bröstcancer och behandlingen av sjukdomen, vilka delvis överlappade varandra i kvinnornas berättelser.

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes av två samtalsledare där den första författaren hade det huvudsakliga ansvaret att leda samtalet och följa upp med frågor när det funnits behov. Den andra författaren hade en observerande roll för att få med iakttagelser som inte kan fångas på en ljudfil samtidigt som löpande anteckningar gjordes. Samtliga intervjuer spelades in på en mp3-fil som därefter avidentifierades och transkriberades ordagrant för att utgöra underlag för bearbetning och analys (jfr Barbour, 2008). Direkt efter intervjuerna sammanfattade samtalsledarna sina intryck muntligt för varandra, vilket också har ingått som en del av analysarbetet.

Kvinnorna som medverkade var alla medlemmar i olika lokala bröstcancerföreningar inom riksorganisationen (BRO) vars uppgift är att tillvarata bröstcancerkvinnors intressen gentemot både politiker och sjukvård (BRO, 2015). Det innebär att de i grunden har ett engagemang kring frågor som rör både bröstcancer och mammografiscreening. De visade också ett stort intresse för studiens frågeställningar. Detta starka engagemang för frågan, liksom det faktum att många i respektive fokusgrupp kände till varandra, påverkade säkerligen fokusgruppsintervjuerna och därmed resultatet. På vilket sätt är förstås omöjligt att veta, men det får ses i ljuset av att de samtidigt är de som är riktigt insatta i frågorna. Det faktum att deltagarna var medlemmar i samma förening kan ha bidragit till att intervjuerna genomgående har präglats av ett öppet samtalsklimat men också att det funnits en hög samstämmighet kring flera frågor. Morgan och Kreuger (1993) menar att det inte går att undvika att deltagarna i en fokusgrupp känner varandra, men att det alltid finns en risk att det håller tillbaka och begränsar möjligheten att uttrycka en avvikande mening. För att hantera detta och hitta rätt samtalsnivå inleddes varje fokusgruppsintervju med en egen kort reflektion kring mammografiscreening och bröstcancer (jfr Wibeck, 2010). Därefter informerades deltagarna om sekretessen inom gruppen och kring värdet av att ge utrymme åt olika synsätt under intervjun. Varje fokusgruppsintervju avslutades med att kvinnorna fick möjlighet att reflektera över hur de upplevde sitt deltagande i intervjun. Samtliga uttryckte sig i mycket positiva ordalag för att vi hade visat intresse för denna fråga och en vanlig kommentar var att de var tillfreds med att de hade fått dela sina erfarenheter av sjukdomen på ett nytt sätt.

Tematisk analys

Tematisk analys har använts för att ta fram stabila och meningsbärande teman i materialet (Langemar, 2008). Det är en metod för att söka efter mönster och teman i kvalitativa data och är lämplig i analysen av individuella erfarenheter och upplevelser (Langemar, 2008). För att få en god uppfattning om materialet har både intervjuer och transkriberingar genomförts av förstaförfattaren. Därefter har de transkriberade intervjuerna lästs igenom åtskilliga gånger för att få en uppfattning om helheten.

Följande preliminära teman har använts i denna artikel: "mammografiscreening – en bekräftelse på att vara frisk från bröstcancer", "att upptäcka bröstcancer med eller mellan mammografiscreening", "tillit till tekniken – att se det som inte går att upptäcka själv", "känna sig frisk men vara sjuk", "mammografiscreening är bra, men inte för mig", "mammografiscreening på nytt", "att avstå från mammografiscreening är inget alternativ, trots en tilltagande misstro till undersökningens värde för egen del", "extra kontroller av bröstet", "hantera osäkerheten att tumören kan finnas dold i kroppen" och avslutningsvis "undvika att känna efter ny bröstcancer". Dessa preliminära teman jämfördes med den ursprungliga texten, vilket bland annat Langemar (2008) beskriver som ett sätt att synliggöra mer övergripande teman i materialet och där empirin blir sedd på ett nytt sätt men i samma kontext. Det övergripande tema som synliggjordes och som är aktuellt i denna artikel är "att upprätthålla en tillit till mammografiscreeningens värde".

Om tillit och misstro till mammografiscreeningens värde

Mammografiscreening har en central roll för upptäckten av bröstcancer. Genom att i analysen utgå från Lazarus och Folkmans (1984) teori om stress och coping i svåra livssituationer har det varit möjligt att belysa hur kvinnorna i studien använde sig av olika copingstrategier för att fortsätta upprätthålla en tillit till mammografiscreeningens värde – att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede. Men också hur tilliten förändrades då synen på värdet av mammografiscreening fick en annan innebörd. För kvinnorna med intervallcancer handlade det främst om att hantera en tilltagande misstro till undersökningens värde för egen del, då de inte hade upptäckt sin bröstcancer i samband med ordinarie mammografiscreening. De kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer vid mammografi snarare förstärkte sin tillit till teknikens betydelse för tidig upptäckt av bröstcancer. Sammantaget har dessa ageranden tolkats som olika uttryck för en anpassning till och ett möjliggörande att kunna fortsätta delta när kallelsen till mammografiscreening kommer, oavsett egna erfarenheter av undersökningen.

Lazarus (1993) menar att copingstrategier utformas utifrån hur den givna situationen upplevs. Den situation som beskrivs i denna artikel sker under en tidsperiod på minst ett år, som för alla kvinnor i studien omfattade diagnosbesked, behandling och därefter åter en kallelse till mammografiscreening av det friska bröstet (jfr RCC, 2014). Det är en process som med olika omfattning inverkar på den enskildes livssituation (jfr Lilliehorn et al., 2010; McCann et al., 2010; Tighe et al., 2011). Att få en bröstcancerdiagnos är en situation som har beskrivits som stressfylld och som inte är möjlig att ha full kontroll över då den ytterst utgör ett hot mot den egna existensen (Landmark, Strandmark & Wahl, 2001).

Mammografiscreening före diagnosbeskedet – en trygghet

Kvinnorna berättade samstämmigt att de före diagnosbeskedet hade ett stort förtroende för att med mammografiscreening upptäcka eventuell bröstcancer i ett tidigt skede. I linje med Willis (2008) studie ingav kallelsen till mammografiscreening en känsla av trygghet. Ett återkommande sätt att uttrycka detta var att se mammografiscreening som en "billig livförsäkring" och att det alltid varit "självkänt att delta" när de fick en kallelse. Endast ett par av kvinnorna uttryckte att de hade haft en återkommande oro att upptäcka bröstcancer i samband med mammografiscreening, vilket var kopplat till en erfarenhet av sjukdomen i familjen (jfr Absetz, Aro & Sutton, 2003). Framför allt beskrevs deltagandet i mammografiscreening som en bekräftelse på att vara frisk från bröstcancer. En av kvinnorna sa:

Att gå på mammografiscreening är som att gå till tandläkaren, det är en skön känsla efteråt. Nu blev det ju inte så för mig, men jag menar när brevet kommer och det står att allt såg bra ut.

Griffiths et al. (2010) har uppmärksammat hur förtroendet för den medicinska tekniken bidrar till att den ständiga risken för bröstcancer faller i glömska mellan kallelsorna till mammografiscreening. Ett par av kvinnorna berättade att de trots synbara förändringar i bröstet mellan två screeningtillfällen inte uppfattade att de kunde vara symtom på bröstcancer eftersom det inte hade observerats vid tidigare mammografi. En kvinna beskrev det så här:

Innan mammografin när jag tog på mig bh så gick det inte att få in den biten av bröstet riktigt då det ville puta ut där, och då var det tumören som på något sätt trycktes upp, så hade jag varit mer uppmärksam där så ... men jag kunde inte tänka mig att jag skulle kunna få bröstcancer. Man litar ju väldigt mycket på mammografin, det gör man ju.

Värdet bekräftas

Att upptäcka en förändring i bröstet, innan det är möjligt att själv känna den, lyftes fram av kvinnorna som en central anledning till att delta i mammografiscreening. Det visar på ett förtroende för den medicinska teknikens förmåga att hålla oss friska på ett sätt som vi själva inte kan klara av (jfr Solbjør, 2008), och ligger i linje med flera hälsokampanjer för att få fler kvinnor att delta i mammografiscreening (jfr King, 2006). En kvinna som hade upptäckt sin bröstcancer vid mammografiscreening sa:

Det är fantastiskt bra med mammografi, jag hade aldrig upptäckt den själv, trots att den var 38 mm stor, utan det gjordes på mammografin. Har du stora bröst som jag har är det svårt att själv känna om det är knutor.

Kvinnan i citatet nedan hade inte själv uppfattat några förändringar i bröstet innan hon fick sitt diagnosbesked, samtidigt som symtomen fanns där när hon fick hjälp att känna:

Det kom ett brev (efter mammografiscreeningen) men det behövde inte betyda att det var något farligt. Jag åkte på semester för jag mådde ju bra. Men det var ju någonting. Ja, jag kunde ju känna den när jag fick reda på var den satt ... hade jag inte gått på mammografi hade jag nog suttit farligt till nu.

För flera av de kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer med mammografiscreening bidrog avsaknaden på symtom till en svårighet att känslomässigt förstå vad som pågick i kroppen då de fick sitt diagnosbesked. Både Boehmke och Dickerson (2006) och Sherman, Rosedale och Haber (2012) har uppmärksammat hur en bröstcancerdiagnos kan innebära att gå från att känna sig frisk till att helt plötsligt bli betraktad som allvarligt sjuk. En kvinna beskrev det på följande sätt:

Jag gick på mammografi och så kom det ett brev hem att jag skulle på återbesök. Då blev det lite obehagligt. På måndagen tog de lite prover och på onsdagen blev jag opererad. Det gick väldigt fort och då sa de att det var cancer, jaha, tänkte jag, man fattar inte, vad då liksom?

Sammanfattningsvis kan kvinnornas erfarenheter ses som en process, vilket Lupton (2012) har beskrivit på ett mer övergripande sätt som att förtroendet för den medicinska disciplinens kompetens stärks samtidigt som den egna kunskapen om den egna kroppen ges mindre betydelse.

Värdet ifrågasätts

Flera av de kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer mellan två screeningtillfällen beskrev en tilltagande misstro till möjligheten att med mammografiscreening upptäcka bröstcancer i det egna bröstet. En av de kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer kort tid efter ordinarie mammografi sa:

Jag kände mig lite lurad eftersom jag var på mammografi och sen hade jag två rätt så stora tumörer efter tre månader och tänker att de inte hunnit växa på den korta tiden, de måste ha funnits där.

Andra kvinnor med liknande upplevelser av att upptäcka sin bröstcancer ett par månader efter ordinarie mammografiscreening sa:

Jag hade gärna hoppat över mammografin för det gör så ont och så syns det inte på mig då jag har så täta bröst. Jag har frågat och de säger att de tagit så många plåtar att de kan se förändringar, men jag är tveksam till det.

Där har jag gått plikttroget varje gång och mitt emellan kom den i varje fall (tumören).

Men trots att flera kvinnor ifrågasatte den egna möjligheten att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede med mammografi, var det ingen som ifrågasatte det grundläggande förtroendet för undersökningens värde. Solbjør et al. (2012) menar att det är en svårighet för den enskilda kvinnan att ifrågasätta mammografiscreeningens värde då det inte erbjuds några alternativa undersökningar. Det är med andra ord bättre än ingen kontroll alls, men för kvinnorna med intervallcancer kvarstod osäkerheten och rädslan att nya tumörer kunde finnas dolt i bröstet, vilka inte var möjliga att med säkerhet upptäcka med mammografiscreening. Det bidrog till en tilltagande misstro och en stressfull situation som en av kvinnorna uttryckte på följande sätt:

Mammografiscreening är inget jag känner mig trygg med på något vis utom just när jag varit där ... ja, jag tror absolut att det är bra med mammografi, men som sagt, jag förlitar mig inte på det eftersom jag själv upptäckte min tumör.

I praktiken innebar det att dessa kvinnor fortsatte att delta i mammografiscreening när de åter blev kallade efter avslutad behandling. Detta trots en tilltagande misstro till undersökningens effektivitet då den inte varit tillräcklig för att upptäcka tumören i deras bröst, antingen på grund av bröstets storlek eller dess täthet.

Om mammografiscreeningens förändrade innebörd

I samband med att kvinnorna åter kallades till mammografiscreening efter avslutad behandling hade undersökningens värde fått en delvis ny innebörd, speciellt för kvinnor med intervallcancer. Risken för ny bröstcancer utgjorde ett ständigt hot för kvinnorna medan de med intervallcancer dessutom behövde hantera osäkerheten att tumören inte hade upptäckts vid ordinarie mammografiscreening. Trots den nya innebörden av mammografiscreening och med en förändrad syn liksom en tilltagande misstro deltog alla kvinnor när de på nytt blev kallade till undersökningen efter avslutad bröstcancerbehandling. För att kunna fortsätta delta i mammografiscreeningen

trots en tilltagande misstro till undersökningens effektivitet för egen del använde sig kvinnorna av copingstrategierna anpassning, kontroll och undvikande.

Mammografiscreening med nya ögon – anpassning som copingstrategi

Ett genomgående tema i samtliga fokusgrupper var oron att på nytt börja med mammografiscreening efter avslutad behandling. Det beskrevs i ord som: "känna sig liten", "inte så tuff när det väl gällde", "obehagligt" och "diagnosen är livstidsladdad". Trots det valde alla kvinnor som medverkade i studien att åter delta i mammografiscreening efter avslutad bröstcancerbehandling. Att avstå utgjorde inget alternativ. En av de yngre kvinnorna som hade upptäckt sin bröstcancer vid mammografiscreening sa:

Nu var det ett förstadium till cancer jag hade, men de fick ju ändå ta hela bröstet. Och då kan det vara likadant nu och det är ett negativt tänk men så tänker man, det var väldigt oroligt att gå på mammografi efter behandlingen.

Att åter delta i mammografiscreening efter avslutad behandling beskrevs som en trygghet samtidigt som det var ett stressfyllt moment som kunde innebära ett besked om ny bröstcancer. Återkommande i kvinnornas beskrivning var att de kände sig ensamma med sin oro, vilket kunde uttryckas på följande sätt:

Jag är alltid rädd och tycker det känns konstigt i bröstet, men min man svarar bara att bröstcancer har du ju haft.

Första mammografiscreeningen efter behandlingen sa jag att jag fixar själv, men samma dag bad jag en kompis följa med.

När du kommer tillbaka till mammografin är det bara in och tjoff ut igen. De är vänliga och försöker, men de kan inte ta hand om någon som vill prata.

Tre kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer mellan två screeningtillfällen beskrev beslutet att fortsätta med mammografiscreening, trots en tilltagande misstro till dess värde för egen del, på följande sätt i en av fokusgrupperna:

KV1: Jag litar inte ett dugg på det eftersom min tumör var så stor när den upptäcktes (mättar med fingrarna) men går ändå eftersom det är enda alternativet.

KV4: Det är viktigt med mammografi, och sen att de råkar missa en knuta på 10 cm.

KV5: Vi som haft bröstcancer går på mammografi även om vi inte litar på det.

Med stöd av Lazarus och Folkman (1984) kan kvinnornas agerande sammanfattas som en problemfokuserad copingstrategi. Syftet med den valda strategin är att utifrån de nya förutsättningarna för mammografiscreening anpassa sig till situationen och delta när det kommer en kallelse, trots oro för ny bröstcancer. De deltar främst på grund av att det saknas alternativa metoder för tidig upptäckt av bröstcancer. Av betydelse är även att det var en situation som kvinnorna upplevde att de blev lämnade ensamma med.

Bra men inte tillräckligt – kontroll som copingstrategi

Ett annat tema som framträdde i analysen var en önskan att få genomföra fler och tätare kontroller av bröstet än vad vården rekommenderade. Det beskrevs främst av de kvinnor som hade upptäckt sin bröstcancer mellan två screeningtillfällen.

Fler och tätare undersökningar har tolkats som en strategi att hålla rädslan för ny bröstcancer i schack. Adelswärd och Sachs (2002) menar att möjligheten att kontrollera kroppen med medicinska tester eller screening kan ge en känsla av makt över den egna hälsan, men även väcka en tanke att det är något som pågår i kroppen som kan leda till svår sjukdom. Att bröstcancerbehandlingen var avslutad och att de betraktades som friska av vården innebar inte att kvinnorna uppfattade att bröstcancer var borta. Följande dialog, från en av fokusgrupperna, återspeglar en sekvens av ett samtal där synen på kompletterande undersökningar till mammografiscreening diskuterades. Det är en dialog som tar sin utgångspunkt i en oro att inte kunna lita på att bröstcancer är borta ur kroppen:

Kv1: Innan jag blev sjuk fanns ju inte det i min värld att jag skulle få bröstcancer men nu vågar jag inte lita på att jag är hundra procent frisk.

KV5: Så känner jag med.

KV4: Jag tryckte på lite vid min ettårsuppföljning, att nu är det så att jag behöver ett ultraljud för jag har ont i armhålan där jag är opererad.

KV2: Det är ju jätteviktigt att få veta om man har täta bröst och att man kan komplettera med ultraljud.

KV4: Jag vet inte hur vanligt det är att göra magnetkameraundersökningen för den är nog ännu strået vassare om man har täta bröst.

KV2: Jag tror inte att det är så vanligt här.

KV1: Jag skulle gärna vilja ta ett ultraljud också i och med att jag redan är drabbad, att man kompletterar mammografi med ultraljud, faktiskt.

Craddock Lee (2010) belyser svårigheten för enskilda medborgare att avgöra vad risken för cancer innebär i praktiken, vilket bidrar till ett behov av att kontrollera det som inte går att kontrollera. Ett uttalande från en kvinna med intervallcancer får stå

som exempel för beslutet att agera på egen hand för att få tillgång till kompletterande undersökningar utöver mammografiscreening:

Jag tyckte jag kände någonting, det gör jag hela tiden, så ringde jag (till sjukhuset) och sa att jag kände något konstigt ... Jag får inte ultraljud om jag inte säger att det kommit tillbaka.

Sammanfattningsvis har detta agerande tolkats som en känslfokuserad copingstrategi. Syftet bakom den valda strategin är att hantera osäkerheten och rädslan att tumören inte syntes på mammografen och fortfarande kan finnas dold i bröstet, en situation som kvinnorna inte kunde ändra på (Jfr Lazarus 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

Svårt att åter börja undersöka bröstet – undvikande som copingstrategi

Ett ytterligare tema som synliggjordes i analysen var motståndet att åter börja känna efter förändringar i bröstet på egen hand efter att behandlingen var avslutad, vilket ter sig motsägelsefullt i förhållande till önskan om fler och tätare undersökningar av bröstet. Samtliga kvinnor uppmanas, förutom att delta i mammografiscreening, att även känna efter förändringar i bröstet på egen hand på grund av att alla tumörer inte upptäcks vid mammografiscreening. Två kvinnor med intervallcancer beskrev sitt motstånd på följande sätt:

Kan man hoppa över det så gör man det, skjuter det framför sig, speciellt om man, som jag, upptäckt det själv.

Jag får sms som påminner mig om att det är en "klämdag" (känna själv efter knölar i bröstet), men jag följer det inte utan tänker att det kan inte vara så farligt om jag väntar en dag till.

Kvinnorna i studien var samstämmiga kring hur uppmaningen att känna efter förändringar i bröstet på egen hand var ett viktigt komplement till mammografiscreening, men när det kom till handling valde flera av dem att avstå. Det är ett ställningstagande som är i linje med resultat från egen tidigare forskning med kvinnor utan bröstcancer som valde att avstå från såväl mammografiscreening som självundersökning trots att de hade uppfattat det medicinska värdet med undersökningen (Ritenius Manjer, Zackrisson & Melin Emilsson, 2016). En kvinna som hade upptäckt sin bröstcancer via mammografiscreening sa:

Det (känna själv efter knölar i bröstet) är en billig livförsäkring, men jag känner inte på mitt bröst, dumt nog. Jag tänker att jag ska göra det, men jag gör det inte. Varje morgon gör jag gymnastiken som jag ska, och det är jag väldigt noga med, men just det här att känna. Jag kommer mig inte för.

Sammanfattningsvis har detta agerande tolkats som en undvikande känslolofokuserad copingstrategi. Syftet bakom den valda strategin är att hantera och minimera obehaget att på nytt riskera att upptäcka bröstcancer och som företrädesvis beskrevs av kvinnor med intervallcancer (jfr Lazarus 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

Konklusioner och avslutande reflektioner

Denna studie visar hur synen på mammografiscreeningens värde förändrades efter diagnosbeskedet, vilket var speciellt framträdande när kvinnorna efter avslutad behandling på nytt blev kallade till mammografiscreening. Rädslan att åter drabbas av bröstcancer i kombination med att få en kallelse till mammografiscreening av det friska bröstet bidrog till att tilliten till undersökningens värde ställdes på prov. Risken för ny bröstcancer utgjorde ett hot för alla kvinnor i studien, medan de med intervallcancer dessutom behövde hantera osäkerheten att tumören inte hade upptäckts vid mammografiscreening. Att upptäcka bröstcancer vid ordinarie mammografiscreening innebar snarare en förstärkt tillit till teknikens möjligheter att se det som inte var möjligt att själv upptäcka.

Den bild av den förändrade synen på mammografiscreening som framträder är delvis motsägelsefull och starkt kopplad till hur tumören upptäcktes. Det blir tydligt att det både finns en stark önskan från kvinnorna att få kontroll över situationen genom fler och tätare undersökningar av bröstet än vad vården rekommenderar och en undvikandestrategi för att undgå känslan att på nytt få ett besked om bröstcancer. Gemensamt för de båda copingstrategierna är rädslan att upptäcka en ny bröstcancer. Med stöd av Kvaless och Brinkmanns (2014) beskrivning av betydelsen av det motsägelsefulla för att förstå hur olika uppfattningar kan vara ett uttryck för objektiva motsägelser i informanternas livsvärld, menar vi att det mycket väl speglar den svåra och komplexa situation som kvinnorna befinner sig i. Det motsvarar en aspekt av bröstcancer vården som sällan ges uppmärksamhet då fokus i regel riktas mot värdet av att delta i mammografiscreeningen och inte mot upplevelsen av att bli kallad till undersökningen. Studiens kvalitativa ansats har gjort det möjligt att komma bakom den dominerande uppfattningen om mammografiscreening – som en outhärlig undersökning för att upptäcka bröstcancer i ett tidigt skede – och belysa den tude-lade bilden av dess värde som kan relateras till erfarenheten att få bröstcancer och risken att på nytt drabbas av sjukdomen.

Studien visade att trots skilda förutsättningar att upptäcka tumören med mammografiscreening så deltog alla kvinnor när de på nytt blev kallade till undersökningen efter avslutad behandling. En situation som vid en första anblick kan te sig synnerligen oproblematisk och helt i linje med välfärdsstatens hälsoambition – att få kvinnor att delta i undersökningen (se t.ex. Socialstyrelsen, 2014c). För flera av kvinnorna i studien skedde det dock på bekostnad av att deras egen oro och osäkerhet fick stå tillbaka, då mammografiscreeningens standardiserade format inte gav något utrymme för personliga och individuella erfarenheter av sjukdomen. Vi menar att detta är en viktig kunskap för att bättre kunna anpassa och möta kvinnors behov av stöd i samband med att de åter kallas till mammografiscreening. Det faktum att mammografiscreening för närvarande utgör det enda alternativet för tidig upptäckt av bröstcancer är centralt i detta sammanhang, vilket även har uppmärksammats av Solbjør et al. (2012). Detta ger en sammantagen bild av hur mammografiscreeningens centrala roll vid upptäckten av bröstcancer innebar att kvinnorna på olika sätt behövde upprätthålla en tillit till undersökningens värde för att kunna fortsätta ta del av välfärdsstatens hälsoförebyggande arbete.

Vidare menar vi att det även belyser samhällets oförmåga att anpassa undersökningens format till kvinnornas nya förutsättningar efter insjuknandet. Flera kvinnor beskrev övergången, från att vara sjuk till att bli sedd som frisk, som en känslomässigt svårhanterlig situation som påminde om övergången mellan att känna sig frisk men vara sjuk (jfr Boehmke & Dickerson, 2006; Sherman, Rosedale & Haber, 2012). Det fick en konkret betydelse i samband med att bröstcancerbehandlingen avslutades och att de på nytt förväntades undersöka det friska bröstet som en del av välfärdsstatens hälsoförebyggande insatser för tidig upptäckt av bröstcancer. Flera kvinnor upplevde att det inte togs någon hänsyn till deras personliga erfarenhet av bröstcancer då de åter blev kallade till mammografiscreening. För att hantera situationen och kunna fortsätta delta i mammografiscreeningen användes både känslö- och problemfokuserade copingstrategier. Det gav kvinnorna en möjlighet att själv agera genom att kontrollera, undvika och anpassa sig till situationen.

Kvinnornas beskrivningar av synen på mammografiscreening säger inte enbart något om deras erfarenheter av undersökningen utan omfattar även en anpassning till välfärdsstatens hälsoambition som är värdefull att förstå mer om för att kunna utveckla ett stöd i samband med mammografiscreening efter en bröstcancerbehandling. Genom att inkludera mammografiscreening i kvinnors erfarenhet av att drabbas av bröstcancer har det varit möjligt att visa det som inte är synligt genom att enbart studera kvinnors deltagande.

Sammantaget visar denna artikel hur det till synes oproblematiska förhållningssättet till mammografiscreeningens värde föregicks av en betydligt mer svärfångad pro-

cess där både erfarenheten av bröstcancer och risken att på nytt insjukna ingick – en situation som upplevdes stressfylld och där förväntan att delta var tydligt definierad.

Referenser

- Absetz, P., Aro, A.R. & Sutton, S.R. (2003) Experience with breast cancer, pre-screening perceived susceptibility and the psychological impact of screening. *Psycho-Oncology*, 12(4): 305–318.
- Adelswärd, V. & Sachs, L. (2002) *Framtidens skuggor. Samtal om risk, prevention och den genetiska familjen*. Lund: Arkiv förlag.
- Barbour, R. (2008) *Doing focus groups*. Thousand Oaks & California: Sage Publications.
- Boehmke, M.M. & Dickerson, S.S. (2006) The diagnosis of breast cancer. Transition from health to illness. *Oncology Nursing Forum*, 33(6): 1121–1127.
- BRO (2015) Stöd oss i kampen mot bröstcancer. [<http://www.bro.org.se/>. Hämtat: 2015-06-10.]
- Craddock Lee, S.J. (2010) Uncertain futures. Individual risk and social context in decision-making in cancer screening. *Health, Risk & Society*, 12(2): 101–117.
- Forss, A., Tishelman, C., Widmark, C., Lundgren, E.-L., Sachs, L. & Tornberg, S. (2001) "I got a letter ..." A qualitative study of women's reasoning about attendance in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Psycho-Oncology*, 10(1): 76–87.
- Griffiths, F., Bendelow, G., Green, E. & Palmer, J. (2010) Screening for breast cancer. Medicalization, visualization and the embodied experience. *Health*, 14(6): 653–668.
- Götzsche, P. & Nielsen, M. (2013) *Screening for breast cancer with mammography*. Copenhagen: The Cochrane Database of Systematic Reviews. [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/pdf>]
- Holmberg, L.H. & Frisell, J. (2010) Bröstsjukdomar. I: B. Jeppsson, P. Naredi, J. Nordenström & B. Risberg (red.) *Kirurgi*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Howson, A. (1998) Embodied obligation The female body and health surveillance. I: S. Nettleton & J. Watson (red.) *The body in everyday life*. London: Routledge.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (2015) *Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. [<http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>. Hämtat: 2015-05-06.]
- Kaufert, P.A. (2000) Screening the body. The pap smear and the mammogram. I: M. Lock (red.) *Living and working with the new medical technologies*. Boston: Cambridge University Press.
- Kenne Sarenmalm, E., Öhlén, J., Jonsson, T. & Gaston-Johansson, F. (2007) Coping with recurrent breast cancer. Predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1): 24–39.
- King, S. (2006) *Pink Ribbons, Inc. – Breast cancer and the politics of philanthropy*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Landmark, B.T., Strandmark, M. & Wahl, A.K. (2001) Living with newly diagnosed breast cancer. The meaning of existential issues. A qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer, based on grounded theory. *Cancer Nursing*, 24(3): 220–226.
- Langemar, P. (2008) *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi. Att låta en värld öppna sig*. Malmö: Liber.
- Larsson, K. (2007) *Quality of life and coping with ulcerative colitis and Crohn's disease*. Uppsala: Uppsala universitet.

- Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Benbrahim-Tallaa, L., Bouvard, V., Bianchini, F. & Straif, K. (2015) Breast-cancer screening. Viewpoint of the IARC working group. *New England Journal of Medicine*, 372(24): 2353–2358.
- Lazarus, R.S. (1993) Coping theory and research. Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3): 234–247.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A. & Salander, P. (2010) "Admission into a helping plan". A watershed between positive and negative experiences in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19(8): 806–813.
- Lindwall, L. & Bergbom, I. (2009) The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(4): 280–287.
- Lupton, D. (2012) *Medicine as culture. Illness, disease and the body*. 3 uppl. London: Sage Publications.
- Marmot, M., Altman, D., Cameron, D., Dewar, J., Thompson, S. & Wilcox, M. (2012) The benefits and harms of breast cancer screening. An independent review. *The Lancet*, 380(9855): 1778–1786.
- McCann, L., Illingworth, N., Wengström, Y., Hubbard, G. & Kearney, N. (2010) Transitional experiences of women with breast cancer within the first year following diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14): 1969–1976.
- Medin, J. & Alexandersson, K. (2000) *Hälsa och hälsofrämjande. En litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Missinne, S. & Bracke, P. (2015) A cross-national comparative study on the influence of individual life course factors on mammography screening. *Health Policy*, 119(6): 709–719.
- Morgan, D. L. (1997) *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Morgan, D.L. & Kreuger, R.A. (1993) When to use focus groups and why. I: L.D. Morgan (red.) *Successful focus groups. Advancing the state of the art*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*.
- Prop. 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*.
- Regionala Cancercentrum i samverkan (RCC) (2014) *Bröstcancer. Nationellt vårdprogram*. [http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/. Hämtat: 2016-08-16.]
- Ritenius Manjer, Å., Zackrisson, S. & Melin Emilsson, U. (2016) On women's ambivalence about mammography screening. Support in the decision-making process a potential role for health care social workers? *British Journal of Social Work*, 46(2): 480–497.
- Sarenmalm, E.K., Browall, M., Persson, L.O., Fall-Dickson, J. & Gaston-Johansson, F. (2013) Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(1): 20–27.
- Sherman, D.W., Rosedale, M. & Haber, J. (2012) Reclaiming life on one's own terms. A grounded theory study of the process of breast cancer survivorship. *Oncology Nursing Forum*, 39(3): 258–268.
- Socialstyrelsen (1986) *Mammografiscreening. Hälsokontroll för tidig upptäckt av bröstcancer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a) *Cancerincidens i Sverige 2013. Nya diagnostiserade cancerfall år 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014b) *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2014c) *Screening för bröstcancer. Rekommendation och bedömningsunderlag*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015) *Dödsorsaker 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solbjør, M. (2008) You have to have trust in those pictures. I: J. Brownlie, A. Greene & A. Howson (red.) *Researching trust and health*. New York: Routledge.
- Solbjør, M., Skolbekken, J.A., Saetnan, A.R., Hagen, A.I. & Forsmo, S. (2012) Mammography screening and trust. The case of interval breast cancer. *Social Science & Medicine*, 75(10): 1746–1752.
- Statens folkhälsoinstitut (2010) *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Statens folkhälsoinstitut, Stockholm.
- Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J. & Richardson, J. (2011) Coping, meaning and symptom experience. A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3): 226–232.
- Vahabi, M. & Gastaldo, D. (2003) Rational choice(s)? Rethinking decision-making on breast cancer risk and screening mammography. *Nursing Inquiry*, 10(4): 245–256.
- Wibeck, V. (2010) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Willis, K. (2008) "I come because I am called". Recruitment and participation in mammography screening in Uppsala, Sweden. *Health Care for Women International*, 29(2): 135–150.
- World Health Organization (WHO) (2009) *The European health report 2009. Health and health systems*. Copenhagen.
- World Health Organization (WHO) (2014) *Breast cancer, prevention and control*. [<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>. Hämtat: 2014-07-01.]
- Zackrisson, S., Janzon, L., Manjer, J. & Andersson, I. (2007) Improved survival rate for women with interval breast cancer. Results from the breast cancer screening programme in Malmö, Sweden 1976–1999. *Journal of Medical Screening*, 14(3): 138–143.
- Østerlie, W., Solbjør, M., Skolbekken, J.A., Hofvind, S., Saetnan, A.R. & Forsmo, S. (2008) Challenges of informed choice in organised screening. *Journal of Medical Ethics*, 34(9): 1–5.