

UTVECKLINGSPLAN FÖR CANCERPREVENTION I NORRA REGIONEN

BAKGRUND

Cancerincidens

Mer än var tredje person kommer under sin livstid att drabbas av cancer. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige efter hjärt- och kärlsjukdomar och de vanligaste formerna av cancer är prostata- och bröstcancer (1, 2). Antal cancerfall i Sverige har ständigt ökat under de senaste 20 åren och under senaste året med 4 % jämfört med året innan (1, 2). Det tyder på en ökningstakt kan vara på väg att accelerera. Ungefär lika många män som kvinnor får cancer (1, 2), men i genomsnitt drabbas kvinnor i något yngre ålder än män. Ungefär två tredjedelar av alla cancerfall finns bland människor som är över 65 år. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige efter hjärt- och kärlsjukdomar (1, 2). I norra regionen dvs Norrbotten, Jämtland, Västerbotten och Västernorrland ses samma förekomstmonster där prostata- och bröstcancer är mest vanliga åtföljda av tjocktarmscancer. Överlevnaden i cancer är sämre i norra Sverige (norra regionen) jämfört med riksgenomsnittet. Det finns även stora skillnader i överlevnad mellan olika socioekonomiska grupper inom norra regionen (3). Prognosen för vår region pekar mot en ökning av antalet cancerfall (4).

Risikfaktorer och cancerförekomst, livsstilsfaktorer

Enligt uppgifter på Socialstyrelsens hemsida står ohälsosamma levnadsvanor för 20 % av all sjukdom och förtida dödsfall i Sverige. Många av de riskfaktorer som utgörs av så kallade ohälsosamma levnadsvanor och är allmänna riskfaktorer för ohälsa gäller även risken att drabbas av cancer. Upp till 30 % av cancerfallen kan förebyggas genom förändrat riskbeteende d.v.s. minskad exponering. Detta avser t ex minskad exponering för cancerframkallande förhållanden/agens som solens UV-strålning, alkoholkonsumtion, joniserad strålning, virusinfektioner (HPV -, hepatit B- och C-virus), rökning mm. Många studier har visat på ett samband mellan dessa faktorer och förekomst av cancer. Även internationellt (5) påpekas att det finns sådana riskfaktorer som ses som cancerogena och relateras till cancerutveckling.

Tobak är den enskilda faktor som svarar för den största sjukdomsördan i vårt land och som varje år orsakar minst 12 000 människors för tidiga död, vilket innebär att vart 10:e dödsfall är kopplat till rökning, främst i hjärt-kärlsjukdom, cancer och lungsjukdomar. En femtedel av all cancer beräknas bero på tobaksbruk (6). Rökning leder inte bara till ökad risk för lungcancer med ca 3500 dödsfall per år, utan även till ett femtontal andra cancerformer, som till exempel cancer i munhåla, luftstrupe, matstrupe, magsäck, bukspottskörtel, njurar, livmoderhals och urinblåsa, totalt ca 5200 döda årligen (6). Socioekonomiska faktorer spelar stor roll för förekomsten av rökning där de med kort utbildning i högre grad röker. Idag är andelen rökare bland dem med utbildning upp till gymnasial nivå dubbelt så stor som bland dem som har eftergymnasial utbildning (7, 8). Även i högre åldrar lönar det sig att sluta röka. Risken för cancer i matstrupe och munhåla halveras fem år efter rökstopp och risken för lungcancer halveras tio år efter rökstopp. Det finns studier som visat att snus ökar risken för bukspottskörtelcancer och även indikatorer på att det ökar risken för cancer i matstrupe och magsäck. Snus ökar även risken för skador på tänder och munhåla och risken för metabolt syndrom (övervikt, högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes) som i sig ökar risken för cancer (6, 8).

Alkohol som riskfaktor för cancer är mindre känd. En europeisk studie i åtta länder (Sverige var inte med) gällande alkoholens inverkan på risk att insjukna i cancer kom fram till att 10 % av all cancer hos män och 3 % hos kvinnor är direkt relaterade till alkoholkonsumtion (9). En amerikansk studie kom fram till att alkohol stod för 3,2 – 3,7 % av all cancerdödlighet. Den vanligast alkoholrelaterade cancerformen för kvinnor var bröstcancer och för män cancer i de övre luftvägarna, matstrupe och magsäck. Högre alkoholintag ökade risken för cancer men även ett lägre intag på mindre än 20 g (<1,5 standardglas) per dag ökade risken att dö i cancer jämfört de som inte drack alkohol. Omkring 30 % av alla alkoholrelaterade dödsfall drabbade personer som drack mindre än 20 g alkohol/dag. 15 % av all bröstcancerdöd i USA beräknas bero på alkohol (10). Alkoholens betydelse för cancerutveckling har också påvisas i studier då man funnit generellt ett samband mellan cancer och alkoholintag (9, 11), samt att högre alkoholintag är relaterad till ökad risk för cancer och cancerdödlighet (10).

Matvanor

Vidare bör sambandet mellan lågt intag av frukt och grönsaker och cancer (11, 12) samt mellan dagligt intag av rött och förbehandlat kött och förekomsten av cancer och då framförallt tjocktarmscancer (12) uppmärksammas i större utsträckning än vad som görs idag. Lågt intag av frukt och grönsaker förknippas med omkring 6% av alla cancerfall i världen och för omkring 17% av dödsfall av cancer i magtarmkanalen med större risk för dödsfall i låginkomstländerna (13).

Fysisk aktivitet förebygger ohälsa. Kunskaperna om detta har ökat i befolkningen sedan 1980-talet och det är fler som motionerar regelbundet. Personer med högre utbildning motionerar i högre grad än de med lägre utbildning. Motion förebygger även övervikt som är en riskfaktor för cancersjukdom. Starkast evidens för samband mellan övervikt och cancer finns för tjock- och ändtarmscancer men också för bröstcancer efter klimakteriet (13). Befolkningen har sedan 1980-talet blivit tyngre. Andelen överviktiga och med fetma är högre bland dem med enbart gymnasial utbildning jämfört med dem med eftergymnasial utbildning (7, 14). Att minska övervikt, öka fysisk aktivitet och minska alkoholintag rekommenderas vara den bästa strategin för förebyggande av bröstcancer och tjocktarmscancer om man samtidigt minskar intaget av rött och förbehandlat kött (12).

UV-strålning

Ett starkt samband mellan ökad exponering för UV-strålning och malignt melanom är beskrivet (15-17). UV-strålning från både solen och solarier orsakar hudmelanom (17-19). Ökad förekomst av melanom i Sverige anses bero på överexponering av sol, genom förändrade solvanor och ökade möjligheter för solsemestrar, särskilt under vintertid. Underskattning av risken att i vardagslivet bli utsatt för solens UV-strålar t.ex. genom arbete i trädgården eller att vistas på skolgården, då man tycker att man inte aktivt solar och därför inte behöver solskydd, kan bidra till ökad exponering och risk för brännskador. Antalet solbrännskador i samband med utomhusvistelse i Sverige rapporteras högre jämfört med vistelse utomlands (20, 21). Studier har visat att om man bränner sig i solen, och då särskilt under barndomen, innebär detta en ökad risk för melanom, och detsamma gäller solning i solarier. Ökad användning av solarier särskilt bland unga personer bidrar också till ökad förekomst av hudmelanom (15, 18).

Medvetenhet om riskfaktorer bland befolkningen

Sammanställningar över befolkningens riskmedvetenhet i Sverige är få vilket försvårar möjligheter att identifiera brister och rikta insatser mot cancerförebyggande. Inom hälso- och sjukvården och framförallt primärvården bör cancerförebyggande arbete vara en viktig del av arbetet då det på lång sikt leder till bättre överlevnad. En nyligen genomförd studie i Sverige visar att många riskfaktorer är mindre kända bland vissa grupper av befolkningen och särskilt bland dem som är över 50-års ålder, män och personer med lägre utbildning (22). Vi vet också att svenskar solar mest av alla européer (23, 24) samt att de har ganska låg kännedom om att lågt intag av frukt och grönsaker är en riskfaktor för cancer. Svenskar har också lägre kännedom om att alkohol är en riskfaktor för cancer liksom dagligt ätande av rött och förbehandlat kött. Det är också förvånande att få människor känner till att HPV-infektion (humant papillomvirus) är en risk för cancer och också att väldigt få vet vad denna infektion handlar om (22).

Idag är högutbildade personer fysiskt aktiva i högre grad än de med lägre utbildning (Öppna jämförelser, 2014). Detta är viktigt då ökad fysisk aktivitet i sig är en skyddande faktor både för cancer men också mot övervikt, som tvärtom, är en riskfaktor för cancer. Utbildning har betydelse för medvetenhet om riskfaktorer och överlevnad (22, 25). Större andel av överviktiga personer finns bland personer med lägre utbildning (26) och större andel bland dem med lägre utbildning har också lägre medvetenhet om att övervikt och låg fysisk aktivitet är riskfaktorer för cancer (22). Ytterligare visar svenska studier att de med lägre utbildning har sämre canceröverlevnad (27-30) men också att behandling av människor tillhörande dessa grupper skiljer sig i jämförelse mot de med högre utbildning. Dessutom så finns det en högre förekomst av fler riskfaktorer bland personer med lägre utbildning (26). Om man sammanväger riskfaktorerna rökning, fysisk inaktivitet och övervikt ser man att det bland personer med enbart förgymnasial utbildning, bland män och kvinnor, finns en högre förekomst av alla tre riskfaktorerna, jämfört med både män och kvinnor med eftergymnasial utbildning (7, 14). Sett utifrån enbart utbildning så tyder detta på att människor med lägre utbildningsnivå (lägre än högskola) har behov av att öka medvetenhet om dessa riskfaktorer för att främja hälsa.

ORGANISATION OCH RESULTAT I REGIONEN

Att förebygga cancer – öka medvetenhet om levnadsvanor

Ett av vårdens och framförallt primärvårdens viktigaste uppdrag är att försöka förebygga sjukdom och ohälsa genom att aktivt arbeta med levnadsvanor som rökning, alkoholvanor, kost, fysisk aktivitet samt solvanor. Ett av huvudmålen i cancerstrategin (SOU 2009:11) är att minska cancerinsjuknande och där preventiva hälsofrämjande insatser, parallellt med insatser för screening och tidig upptäckt, ges särskild uppmärksamhet. Man strävar efter att minska skillnader i insjuknande och överlevnad mellan regioner samt mellan olika befolkningsgrupper. Strategin vid Regionalt cancercentrum Norr är "likvärdig och tillgänglig cancervård i hela Norrland med spets och bredd". Målet är att färre ska insjukna i cancer och att fler ska överleva längre med en bättre livskvalitet och likvärdig tillgång till information. Alla invånare i Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Jämtland ska ha tillgång till bästa möjliga cancerpreventiva åtgärder. De åtgärderna ska vara riktade till hela befolkningen men också till grupper med mer vanligt förekommande riskbeteende och lägre medvetenhet om riskfaktorer för cancer. Enligt den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11) måste riskfaktorer för cancer såsom: "Tobaksrökning, fetma, brist på fysisk aktivitet, hög alkoholkonsumtion och

överdriven exponering för UV-strålning ges betydligt större uppmärksamhet i samhällets folkhälsopolitik.”

Då det finns ett starkt samband mellan cancer och levnadsvanor så finns det möjlighet att landstinget genom satsningar på primär och sekundär prevention ökar befolkningens medvetenhet om dessa. Ökat engagemang och aktiviteter genom olika sätt att använda egna strukturer och olika medier för att sprida kunskap behövs. Prevention av cancer förenar flera politiska hälsomål som finns i de folkhälsopolitiska planerna inom landstingen i regionen men vissa områden behöver förstärkas för att kunna skapa förutsättningar för bättre cancer-prevention. Genom att inkludera cancer i de prioriterade folkhälsoområdena och använda de befintliga folkhälsogrupperna i regionen som bas för utveckling och samordning av prevention kan vi i norra regionen skapa förutsättningar för bättre hälsa generellt och därmed också bättre canceröverlevnad.

Befolkningens levnadsvanor i Norra regionen

Under 2014 genomförde Folkhälsomyndigheten (FHM) sin ordinarie mätning av levnadsvanor genom enkäten Hälsa på lika villkor (HLV) baserad på ett slumpmässigt urval av befolkningen 16-84 år gamla (Tabell 1-6). Generellt visar resultaten från HLV-enkäten att majoriteten av befolkningen är positivt inriktad till stöd för att förändra sina levnadsvanor i samband med sjukdom. Hälsa- och sjukvårdspersonalen å andra sidan rapporterar att arbete med levnadsvanefrågor är lågt prioriterat inom dagens organisation och att det råder en brist på kompetens och klara rutiner för detta, även om förutsättningarna är bättre inom primärvården än specialistvården (14).

Resultat från Norra regionen visar att andelen personer med fetma fortfarande är stabilt hög och tenderar att öka i alla fyra län. Andelen fysiskt aktiva personer har ökat samtidigt som andelen personer med stillasittande fritid har minskat något, men det finns fortfarande mycket att göra för att uppnå bättre resultat. Behoven ser olika ut när man jämför de fyra länen i regionen - Västernorrland (VNL) och Jämtland (JLL) behöver t.ex. fokusera särskilt på insatser för att öka fysisk aktivitet bland befolkningen. Det positiva är att omkring 25 % av de som är mindre fysiskt aktiva (mindre än 30 min/dag) i regionen önskar få stöd för att öka fysisk aktivitet, vilket samtidigt ställer krav på resurser att möta behoven (14) (31).

Befolkningen i norra regionen är jämfört med genomsnittet i riket sämre på att äta frukt och grönsaker mer än tre ggr om dagen vilket pekar på ett område med stor förbättringspotential. Endast cirka 10 % av kvinnorna och 5 % av männen i Norrland når rekommendationen om att äta frukt och grönt mer än tre gånger per dag. Andel personer som röker dagligen minskar ständigt i alla län i norra regionen. Nästintill en fjärdedel av dagligrökarna i regionen önskar stöd för att sluta röka. Ett mått för riskkonsumtion av alkohol som ofta används inom hälso- och sjukvården är att fler än 14 standardglas per vecka för män respektive fler än 9 glas per vecka för kvinnor definieras som riskbruk. Bland både män och kvinnor har andelen med riskbruk av alkohol ökat mellan 2006-2010 för att sedan plana ut, bortsett från kvinnor i Västerbotten där trenden är uppåtgående.

Generellt i riket ökar andel patienter som uppger att de diskuterat levandvanor med läkaren men vår region visar på låga siffror och ligger sämre än riket. Detta bekräftar återigen den låga prioriteringen av detta område. När det gäller gynekologisk cellprovtagning visar rapporten att >80% kvinnor i regionen deltagit i detta, vilket är högre än rikets genomsnitt (14, 31).

Tabell 1-6. Resultat avseende befolkningens levnadsvanor från HLV-enkäten 2014 (Regional HLV-enkätdata).

Daglig rökning 2014		
Område	Kvinnor	Män
Riket	11 %	9 %
Jämtland	8 %	8 %
Norrbottn	12 %	10 %
Västerbotten	7 %	8 %
Västernorrland	9 %	8 %

Stillasittande fritid 2014		
Område	Kvinnor	Män
Riket	14 %	15 %
Jämtland	12 %	13 %
Norrbottn	14 %	15 %
Västerbotten	13 %	13 %
Västernorrland	14 %	14 %

Fysisk aktivitet, minst 30 minuter/dag 2014		
Område	Kvinnor	Män
Riket	65 %	67 %
Jämtland	66 %	67 %
Norrbottn	63 %	64 %
Västerbotten	64 %	65 %
Västernorrland	63 %	67 %

Fetma – övervikt 2014		
Område	Kvinnor	Män
Riket	13 %	14 %
Jämtland	16 %	15 %
Norrbottn	15 %	17 %
Västerbotten	16 %	14 %
Västernorrland	18 %	16 %

Konsumtion av frukt och grönt – minst tre/dag 2014		
Område	Kvinnor	Män
Riket	13 %	6 %
Jämtland	10 %	4 %
Norrbottn	10 %	4 %
Västerbotten	12 %	6 %
Västernorrland	11 %	4 %

Riskabla alkoholvanor* 2014		
Område	Kvinnor	Män
Riket	11 %	18 %
Jämtland	10 %	17 %
Norrbottn	9 %	16 %
Västerbotten	14 %	19 %
Västernorrland	10 %	18 %

* > 14 standardglas/vecka för män respektive > 9 glas/vecka för kvinnor

Nationell cancerpreventionsplan inte tillgänglig i dagsläget

Det preventiva arbetet handlar om att använda olika strategier för att reducera risken för att drabbas av cancer: Enligt *European code against cancer* (IARC) så återfinns ovannämnda levnadsvanor bland de första 7 rekommendationerna som allmänna råd att förebygga cancer. De primärt preventiva insatserna inom regionen idag är organiserade inom landstingens folkhälsoarbete. Man har också satsat på införande av nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och det finns en ansvarig person i varje län som håller samman detta arbete. Något nationellt program för cancerprevention finns däremot inte utarbetat idag. Ett arbete för utformning av Nationell cancerpreventionsplan pågår. Den nationella gruppen av RCC-representanter som arbetar med detta har hittills framlagt *Handlingsplan för rökfritt Sverige* och arbetar parallellt med *Handlingsplan för minskad exponering för solens UV-strålning*. Dessa dokument kommer tillsammans med den nationella *Cancerpreventionsplanen* att användas som stöd i det regionala arbetet med prevention av cancer.

Cancerpreventiva insatser inom regionen

Arbetet med tobak har pågått längst och resultaten visar på en sjunkande trend för rökning bland både män och kvinnor i regionen även om Norrbotten har något större andel personer som röker än övriga län. Parallellt med de primära insatserna som nu börjat spridas även nationellt, har också insatser inom specialistvården påbörjats i regionen som en del av den sekundära preventionen. Fysisk aktivitet i form av förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR) har hittills varit den åtgärd som använts mest. Avseende sunda matvanor har man inte arbetat med detta i samma utsträckning och det har fungerat sämre vilket återspeglas också i resultaten. Enligt rapporten om den öppna jämförelsen (14), rapporterar personalen att de upplever det svårast att diskutera riskbruk av alkohol med patienter och det arbetet har också fungerat sämst. I rapporten påpekas dock att detta är ett område där kompetensutveckling erbjudits i minst utsträckning. I Norra regionen har det funnits mål att ha en grupp som aktivt arbetat med preventiva insatser mot alkohol. Detta har dock inte gått att uppnå under de senaste åren framförallt på grund av brist på personal och ekonomiskt resursutrymme. Det är också tydligt att landstingen satsar olika brett på dessa områden även om alla landsting har generella styrdokument för folkhälsoarbetet. Norrbottens läns landsting har t.ex. satsat mest i regionen på införande av de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. Rapporten pekar också på att preventiva insatser fortfarande inte når personer med kort utbildning där förekomst av regelbunden fysisk aktivitet är lägre samtidigt som förekomst av rökning är högre, och inga landsting har några särskilda strategier hur de ska nå dessa personer. Utförligare jämförelse av varje riskfaktor redovisas nedan.

Tobak-daglig rökning

Landstingen har arbetat aktivt med tobaksprevention i Norra regionen, till en början var Västerbottens län initiatör men idag är alla fyra län inkluderade i det arbetet. Ett aktivt arbete med fokus på att förebygga rökdebut (*Tobaksfri Duo*) riktade till skolungdomar och att sluta röka (*tobaksavvänjning*) som riktats till vuxna personer pågår. Arbetet med att sprida *Tobaksfri Duo* över hela regionen men också nationellt. Landstingen fortsätter med insatser att utbilda tobaksavvänjare som ska finnas på alla hälsocentraler och kommuner men också på sjukhus och särskilt på vissa specialistkliniker. På de ställen där tobaksavvänjare ännu saknas, ska patienterna remitteras till närmaste hälsocentral, eller folktandvårdsklinik (Västerbotten) som har avvänjare för att få hjälp, antingen genom besök, eller via telefon i de fall då avstånd eller andra faktorer utgör ett hinder för personliga besök. Några län i regionen arbetar med hälsoundersökningar/hälsosamtal av 30- 40-, 50- och 60-åringar vilket innebär att rökning också kan diskuteras i det givna hälsosamtalet om levnadsvanor. I Norrbottens landsting har man också satsat på genomföra hälsosamtal vid ungdomsmottagning. I Västerbotten pågår också två olika samarbetsprojekt med folktandvården som omfattar både *Tobaksfri Duo* och *tobaksavvänjning*. I norra regionen finns ett starkt engagemang kring *Tobacco Endgame*, ett opinionsbildningsprojekt som syftar till att få tillstånd ett politiskt beslut år 2015 om att en utfasning av rökning i Sveriges befolkning med målet att år 2025 ska mindre än 5 procent av befolkningen röka. Jämtland läns landsting (idag Region Jämtland Härjedalen) har tagit beslut om att anta utmaningen, Man fortsätter jobba aktivt med att hela regionen är med. I Västerbotten har man t ex under flera år varit aktiv med att sprida information om och samla in namnunderskrifter för ett *Tobacco Endgame*, men beslut är ännu inte taget. Under senaste året har särskilt fokus lagts på utbildning för tobaksavvänjare för att öka kunskaperna om hur man arbetar med tobaksavvänjning bland personer med psykisk funktionsnedsättning samt inom psykiatrin. En kampanj och utmaning för att få rökare att sluta, med *Quit & Win* som modell, är en annan satsning där alla är välkomna att delta, men där kampanjens utformning har fokus på den grupp som röker mest, och som genomförs mellan alla fyra länen i samarbete med Norrlandstingen 2015/2016. Generellt kan man säga att det finns en bredd i förebyggande insatser när det gäller rökning men fortsatt arbete för att nå målen krävs.

Alkohol

Frågan om alkoholkonsumtion tas upp i samband med hälsosamtalen som är inkluderade i hälsoundersökningar/samtal i de län där sådana finns (Västerbotten, Norrbotten, Väster-norrland). Ytterligare skall frågor om alkoholvanor tas upp i samband att man söker vård i allmänhet. Ett nätverk för alkoholprevention är under uppstart och planerar samarbete kring kompetenshöjande insatser inom hälso- och sjukvården med särskilt fokus på arbetsformer kring riskbruk samt primärpreventiva insatser riktade direkt till befolkningen. En regional grupp som ska fokusera på frågan har nu under våren 2015 nybildats och representanter från Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland finns med. Från Jämtland saknas medlemmar i nuläget. Norrbottens landsting har kommit längre med detta arbete än övriga landsting i regionen och en nulägesanalys beträffande förekomsten om samtal om alkohol, vid patientbesök samt åtgärd vid risk (uppgifter från journalsystemet) visar att alkohol är den levnadsvana som vården uppmärksammar i lägst omfattning. Utbildningsinsatser för personalen att föra samtal om alkoholvanor har genomförts i Norrbotten inom primär- och företagshälsovården. En nulägesbeskrivning från Norrbotten pekar på att utvecklingen går åt rätt håll, eftersom riskbruk av alkohol har minskat sedan 2006, framför allt bland unga och unga vuxna. Målen är att öka andelen som tillfrågas om sina alkoholvanor inom vården, samt öka andelen patienter som fått riskbedömning och även plan för åtgärder.

Matvanor—intag av minst tre frukt och grönsaker/dag

Arbete med sunda matvanor har inom några landsting inkluderats i hälsoundersökningar/hälsosamtal, men inget landsting har specifikt arbetat med detta i relation till cancerprevention. I nuläget så saknas en nätverksgrupp inom regionen som ska arbeta med frågan. Resultaten från HLV-enkäten visar dock på låga siffror avseende dagligt intag av tre eller fler frukt/grönsaksportioner inom regionen. Samtidigt visar resultaten från HLV att andel personer med fetma bland både män och kvinnor ökar inom alla landsting i regionen även om kvinnorna är något bättre på intag av frukt och grönsaker. Det tyder på att utvecklingen går åt fel håll samt att breda samordnade insatser för att uppmuntra befolkningen att äta mer frukt och grönsaker behövs. Detta motiverar för en nätverksgrupp i regionen. Ytterligare tyder detta på att implementering av riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder i regionen måste intensifieras och utrymme för det viktiga preventiva arbetet skapas. Det innebär också att sjukvårdspersonalen måste aktivt arbeta med dessa frågor om matvanor i möten med människor och erbjuda information och stöd till de som önskar få hjälp med detta. Detta bekräftas även av Socialstyrelsens utvärdering av de nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande åtgärder (2015) där fortsatta satsningar på arbetet med levnadsvanor, stöd till sjukdomsförebyggande åtgärder istället för läkemedel så väl som satsningar på specifika patientgrupper lyfts fram som förbättringsområden. Även personalens möjligheter till kompetensutveckling behöver öka enligt denna utvärdering (Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer – utvärdering. Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Västerås, 2015.)

Fysisk aktivitet—mer än 30 minuter dagligen

Fysisk aktivitet har man arbetat aktivt med inom regionen sedan flera år tillbaka och framförallt mätt detta genom förskrivning av ”Fysisk aktivitet på recept” (FaR). Målen är att minska andelen som har en stillasittande fritid och att öka andelen som är dagligen fysiskt aktiva mer än 30 minuter. Alla fyra landstingen arbetar med detta aktivt och följer upp årligen antal förskrivna FaR-recept. FaR-utbildningar anordnas på olika nivåer och har nu senast på några ställen i regionen haft särskild satsning mot psykiatriska kliniker. Implementering av FaR har gått lite sämre inom specialistvården som t.ex. psykiatri men man arbetar aktivt med riktade insatser för att öka FaR-förskrivning där. Antal-FaR-förskrivningar har generellt varit stabil under de senaste åren, men en viss ökning av förskrivning inom specialistvården ses. Satsningar på att öka antal uppföljda förskrivningar behövs då statistiken visar att det brister. Inom regionen har man fortsatt fokus på uppföljning av FaR och därigenom följsamhet till ordination med målet att identifiera fler otillräckligt fysiskt aktiva individer. Olika nätverk för arbete med frågan om fysisk aktivitet finns i regionen och anordnar olika seminarier för att öka kompetensen inom fysisk aktivitet och övriga levnadsvanor för personal. Ett sådant seminarium har anordnats i samarbete med gruppen för cancerrehabilitering. Gruppen jobbar också för utveckling av samarbete mot övriga aktörer i samhället som t.ex. idrottsförbund och primärvården. I samarbete med andra externa aktörer sammanställs aktivitetskataloger och arrangeras FaR-ledarutbildningar.

Sexuell hälsa—förebyggande av HPV-infektion (Humant papillomavirus)

Förebyggande av HPV-infektioner har framförallt betydelse för prevention av livmoderhalscancer. Av betydelse är framförallt att sprida kunskapen om användning av kondom samt att fler vaccinerar mot HPV-virus och att man på sikt inför även vaccination av pojkar. Inom ramen för RCC finns dock ett program som handlar om cervixcancer-screening och prevention och därför diskuteras inte detta djupare här. Risktagande unga vad gäller tobak och alkohol är även risktagare vad gäller sexuellt beteende. Skolsköterskor, UM (Ungdoms-

mottagning), mottagningar för sexuellt överförbara infektioner (STI-mottagningar) eller liknande, Smittskyddsenheter, m.fl. är viktiga aktörer i detta förebyggande arbete och de har möjlighet att dela ut kondomer till skolelever i samband med till exempel hälsosamtalet, men också informera och diskutera frågan med dem. I alla fyra länen i regionen har man genomfört en utbildningssatsning för skolpersonal i samtal om sexuell hälsa och ökad kondomanvändning. Utbildningen genomfördes av kunskapsnätverket HIV/STI Norr. Kunskapsnätverket driver sidan www.gratiskondomer.nu via den genomförs olika kampanjer i syfte med att öka antalet besökare på sidan samt fler kondombeställningar och öka kondomanvändning. HPV-vaccin är numera inkluderad i vaccinationsprogrammet.

Solvanor- överexponering för UV-strålar från sol och solarier

Idag finns inte några utformade riktlinjer för preventivt arbete i regionen avseende frågor om överexponering för UV- strålning från solen och solarier samt prevention av hudcancer och framförallt prevention av malignt hudmelanom. I öppna jämförelser 2014 – cancersjukvården, från socialstyrelsen var de fyra norra landstingen bland de som hade de tjockaste melanomen i Sverige (c:a 50% av fallen) vilket är starkt relaterat till sämre prognos. Det pekar också på behovet av preventiva insatser och tidig upptäckt av melanom.

En nationell handlingsplan för minskad exponering för UV-strålning är under utveckling och antas var klar under året. I takt med att förekomst av malignt melanom ökar mest i Sverige behöver man fokusera på detta område. Då överexponering för UV-strålar och särskilt i tidig ålder som barn kan leda till hudskada och senare utveckling av melanom behöver våra insatser riktas till föräldrarna. Rikshandboken innehåller en del information men är den informationen är inte tillräcklig. Ett projekt från RCC Väst – *Sunda solvanor* – med konkret information om hur man ska skydda barn har fått bra genomslag både bland föräldrarna men också varit väldigt uppskattad av BVC-sköterskor. Sådana insatser behöver testas också i vår region. Inga specifika satsningar för att öka medvetenhet om risker med överexponering för solen och i solarier pågår i regionen och ett aktivt arbete med dessa frågor behöver startas. Medvetenheten om att solande för att bli brun är ett riskbeteende behöver ökas i regionen. Följaktligen behöver man också tala om skadliga effekter av solarier och arbeta för att 18-års gräns införs. Vidare behöver man också arbeta för att skapa s.k. solsäkra miljöer inom skolan för att barnen inte ska överexponeras i solen. Information om att cirka 20 minuters vistelse i solen för en ljushyad person gott räcker för att bilda D-vitamin måste spridas ut till allmänheten. Ytterligare behöver vi arbeta med utformning av frågor som mäter befolkningens solvanor och medvetenhet och hitta strategier för att öka medvetenhet om risker med överexponering för UV-strålning. Flera aktörer i samhället behöver involveras för att åstadkomma en minskning av överexponering för UV-strålning och därmed minska risken för insjuknande i den aggressiva hudcancer malignt melanom.

KORTSIKTIGA MÅL OCH MÅLNIVÅER

Nedanstående målområden lyfts fram eftersom alla är relaterade till cancer och är identifierade som prioriterade områden att jobba med i regionen. Målen är kortpresenterade här men redovisas mer i detalj i Tabellen 7 nedan.

Tobak/Rökning

Rökning är en stark riskfaktor för cancer och därför prioriterad. Målen med prevention av rökning samt rökavvänjning är flera och det finns goda förutsättningar att uppnå dessa. I regionen har man bedrivit preventivt arbete inom detta område länge och med goda resultat. För att nå ännu fler och mest riskutsatta grupper görs nya satsningar mot särskilda grupper så som kvinnor med kort utbildning och personer inom specialistkliniker så som psykiatrin. Den befintliga och väl utarbetade strukturen finns för detta sedan tidigare så blir det möjligt att följa upp det och utvärdera.

Fysisk aktivitet - målen

Förskrivning och registrering av FaR har pågått sedan några år tillbaka i regionen. Det finns utvecklad struktur för förskrivning och på många håll är registrering inkluderat i landstingens journalsystem vilket gör det möjligt att följa upp. Kritiken har handlat om att man inte riktigt följt upp dessa personer som fått FaR och inte erbjudit stöd till de personer som behövt det för att fortsätta vara fysiskt aktiva efter FaR-perioden. Det motiverar till att fortsätta jobba med samma målsättning, men även att följa upp och identifiera strategier för hur man kan motivera människor att fortsätta vara fysiskt aktiva och må så bra som möjligt längs hela vägen, så väl från diagnos som under sjukdomsbehandling och rehabilitering. Arbete med att hitta strategier för att stimulera och öka vardags motion bland befolkningen är viktigt för att minska stillasittande och förbättra hälsa.

Alkohol- målen

Frågor om alkohol tas ofta inte upp och anses svårare att diskutera av vårdpersonalen. Första målet är att starta en nätverksgrupp inom regionen som ska arbeta specifikt med dessa frågor. Det är relevant att en sådan grupp finns för att kunna aktivt arbeta tillsammans i regionen mot att uppfylla målen.

Sexuell hälsa-målen

Då läget visar på låg nivå av kondom användning i befolkningen pekar det på behov att arbeta för beteendeförändring genom att bl.a. öka medvetenheten om sambandet mellan låg kondom användning och risken för HPV-infektioner och därmed förbygga cervixcancer. Ytterligare är det viktigt att jobba med att öka antal HPV-vaccinerade. En aktiv nätverksgrupp finns i regionen och en fungerande struktur som möjliggör uppföljning av sexuellt beteendet i befolkningen.

Solvanor-målen

Medvetenhet om solvanor bör kartläggas i regionen. Forskning har visat att medvetenhet om risken att bränna sig som barn är ganska låg bland befolkningen i Sverige varför fortsatt arbete för att öka medvetenhet om detta. Ett sätt att göra det på är att genom samarbete med BVC och testa redan utvecklat material från regionen Väst (RCC väst) om Sunda solvanor. Ökad medvetenhet bland vårdpersonalen om att solande med syfte att bli brun är ett risk-

beteende, är också viktigt att arbeta med långsiktigt. Vidare bör arbete med medvetenhet om skadliga effekter av överexponering för solens och solariestrålar bland befolkningen prioriteras. För att ha en möjlighet uppnå målen avseende kartläggning och preventivt arbete i hela regionen behövs en nätverksgrupp som ska aktivt arbeta med dessa frågor.

Minst fem frukter el 500 gr grönsaker dagligen- målen

Evidensen visar på ett samband mellan matvanor och cancer och likaså mellan matvanor och övervikt som i sig är också en riskfaktor för utveckling av cancer. Mat som visats ha god effekt avseende minskad risk för utveckling av hjärt-och kärlsjukdomar har också en god effekt när det gäller förebyggande av cancerutveckling. Det är av stor betydelse att personalen som jobbar med prevention och cancer inkluderar också frågan om matvanor i detta arbete. För närvarande saknas också en nätverksgrupp i regionen som kan aktivt arbeta med detta. Här riktas framförallt arbetet på kampanjer i samarbetet med folktandvården liksom i de hälsoundersökningar/hälsosamtal som genomförs i regionen.

Tabell 7. Sammanfattning av målnivåer för *Cancerprevention i Norra regionen*

Mål nr	Område	Målnivåer	Nuläge	Tidpunkt för måluppfyllelse	Uppföljning
D 1	Rökning /Tobak	Öka andelen elever som tackar ja till erbjudandet att delta i Tobaksfri Duo (TD) från början (mått: hur hög andel som gått in i TD per län och år i norra regionen).	Folkhälsocentrum, tandvårdsklinikerna och andra involverade aktörer arbetar på ett strukturerat sätt med detta enligt metoden TD (checklistor m.m.).	2017	årligen
		Öka andelen diplomerade tobaksavvänjare i respektive län i norra regionen mellan år 2015 och 2017. Att det finns minst en diplomerad tobaksavvänjare på varje hälso- vårdcentral i respektive län i regionen.	Folkhälsocentrum och andra involverade aktörer arbetar på ett strukturerat sätt med detta, bl.a. genom att erbjuda utbildningar i regionen.	2017	årligen
D 2	Alkoholvanor	Öka andelen som tillfrågas om sina alkoholvanor inom vården.	Se till att utvecklingen går att följa.	2017	årligen via journal-system
D 3	Fysisk aktivitet	Ökad fysisk aktivitet genom att fler kliniker arbetar aktivt med att samtala om fysisk aktivitet och förskriva FaR.	Primärvården arbetar strukturerat med detta och inom specialistsjukvården och psykiatrin pågår implementering. 14 368 FaR i regionen 2014 jämfört med 14 431 år 2012	2017	årligen genom journaluppföljning
		Minska antalet stillasittare i regionen genom ökad kunskap bland befolkningen.	Andel stillasittande i regionen oförändrat som föregående mätning 2010	2018	Hälsa på lika villkor (mäts vart 4:e år) enkäten
D 4	Sexuell hälsa	Bättre eller lika utfall som nationella siffror för samtliga punkter under nulägesbeskrivning avseende Säkrare sex-beteende bland unga personer 15-24 år, Kunskapsnätverket hiv/STI norr (fyra norrlandstingen)	Under perioden 2014-2015 i regionen uppger unga 15-24 år att: 20% använde kondom under hela senaste samlaget; totalt antal samlagsparter: 1 st 31%, 2-5 st 39%, 6-10 st 17 %; Alkoholintag vid senaste samlag: Inget 76%, Lite, ej berusad 9%, En del lite påverkad 5%, Ganska mycket-riktigt full 10%; ha haft en STI: Klamydia 6%, Kondylom 1%; c:a 88% vet var man ska testa sig;	Följa årligen. 2018	Ungdomsbarometern, FHM (årlig rapport) samt enkät från folkhälso-myndigheten: UngKAB09, UngKAB15
D 5	Solvanor	Testa informationsmaterial ”Sunda solvanor ” på några BVC inom regionen	Komplement till informationen i Rikshandboken	2017	årligen

LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE

Det är angeläget att arbeta för att öka medvetenhet bland allmänheten om riskfaktorer och cancer.

Fortsatta utbildning av utförare av hälsosamtal inom vården där dessa frågor om levnadsvanor lyfts upp och diskuteras, behövs. De allra flesta som har en ohälsosam levnadsvana vill förändra denna, och många vill ha stöd för att åstadkomma en förändring. Men som det framkommer i de Öppna jämförelser (14) så prioriteras inte dessa frågor i vården idag som de borde. Arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder behöver därför intensifieras för att uppnå bättre hälsa bland befolkningen i vår region. För att kunna nå dit behöver man satsa på ökade möjligheter till personalens kompetensutveckling inom området arbete med levnadsvanor och stöd till sjukdomsförebyggande metoder.

Vidare arbete för ett rökfritt Sverige är angeläget att fortsätta med liksom arbete om sexuell hälsa och vaccination mot HPV. Att fortsätta följa utvecklingen av evidensen för införande av HPV-vaccination av pojkar anses angeläget för att förebygga cancer.

Utveckling av samarbete/nätverk med olika aktörer för att genomföra olika kampanjer och förbättringsarbeten med fokus på t.ex. riskbruk, minska överexponering för solen, minska stillasittande, säkrare sex mm och som riktas till olika grupper i samhället, är väldigt viktigt att prioritera. Det kräver dock lite mera resurser men är nödvändigt om man vill nå flera olika grupper.

SWOT-ANALYS

Tabell 8. SWOT-analys för *Cancerpreventionsplan Region Norr*.

Mål	Styrkor	Svagheter	Möjligheter	Hot
Tobak/ rökning prevention	Tobaksfri duo är vetenskapligt utvärderat Tobaksfri duo ingår i Olin studien i NLL Tobaksfri duo är ett inarbetat begrepp, bra material finns Elever och personal som deltar på aktivitetsdagar och utbildningar är oftast väldigt nöjda Pilot Tobaksfri duo på gymnasiet är påbörjad	Studien börjar bli gammal. Antalet personer som arbetar med Tobaksfri duo behöver bli fler Kompetens inom området data, för hemsida, teknik och sociala medier är för bristfälliga Resurser i form av personer och ekonomi varierar	Spridning nationellt och goda exempel stärker varumärket Många är intresserade och tycker Tobaksfri duo är viktigt Tobaksfrågan har idag medvind inom många områden. Andra landstings och kommuners	Ekonomi och neddragningar Skolorna kanske inte anser sig behöva det, kanske prioriterar annat Landstingen i de fyra norra länens gör olika prioriteringar avseende Tobaksfri duo. Tobaksfri duo borde

Bilaga 2 D Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

	<p>Samarbete med Ungdomshälsan etablerat i VLL</p> <p>Tobacco Endgame beslutat om i region Jämtland Härjedalen</p> <p>Alla har infört En rökfri operation</p> <p>Många är redan Diplomerade som tobaksavvänjare</p> <p>Kampanj för att nå utsatta grupper är påbörjad</p> <p>Hundratusentals studier som stöd för allt tobaksförebyggande arbete</p>	<p>år från år.</p> <p>Delvis saknas bra uppföljnings system vad gäller genomförd tobaksavvänjning och En rökfri operation</p>	<p>utvecklingsarbete sporrar, inspirerar och bidrar till den totala utvecklingen.</p> <p>Samarbete med fler arenor för tobaksfrihet.</p> <p>Kloka ungdomar som förstår konsekvenserna av och tar beslut om tobaksfrihet.</p>	<p>ligga som ett separat utvecklingsarbete med en flerårig budget, vilket det inte gör idag.</p>
Alkoholvanor	<p>Gruppen är nu formad och har haft ett första möte</p>	<p>Enhetlig dokumentation av frågor om alkohol inom hälso- och sjukvården gör uppföljningsarbetet svårt</p>	<p>Samordningsmöjlig heter kring frågor om levnadsvanor utifrån de nationella riktlinjerna.</p>	<p>Frågan upplevs som känslig av vårdpersonal</p>
Fysisk aktivitet – öka antal FaR och dess uppföljningar	<p>Verksam metod – god effekt.</p> <p>Etablerad metod, finns mycket forskning.</p> <p>FYSS2015</p> <p>Bra stöd för metoden på lokal och nationell nivå.</p> <p>Rekommenderas i Riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.</p> <p>Strukturerad metod som är tydlig för personal och patient.</p> <p>Nätverk inom HFS temagrupp Fysisk aktivitet.</p> <p>RCC-preventionsgrupp för fysisk aktivitet</p>	<p>Dokumentationen brister.</p> <p>Rutiner kring förskrivning varierar.</p> <p>Rutiner kring uppföljning varierar.</p> <p>Uppdrag från ledningen saknas i vissa fall (ffa specialistvården)</p> <p>Stöd från ledningen saknas i vissa fall.</p> <p>Rutinerna är inte kända av all personal (svårt att nå all personal i samband med utbildningar och vi får inte tillträde till avdelningsmöten o dyl).</p>	<p>Finns utarbetade rutiner för FaR-arbetet.</p> <p>FaR- utbildning till personal finns.</p> <p>Att det finns tydliga uppdrag och fungerande rutiner som är kända av personalen.</p> <p>Påverka personalen genom seminarium anordnade i samarbete med rehab-gruppen inom RCC.</p> <p>Samarbete med aktivitetsarrangörer och föreningsliv.</p>	<p>Tidsbrist</p> <p>Personalgrupper negativa till metoden.</p> <p>Motion i organiserad form innebär en kostnad som inte alla i samhället har råd med (de som behöver det mest har minst råd med det?). Svårare att nå invandrare jämfört med andra då det i vissa fall krävs särskilda anpassningar (simning för bara kvinnor, gardiner i gymnastiksalen så att andra inte ska kunna kika in osv).</p>
Säkrare sex beteende och öka kunskap om vikten	<p>Bra kondomkunskap hos professionen</p> <p>Kondomer gratis och lättillgängliga via hemsidan www.gratiskondomer.nu</p>	<p>Stora geografiska avstånd</p> <p>Brist på tid och engagemang hos professionen</p> <p>Kondomen</p>	<p>Finns en hemsida som utvecklas och besöks av allt fler, www.gratiskondomer.nu</p> <p>Mycket görs inom</p>	<p>Sårbart pga beroende av statliga medel</p> <p>Tidsbrist och för få resurser</p> <p>Hög arbetsbelastning ute i verksamheterna</p>

Bilaga 2 D Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

<p>att vaccineras mot HPV</p>	<p>Kondomer på olika mott och inom primärvården, skolor m.m.</p> <p>Samarbete med frivilligorganisationer</p> <p>Kondomer delas ut på event vid utbildningar etc</p> <p>Bra kunskapsnivå hos professionen i reflekterande samtal</p> <p>Statliga medel finns och till viss del landstings- och regionala medel</p> <p>Samverkan inom Kunskapsnätverket hiv/STI norr (KNV) samt med andra KNV</p> <p>Material finns och utbildningar ges till ex skolor av landstingen och regionen</p> <p>Gott samarbete med smittskydds-enheter, STI-mottagningar och liknande samt ungdomsmottagningar</p> <p>Medias bevakning</p>	<p>används inte, exempelvis pga attityder och beteende</p> <p>Kondomen är inte tillgänglig när behov uppstår</p> <p>Inte tillräckligt utåtriktat arbete delvis på grund av brist på personresurser</p> <p>Insatserna attraherar inte målgruppen och sker på fel arenor</p> <p>Alkohol i kombination med sexuell aktivitet</p> <p>Otydligheter kring professionens förväntningar på varandra</p> <p>Tar lång tid innan man ser resultat/ effekt av arbetet</p> <p>Statliga medel gäller ett år i taget och information om omfattningen på dem kommer sent, vilket påverkar framförhållning och planering</p> <p>Dålig kondompraktik hos unga (behövs övning) och hos "äldre" p-piller-generationen</p>	<p>området</p> <p>Finns mycket engagemang, deltagande och handlingskraftigt i Kunskapsnätverket Norr.</p> <p>Statliga medel ger möjlighet till utbildning av personal och stöd till ideella organisationer</p> <p>Bygga mer på underifrån-perspektivet, nätverket kan fånga in idéer från målgruppen och andra kunskapsnätverk</p> <p>Nationella och lokala kampanjer</p> <p>Risk och rädsla för oönskade graviditeter (både män och kvinnor) ökar kondom-användningen</p>	<p>på grund av nedskärningar och andra arbetsuppgifter som prioriteras</p> <p>Arbetet blir personbundet</p> <p>Snedfördelning av insatser och stöd; kön/ålder etc</p> <p>Svårigheter att nå ut brett till befolkningen för att nå mätbara effekter på kondomanvändning och sexuell hälsa generellt</p> <p>Svårigheter med implementering av framgångsrika projekt</p> <p>Vanskt att bibehålla professionens engagemang</p> <p>Sexuell hälsa är ett svårt område att arbeta med, det finns många tabun och skiftande åsikter både bland profession och befolkning</p> <p>Personal som arbetar med prevention inom landsting/ regionen "orkar" inte hålla fart i arbetet</p> <p>Komplicerat att hitta rätt metoder och aktiviteter i framtiden för att påverka grundproblemet</p> <p>Medias bevakning kan bidra till negativ syn på preventionsinsatser</p> <p>Personer har ofta fler riskbeteenden t.ex. alkoholproblematik</p> <p>Kondom används inte då det "tas för givet" att kvinnor använder annat preventionsmedel</p> <p>Mer tillåtet att ha flera/</p>
--------------------------------------	--	---	--	--

Bilaga 2 D Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2016-2018

				<p>många/tillfälliga sexpartners (kärleksideologin har minskat)</p> <p>Rädsla för smitta har minskat betydligt. STI som t.ex. klamydia ses inte som ngt allvarligt och kan botas och hiv uppfattas "bara" drabba vissa grupper</p>
<p>Förbättra medvetenhet om solvanor</p>	<p>Medvetenhet har betydelse för utfallet</p> <p>Stöd i forskningen att överexponering för UV-strålar är riskbeteende och att UV-strålning klassas som starkt cancerogent enligt WHO & IARC.</p> <p>Projektet <i>Sunda solvanor</i> visat bra resultat i regionen Väst.</p> <p>Flera andra länder infört åldersgräns för solarier</p> <p>Det finns möjlighet att utveckla att få stöd från Strålnings säkerhetsmyndigheten som har huvudansvaret för frågan</p> <p>Det finns en årlig enkät om solvanorna i samhället, men dock med litet underlag</p>	<p>Medvetenhet om solvanor i regionen är inte så väl dokumenterat</p> <p>Solvanefrågorna ej inkluderade i HLV-enkäten</p> <p>Rutiner kring rådgivning varierar</p> <p>Ingen laglig åldersgräns för solarier finns</p> <p>Människor upplever många positiva effekter av solen</p> <p>Nätverksgrupp inom regionen saknas</p>	<p>Många deltar i hälsoundersökningar</p> <p>Möjlighet att testa material från <i>Sunda solvanor</i> som varit uppskattade av både föräldrar och personalen som enkel och konkret information och som en påminnelse</p> <p>Möjlighet att identifiera behoven inom olika områden och utveckla frågor som rör medvetenhet om solvanorna</p> <p>Möjlighet att utveckla en preventiv kampanj</p> <p>Möjlighet att bilda en grupp inom regionen</p> <p>Möjlighet att lokalt påverka politikerna avseende frågan om drift av solarier i kommunalt regi samt skapande av solsäkra miljöer</p>	<p>Kroppsidealen (solbränd hud är attraktiv) är starkt</p> <p>Svårt att förändra beteende</p> <p>Stark längtan efter solen</p> <p>Desinformation att man ska sola ofta eller grunda i solarium för att bilda D-vitamin</p> <p>Bättre förutsättningar för resande utomlands för flera</p> <p>Svårt att nå grupper som har lägst medvetenhet</p>

Referenser:

1. Socialstyrelsen. Cancer incidence in Sweden 2013. Stockholm: 2014 Contract No.: 2014-12-10.
2. Cancerfonden. Cancerfondsrapporten. Stockholm: 2015.
3. Socialstyrelsen. Cancer i Sverige -Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning 2011 Contract No.: 2011-3-26
4. RCC Norr . Regional utvecklingsplan för cancervården i norra regionen 2013-2015. Umeå: RCC Norr, 2013.
5. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F, et al. Preventable Exposures Associated With Human Cancers. *Journal of the National Cancer Institute*. 2011 December 21, 2011;103(24):1827-39.
6. Socialstyrelsen. Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar. Stockholm: Socialstyrelsen, 2014 art nr 2014-3-4 Contract No.: 20 April
7. SCB. Undersökningarna av levnadsförhållanden 2012-2013: SCB; 2014 [cited 2015 22 April]. Available from: http://www.scb.se/sv/_Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Levnadsforhallanden/Levnadsforhallanden/Undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ULFSILC/.
8. Statens Folkhälsoinstitut. "Tobak och avvänjning En faktskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning". 2009.
9. Schütze M, Boeing H, Pischon T, Rehm J, Kehoe T, Gmel G, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ*. 2011 2011-04-07 23:59:36;342.
10. Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, Greenfield TK, Rey G, Kerr WC, et al. Alcohol-Attributable Cancer Deaths and Years of Potential Life Lost in the United States. *American Journal of Public Health*. 2013;103(4):641-8. PubMed PMID: 2011960374. Language: English. Entry Date: 20130301. Revision Date: 20131018. Publication Type: journal article.
11. Parkin DM, Boyd L, Walker LC. 16. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *Br J Cancer*. 2011;105(S2):S77-S81.
12. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2011;61(2):69-90.
13. Ott JJ, Ullrich A, Mascarenhas M, Stevens GA. Global cancer incidence and mortality caused by behavior and infection. *Journal of Public Health*. 2011 June 1, 2011;33(2):223-33.
14. Socialstyrelsen. Öppna jämförelse 2014 Folkhälsa. Stockholm: 2014 Artikelnummer 2014-12-3.
15. Gandini S, Autier P, Boniol M. Reviews on sun exposure and artificial light and melanoma. *Progress in Biophysics and Molecular Biology*. 2011;107(3):362-6.
16. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, et al. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *European Journal of Cancer*. 2005;41(1):45-60.
17. IARC. Cancer. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans 1992 [cited 2015 20 April]. Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol79/index.php>.
18. IARC. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: A systematic review. *Int J Cancer*. 2006b 2006;120(5):1116-22.
19. IARC. Exposure to artificial UV radiation and skin cancer Lyon: International Agency for research on Cancer 2006a [cited 2010 20/10]. Available from: <http://www.iarc.fr/en/publications>.

20. Strålsäkerhetsmyndigheten. Undersökning av Userneeds på uppdrag av Strålsäkerhetsmyndigheten. www.Strålsäkerhetsmyndigheten.se; Strålsäkerhetsmyndigheten; 2013. Available from: <http://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/start/Sol-och-solarier/>.
21. Bränström R. Sun habits in Sweden 2007 (Solvanor i Sverige 2007): Swedish Radiation Safety Authority; 2008. Available from: <http://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/Publikationer/Rapport/Stralskydd/2008/200819/>.
22. Hajdarevic S, Lagerlund M, Tishelman C, Rasmussen BH, Runesdotter S. Kända och okända riskfaktorer för cancer bland svenskar (Awareness of risks of cancer among people living in Sweden). *Onkologi i Sverige*. 2013 (5):36-43.
23. Bränström R, Chang YM, Kasparian N, Affleck P, Tibben A, Aspinwall LG, et al. Melanoma risk factors, perceived threat and intentional tanning: an international online survey. *European Journal of Cancer Prevention*. 2010;19(3):216-26.
24. Swedish Radiation Safety Authority. 2011:14 Rapport från SSM:s vetenskapliga råd om ultraviolett strålning 2010. 2011a.
25. Hussain SK, Lenner P, Sundquist J, Hemminki K. Influence of education level on cancer survival in Sweden. *Annals of Oncology*. 2008 January 1, 2008;19(1):156-62.
26. SCB. SCB 2010:4. Förändringar i undersökningarna av levnadsförhållandena 2006–2008. En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna 2010. Available from: http://www.scb.se/statistik/publikationer/LE0101_2008A01_BR_BE96BR1004.pdf.
27. Cavalli-Björkman N, Lambe M, Eaker S, Sandin F, Glimelius B. Differences according to educational level in the management and survival of colorectal cancer in Sweden. *European Journal of Cancer*. 2011;47(9):1398-406.
28. Berglund A, Holmberg L, Tishelman C, Wagenius G, Eaker S, Lambe M. Social inequalities in non-small cell lung cancer management and survival: a population-based study in central Sweden. *Thorax*. 2010 April 1, 2010;65(4):327-33.
29. Berglund A, Garmo H, Robinson D, Tishelman C, Holmberg L, Bratt O, et al. Differences according to socioeconomic status in the management and mortality in men with high risk prostate cancer. *European Journal of Cancer*. 2012;48(1):75-84.
30. Shkolnikov VM, Andreev EM, Jdanov DA, Jasilionis D, Kravdal Ø, Vågerö D, et al. Increasing absolute mortality disparities by education in Finland, Norway and Sweden, 1971–2000. *Journal of epidemiology and community health*. 2012 April 1, 2012;66(4):372-8.
31. Folkhälsomyndigheten. Regional HLV-data- Norra regionen. 2014.