



# EU:s cancerplan – Sveriges måluppfyllelse

Rapport från Granskningskommittén för EU:s cancerplan  
i Sverige, på uppdrag av Cancerfonden.



April 2025

# Innehållsförteckning

## **Inledning . . . . . 4**

EU:s cancerplan . . . . .	4
Om Granskningskommittén för EU:s cancerplan i Sverige . . . . .	4
Granskningskommittén för EU:s cancerplan i Sverige . . . . .	4

## **Sammanfattning . . . . . 5**

Prevention – flera områden kräver krafttag . . . . .	5
Tidig upptäckt – fler screeningprogram har tillgängliggjorts men variationer i deltagande består . . . . .	5
Diagnos och behandling – framgångar men behov av ett samlat nationellt arbete . . . . .	5
Livskvalitet – Stöd för cancerpatienter och deras närstående . . . . .	5

## **Prevention . . . . . 7**

### **Sakfråga: HPV . . . . . 7**

1.1. Svenska nationella rekommendationer för HPV-vaccination . . . . .	7
1.2. Andel vaccinerade mot HPV inom barnvaccinationsprogrammet . . . . .	8
1.3. Catch-up vaccination . . . . .	9

### **Sakfråga: Hepatit B . . . . . 10**

2.1. Åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter till följd för att minska nya fall av Hepatit B år 2021-2024 . . . . .	10
2.2. Svenska nationella rekommendationer för Hepatit B-vaccination . . . . .	10
2.3. Regioner som erbjuder kostnadsfria vaccinationer mot Hepatit B till vuxna i riskgrupper . . . . .	11
2.4. Andel vaccinerade mot hepatit B i regionala barnvaccinationsprogram . . . . .	12
2.5. Nya rapporterade fall av Hepatit B år 2021-2024 . . . . .	13

### **Sakfråga: Tobak . . . . . 14**

3.1. Åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter mellan 2021-2024 för att uppnå en tobaksfri generation . . . . .	14
3.2. Fullständig implementering av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll i Sverige . . . . .	15
3.3. Svensk lagstiftning och riktlinjer om rökfria miljöer i förhållande till EU-rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer . . . . .	15
3.4. Andel av Sveriges befolkning som använder tobak & förändring i andel av tobaksanvändare 2010-2024 . . . . .	16

### **Sakfråga: Alkohol . . . . . 19**

4.1. Åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter mellan 2021-2024 för att minska (den skadliga) alkoholkonsumtionen i befolkningen . . . . .	19
4.2. Riskkonsumtion av alkohol i Sverige 2010-2024 . . . . .	20



<b>Sakfråga: Hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och prevention av övervikt och obesitas</b> .....	<b>23</b>
5.1. Andel i befolkningen med övervikt eller obesitas .....	23
5.2. Svenskt deltagande i EU:s skolprogram för frukt, grönt och mjölk .....	25
5.3. Svenska befolkningens kost i förhållande till Livsmedelsverket svenska kostråd .....	26
5.4. Fysisk aktivitet .....	27
5.5. En svensk handlingsplan för att främja hälsa och förebygga barnobesitas .....	28
<b>Sakfråga: Luftkvalitet</b> .....	<b>29</b>
6.1. Luftkvalitet och cancer .....	29
6.2. Svensk luftkvalitet i förhållande till EU:s luftkvalitetsnormer .....	30
6.4. Svensk luftkvalitet i förhållande till WHO:s luftkvalitetsriktlinjer .....	30
6.5. Införlivande av EU-lagstiftning och implementering av WHO:s riktlinjer i Sverige .....	30
<b>Tidig upptäckt</b> .....	<b>31</b>
<b>Sakfråga: Screening</b> .....	<b>31</b>
7.1. Deltagande i screeningprogram för bröstcancer .....	31
7.2. Deltagande i screeningprogram för livmoderhalscancer .....	33
7.3. Deltagande i screeningprogram för tjock- och ändtarmscancer .....	34
7.4. Tillgång till screeningprogram för tjock- och ändtarmscancer .....	36
7.5. Täckningsgrad mammografiregister .....	36
<b>Diagnos och behandling</b> .....	<b>37</b>
8. Riktvärden för läkare i primärvården .....	37
9. Tillgång till nationell högspecialiserad vård .....	37
10. Antal cancerpatienter nationellt diagnosticerade genom genomsekvensering/precisionsmedicinsk teknik .....	38
11. Juridiska förutsättningar och regionala skillnader avseende delning av bilddiagnostik .....	39
<b>Livskvalitet</b> .....	<b>41</b>
12. EU-direktiv om balans mellan arbete och privatliv för föräldrar och anhörigvårdare ..	41
13. Patientrapporterade mått .....	41
<b>Referenser</b> .....	<b>43</b>
<b>Bilaga 1</b> Svensk lagstiftning och riktlinjer om rökfria miljöer i förhållande till Rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer .....	46
<b>Bilaga 2</b> Undersökning av barn i årskurs 5 och 7 i grundskolan och årskurs på 2 gymnasiets matvanor .....	48
<b>Bilaga 3</b> Gränsvärden PM <sub>2,5</sub> och PM <sub>10</sub> – exempel från svenska mätstationer .....	49
<b>Bilaga 4</b> Balansdirektivet .....	51

Rapport från Granskningskommittén för EU:s cancerplan i Sverige, på uppdrag av Cancerfonden. Mars 2025.

# Inledning

## EU:s cancerplan

I februari 2021 lanserade EU-kommissionen Europe's Beating Cancer Plan (EU:s cancerplan), med målet att minska antalet cancerfall och dödsfall i Europa. Planen är ett gemensamt åtagande mellan medlemsländerna och har en budget på 4 miljarder euro, finansierad via program som EU4Health och Horisont Europa. Parallellt pågår Cancermissionen, som stödjer forskningsprojekt. Planen innehåller konkreta åtgärder inom fyra områden: prevention, tidig upptäckt, diagnos och behandling samt livskvalitet, inklusive tio flaggskeppsinitiativ och ytterligare stödjande insatser.

I Sverige har flera myndigheter ansvar kopplat till implementeringen. I juni 2022 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att samordna det nationella genomförandet. Uppdraget slutredovisas i december 2025.

## Om Granskningskommittén för EU:s cancerplan i Sverige

I juni 2023 tillsatte Cancerfonden en oberoende expertkommitté med uppdrag att kartlägga, följa och granska genomförandet av EU:s cancerplan i Sverige. Kommittén tittar bland annat på vilka åtgärder som faktiskt genomförs i Sverige och hur Sverige tar vara på de finansieringsmöjligheter som EU:s cancerplan erbjuder. Granskningskommittén ska även lämna förslag på åtgärder på EU-, nationell eller regional nivå som kan bidra till ett snabbare genomförande av planen i Sverige.

## Granskningskommitténs tidigare arbete

Kommittén har under 2023 och 2024 träffat aktörer involverade i EU:s cancerplan för att diskutera pågående och kommande arbete. Dialog har förts med myndigheter, forskare, vårdpersonal och civilsamhällsorganisationer för att få en samlad bild av hur planen hanteras i Sverige. Kommittén har även haft återkommande kontakt med Socialstyrelsen i deras regeringsuppdrag att samordna det nationella genomförandet och lämnat synpunkter på färdplanens målbild och behovet av tydligare kommunikation.

I ett tidigt skede genomförde kommittén en kartläggning av förutsättningarna för att genomföra EU:s cancerplan i Sverige. Den visade på låg kännedom om planen, otydliga uppdrag, bristande myndighets-samverkan och otillräckligt stöd för att söka EU-medel. Kommittén betonade även vikten av svenskt deltagande i det europeiska samarbetet och att planens målsättningar bör speglas tydligare i nationella styrdokument, såsom cancerstrategin och de årliga

överenskommelserna mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner. Kartläggningen låg till grund för en skrivelse till regeringen med förslag på förbättrad styrning och samordning.

Under 2025 har kommittén även lämnat in ett remiss-svar på den nya nationella cancerstrategin Bättre tillsammans. I remissvaret analyserades hur väl strategin överensstämmer med EU:s målsättningar, och flera områden lyftes där den svenska strategin bör stärkas för att Sverige fullt ut ska kunna leva upp till det gemensamma åtagandet inom EU:s cancerplan.

## Granskningskommittén för EU:s cancerplan i Sveriges rapport

I denna rapport presenterar Granskningskommittén för EU:s cancerplan i Sverige sin bedömning av hur väl Sverige lever upp till planens målsättningar. Rapporten bygger på en genomgång av ett urval flaggskeppsinitiativ och andra centrala åtgärder. Syftet har varit att identifiera både framsteg och brister i genomförandet samt belysa vad som krävs för att Sverige fullt ut ska nå målen.

Granskningen är dock inte heltäckande. Kommittén har medvetet fokuserat på målsättningar som bedömts mest relevanta i en svensk kontext. Vissa EU-initiativ har ännu inte konkretiserats, vilket försvårat uppföljning. Exempelvis är revideringen av tobaksdirektivet inte klar, och arbetet med ett gemensamt europeiskt hälsodataområde pågår fortfarande. Dessa har därför inte ingått i bedömningen. Urvalet har också styrts av behovet att lyfta områden där Sverige har särskilt goda möjligheter att agera, och där skillnader i genomförande, tillgång eller resultat påverkar invånarnas möjligheter till prevention, tidig upptäckt, jämlik vård och rehabilitering.

Bedömningarna i rapporten bygger på offentlig statistik, myndighetsrapporter, utvärderingar, policydokument, vetenskapliga publikationer och dialog med aktörer inom svensk cancervård och forskning – inklusive myndigheter, forskare och patientorganisationer.

# Sammanfattning av kommitténs bedömningar

## Prevention – flera områden kräver krafttag

Att förebygga cancer är en hörnsten i EU:s cancerplan. Kommittén bedömer att Sverige haft framgångar inom flera områden och har goda förutsättningar – men att viktiga utmaningar kvarstår för att målen ska nås.

HPV- och hepatit B-vaccin, som skyddar mot virus som kan orsaka livmoderhals- respektive levercancer, ges till en hög andel barn i Sverige. Däremot varierar vaccinationen i catch-up-program för unga kvinnor, liksom tillgången för vuxna i riskgrupper. Kommittén anser att dessa program bör regleras och finansieras av staten för att säkerställa jämlik tillgång, och föreslår ett könsneutralt, nationellt mål för HPV-vaccination inom barnprogrammet.

Tobaksrökningen har minskat, men användningen av snus och e-cigarett har ökat – särskilt bland unga kvinnor. Kommittén bedömer att utvecklingen är oroande och att en mer offensiv politik krävs. Hösten 2024 ändrades det folkhälsopolitiska målet från minskat tobaksbruk till minskade skador av tobaks- och nikotinprodukter. Kommittén menar att detta försvagar politiken och strider mot EU:s mål om en tobaksfri generation.

Sverige har lyckats begränsa alkoholkonsumtionen genom en restriktiv politik, men ytterligare insatser behövs. Kunskapen om kopplingen mellan alkohol och cancer är låg, och kommittén betonar behovet av stärkta informationsinsatser och hälsovarningar på alkoholhaltiga drycker.

När det gäller andra livsstilsfaktorer som påverkar cancerrisken – som matvanor, fysisk aktivitet och övervikt – behövs mer kraftfulla och samordnade åtgärder för att stötta invånarna i att göra hälsosamma val. Luftföroreningar, en ofta bortglömd men viktig riskfaktor, påverkar stora grupper, och kommittén efterlyser ett mer offensivt förebyggande arbete även på detta område.

## Tidig upptäckt – fler screeningprogram har tillgängliggjorts men variationer i deltagande består

Tidig upptäckt av cancer räddar liv. Ett av målen i EU:s cancerplan är att 90 procent av målgruppen ska erbjudas screening för bröstcancer, livmoderhalscancer samt tjock- och ändtarmscancer. I dag är programmen för bröst- och livmoderhalscancer fullt implementerade

i alla Sveriges regioner, medan införandet för tjock- och ändtarmscancer fortfarande pågår.

Kommittén påpekar att införandet av nya screeningprogram går långsamt, vilket skapar ojämlikheter i vården. Trots att Socialstyrelsen ger rekommendationer om nationella screeningprogram är dessa inte bindande, vilket bidrar till skillnader. Tarmcancer-screeningen visar att det kan ta upp till tolv år från rekommendation till full implementering i hela landet. Kommittén anser att möjligheten till tidig upptäckt inte ska bero på var i landet man bor, och föreslår att staten ger en nationell myndighet bemyndigande att införa bindande regler och finansiera programmen.

Det är dock inte bara tillgång som avgör effekten av screening – även deltagandet spelar stor roll. Kommittén visar att deltagandet varierar stort mellan regioner, inom regioner och mellan olika grupper i befolkningen.

## Diagnos och behandling – framgångar men behov av ett samlat nationellt arbete

EU:s cancerplan betonar vikten av jämlik tillgång till högkvalitativ diagnostik och behandling. Den lyfter behovet av specialiserade cancercentrum, multidisciplinära team, innovativa behandlingar och utveckling av precisionsmedicin. Ett centralt initiativ är att skapa ett EU-nätverk av nationella cancercentrum för kunskapsutbyte och kvalitetssäkring.

Kommittén konstaterar att de kvantitativa målen i planen är vaga, men att kraftfulla åtgärder krävs för att uppnå visionen om jämlik och högkvalitativ cancervård i Sverige. I dag finns stora regionala skillnader i väntetider för diagnos och behandling. Kommittén betonar behovet av ett samlat nationellt arbete med tydlig färdplan, ansvarsfördelning och systematisk uppföljning.

Primärvården, som ofta är första instans för cancerupptäckt, behöver bättre förutsättningar för tidig upptäckt och vidare utredning. Det innefattar fler fasta läkarkontakter, teambaserade arbetssätt där olika professioners kompetens tas tillvara, samt bättre metoder för tidig upptäckt.

Kommittén lyfter också vikten av att främja jämlik tillgång till precisionsmedicin. Dessutom behöver juridiska och tekniska hinder som fördröjer delning av bildiagnostik mellan regioner åtgärdas. För att

möjliggöra samarbete och snabba upp diagnostiken krävs en gemensam nationell infrastruktur och en tydlig juridisk tolkning av datadelning.

### **Livskvalitet – Stöd för cancerpatienter och deras närstående**

EU:s cancerplan betonar vikten av att förbättra livskvaliteten för personer som har eller har haft cancer samt deras närstående. Ett mål är att implementera EU-direktiv 2019/1158, som ska underlätta för familjer att kombinera vård och arbetsliv. Planen lyfter även betydelsen av patientrapporterade mått för att förbättra vården utifrån patienternas upplevelser och behov.

Kommittén bedömer att Sverige kommit långt i att följa direktivet och att arbetet med patientrapporterade mått

pågår genom Regionala cancercentrum och nationella kvalitetsregister. Arbetet bör fortsätta, och samverkan mellan patienter, närstående och vårdpersonal stärkas. Den uppdaterade nationella cancerstrategin bedöms kunna bidra positivt till detta.

Kommittén framhåller att livskvaliteten bör förbättras utifrån ett helhetsperspektiv som omfattar fysiska, psykiska och sociala aspekter. Det handlar inte enbart om behandling, utan också om hur samhället och myndigheter kan stödja cancerpatienter och deras familjer på lång sikt. Detta kräver fortsatta insatser från hela vårdsystemet och samhället för att säkerställa rätt stöd i alla delar av livet.

# Prevention

## Sakfråga: HPV

### Urval av målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

#### Flaggskeppsinitiativ

- Vaccinera minst 90 procent av flickor mot HPV senast 2030.
- "Signifikant öka" andelen pojkar som vaccineras mot HPV till 2030, jämfört med 2021.

#### Övriga initiativ/insatser

- Lansera EU-rådets rekommendation om cancer som kan förebyggas genom vaccination.

### Kommitténs bedömning

Sverige lever i stort upp till målsättningarna i planen. Men för att ytterligare stärka skyddet mot HPV-infektion och relaterade cancerformer krävs satsningar på "catch-up" vaccination, särskilt för unga män, samt tydligare nationella mål. Kommittén anser att det bör införas ett könsneutralt nationellt mål för barnvaccinationsprogrammet, som innebär att 90 procent av berörda barn vaccineras mot HPV. Fortsatta informationsinsatser och en jämn tillgång till vaccin i hela landet är avgörande för att bibehålla och fortsätta den positiva utvecklingen.

### Underlag för bedömning

Som underlag för sin bedömning har kommittén tittat på statistik över hur stor andel flickor och pojkar inom barnvaccinationsprogrammet som vaccinerats mot HPV mellan 2021 och 2023, catch-up HPV-vaccination av unga vuxna och svenska rekommendationer för HPV-vaccination i förhållande till EU-rådets rekommendation om cancer som kan förebyggas genom vaccination.

### 1.1. Svenska nationella rekommendationer för HPV-vaccination

I Sverige erbjuds pojkar och flickor HPV-vaccinet kostnadsfritt genom elevhälsan när de går i femte klass som en del av det svenska barnvaccinationsprogrammet. Detta har erbjudits flickor sedan 2012 och pojkar sedan 2020, och omfattar alla elever oavsett

var i Sverige barnet bor och om de har personnummer eller ej. Statistik rapporteras till Folkhälsomyndigheten. Sverige har inga formella nationella mål för HPV-vaccination för varken flickor eller pojkar, men det ses som en nationell prioritet, och landet är redan nära att uppnå målet att 90 procent av flickorna ska vara fullvaccinerade senast år 2030.

Däremot finns ett nationellt mål att utrota livmoderhalscancer, vilket antogs av riksdagen 2021 och även dåvarande regering ställde sig bakom.<sup>1</sup> År 2024 meddelade regeringen att den har som mål att eliminera livmoderhalscancer och avsatte specifika medel för att stödja Regionala cancercentrum och Cancerfonden i arbetet med att främja en hög och jämlik vaccinationsgrad mot HPV.<sup>2</sup> En av de största utmaningarna som Sverige står inför för att helt eliminera HPV-orsakade cancerformer är det ojämna deltagandet i livmoderhalscancerscreening och catch-up-vaccinationsinsatser för unga kvinnor. Ett nationellt catch-up-projekt inrättades 2020 med målet att vaccinera 70 procent av kvinnor födda mellan 1994 och 1999. Urvalet baseras på att denna åldersgrupp inte erbjöds HPV-vaccinet genom det skolbaserade vaccinationsprogrammet som infördes 2012.<sup>3</sup>

Det finns även förslag om catch-up-vaccination för pojkar och män. Folkhälsomyndigheten har på uppdrag av regeringen 2024 lagt fram ett kunskapsunderlag samt en hälsoekonomisk analys kring catch-up-vaccination mot HPV för pojkar och unga män som ännu inte vaccinerats. Analysen inkluderade även riktade vaccinationer för män som har sex med män, transpersoner samt personer som lever med hiv. Utredningen konstaterade att det finns ett behov av HPV-vaccination inom dessa grupper och att vaccinationerna bedöms vara kostnadseffektiva i förhållande till de hälsovinster som kan uppnås, särskilt om vaccination sker fram till 26 års ålder. I regel är det regionerna som ansvarar för särskilda vaccinationsinsatser, inklusive beslut och finansiering.<sup>4</sup>

I juni 2024 antog EU-rådet en rekommendation om cancer som kan förebyggas genom vaccination (C/2024/4259). Den svenska regeringen ställde sig bakom denna rekommendation. Rekommendationen framhåller vikten av att säkerställa ett högt förtroende för vaccinationer. Förtroendet för HPV-vaccination i Sverige, åtminstone för barn, anses vara högt, eftersom vårdnadshavare måste ge sitt skriftliga samtycke till barnets vaccination.<sup>5</sup>

## 1.2. Andel vaccinerade mot HPV inom barnvaccinationsprogrammet

Det senaste inrapporterade året i Folkhälsomyndighetens statistik är 2023. Andelen fullt vaccinerade flickor (12 år) i Sverige var då 87 procent, vilket är en ökning med 4 procent från år 2021. Andelen fullt vaccinerade pojkar (12 år) i Sverige var då 82 procent, en ökning med 4 procent från år 2021. I Sverige innebär "fullt vaccinerad" att barnet tagit två doser HPV-vaccination.

Andelen vaccinerade flickor och pojkar var relativt hög redan år 2021, då de största ökningarna syntes i samband med att HPV-vaccinationen inkluderades i barnvaccinationsprogrammet, det vill säga efter 2012 för flickor och 2020 för pojkar. Folkhälsomyndigheten uppger att statistiken för åren före 2021 har inhämtats på ett annat sätt och inte är direkt jämförbar med statistiken från 2021 och framåt.<sup>6</sup>

### Flickor (statistik per år och region)

HPV-vaccination, 2 doser, flickor (12 år)			
	2021	2022	2023
RIKET	83%	88%	87%
Blekinge	83%	89%	89%
Dalarna	77%	86%	85%
Gotland	79%	93%	84%
Gävleborg	87%	89%	88%
Halland	87%	91%	89%
Jämtland	80%	87%	87%
Jönköping	88%	88%	89%
Kalmar	85%	87%	89%
Kronoberg	81%	85%	85%
Norrbottn	80%	85%	84%
Skåne	83%	86%	86%
Stockholm	81%	87%	86%
Södermanland	83%	87%	89%
Uppsala	89%	89%	89%
Värmland	89%	91%	90%
Västerbotten	89%	90%	91%
Västernorrland	82%	88%	91%
Västmanland	84%	89%	87%
Västra Götaland	84%	88%	87%
Örebro	84%	89%	88%
Östergötland	85%	88%	90%

Andelen fullt vaccinerade flickor i Sverige år 2023 var 87 procent, en ökning med 4 procentenheter från år 2021. Fyra av landets 21 regioner har nått EU:s mål om minst 90 procents täckning i målgruppen.

När det gäller förändringstakten mellan 2021 och 2023 har vissa regioner haft snabbare förbättringar än andra. Västernorrland ökade andelen vaccinerade flickor med nästan 10 procentenheter till 91 procent. Regionen hade 2023 tillsammans med Västerbotten, högst andel vaccinerade flickor i hela landet. Lägst andel vaccinerade flickor finns i Norrbotten och på Gotland. Här kan dock noteras att 2023 är den lägsta vaccinationsgraden 84 procent, jämfört med 79 procent år 2021. Skillnaden mellan den högsta och lägsta regionen har även minskat från 12 procent 2021 till 7 procent 2023. Det har alltså skett en positiv utveckling i nästan alla regioner, och jämlikheten i landet har förbättrats.

Statistiken visar att variationen i andelen vaccinerade flickor är större mellan kommuner än mellan regioner. Denna variation har dock minskat markant mellan 2021 och 2023. Redan 2021 fanns det en kommun där samtliga flickor vaccinerats, samtidigt som kommunen med lägst andel enbart hade vaccinerat 10 procent av flickorna. År 2023 hade motsvarande kommun en vaccinationsnivå på 41 procent. Antalet kommuner där mindre än 70 procent av flickorna var vaccinerade har minskat från 27 kommuner år 2021 till endast nio kommuner år 2023. Det går även att se en ökning i antalet kommuner där minst 90 procent av flickorna har fått HPV-vaccin. År 2021 gällde detta 53 kommuner, till 2023 hade det ökat till 93 kommuner.

### Pojkar (statistik per år och region)

HPV-vaccination, 2 doser, pojkar (12 år)			
	2021	2022	2023
RIKET	78%	83%	82%
Blekinge	79%	83%	84%
Dalarna	70%	80%	80%
Gotland	81%	85%	84%
Gävleborg	81%	84%	84%
Halland	80%	86%	86%
Jämtland	76%	85%	85%
Jönköping	82%	85%	84%
Kalmar	80%	82%	84%
Kronoberg	76%	79%	78%
Norrbottn	74%	82%	79%
Skåne	77%	81%	80%
Stockholm	76%	81%	80%
Södermanland	76%	83%	83%
Uppsala	83%	85%	84%
Värmland	84%	85%	86%
Västerbotten	85%	88%	87%
Västernorrland	79%	87%	85%

forts nästa sida



forts från fg sida

HPV-vaccination, 2 doser, pojkar (12 år)			
	2021	2022	2023
Västmanland	78%	83%	84%
Västra Götaland	78%	84%	83%
Örebro	79%	84%	83%
Östergötland	80%	85%	86%

När det gäller pojkar var 82 procent fullt vaccinerade 2023. På nationell nivå är ökningen sedan 2021 lika stor som för flickor, 4 procentenheter. Vissa regioner har haft snabbare förbättringar än andra, till exempel Dalarna och Jämtland, som båda ökade med 10 procentenheter.

Västerbotten hade den högsta andelen vaccinerade pojkar under alla tre åren, medan Kronoberg hade den lägsta andelen både 2023 och 2022. De regionala skillnaderna i andelen vaccinerade pojkar har också minskat, från 15 procent år 2021 till 9 procent år 2023. Det har alltså skett en positiv utveckling i nästan alla regioner, och jämlikheten i landet har förbättrats.

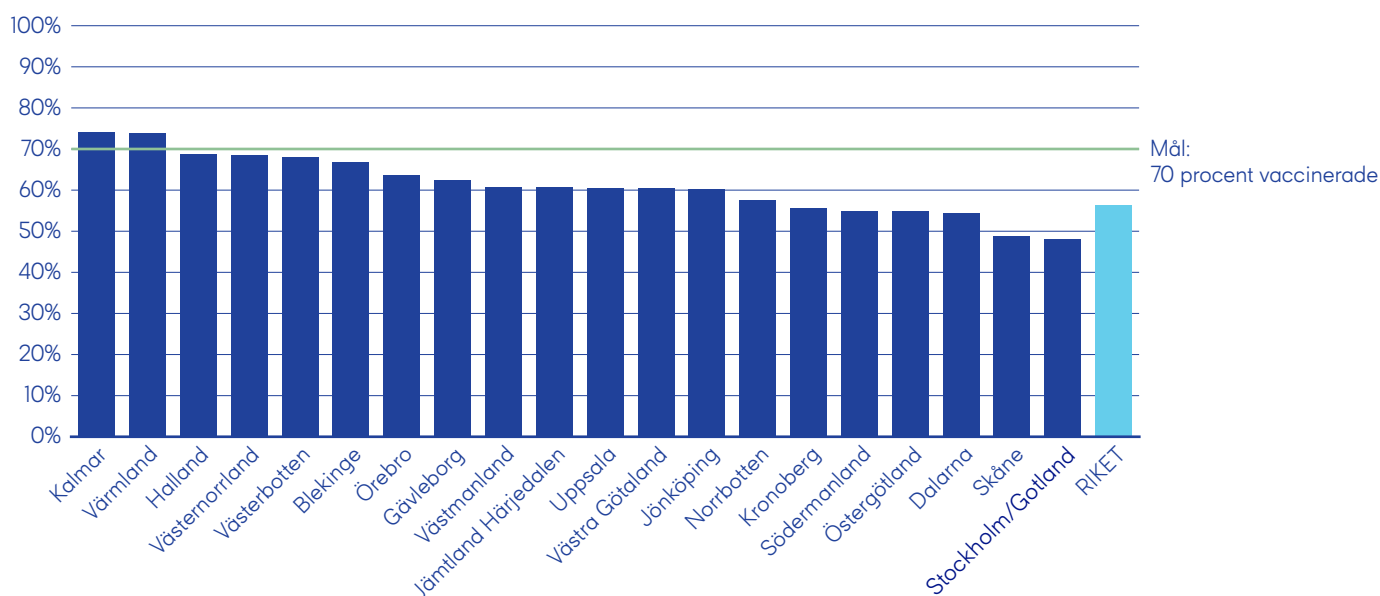
Statistiken visar att variationen i andelen vaccinerade pojkar är större mellan kommuner än mellan regioner. Denna variation har dock minskat markant mellan

2021 och 2023. Det fanns kommuner där samtliga pojkar vaccinerats både 2021 och 2023. Den lägsta andelen vaccinerade pojkar i en kommun har ökat från 4 procent år 2021 till 37 procent år 2023. Det går även att se en ökning i antalet kommuner där minst 90 procent av pojkarna är vaccinerade. Antalet har fördubblats sedan 2021 och var 24 stycken år 2023. Samtidigt har antalet kommuner där mindre än 70 procent av pojkarna är vaccinerade minskat, från 57 kommuner år 2021 till 16 kommuner år 2023.

### 1.3. Catch-up vaccination

Som tidigare nämnt finns det i Sverige ett catch up-program för HPV-vaccination av kvinnor födda mellan 1994 och 1999. Målet inom det så kallade utrotningsprojektet är att 70 procent av gruppen ska vaccinera sig. På nationell nivå har 53 procent av kvinnorna i målgruppen vaccinerat sig, men det råder stora skillnader både mellan och inom regionerna. Två regioner, Kalmar och Värmland, har redan nått målet, och ytterligare några regioner förväntas nå dit under våren 2025. I storstadsregionerna, som Stockholm och Skåne, har endast cirka 45 procent vaccinerat sig, vilket innebär att dessa regioner har en bit kvar till målet. Det har också visat sig att vissa grupper, som personer boende i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden, tenderar att vaccinera sig i lägre utsträckning.<sup>7</sup>

Andel kvinnor födda 1994-1999 som mottagit catch up-vaccination.  
Data från 6 april 2025.



Källa: <https://cancercentrum.se/utrotalivmoderhalscancer>

## Sakfråga: Hepatit B

### Urval av målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

- Lansera EU-rådets rekommendation om cancer som kan förebyggas genom vaccination, vilket innefattar stöd för WHO:s målsättning att 95 procent av barn ska vaccineras mot hepatit B, samt att öka tillgången till vaccination för vuxna i riskgrupper.

### Kommitténs bedömning

Sverige lever upp till målsättningen i planen om att vaccinera 95 procent av barn. När det gäller vaccination av vuxna riskgrupper, till exempel personer som injicerar narkotika, finns skillnader mellan regionerna både i vilka som erbjuds vaccination och hur många som vaccineras. Kommittén anser att sådana skillnader inte är acceptabla. Kommittén anser därför att vaccinationsprogram ska regleras och finansieras av staten.

### Underlag för bedömning

Som underlag för sin bedömning har kommittén för tidsperioden 2021 – 2024 tittat på statistik för andelen vaccinerade mot hepatit B inom regionala barnvaccinationsprogram och nya rapporterade fall av hepatit B. Vidare har kommittén undersökt antalet regioner som erbjuder kostnadsfria vaccinationer mot hepatit B till vuxna i riskgrupper, åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter för att minska nya fall av hepatit B samt svenska rekommendationer för hepatit B-vaccination i förhållandet till EU-rådets rekommendation om cancer som kan förebyggas genom vaccination.

### 2.1. Åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter för att minska nya fall av hepatit B år 2021-2024

En hepatit B-infektion kan bli kronisk och utvecklas till leversjukdom, cirros och levercancer. För 2021 rapporterade de 30 EU- och EES-länderna 16 187 nydiagnostiserade hepatit B-infektioner, varav en stor andel, 43 procent, klassificerades som kroniska. Trots en stadig minskning av den totala förekomsten av hepatit B över tid tack vare effektiva vaccinationsprogram och andra förebyggande strategier så uppskattas det att omkring 3,6 miljoner människor i EU- och EES-länderna lever med en kronisk hepatit B-infektion.<sup>8</sup>

År 2016 fastställde Världshälsoorganisationen (WHO) målet att eliminera hepatit B- och C-virusinfektioner som allvarliga hot mot folkhälsan till år 2030. Målet innebär en 90-procentig minskning av nya infektioner (incidens) och en 65-procentig minskning av hepatit B- och C-relaterade dödsfall jämfört med nivån 2015.<sup>9</sup>

Enligt Folkhälsomyndighetens statusrapport från sommaren 2024 har antalet rapporterade fall av hepatit B och C minskat de senaste åren. Fortsatt arbete är dock nödvändigt för att nå WHO:s elimineringsmål, då det fortfarande finns personer med odiagnostiserad hepatit B och C som behöver identifieras. Kronisk hepatit B förekommer främst bland personer som smittats i barndomen i högendemiska länder och senare flyttat till Sverige, och de nationella fallen har minskat markant mellan 2015 och 2023.<sup>10</sup>

I Sverige har regionerna via Nationellt system för kunskapsstyrning och det nationella programområdet (NPO) för infektionssjukdomar identifierat hepatit som ett prioriterat område. En nationell arbetsgrupp (NAG) för hepatit har arbetat fram en nationell plan för eliminering av hepatit C, som publicerades 2022. En liknande plan för hepatit B utannonserades, men har ännu inte lanserats. Därav har Sveriges regering och berörda myndigheter inte heller genomfört specifika nationella åtgärder för att fortsatt minska antalet nya hepatit B-fall.<sup>11</sup>

### 2.2. Svenska nationella rekommendationer för hepatit B-vaccination

Folkhälsomyndighetens senaste rekommendationer avseende vaccination mot hepatit B publicerades 2019.<sup>12</sup> Grupper som omfattas av rekommendationerna är:

- spädbarn
- personer som injicerar droger
- män som har sex med män
- personer med kronisk hepatit C
- personer som lever med hiv
- personer med njursvikt och/eller i aktiv uremivård
- sexualpartner till person med hepatit B
- familjemedlemmar till person med hepatit B
- barn upp till 18 år med ursprung från medel- eller högendemiska länder
- föräldrar och syskon till adoptivbarn från medel- eller högendemiska länder
- barn och personal i barnomsorg där det finns barn med hepatit B
- vårdtagare inom omsorgs verksamhet som kommer i kontakt med personer med hepatit B

- Yrken vilka kan innebära en ökad risk att utsättas för hepatit B-smitta i arbetet omfattas av arbetsgivarens ansvar att bedöma smittriskerna på arbetsplatsen och att vid behov erbjuda och bekosta vaccination enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2018:4) om smittrisker.

År 2016 lämnade Folkhälsomyndigheten ett underlag till regeringen med rekommendation om att inkludera hepatit B i det allmänna vaccinationsprogrammet. Regeringen prövade förslaget men valde 2017 att inte gå vidare med ett införande. Trots detta stod Folkhälsomyndigheten fast vid sin rekommendation, och från samma år har samtliga regioner infört kostnadsfri vaccination mot hepatit B för barn vid ett års ålder.<sup>13, 14</sup>

Som nämnt i avsnittet om HPV antog EU-rådet i juni 2024 en rekommendation om cancer som kan förebyggas genom vaccination. Den svenska regeringen ställde sig bakom rekommendationen. När det gäller hepatit B innehåller rekommendationen bland annat att medlemsländerna ska stärka sina nationella insatser för att nå målet till 2030 – att eliminera virushepatit, inklusive hepatit B, som ett hot mot folkhälsan i WHO:s europeiska region. Detta omfattar även att intensifiera arbetet för att uppnå WHO:s mål för 2030, där en av delmålsättningarna är att minst 95 procent av barn ska ha fått tre doser av hepatit B-vaccinet.<sup>15</sup>

Vidare betonar rekommendationen vikten av att förstärka arbetet med att nå ut till vuxna i särskilda riskgrupper. Det innebär att medlemsländerna bör genomföra riktade insatser för att öka tillgången till hepatit B-vaccination för grupper med ökad sårbarhet. Det kan omfatta personer som injicerar narkotika, personer i fängelse, individer som lever i hemlöshet, personer med sexuellt högriskbeteende (till exempel personer i prostitution), män som har sex med män, transpersoner samt migranter, asylsökande och flyktingar från länder där hepatit B är vanligt förekommande (endemiskt). Även hälso- och sjukvårdspersonal ingår i målgrupperna.

Rekommendationer uppger att särskild uppmärksamhet ska ägnas åt personer som injicerar narkotika, så som insatser för att tillhandahålla vaccinationstjänster med låga trösklar, och se till att hepatit B-vaccinering rutinmässigt utförs i samband med missbrukarvård, fängelsevistelse och skadebegränsande tjänster, på frivillig basis, i en stigmabefriad miljö, utan kostnader för den person som vaccineras, och med möjlighet att få tillgång till ett snabbare doseringsschema.

### 2.3. Regioner som erbjuder kostnadsfria vaccinationer mot hepatit B till vuxna i riskgrupper

Alla 21 regioner har tillfrågats om de erbjuder kostnadsfri hepatit B-vaccination till vuxna i riskgrupper.

Fyra regioner; Kronoberg, Västmanland, Örebro och Östergötland, har inte återkommit med svar.

Av de 17 regioner som svarat erbjuder 16 stycken kostnadsfria vaccinationer till vissa vuxna i riskgrupper. Region Blekinge erbjuder enligt uppgift inte kostnadsfri vaccination mot hepatit B till vuxna i riskgrupper.<sup>16</sup>

Region	Vuxna riskgrupper som erbjuds kostnadsfri vaccination mot hepatit B
Dalarna	Regionanställda som i sitt arbete riskerar att utsättas för blodsmitta ska efter riskbedömning erbjudas vaccination mot hepatit B.
Gotland	Person som injicerar narkotika intravenöst
Gävleborg	Personer som bedömts av läkare att vara berättigade till vaccination vid lågtröskelmottagning Södertull och beroendemottagningar i Region Gävleborg
Halland	- Personer som injicerar droger - Män som har sex med män - Sexualpartner till person med hepatit B - Familjemedlemmar till person med hepatit B
Jämtland Härjedalen	Hälso- och sjukvårdspersonal- samt elever och studerande inom vårdutbildning inom Region Jämtland Härjedalen
Jönköping	Enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer från 2019
Kalmar	Enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer från 2019 samt personer inskrivna i LARO-verksamheten.
Norrboten	Enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer från 2019
Skåne	- Patienter med Hepatit C eller HIV - Personer som injicerar droger - Anhöriga till personer med Hepatit B - Män som har sex med män
Stockholm	- Personer som injicerar droger - Män som har sex med män - Sexualpartner till person med hepatit B - Familjemedlemmar till person med hepatit B - Personal som vistas i samma grupp inom barnomsorgsverksamheten som småbarn (<6 år) med hepatit B
Sörmland	- Patienter med ordentligt nedsatt immunförsvar pga sjukdom eller behandlingar - Personer med intravenöst drogbruk - Patienter med kronisk hepatit B eller C
Uppsala	Enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer från 2019.
Värmland	Enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer från 2019.

forts nästa sida

forts från fg sida

Region	Grupper vilka erbjuds kostnadsfri vaccination
Västerbotten	- Personer som injicerar droger - Personer med hepatit C + andra leversjukdomar och inför levertransplantation - Personer med HIV - Anhöriga till personer med hepatit B - Sjukhuspersonal som arbetar patientnära
Västernorrland	- Män som har sex med män - Personer som injicerar droger
Västra Götaland	- Intravenösa narkotikamisbrukare - Män som har sex med män - Sexualpartner till påvisade kroniska smittbärare av hepatit B-virus samt hushållskontakter med HBsAg-positiva personer - Nyfödda barn till mödrar som har hepatit B-virusinfektion - Dialys- och transplantationspatienter - Patienter med blödersjuka.

Tabellen visar variationer mellan regionerna i vilka grupper som erbjuds kostnadsfri hepatit B-vaccination. Endast fem regioner; Jönköping, Kalmar, Norrbotten, Uppsala, och Värmland anger att de följer Folkhälsomyndighetens rekommendationer från 2019 i sin helhet. Den mest konsekvent nämnda riskgruppen i regionernas redovisningar är personer som injicerar droger. Denna grupp erbjuds kostnadsfri hepatit B-vaccination i 15 regioner. Män som har sex med män (MSM) nämns som den näst mest förekommande gruppen, i 10 regioner.

Kommittén anser att det är allvarligt att de flesta regioner inte fullt ut följer Folkhälsomyndighetens rekommendationer när det gäller vaccination av riskgrupper. Det är inte heller rimligt att det varierar mellan regionerna vilka riskgrupper som erbjuds vaccin. Resultaten av det blir att risken att drabbas av allvarliga cancerformer beror på i vilket län du är bosatt. Kommittén anser mot den bakgrunden att staten behöver ta ett fullt ansvar för att vaccinationer erbjuds på ett enhetligt sätt i hela landet. Det kan ske genom att en nationell myndighet i lag ges bemyndiganden att ange vilka riskgrupper som ska erbjudas vaccin. Inom ramen för bemyndigandet skulle också myndigheten ha ett nationellt ansvar för att rekommenderade vacciner finns att tillgå och att kommunikationen med befolkningen sker på ett enhetligt sätt. En sådan förändring skulle sannolikt också kräva att staten finansierar vaccinationer som ges enligt de nationella rekommendationerna. Längre fram i rapporten för kommittén ett liknande resonemang kring screening.

## 2.4 Andel vaccinerade mot hepatit B i regionala barnvaccinationsprogram

Med en vaccinationsnivå på 94 procent ligger Sverige mycket nära att nå WHO:s mål om att 95 procent av barn ska ha fått tre doser av hepatit B-vaccinet - flera år före 2030. Faktum är att alla regioner, med undantag för Stockholm och Västra Götaland, redan uppfyller målet.

Vaccinationsnivån har varit stabil under perioden 2021-2023. Liksom vid HPV-vaccination sågs de största ökningarna i samband med att kostnadsfri vaccination infördes, det vill säga runt 2016. Det saknas dock fullständig statistik över hur många barn som vaccinerats mot hepatit B. Det finns dock separata uppgifter från utredningar, pressmeddelanden och medialrapportering som tyder på en kraftig ökning sedan åtminstone 2011.<sup>17, 18</sup> Då var andelen barn som vaccinerats för hepatit B 38 procent. På regional nivå finns följande siffror inrapporterade för 2011:

- Norrbotten 14 procent (när kostnadsfri vaccination infördes året efter ökade andelen till 70 procent)
- Gotland 14 procent (när kostnadsfri vaccination infördes året efter ökade andelen till 20 procent)
- Dalarna 21 procent (samma år infördes kostnadsfri vaccination vilket gjorde att andelen vaccinerade barn ökade till 43 procent på ett halvår)
- Stockholm 43 procent (första året som kostnadsfri vaccination erbjöds)
- Jönköping 89 procent (ej kostnadsfritt under denna period)
- Örebro 91 procent (ej kostnadsfritt under denna period)

Statistik från Folkhälsomyndigheten – per region mellan 2021-2023			
Region	2021	2022	2023
RIKET	93%	94%	94%
Blekinge	97%	97%	96%
Dalarna	93%	96%	97%
Gotland	96%	95%	97%
Gävleborg	97%	96%	96%
Halland	91%	91%	96%
Jämtland Härjedalen	88%	96%	95%
Jönköping	95%	96%	97%
Kalmar	97%	97%	97%
Kronoberg	95%	95%	95%
Norrbotten	95%	94%	95%
Skåne	92%	94%	96%
Stockholm	91%	91%	92%
Södermanland	96%	96%	96%

forts nästa sida



forts från fg sida

Region	2021	2022	2023
Uppsala	96%	95%	95%
Värmland	97%	95%	95%
Västerbotten	96%	95%	96%
Västernorrland	96%	96%	97%
Västmanland	96%	96%	96%
Västra Götaland	92%	94%	94%
Örebro	94%	95%	95%
Östergötland	95%	95%	97%

Flera regioner i Sverige har under hela perioden haft en mycket hög andel barn som fått hepatit B-vaccinet. I Östergötland, Kalmar och Blekinge län har mellan 96 och 97 procent av barnen vaccinerats varje år. Samtidigt finns det regioner där andelen vaccinerade varit något lägre. I Stockholms län har siffran legat på 91-92 procent under hela perioden, vilket är under det nationella genomsnittet. Halland låg på en liknande nivå under 2021-2022 men visade en ökning från och med 2023.

## 2.5. Nya rapporterade fall av hepatit B år 2021-2024

Region	2021		2022		2023		2024	
	Antal	Per 100 000	Antal	Per 100 000	Antal	Per 100 000	Antal	Per 100 000
RIKET	708	7	812	8	655	6	521	5
Blekinge	17	11	8	5	2	1	2	1
Dalarna	18	6	24	8	7	2	15	5
Gotland	2	3	2	3	3	5	0	0
Gävleborg	13	5	27	9	13	5	7	2
Halland	18	5	26	8	18	5	13	4
Jämtland	7	5	8	6	0	0	1	1
Jönköping	12	3	28	8	17	5	16	4
Kalmar	6	2	16	6	10	4	6	2
Kronoberg	10	5	7	3	11	5	8	4
Norrbottnen	12	5	15	6	19	8	11	4
Skåne	86	6	103	7	80	6	63	4
Stockholm	252	10	251	10	254	10	206	8
Södermanland	30	10	26	9	12	4	14	5
Uppsala	34	9	31	8	25	6	20	5
Värmland	13	5	14	5	18	6	7	2
Västerbotten	12	4	14	5	11	4	17	6
Västernorrland	7	3	11	5	7	3	6	2
Västmanland	10	4	21	7	9	3	8	3
Västra Götaland	111	6	142	8	103	6	76	4
Örebro	20	7	18	6	11	4	13	4
Östergötland	18	4	20	4	25	5	12	3

Mellan 2021-2024 har Sverige upplevt en minskning av de rapporterade fallen av hepatit B. Både i absoluta antal och per 100 000 invånare. På nationell nivå har det totala antalet rapporterade fall i Sverige minskat från 708 fall (6 per 100 000) 2021 till 521 fall (5 per 100 000) 2024. Detta innebär en minskning med cirka

26 procent i absoluta tal, vilket motsvarar en nedgång i incidensen med 2 per 100 000 invånare. När vi jämför detta med 1997, då Sverige rapporterade 1 571 fall (18 per 100 000), ser vi att den nationella incidensen nästan har halverats.

## Sakfråga: Tobak

### Urval av målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

- Uppnå en tobaksfri generation
  - Mindre än 5 procent av befolkningen använder tobak 2040.
  - Relativ minskning av tobakskonsumtionen på 30 procent till 2025 jämfört med 2010.
- Införlivande av EU-lagstiftning och fullständig implementering av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll.
- Uppdatera EU-rådets rekommendation om rökfria miljöer.

### Kommitténs bedömning

Sverige lever inte fullt upp till målsättningen om en tobaksfri generation. I Sverige har rökningen visserligen fortsatt att minska i hela befolkningen men under de senaste åren har en viss ökning bland gymnasieelever konstaterats. När det gäller tobaksanvändningen i övrigt är utvecklingen negativ genom den ökning som ses av snusandet framförallt hos unga kvinnor. Forskning visar att allt tobaksbruk har skadliga effekter och att bruk av en sorts tobak kan leda till bruk även av andra sorter. Kommittén anser att det nya tobakspolitiska målet som regeringen gett uttryck för i budgetpropositionen för 2025 ej är i linje med WHO och EU:s målsättning om en tobaksfri generation. Detta då den nya målsättningen uppges vara att

minska skadeverkningar av tobak och nikotin stället för en minskning av bruket. Kommittén anser också att kunskap om de negativa effekterna av snusning och användning av e-cigarett bör spridas i befolkningen och att regeringen bör överväga att ge lämplig myndighet ett sådant uppdrag.

När det gäller ramkonventionen av tobakskontroll lever Sverige i stort upp till målsättning av fullständig implementering. Kommittén anser dock att det bör finnas regler som säkerställer fullständig transparens av vilka kontakter som sker mellan tobaksindustrin och politiska beslutsfattare.

Sverige lever i stort upp till EU-rådets rekommendation om rökfria miljöer.

### Underlag för bedömning

Som underlag för sin bedömning har kommittén tittat på statistik för tobaksanvändning bland barn och vuxna mellan 2010 och 2024. Vidare har kommittén undersökt åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter mellan 2021 och 2024 för att uppnå en tobaksfri generation samt hur WHO:s ramkonvention om tobakskontroll implementeras och efterlevs i Sverige. Slutligen har en jämförelse mellan svensk lagstiftning och riktlinjer om rökfria miljöer i förhållande till EU-rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer gjorts.

### 3.1. Åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter mellan 2021-2024 för att uppnå en tobaksfri generation

Sveriges arbete med att minska tobaksbruket sker på nationell, regional och lokal nivå och styrs av den samlade ANDTS-strategin. Denna strategi syftar till att minska skador orsakade av alkohol, narkotika, dopning och tobak, samt att skapa ett samhälle fritt från narkotika och dopning. Strategin introducerades i regeringens proposition "En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken" och gällde ursprungligen för perioden 2011-2015.<sup>19</sup>

Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor. De publicerades ursprungligen 2011, reviderades 2018 och uppdaterades 2024, nu med ändrade rekommendationer om snus eftersom nya studier visat att det är mer skadligt än vad man tidigare trott.<sup>20</sup> Däremot saknas fortfarande

rekommendationer om e-cigarett, eftersom det finns begränsad kunskap om deras långsiktiga hälsorisker och effektiva metoder för att hjälpa användare att sluta. Folkhälsomyndigheten rapporterar att rökning bland skolelever minskar, men att snusandet har ökat markant. I befolkningen 16-81 år har andelen daglig-rökare minskat, medan användningen av snus och e-cigarett har ökat kraftigt, särskilt bland unga. Myndigheten rekommenderar därför att regleringen av tobaks- och nikotinprodukter ska likna den för cigaretter för att öka skyddet för barn och unga.<sup>21</sup>

Den första november 2024 höjdes skatten på cigaretter, cigariller, röktoak och övrig tobak med 9 procent och skatten på snus sänktes med 20 procent. Att sänka skatten på en tobaksprodukt är ett trendbrott. I Sverige är tobaks- och nikotinskatteerna idag generellt uppbyggda så att produkter beskattas utifrån farlighet. Produkter som bedöms vara hälsofarliga beskattas och ju större

hälsofaran är, desto högre är skatten. Regeringen hävdade att skatten på tobakssnus bör vara lägre än skatten på cigaretter och röktoak, eftersom cigaretter och röktoak bedöms utgöra en större hälsofara.<sup>22</sup>

I samband med detta aviserades även en ändring av det tobakspolitiska målet. Tidigare har målet varit minskat bruk av tobak, men detta ändras nu till "minskade medicinska och sociala skador orsakade av tobak". Detta innebär en förskjutning från det långsiktiga målet om en tobaksfri generation och står i direkt kontrast till EU:s cancerplan och WHO:s strategi, som tydligt syftar till att minska all tobaksanvändning för att uppnå en hälsosammare befolkning.

### Jämförelse med nordiska länder

År 2016 antog regeringen målet om ett Rökfritt Sverige 2025, där mindre än fem procent av befolkningen röker. Det finns dock inte heltäckande strategi för att uppnå detta. Det finns heller ingen målsättning om en tobaksfri generation likt den i EU:s cancerplan. Vid en jämförelse med våra grannländer har de mer tydligt definierade mål. Danmark strävar efter en rökfri generation redan till 2030, medan Finland och Norge siktar på 2035 respektive 2040. Danmark och Norge har genomfört progressiva åtgärder som inkluderar neutrala förpackningar, förbud mot synlighet av cigaretter i butiker och omfattande kampanjer riktade till unga. Finland är särskilt framstående med sin strategi Tobacco-Free Finland 2030, som inkluderar strikta regler för e-cigaretter och smaksatta produkter, samt ett långsiktigt fokus på rökavvänjning. Island har lägst andel rökare av de fyra länderna men saknar ett specifikt mål för en tobaksfri generation, landet tillämpar dock omfattande restriktioner för försäljning och reklam samt höga skatter.

### 3.2. Fullständig implementering av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll i Sverige

WHO:s ramkonvention om tobakskontroll antogs 2003 och trädde i kraft 2005.<sup>23</sup> Tobaksvaror som omfattas av konventionen är "produkter som helt eller delvis är framställda med tobaksblad som råvara och som är avsedda att rökas, sugas på, tuggas eller snusas". Tobakskontroll definieras som "en rad strategier för att minska tillgången till, efterfrågan på och skadeverkningarna av tobak och som syftar till att förbättra hälsan i en befolkning genom att eliminera eller minska dess konsumtion av tobaksvaror och exponering för tobaksrök".

Konventionens mål är att "skydda nuvarande och framtida generationer från de förödande hälsomässiga, sociala, miljömässiga och ekonomiska konsekvenserna av tobaksbruk och exponering för tobaksrök, genom att tillhandahålla en ram för parternas genomförande av tobakskontrollåtgärder på nationell, regional och internationell nivå i syfte att fortlöpande och kraftigt

minska tobaksbruket och exponeringen för tobaksrök". Sverige undertecknade konventionen 2003 och till följd av detta gjordes förändringar i den svenska tobakslagstiftningen. Konventionen trädde i kraft 2005. De länder som undertecknat konventionen lämnar in årsrapporter där efterlevnad av konventionen redovisas utifrån sju kriterier. Den senaste tillgängliga årsrapporteringen från Sverige är från 2023. Gällande tekniska aspekter som rapporteras i årsrapporteringen är Sveriges efterlevnad god. Sverige tenderar dock att få kritik för att det saknas ett heltäckande förbud mot marknadsföring och lagstiftning som helt förbjuder rökning på allmänna platser samt arbetsplatser.<sup>24</sup>

Artikel 5.3 i konventionen betonar vikten av att skydda folkhälsopolitiken från påverkan av kommersiella och andra intressen inom tobaksindustrin. Detta innebär att politiska beslutsfattare ska minimera kontakten med tobaksindustrins representanter och, om kontakt är nödvändig, säkerställa fullständig transparens kring sådana interaktioner. Dessutom bör tobaksindustrins roll begränsas till strikt reglering utan att de tillåts påverka politiska processer. I Sverige har implementeringen av artikel 5.3 varit bristfällig, och detta område har fått särskild kritik. Enligt en rapport från Tobaksfakta framgår det att Sverige saknar tydliga riktlinjer och mekanismer för att förhindra tobaksindustrins påverkan på folkhälsopolitiken.<sup>25</sup>

### 3.3. Svensk lagstiftning och riktlinjer om rökfria miljöer i förhållande till EU-rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer

I EU:s cancerplan aviserade kommissionen sin avsikt att uppdatera EU-rådets rekommendation om rökfria miljöer. Ett av planens tobaksrelaterade mål är att bidra till att skapa en "tobaksfri generation" där mindre än 5 procent av invånarna använder tobak senast 2040, jämfört med omkring 25 procent i dag. Översynen av EU-rådets rekommendation om rökfria miljöer är ett initiativ som syftar till att på ett positivt sätt bidra till det målet, uppnå syftet att bättre skydda människor i unionen från andrahandsrök som härrör från brännbara tobaksvaror och andrahandsaerosoler som härrör från användning av nya produkter samt främja rökavvänjning och en avnormalisering av rökning och nikotinanvändning. Denna rekommendation har ett bredare tillämpningsområde än rekommendation 2009/C 296/02 och ersätter den. Syftet är att bättre skydda människor i unionen från andrahandsrök och andrahandsaerosoler, bidra till de tobaksrelaterade målen i Europas plan mot cancer samt minska utbredningen och avnormalisera rökning och användning av nya produkter.<sup>26</sup>

EU-rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer antogs i december 2024. Sammanfattningsvis kan det konstateras att till stor del överensstämmer

svensk lagstiftning och riktlinjer om rökfria miljöer i förhållande till EU-rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer. För att svensk lagstiftning fullt ut ska överensstämja med EU-rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer behöver lagen ses över. Och då särskilt avseende rekreationsområden och utomhusmiljö som hör till lokaler för hälso- och sjukvård inte bara vid entréer. Dessutom bör det övervägas att inkludera andra miljöer, till exempel privata bilar där barn, minderåriga eller sårbara personer vistas, i kompletterande insatser för att förhindra användning och beroende av tobak och nikotin, och för att bidra till heltäckande rök- och aerosolfria miljöer. Utifrån socialutskottets utskottssammanträde (2024/25:5) ställer sig regeringen i stort positivt till förslaget och att det fanns stöd för regeringens ståndpunkt.<sup>27</sup> För fullständig jämförelse se bilaga 1.

### 3.4. Andel av Sveriges befolkning som använder tobak & förändring i andel av tobaksanvändare 2010-2024

#### 3.4.1. Vuxna

Sverige har under de senaste åren sett en positiv utveckling när det gäller rökning. Denna utveckling är en positiv indikator för folkhälsan och ett resultat av långsiktiga folkhälsosatsningar och medvetenhet om rökningens skadeverkningar.

Rökning har minskat markant i Sverige mellan 2010 och 2024. Andelen som röker tobak dagligen har halverats, från 13 procent (2010) till 5 procent (2024). Även rökning ibland har minskat kraftigt, från 11 procent till 6 procent. Den totala andelen som röker (dagligen eller ibland) har minskat från 24 procent till 11 procent.

- Minskning i alla grupper: Rökning har minskat kraftigt i alla åldersgrupper, med den största nedgången hos unga (16-29 år).
- Lägre rökning ibland: Minskningen i rökning ibland följer samma trend som daglig rökning, vilket tyder på en bred attitydförändring.
- Åldersspecifika skillnader: Bland äldre (65-84 år) är minskningen långsammare, vilket kan bero på mer rotade vanor i äldre generationer.

Samtidigt som tobaksrökningen har minskat har en förändring skett i användningen av andra tobak- och icke-medicinska nikotinprodukter ökat. Det är utveckling som väcker oro och kräver fortsatt uppmärksamhet. Framför allt handlar det om en ökning i snus-användning bland unga vuxna (16-29 år).

Anmärkningsvärt är att denna ökning nästan helt kan tillskrivas unga kvinnors konsumtion. Bland unga män är snusvanorna i stort sett oförändrade mellan 2010 och 2024. Den totala andelen snusanvändare

Tobakskonsumtion i befolkningen 2010 och 2024 samt eventuellt minskning eller ökning åren emellan.									
	Totalt			Kvinnor			Män		
	2010	2024		2010	2024		2010	2024	
Röker tobak dagligen	13	5	-7	13	6	-8	12	5	-7
Röker tobak dagligen eller ibland	24	11	-13	23	11	-12	25	11	-14
Snusar dagligen	12	16	+4	4	10	+6	20	22	+2
Snusar dagligen eller ibland	17	20	+3	7	13	+6	26	26	0
Använder tobak dagligen	23	16	-7	17	10	-7	30	22	-7
Använder tobak dagligen eller ibland	33	22	-11	26	15	-11	39	29	-10

Andelen rökare (de som röker dagligen samt ibland) i respektive åldersgrupp 2010-2013 och 2021-2024 samt minskningen i procentandelar mellan åren.												
	16-29 år			30-44 år			45-64 år			65-84 år		
	2010	2024		2010	2024		2010	2024		2010	2024	
Röker tobak dagligen	11	2	-8	10	5	-5	17	6	-11	11	7	-4
Röker tobak ibland	22	10	-13	13	6	-7	8	5	-3	2	3	0
Röker tobak dagligen eller ibland	33	12	-21	23	11	-12	25	11	-14	13	10	-3



Tobaksanvändning – Förändring 2010-2024 – Unga (16-29 år)						
	16-29 år			65-84 år		
	2010	2024		2010	2024	
Snusar dagligen	5	18	+13	20	20	0
Snusar ibland	8	7	-1	12	9	-3
Snusar dagligen eller ibland	12	24	+12	32	29	-3
Röker tobak dagligen	13	3	-10	9	2	-7
Röker tobak ibland	21	9	-12	23	10	-13
Röker tobak dagligen eller ibland	34	12	-22	32	13	-20

(dagligen eller ibland) har minskat något, från 32 till 29 procent, vilket främst förklaras av en minskning i andelen som snusar ibland. Andelen som snusar dagligen ligger kvar på 20 procent. Bland unga kvinnor har däremot den totala andelen snusare fördubblats – från 12 till 24 procent. Det är framför allt den dagliga användningen som ökat kraftigt, från 5 till 18 procent, vilket motsvarar en relativ procentuell ökning på 260 procent.

### 3.4.2 Barn

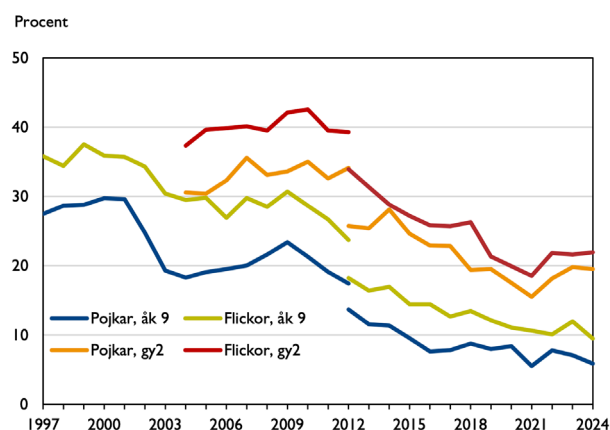
CAN:s nationella skolundersökning har genomförts årligen sedan 1971 och följer bland annat barn och ungas tobaks- och nikotinanvändning.<sup>28</sup>

Cigarettökning bland skolelever i Sverige nådde sin topp under mitten av 1970-talet, då ungefär 30 procent av eleverna i årskurs nio rökte regelbundet eller då och då. Därefter har rökandet minskat avsevärt, särskilt under 2010-talet. I den senaste undersökningen svarade 8 procent av niondeklassarna att de rökte. Bland dem var det vanligare att röka då och då (7 procent) än regelbundet (1 procent). Genom hela mätperioden har flickor rönt i högre utsträckning än pojkar.

Bland gymnasieelever har andelen rökare också minskat under 2010-talet. År 2012 uppgav 30 procent att de rökte, men i mätningen för 2024 hade andelen sjunkit till 21 procent. Dock har det under de senaste tre åren skett en viss, statistiskt signifikant, ökning, vilket innebär att nivåerna nu liknar de som rådde innan COVID 19-pandemin. Likt i årskurs nio var det också här vanligare att röka sporadiskt (19 procent) än regelbundet (2 procent). Även bland gymnasieelever har flickor rönt mer än pojkar under hela mätperioden.

I detta avsnitt används termen "snus" som ett samlingsbegrepp som omfattar både traditionellt brunt tobaks- och vitt nikotinsnus. Andelen niondeklassare som snusar minskade markant under 2000-talet. Under det tidiga 2010-talet planade minskningen ut, och från 2017

Andelen elever som röker (dagligen/nästan dagligen eller sporadiskt), efter kön och årskurs under åren 1997-2024. Bild från CAN:s nationella skolundersökning 2024.

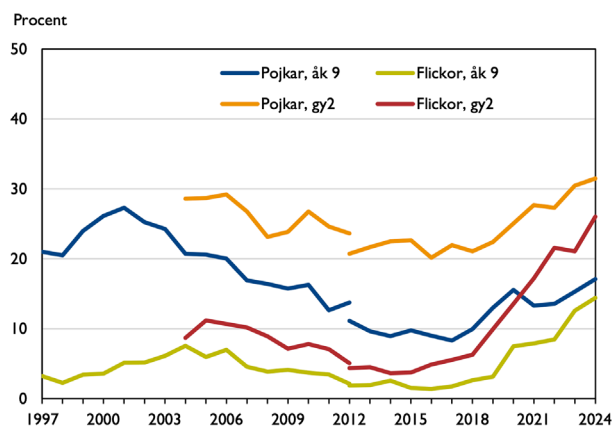


syns en tydlig ökning. I 2024 års undersökning rapporterade 16 procent av niondeklassarna att de snusar, jämfört med 5 procent 2017. Ökningen har skett bland både pojkar och flickor, men flickor har haft en särskilt påtaglig uppgång och snusar nu på historiskt höga nivåer (14 procent). Det är dock fortsatt vanligare att pojkar snusar (17 procent), och skillnaden är statistiskt säkerställd. Till skillnad från cigarettökning är det vanligare att niondeklassare snusar regelbundet (10 procent) än sporadiskt (6 procent).

Även bland gymnasieelever minskade snusandet under 2000-talet, men det har ökat markant de senaste åren. År 2024 uppgav 29 procent av gymnasieeleverna att de snusar, jämfört med 13 procent 2012 då snusandet var som lägst. Den största ökningen har skett bland flickor, där andelen snusare på tio år har stigit från 4 till 26 procent. Trots att snusandet ökat mest bland flickor är det fortfarande vanligare bland pojkar. I årets undersökning angav 31 procent av pojkarna och

26 procent av flickorna att de snusar. Precis som i årskurs nio var det vanligare bland gymnasieelever att snusa frekvent (21 procent) än sporadiskt (8 procent). Utvecklingen av snus har på senare år påverkats starkt av introduktionen av vitt snus, som kom ut på den svenska marknaden 2016. År 2024 hade 25 procent av eleverna i årskurs 9 endast använt vitt snus, 1 procent endast brunt snus och 5 procent båda sorter. För gymnasieelever var motsvarande siffror 40 procent för vitt snus, 3 procent för brunt snus och 9 procent för båda sorter. Endast 2-3 procent av flickorna i båda årskurser hade någon gång använt brunt snus.

**Andelen elever som snusar (frekvent eller sporadiskt), efter kön och årskurs under åren 1997-2024. Bild från CAN:s nationella skolundersökning 2024.**



## Sakfråga: Alkohol

### Urval av målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

- Uppnå en relativ minskning på minst 10 procent av den skadliga alkoholkonsumtionen till 2025.
- Förslag till obligatorisk märkning av ingrediensförteckning och näringsdeklaration på alkoholhaltiga drycker.
- Förslag till hälsovarningar på alkoholhaltiga drycker.
- Minska unga personers exponering för marknadsföring av alkoholhaltiga produkter online.

### Kommitténs bedömning

Sverige lever delvis upp till planens målsättningar inom området alkohol. Kommittén anser dock att konsumtionen behöver minska ytterligare och stödjer en fortsatt restriktiv alkoholpolitik. Vidare behövs stärkta insatser för att öka allmänhetens kunskap om att alkohol ökar risken för cancer. Regeringen bör därför överväga att ge ett sådant uppdrag till en lämplig myndighet. Kommittén föreslår också att hälsovarningar och näringsdeklaration införs på alkoholhaltiga produkter.

Kommittén konstaterar också att för närvarande finns ingen allmän information om risknivåer till befolkningen, vilket vore rimligt, i likhet med information om andra skadliga ämnen som publiceras av relevanta myndigheter.

### Underlag för bedömning

Som underlag för sin bedömning har kommittén tittat på statistik över andelen i befolkningen som är riskkonsumenter av alkohol (har en skadlig alkoholkonsumtion) mellan 2010 och 2025 samt undersökt åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter mellan 2021 och 2024 för att minska (den skadliga) alkoholkonsumtionen i landet.

### 4.1. Åtgärder vidtagna av regering, regioner och myndigheter mellan 2021-2024 för att minska (den skadliga) alkoholkonsumtionen i befolkningen

Det finns ingen säker gräns för alkoholkonsumtion när det gäller risken för cancer. Forskning visar att all alkoholkonsumtion ökar risken för vissa typer av cancer. När begrepp som "riskbruk" eller "skadlig alkohol-

konsumtion" används, syftar de på nivåer som är kopplade till risken för missbruk och beroende. Det är viktigt att förstå att även måttlig alkoholkonsumtion kan innebära en ökad cancerrisk, och det finns ingen nivå av alkoholkonsumtion som är helt säker när det gäller cancer.

Sveriges arbete med att minska den skadliga alkoholkonsumtionen i befolkningen sker på nationell, regional och lokal nivå och styrs likt tobakspolitiken av den samlade ANDTS-strategin. Den svenska alkoholpolitikens mål är att främja folkhälsan genom att minska alkoholens medicinska och sociala skadeverkningar. Målet ska nås genom sådana insatser som motverkar skadligt dryckesbeteende och bidrar till en minskad total alkoholkonsumtion. Den svenska alkoholpolitiken bygger på kunskapen om att tillgängligheten till alkohol har betydelse för utvecklingen av totalkonsumtionen och för alkoholskadornas omfattning. För att nå det alkoholpolitiska målet och åstadkomma en minskad konsumtion krävs en effektiv skyddslagstiftning. Grundläggande instrument är alkoholskatten, detaljhandelsmonopolet för alkoholdrycker, liksom en restriktiv reglering av marknadsföring av alkohol.<sup>29</sup>

Genom skattebestämmelserna och Skatteverkets och Tullverkets kontroll regleras i hög grad tillgängligheten och flödet av alkoholhaltiga varor in till landet. Genom detaljhandelsmonopolet har samhället kontroll över den allmänna tillgängligheten till alkoholdrycker. Detaljhandelsmonopolet vilar på den så kallade desintresseringsprincipen. Desintresseringsprincipen innebär att det privata vinstintresset på den svenska detaljhandelsmarknaden utesluts i syfte att hålla nere alkoholkonsumtionen för att skydda folkhälsan. Detaljhandelsmonopolet utgör därmed ett verktyg för att eliminera incitamentet att öka försäljningen samtidigt som antalet försäljningsställen, öppettider, former för försäljning, ålderskontroll och marknadsföring kontrolleras mer effektivt. Andra alkoholpolitiska instrument som har effekter på konsumtion och alkoholskador är exempelvis åldersgränser, regler för servering av alkohol, promillegränser i trafiken, rådgivning vid riskkonsumtion och tidiga behandlingsinsatser för alkoholberoende.

Genom en restriktiv reglering av marknadsföringen av alkohol, även på internet och sociala medier, kan framför allt barn och unga skyddas från att exponeras från sådan marknadsföring. Den svenska alkoholpolitiken är utformad utifrån en nationell kontext, men vissa gemensamma initiativ för att minska skadeverkningarna av alkohol sker inom ramen för det europeiska och internationella samarbetet.

Inom alkoholområdet är detaljhandelsmonopolet och alkoholskatten grundbultar för att minska tillgängligheten och därmed skydda folkhälsan och barn och

unga. I detta sammanhang utgör låga priser på alkohol i närliggande länder liksom möjligheten för konsumenter att via internet, under detaljhandelsliknande former, köpa alkohol från andra länder, ett hot mot den svenska restriktiva alkoholpolitiken. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för hur hälso- och sjukvården kan arbeta för att minska ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna publicerades ursprungligen 2011, reviderades 2018 och Socialstyrelsen har nyligen publicerat en uppdaterad version för 2024 där nya gränsvärden för riskbruk av alkohol införts eftersom nya studier visar att det är mer skadligt att dricka alkohol än det tidigare fanns kunskap om. Även indikatorerna om riskbruk av alkohol är uppdaterade med de nya gränsvärdena.

Alkohol ökar risken för olycksfall och sjukdomar, som stroke, cancer och leversjukdomar, liksom risken för förtida död. Forskningen är tydlig: ju mindre alkohol, desto lägre risk. Socialstyrelsen reviderade därför de så kallade riskbruksgränserna hösten 2023 som en del av översynen av riktlinjerna. Syftet med riskbruksgränserna är att ge signaler till hälso- och sjukvården om när det kan vara relevant att erbjuda rådgivande samtal. Den ansvariga behandlaren måste dock alltid göra en individuell bedömning med respekt för individens specifika behov, förväntningar och förmåga att ta till sig informationen. Bland dem som har ett riskbruk av alkohol kan det finnas personer som redan har utvecklat ett beroende. Uppföljningen visar även på att de reala priserna på alkoholdrycker sjönk under perioden 2020–2023 när inflationen ökade, enda undantaget är folköl vars reala pris ökade mellan 2022 och 2023.

Utifrån Socialstyrelsens uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg 2024 bedömer Socialstyrelsen bland annat att hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten behöver arbeta mer förebyggande genom att öka användningen av screeninginstrument, öka antalet rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal inom primärvården, den specialiserade vården samt vid Alkohollinjen och fortsätta arbeta med att förebygga skadligt bruk och beroende under graviditet. Utöver det behöver fler kommuner ha aktuella rutiner för hur personalen ska agera vid indikation på skadligt bruk eller beroende inom hela socialtjänsten. Socialstyrelsen konstaterar också att fler deltar i självhjälpprogram och antalet rådgivande samtal Alkohollinjen genomför ökar.<sup>30</sup>

Socialstyrelsen bedömer att personer med skadligt bruk eller beroende ska ha tillgång till vård och stöd av god kvalitet, utifrån sina förutsättningar och behov. Myndigheten anser att hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten behöver anpassa insatserna därefter. Fler personer ska få tillgång till vård och stöd som motsvarar deras behov. Det innebär även att fler ska ges möjlighet till regelbundna och täta basundersökningar i tandvården. Behandling med läke-

medel mot alkoholberoende bör ges till fler. Brukarnas inflytande ska öka genom att brukarstyrda brukarrevisioner används i verksamhetsutvecklingen.

För att ytterligare stärka vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende tillsatte regeringen den 17 juni 2020 Samsjuklighetsutredningen. Utredningen fick i uppdrag att föreslå hur samordnade insatser för vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna med samsjuklighet, det vill säga individer med både missbruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. I januari 2023 presenterades slutbetänkandet med förslag om en mer sammanhållen och personcentrerad vård, där regionernas hälso- och sjukvård ges huvudansvar för behandling av skadligt bruk och beroende. Utredningen lämnade också flera förslag för att förbättra samordningen av insatser till personer med samsjuklighet. I januari 2025 inrättade regeringen en Samsjuklighetsdelegation för att påbörja genomförandet av förslagen.<sup>31</sup>

Regeringen avser att införa gårdsförsäljning av småskaligt och hantverksmässigt producerade alkoholkhaltiga drycker i Sverige under första halvåret 2025. Alla dryckesslag kommer att omfattas av reformen. Det krävs ingen egen odling av råvaror för att bedriva gårdsförsäljning av öl, cider eller sprit. Vintillverkare ska dock odla sina egna druvor för att komma ifråga för gårdsförsäljning. Försäljningen ska få ske på ett försäljningsställe, i direkt anslutning till tillverkningsstället eller odlingsstället.<sup>32</sup>

Utifrån upparbetad struktur, organisation och uppföljning samt med en fortsatt restriktiv alkoholpolitik bedöms Sverige ha goda förutsättningar att fortsätta minska den skadliga alkoholkonsumtionen i befolkningen.

## 4.2. Riskkonsumtion av alkohol i Sverige 2010-2024

### 4.2.1. Vuxna

Enligt Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor (HLV) 2024 uppgav 16 procent av befolkningen (16-84 år) att de var riskkonsumenter av alkohol. Nivån har legat relativt konstant sedan 2010. Med riskkonsumtion menas andelen i befolkningen med en självskattad konsumtion av alkohol som ger en tydligt ökad risk för alkoholrelaterade skador och sjukdomar. Riskkonsumtion mäts med instrumentet AUDIT-C med frågor om alkoholkonsumtionen under de senaste 12 månaderna.<sup>33</sup>

Socialstyrelsen uppdaterade sina gränser för riskbruk av alkohol 2023.<sup>34</sup> Riskbruk innebär nu att dricka något av följande:

- 10 standardglas eller mer per vecka



Riskkonsumenter alkohol – hela befolkning, förändring procentenheter									
	Totalt			Kvinnor			Män		
	2010	2024	-2	2010	2024	0	2010	2024	-4
Andel	17	16	-2	13	13	0	21	18	-4

Riskkonsumenter alkohol – unga (16-29 år), förändring procentenheter									
	Totalt			Kvinnor			Män		
	2010	2024	-10	2010	2024	-3	2010	2024	-16
Andel	32	22	-10	27	24	-3	36	20	-16

- 4 standardglas eller mer per dryckestillfälle (så kallad intensivkonsumtion) en gång i månaden eller oftare.

Tidigare var gränserna för riskbruk för friska vuxna uppdelade på kön enligt följande:

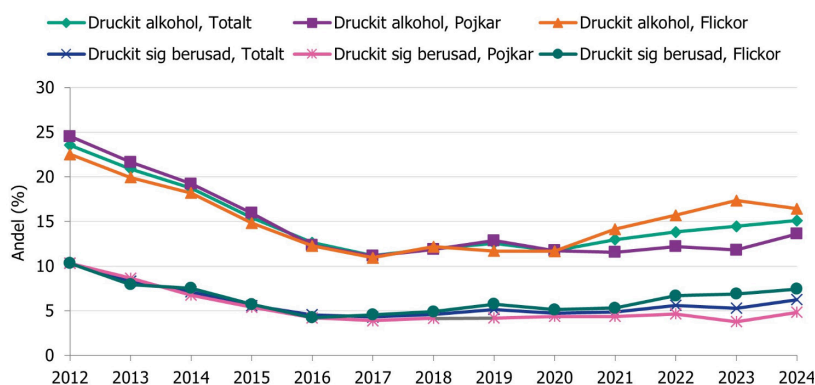
- Kvinnor: mer än 9 standardglas/vecka alternativt 4 standardglas eller mer vid samma tillfälle.
- Män: mer än 14 standardglas/vecka alternativt 5 standardglas eller mer vid samma tillfälle.

En positiv utveckling har observerats i åldersgruppen 16-29 år där störst andel är riskkonsumenter. Mellan 2010 och 2024 har andelen sjunkit från 32 procent till 22 procent. Främst handlar det om en stadig årlig minskning av riskkonsumtion hos unga män, från 36 procent till 20 procent. Hos unga kvinnor var andelen 27 procent och sjönk stadigt till 18 procent år 2021, där efter har en liten ökning syns och 2024 var andelen 22 procent.

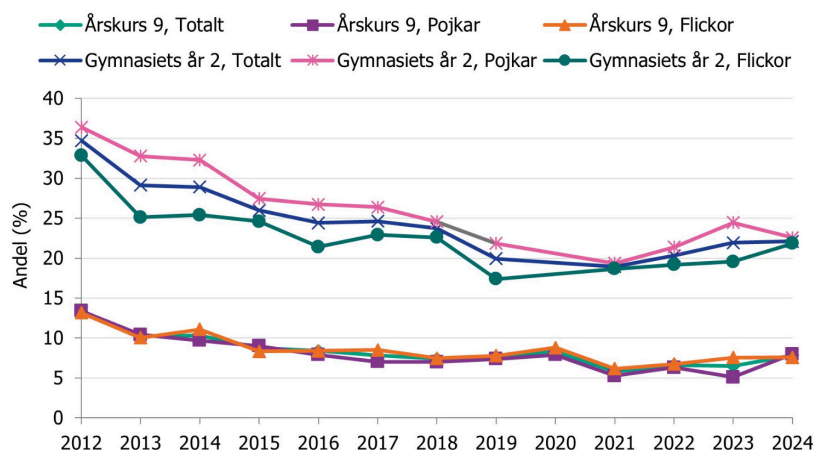
Utifrån Folkhälsomyndighetens rapport från 2024 om utvecklingen inom ANDTS går utvecklingen åt rätt håll enligt flera uppföljningsparametrar, utöver andelen riskkonsumenter. Till exempel minskar andelen som dricker alkohol och berusar sig tidigt i livet, andelen gravida med riskbruk har blivit lägre. Systembolagets butiker visar god efterlevnad av åldersgränser vid provköp, och den totala anskaffningen av alkohol har minskat sedan 2011.

I ett längre perspektiv syns att alkoholkonsumtionen i Sverige påbörjade en nedåtgående trend redan 2004. Minskningen beror på en nedgång för män, medan

Andel skolelever i årskurs 9 som uppgav att de har druckit alkohol, samt druckit sig berusade, innan 14 års ålder, 2012-2024. Bild från CAN:s nationella skolundersökning 2024.



Andel skolelever som uppgav en intensivkonsumtion av alkohol minst en gång per månad under det senaste året, 2012-2024. Bild från CAN:s nationella skolundersökning 2024.



kvinnornas konsumtion varit förhållandevis oförändrad. Detta indikerar att både totalkonsumtion och riskkonsumtion minskar över tid och att även alkoholkonsumtionen i tidig ålder minskar.<sup>35</sup>

#### 4.2.2. Barn

Under de senaste decennierna har ungas alkohol-

konsumtion genomgått en märkbar förändring. Studier visar att allt färre unga dricker alkohol, och samtidigt har även de alkoholrelaterade skadorna minskat. Denna utveckling har kartlagts genom flera olika undersökningar som ger en inblick i ungas dryckesvanor och mönster. Enligt den årliga nationella skolundersökningen, genomförd av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), får elever i årskurs 9 och gymnasiet år 2 svara på om de har druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. År 2024 uppgav 35 procent av niondeklassarna att de hade konsumerat alkohol det senaste året, medan motsvarande andel i gymnasiet år 2 var 69 procent. Under en längre period har andelen alkoholkonsumenter i dessa åldersgrupper minskat, men på senare tid har denna nedgång planat ut.

En aspekt som undersöks i den nationella skolundersökningen är vid vilken ålder unga börjar dricka alkohol. Under 2024 uppgav 15 procent av niondeklassarna att de hade druckit alkohol innan de fyllde 14 år. Det var något vanligare bland flickor (16 procent) än pojkar (14 procent). Efter en tidigare nedgång har denna andel varit relativt stabil de senaste åren. En mindre andel unga har dessutom varit berusade vid denna ålder; sju procent av flickorna och fem procent av pojkarna uppgav att de hade druckit så mycket att de blivit berusade.<sup>36</sup>

Intensivkonsumtion av alkohol, vilket innebär att dricka en stor mängd vid ett och samma tillfälle, medför en högre risk för skador och sjukdomar. År 2024 uppgav åtta procent av niondeklassarna att de minst en gång per månad hade intensivkonsumerat alkohol. Bland gymnasiet år 2-elever var motsvarande andel 22 procent. Sedan 2012 har intensivkonsumtionen minskat i båda dessa åldersgrupper. Vid den senaste mätningen var skillnaden mellan flickor och pojkar obetydlig.

En annan undersökning, Skolbarns hälsovanor, kartlägger andelen unga som druckit sig berusade. I den senaste mätningen från 2021/2022 svarade en procent av både flickor och pojkar i 11-årsåldern att de hade varit berusade. Bland 13-åringar var siffran åtta procent för flickor och sex procent för pojkar, medan 31 procent av 15-åringa flickor och 24 procent av pojkar i samma ålder uppgav att de varit berusade. Jämfört med undersökningen 2017/2018 hade andelen som druckit sig berusade ökat bland flickor i åldrarna 13 och 15 år samt bland 15-åringa pojkar. Trots denna kortsiktiga ökning har det på längre sikt skett en stadig minskning av andelen unga som blivit berusade.<sup>37</sup>

För det förebyggande arbetet är det viktigt att förstå var unga får tag på alkohol. CAN:s skolundersökning 2024 visar att den vanligaste källan till alkohol för elever i årskurs 9 (36 procent) och gymnasiet år 2 (53 procent) är vänner, syskon eller en partner. För niondeklassarna var den näst vanligaste källan langare, följt av att de inte visste var alkoholen kom ifrån. Bland gymnasieelever i år 2 var föräldrar som givit sitt tillstånd den näst vanligaste källan, medan langare kom på tredje plats.

Vidare visar skolundersökningen att 20 procent av eleverna i gymnasiet år 2 hade blivit serverade alkohol på restaurang innan de fyllde 18 år. Andelen var något högre bland pojkar (21 procent) än flickor (19 procent). Kommunerna ansvarar för att bevilja serveringstillstånd och genomför tillsyn av restauranger. Folkhälsomyndigheten ger vägledning i regler kring alkoholservering och tillhandahåller både ett kunskapsprov för alkoholservering och utbildningsmaterial för metoden ansvarsfull alkoholservering. Jämförande siffror från 2023 visar att 21 procent av eleverna i gymnasiet år 2 hade blivit serverade alkohol på restaurang innan sin 18-årsdag, och då var andelen densamma för flickor och pojkar.

## Sakfråga: Hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och prevention av övervikt och obesitas

### Urval av målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

- Insatser för att göra hälsosamma livsmedel mer tillgängliga
- Uppdatera EU:s handlingsplan mot barnobesitas
- Revidera EU:s skolprogram för frukt, grönsaker och mjölk
- Föreslå harmoniserad, obligatorisk märkning av näringsinnehåll på framsidan av livsmedelsförpackningar
- Stödja medlemsstater och intressenter i formuleringen av en effektiv politik för att minska marknadsföringen av ohälsosamma livsmedel
- Undersöka hur man kan främja produktion och konsumtion av hållbara jordbruksprodukter mot en mer växtbaserad kost med mindre rött och processat kött och mer frukt och grönsaker
- Förslag på mer differentierade momssatser för att folk ska ha råd att köpa hälsosam och näringsrik mat
- Undersöka genomförbarheten av nya skattesatser på socker och läsk

### Kommitténs bedömning

Sverige lever inte upp till EU:s cancerplan ambition gällande hälsosamma levnadsvanor för befolkningen. De senaste åren syns en ökning av obesitas hos både vuxna och barn samt en minskning av fysisk aktivitet i befolkningen. Kommittén konstaterar också att tydliga politiska åtgärder inom området saknas och menar därför att sådana behöver vidtas så snart som möjligt. Det kan vara differentierade momssatser som sänker priset på hälsosam och näringsrik mat, särskilda skattesatser på socker och läsk, vidtagande av åtgärder för att minska marknadsföringen av ohälsosamma livsmedel, samt främjande av konsumtion av hållbara och hälsosamma livsmedelsprodukter. Vidare bör det antas en nationell handlingsplan för obesitas för vuxna och barn.

### Underlag för bedömning

Som underlag för sin bedömning har kommittén tittat på statistik över andelen vuxna och barn med övervikt eller obesitas, svensk medverkan i EU:s skolprogram för frukt, grönt och mjölk samt vuxnas och barns kostvanor i relation till Livsmedelsverkets kostråd 2025. Kommittén har även granskat statistik över fysisk aktivitet bland vuxna och barn.

## 5.1. Andel i befolkningen med övervikt eller obesitas

### 5.1.1. Vuxna

Övervikt och obesitas (tidigare kallat fetma) är tillstånd där mängden kroppsfett överskrider hälsosamma nivåer och kan bidra till utvecklingen av flera kroniska sjukdomar. Övervikt är en känd riskfaktor för att utveckla obesitas, som betraktas som en kronisk, komplex sjukdom med behov av långsiktig behandling och uppföljning. Både övervikt och obesitas är förknippade med ökad risk för minst tretton olika cancerformer och utgör, tillsammans med rökning, solvanor och kost, en av de största påverkbara riskfaktorerna för cancer.

Även om de exakta biologiska mekanismerna inte är fullt klarlagda pekar samstämmig forskning, främst från stora observationsstudier, på ett tydligt samband mellan ökad kroppsvikt och cancerrisk. En möjlig förklaring rör ny kunskap om fettvävens roll i kroppens hormonella och inflammatoriska processer.

Som mått används Body Mass Index (BMI), som beräknas genom att dividera vikten i kilogram med längden i meter i kvadrat. Övervikt definieras som ett BMI på 25-29,9 och obesitas som ett BMI på 30 eller högre. Obesitas delas in i tre grader: grad 1 (BMI 30-34,9), grad 2 (35-39,9) och grad 3 (40 eller

mer). Redan vid övervikt och obesitas grad 1 ses en ökad risk för cancer. Risknivån ökar med stigande BMI, och vid obesitas grad 2 och 3 är sambandet med cancer ännu tydligare - med högre risk att insjukna och sämre prognos vid diagnos.

Under de senaste 20 åren har andelen vuxna (16-84 år) med antingen övervikt eller obesitas ökat från 46 procent år 2004 till 54 procent år 2024. Andelen med obesitas har ökat från 11 procent till 18 procent. Obesitas grad 1 steg från 9 till 13 procent under perioden 2004-2024. Andelen med obesitas grad 2 har fördubblats, från 2 till 4 procent, och andelen med obesitas grad 3 har tredubblats, från 0,5 till 1,4 procent.

Övervikt och obesitas (BMI ≥ 25)	Andel	
RIKET		
Totalt	54%	
Kvinnor	48%	
Män	59%	
<b>Region med lägsta prevalens</b>		
Totalt	47%	Stockholm
Kvinnor	40%	Stockholm
Män	56%	Stockholm
<b>Region med högsta prevalens</b>		
Totalt	61%	Västernorrland
Kvinnor	55%	Västernorrland
Män	67%	Västernorrland

Denna utveckling har flera bakomliggande orsaker. Folkhälsomyndigheten lyfter bland annat sociala och strukturella faktorer såsom utbildningsnivå, ekonomiska villkor, tillgång till hälsofrämjande miljöer och möjligheter till fysisk aktivitet. Det är inte bara individuella levnadsvanor som påverkar risken för övervikt och obesitas – utan också hur samhället är organiserat.

I Sverige uppvisar statistiken för övervikt och obesitas betydande variationer beroende på kön, ålder, födelse-land och utbildningsnivå. Obesitas är till exempel vanligare bland personer med enbart förgymnasial utbildning, men förekomsten har ökat i alla utbildningsgrupper. Det finns även tydliga skillnader mellan kvinnor och män. Andelen med övervikt eller obesitas är högre bland män än bland kvinnor – 59 procent jämfört med 48 procent. Däremot är andelen med obesitas densamma i båda grupper, 18 procent. Det är dock vanligare att kvinnor har obesitas av högre grad, medan män oftare har obesitas grad 1.

Även mellan regioner finns betydande skillnader. Nivåerna är genomgående högre bland män i samtliga regioner, men skillnaderna mellan regioner gäller både kvinnor och män. I Stockholm har 47 procent av den vuxna befolkningen övervikt eller obesitas, jämfört med 61 procent i Västernorrland. Bland kvinnor gäller det 40 procent i Stockholm och 55 procent i Västernorrland, medan andelen bland män är 56 respektive 67 procent. Det innebär att skillnaden mellan regionerna är störst bland kvinnor, där den uppgår till 15 procentenheter, jämfört med 11 procentenheter bland män. I Västernorrland och Norrbotten har dessutom närmare en fjärdedel av den vuxna befolkningen obesitas.<sup>38</sup>

### 5.1.2. Barn

Övervikt och obesitas bland barn är ett växande folkhälsoproblem som påverkas av både socio-ekonomiska och regionala faktorer. Andelen drabbade barn har ökat på senare år, och faktorer som föräldrars utbildningsnivå och familjestruktur har visat sig ha stor betydelse för risken att utveckla övervikt och obesitas. Det finns också skillnader mellan åldersgrupper, kön och olika delar av landet.

Folkhälsomyndigheten redovisar statistik för övervikt och obesitas hos barn mellan åldrar 0-15 år. Data-insamling sker på olika sätt. För barn 0-5 år kommer resultatet från Barnhälsovården (BVC), för 6-9 år kommer resultaten kommer från de längd- och viktmätningar som genomförs inom ramen för elevhälsosamtalen, men data är inte heltäckande. För barn 11-15 år är resultaten självrapporterade genom svar från undersökningen Skolbarns hälsovanor där elever från årskurs 5, 7 och 9 ombeds uppge sin längd och vikt. Täckningsgraden och tillförlitlighet är därför lägre i de äldre åldersgrupperna.

#### Barn 0 – 5 år

För att definiera övervikt och obesitas används olika BMI-gränsvärden beroende på ålder: WHO:s för barn vid 18 månaders ålder och International Obesity Task Force (IOTF) för barn vid 4 års ålder. Under de senaste åren har andelen barn med övervikt eller obesitas ökat, särskilt bland de yngsta. För 18-månadersbarn har andelen stigit från 7 procent år 2016 till 9 procent år 2020, medan förekomsten bland 4-åringar har varit relativt stabil mellan 2016 och 2019, men ökade med en procentenhet under 2020.

Könsskillnader spelar också viss roll i förekomsten. Bland 18-månadersbarn är det vanligare att pojkar har övervikt eller obesitas (9 procent) än flickor (7 procent), medan det för 4-åringar är tvärtom, där flickor har högre andel (13 procent) än pojkar (12 procent).

Regionalt finns stora variationer i förekomsten av övervikt och obesitas, där Stockholm har den lägsta andelen för 4-åringar (10 procent) och Västernorrland den högsta (17 procent). För 18-månadersbarn är den lägsta förekomsten i Västerbotten (7 procent) och den högsta i Södermanland (10 procent). Vidare är övervikt och obesitas vanligare bland barn som bor i större städer eller landsbygdskommuner än i storstadsnära områden. Socioekonomiska faktorer spelar också en stor roll, där barn till föräldrar med lägre utbildningsnivå eller ensamstående föräldrar oftare drabbas av övervikt eller obesitas. Detta speglar hur familjens ekonomiska och sociala förutsättningar kan påverka barnens hälsa och levnadsvanor.<sup>39</sup>

#### Barn 6 – 9 år

Under läsåret 2021/2022 hade cirka 23 procent av barn i åldern 6-9 år övervikt eller obesitas. Av dessa



Barn 6 - 9 år	Övervikt & obesitas	Region	Övervikt	Region	Obesitas	Region
Riket - båda könen	23	-	16	-	7	-
Riket - flickor		-		-		-
Riket - pojkar		-		-		-
Skillnad prevalens						
båda könen	9	-	8	-	5	-
Skillnad prevalens - flickor	8	-	14	-	5	-
Skillnad prevalens - pojkar	11	-	13	-	7	-
Högst region - båda könen	28	Värmland	13	Västerbotten	10	Jönköping
Högst region - flickor	27	Gävleborg, Kronoberg	19	Värmland	11	Norrbottnen
Högst region - pojkar	29	Värmland	18	Värmland	11	Värmland
Lägst region - båda könen	18	Västerbotten	5	Uppsala	5	Uppsala
Lägst region - flickor	19	Västerbotten	6	Västerbotten, Uppsala	6	Uppsala, Västerbotten
Lägst region - pojkar	18	Västerbotten	5	Uppsala	5	Uppsala

hade 16 procent övervikt och 7 procent obesitas. Detta innebär en ökning med omkring 2 procentenheter jämfört med läsåret 2018/2019, där ökningen främst berodde på en förändring i förekomsten av obesitas, som då låg på 6 procent.

Det fanns även köns- och åldersrelaterade skillnader. Generellt var det vanligare att flickor hade övervikt än pojkar i alla åldersgrupper. Bland 9-åriga barn var obesitas dock något högre bland pojkar (13 procent) än bland flickor (12 procent), medan övervikt var vanligare bland flickor i samtliga åldersgrupper. Förekomsten av både övervikt och obesitas ökade markant med åldern.

Regionalt fanns också tydliga skillnader i förekomsten av övervikt och obesitas. Andelen barn med övervikt eller obesitas var högst i Värmland, följt av Gävleborg och Jönköping. Västerbotten hade den lägsta andelen barn med övervikt eller obesitas. När det gäller obesitas var förekomsten högst i Jönköping (nästan 10 procent) och Blekinge (nästan 10 procent), medan Uppsala och Västernorrland hade de lägsta andelarna (cirka 5 procent).<sup>40</sup>

#### Barn 11-15 år

Övervikt och obesitas bland 11-15-åriga skolbarn i Sverige har ökat markant mellan läsåren 1989/90 och 2021/22. Andelen barn med övervikt eller obesitas har stigit från 7 till 15 procent, där obesitas blev fyra gånger vanligare under perioden, från 1 till 3 procent. Efter 2009/2010 har ökningen varit särskilt kraftig, och det har även visats på en större ökning bland pojkar än bland flickor.

Mellan 2017/18 och 2021/22 ses en viss minskning av obesitas, men denna förändring är inte statistiskt

säkerställd och beror sannolikt på underrapportering. Samtidigt noteras en ökning av övervikt, särskilt bland pojkar, även om dessa resultat också är osäkra. För att få en mer nyanserad bild och förstå orsakerna till dessa trender krävs det mer data, där samma individer följs över tid. Det är även viktigt att fortsätta följa viktutvecklingen hos skolbarn genom regelbundna undersökningar för att kunna identifiera och bemöta förändringar på ett effektivt sätt.

Barns vikt påverkas av både biologiska faktorer och den sociala och fysiska miljön. Till exempel ökar pojkars muskelmassa under puberteten, vilket naturligt ökar deras kroppsvikt. Samtidigt kan kohorteffekter, där olika generationer av barn haft olika förutsättningar i sin mat- och rörelsemiljö, spela en roll i utvecklingen av övervikt och obesitas. Detta gör att variationerna mellan år och åldersgrupper kan vara olika.

Det finns också tydliga köns- och åldersskillnader i förekomsten av övervikt och obesitas. Generellt är övervikt och obesitas vanligare bland pojkar än flickor. Bland pojkar ökar andelen med övervikt successivt med åldern, medan den är relativt stabil bland flickor. När det gäller obesitas är förekomsten ganska lika mellan de olika åldersgrupperna bland pojkar, medan flickor har en tendens att ha lägre andel obesitas när de blir äldre, särskilt vid 15 års ålder. Enligt Folkhälsomyndighetens analys kan detta delvis förklaras av rådande smalhetsideal som kan påverka äldre flickor att försöka hålla vikten, eller att de kan rapportera en lägre vikt än vad som är den verkliga vikten.<sup>41</sup>

#### 5.2. Svenskt deltagande i EU:s skolprogram för frukt, grönt och mjölk

Sedan 1995 har Sverige deltagit i EU:s skolmjölks-

program. Inom skolmjölkprogrammet kan kommunala skolor och friskolor i Sverige söka stöd för att köpa in mjölk. Under 2023 genomförde Jordbruksverket, på uppdrag av regeringen, en utredning för att undersöka möjligheterna att införa EU-stöd även för utdelning av frukt i skolor. Utredningen syftade till att analysera hur ett sådant stöd skulle kunna utformas och implementeras effektivt i Sverige. Utredningen visade att den administrativa kostnaden för att införa och administrera stödet skulle vara hög i förhållande till budgeten för skolfrukt.

I en utvärdering över skolmjölkprogrammet 2017-2023 konstaterades att målen om ökat mjölkintag och förbättrad kunskap hos barn om sunda matvanor inte har uppnåtts i önskad omfattning. Programmet har bidragit till att mjölk fortsatt konsumeras i skolorna, men det är oklart om detta har lett till en ökning av mjölkintaget.

Enligt utvärderingen anser de flesta skolhuvudmän att de skulle fortsätta servera mjölk även utan stöd från programmet, vilket gör att programmets relevans ifrågasätts. Däremot bidrar stödet till en ökad budget för skolorna, vilket gör att andra verksamheter kan finansieras. Trots att det inte finns ett direkt behov av skolmjölk, ser skolhuvudmännen stödet som positivt för den totala budgeten. Programmet har också kritiserats för sin ineffektiva administration, som innebär en tung arbetsbörda för både skolhuvudmän och Jordbruksverket. Många skolor avstår från att söka stöd på grund av det omfattande administrativa arbetet och den begränsade ersättningen.<sup>42</sup>

Jordbruksverket ansåg att erfarenheter från skolmjölkstödet visar att ett stöd till utdelning av frukt inte är en effektiv insats för kommunerna och skolbarnen. I mars 2024 beslutade regeringen ändå att gå vidare med frågan och ge Jordbruksverket ett nytt uppdrag i att vidta förberedande åtgärder för att möjliggöra stöd från Europeiska Garantifonden (EGFJ) till utdelning av frukt, grönsaker och bananer i skolor från och med läsåret 2025/2026. Uppdraget inkluderar även en översyn av det befintliga skolmjölkstödet för att säkerställa ett effektivt och ändamålsenligt genomförande av EU:s skolprogram som helhet.<sup>43</sup>

### 5.3. Svenska befolkningens kost i förhållande till Livsmedelsverket svenska kostråd

Nya kostråd från Livsmedelsverket förväntas komma i april 2025.<sup>44</sup> De råd som gäller idag är från 2012. Där uppges bland annat:

- Ät minst 500g frukt och grönt per dag. Motsvarar till exempel två generösa nävar med grönsaker, rotfrukter och baljväxter, och två frukter.
- Fisk två-tre gånger i veckan.
- Mejeri – 2-5 dl fil, yoghurt och mjölk per dag.

- Rött kött och chark – mindre än 500 g per vecka.
- Socker – mindre än 10 procent av energin bör komma från fritt socker

#### 5.3.1. Vuxna

Folkhälsomyndigheten följer befolkningens matvanor med hjälp av fyra indikatorer i undersökningen Hälsa på lika villkor. Dessa är konsumtion av grönsaker och rotfrukter, frukt och bär, fisk och skaldjur samt sötad dryck. För tidsperioden 2016-2022 framgår följande:<sup>45</sup>

Matvanor, vuxna 16-84 år	Totalt	Kvinnor	Män
Äter grönsaker och rotfrukter minst 2 ggr per dag	34%	42%	26%
Äter frukt och bär minst 2 ggr per dag	25%	32%	18%
Äter fisk och skaldjur minst 2 ggr per vecka	26%	27%	25%
Dricker sötad dryck minst 2 ggr per vecka	31%	25%	36%

Statistiken visar att en relativt liten del av den svenska befolkningen äter frukt och grönsaker i den omfattning som rekommenderas. Ungefär en tredjedel av befolkningen uppger att de äter grönsaker och rotfrukter minst två gånger per dag, medan knappt en fjärdedel rapporterar samma frekvens för frukt. Kvinnor äter både grönsaker och frukt oftare än män. Bland kvinnor är det nästan dubbelt så vanligt att äta grönsaker dagligen jämfört med män, och en liknande skillnad ses även för frukt.

Fisk och skaldjur konsumeras också i mindre omfattning än vad som rekommenderas. Endast en fjärdedel av befolkningen äter fisk minst två gånger per vecka, och här är skillnaden mellan män och kvinnor marginell.

När det gäller sötade drycker uppger en tredjedel av befolkningen att de dricker sådana minst två gånger per vecka. Denna konsumtion är vanligare bland män än kvinnor, där män nästan dubblar kvinnors konsumtionsnivå.

Sammanfattningsvis visar statistiken att två tredjedelar av befolkningen inte når upp till rekommendationerna för frukt, grönsaker och fisk. Samtidigt är konsumtionen av sötade drycker hög, särskilt bland män. Detta tyder på att matvanorna skiljer sig tydligt mellan könen, där män i större utsträckning än kvinnor har svårare att följa Livsmedelsverkets kostråd.

#### 5.3.2. Barn

Livsmedelsverket gjorde 2018 en omfattande undersökning av matvanor bland elever i årskurs 5 och 7 i grundskolan samt årskurs 2 på gymnasiet.<sup>46</sup>

Sammanfattningsvis äter de flesta för lite frukt och grönsaker. Flickor äter mer frukt och grönsaker än pojkar, men fruktintaget är fortfarande lågt, även om konsumtionen av grönsaker har ökat något. Samtidigt äter ungdomarna för mycket rött kött och chark, vilket är kopplat till hälsorisker som hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Trots att andelen kalorier från godis, kakor, snacks och läsk har minskat sedan 2003, bidrar dessa livsmedel fortfarande med en stor del av ungdomarnas energi. Det är ett bekymmer eftersom det leder till att andra viktiga näringsämnen kan gå förlorade.

Övervikt och obesitas är ett växande problem, där cirka var femte ungdom har dessa tillstånd. Detta är oroväckande då övervikt och obesitas kan ge allvarliga hälsoproblem på sikt. En särskilt utsatt grupp är de ungdomar som har föräldrar med låg utbildning och inkomst. Ungdomar från dessa familjer har generellt sämre matvanor, där de äter mindre grönsaker och fisk, samtidigt som de dricker mer läsk.

En annan utsatt grupp är ungdomar som inte går på gymnasiet, där nästan en fjärdedel har obesitas, jämfört med 6 procent bland gymnasieelever. Många i denna grupp upplever också att de mår dåligt, vilket ytterligare belyser vikten av utbildning för hälsan. Dessa resultat ska dock tolkas med viss försiktighet, då de baseras på en mindre grupp.

För att minska de sociala klyftorna i samhället och förbättra ungdomars matvanor krävs långsiktiga insatser som involverar olika samhällsaktörer. Dessa insatser behöver fokusera på att stödja ungdomar från socioekonomiskt utsatta grupper för att motverka övervikt och obesitas och förbättra deras hälsa.

Detaljerade resultat finns i Bilaga 2.

## 5.4. Fysisk aktivitet

### 5.4.1. Vuxna

Folkhälsomyndigheten tar fram statistik över fysisk aktivitet utifrån självrapportering i Nationella folkhälsoenkäten. För tidsperioden 2021-2024 uppger en majoritet bland både kvinnor och män att de är fysiskt aktiva minst 150 minuter per vecka, vilket är i linje med rekommendationerna för fysisk aktivitet.

Den region med högst andel fysiskt aktiva vuxna är Blekinge, där 71 procent av den vuxna befolkningen uppger att de är aktiva minst 150 minuter per vecka. På andra sidan av skalan finns Värmland, där endast 61 procent av de vuxna når denna nivå, vilket innebär ett spann på 10 procentenheter mellan den högsta och lägsta andelen.

Aktiv minst 150 min/vecka, 16-84 år			
	Totalt	Kvinnor	Män
RIKET	66%	65%	68%
Blekinge	71%	72%	70%
Dalarna	70%	67%	73%
Gotland	68%	68%	69%
Gävleborg	63%	62%	63%
Halland	68%	63%	73%
Jämtland	66%	65%	68%
Jönköping	63%	63%	64%
Kalmar	67%	65%	69%
Kronoberg	65%	69%	62%
Norrbottn	65%	63%	66%
Skåne	66%	64%	68%
Stockholm	68%	66%	70%
Södermanland	62%	58%	65%
Uppsala	71%	71%	71%
Värmland	61%	59%	64%
Västerbotten	67%	65%	68%
Västernorrland	62%	61%	64%
Västmanland	65%	64%	66%
Västra Götaland	64%	63%	66%
Örebro	63%	63%	63%
Östergötland	67%	66%	68%

Män är generellt något mer aktiva än kvinnor, vilket gäller för samtliga regioner förutom Kronoberg, där kvinnorna är något mer aktiva än männen. Den största könsskillnaden ses i Halland, där 73 procent av männen är fysiskt aktiva minst 150 minuter i veckan, medan endast 63 procent av kvinnorna uppger samma sak, vilket ger en skillnad på 10 procentenheter. I genomsnitt är andelen aktiva män 68 procent, medan andelen för kvinnor är något lägre, 65 procent. För kvinnor är den högsta andelen fysiskt aktiva i Blekinge, där 72 procent av kvinnorna når minst 150 minuter aktivitet per vecka. Den lägsta andelen återfinns i Värmland, där 59 procent av kvinnorna är aktiva, vilket ger ett spann på 13 procentenheter mellan den mest och minst aktiva regionen för kvinnor. För män är den högsta andelen aktiva i Halland, där 73 procent av männen är fysiskt aktiva minst 150 minuter i veckan. Den lägsta andelen bland män finns i Jönköping, där 64 procent av männen uppger att de är tillräckligt aktiva, vilket ger ett spann på 9 procentenheter mellan den mest och minst aktiva regionen för män.

Folkhälsomyndigheten har i sina analyser lyft att det finns skillnader mellan olika grupper i befolkningen. Mest aktiva är åldersgrupperna 16-44 år och gruppen med eftergymnasial utbildning är mer fysiskt aktiv jämfört med dem som har gymnasial eller förgymnasial

utbildning, för både kvinnor och män. Utifrån statistiken fördelat per region går det inte att identifiera några tydliga trender relaterade till befolkningens storlek, geografiska placering eller genomsnittlig inkomst som kan förklara skillnaderna i fysisk aktivitet. När det gäller geografisk placering verkar det inte finnas någon konsekvent skillnad mellan norr och söder. Till exempel har Blekinge, som ligger i söder, den högsta andelen fysiskt aktiva, medan Värmland, som ligger mer centralt, har den lägsta andelen. Det går inte heller att säga att regioner med högre eller lägre inkomst generellt har högre eller lägre nivåer av fysisk aktivitet baserat på den data som presenteras.

#### 5.4.2. Barn

Livsmedelsverket genomförde 2018 en omfattande undersökning av fysisk aktivitet bland barn i årskurs 5 och 7 i grundskolan samt gymnasieelever.<sup>47</sup> Resultaten visade att en stor del av barn och ungdomar i Sverige rör på sig för lite, vilket kan få långsiktiga hälsokonsekvenser. Enligt undersökningen är det hela 7 av 10 ungdomar som inte uppnår de rekommenderade 60 minuterna pulshöjande fysisk aktivitet per dag. Andelen fysiskt aktiva är som lägst bland äldre ungdomar, och det finns också tydliga könsskillnader där fler pojkar är aktiva än flickor. Hela 43 procent av pojkarna når aktivitetsmålet, jämfört med endast 23 procent av flickorna.

Vidare visade undersökningen att fysiska aktivitets-

nivåer också är kopplade till föräldrars utbildningsnivå. Barn till föräldrar med högre utbildning tenderar att vara mer aktiva, en skillnad som är mest framträdande bland flickor. För dessa ungdomar innebär ett större engagemang från föräldrarna ofta högre aktivitetsnivåer. Stillasittandet är ett annat problem, då både pojkar och flickor i genomsnitt är stillasittande över 10 timmar per dag, vilket motsvarar cirka 75-77 procent av hela dygnet. Detta stillasittande ökar dessutom med åldern, vilket gör att äldre ungdomar tillbringar ännu mer tid framför skärmar och i passiva aktiviteter.

För att förbättra dessa siffror och få ungdomar att röra sig mer krävs insatser från många aktörer, och det är särskilt viktigt att fokusera på de äldre ungdomarna. Fysisk aktivitet har stora hälsofördelar, både på kort och lång sikt, och det är avgörande att de fysiska aktivitetsnivåerna höjs för att motverka framtida hälsoproblem.

#### 5.5. En svensk handlingsplan för att främja hälsa och förebygga barnobesitas

I EU:s cancerplan nämns behov av utvärdering och uppföljning av Kommissionens EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. I Sverige har det länge diskuterats behov av en nationell handlingsplan mot obesitas hos vuxna och en särskild plan för barn med obesitas. Det finns i dagsläget inte.

## Sakfråga: Luftkvalitet

### Urval av målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

- Anpassa EU:s luftkvalitetsnormer bättre till WHO:s riktlinjer.

### Kommitténs bedömning

Sverige efterlever i stort gränsvärdena för luftkvalitet på EU-nivå, men ej de på WHO-nivå. EU har inte heller anpassat sina normer till WHO:s vilket på sikt är målsättningen. För att säkerställa en förbättrad luftkvalitet anser kommittén att det krävs åtgärder för mer hållbara transporter, minskade utsläpp från industrin, mer hållbar uppvärmning, minskad dubbdäcksanvändning samt andra lämpliga åtgärder för att uppnå gällande gränsvärden för utsläpp.

### Underlag för bedömning

Som underlag för sin bedömning har kommittén tittat på statistik över svensk luftkvalitet i förhållande till EU:s luftkvalitetsnormer och WHO:s luftkvalitetsriktlinjer samt sett över införlivande av EU-lagstiftning och implementeringen av WHO:s luftkvalitetsriktlinjer i Sverige.

### 6.1. Luftkvalitet och cancer

PM10 och PM2,5 är båda små partiklar i luften som kan påverka luftvägarna och hälsan, men de kommer från olika källor och påverkar kroppen på olika sätt. Världshälsoorganisationen (WHO) klassificerar båda som betydande hälsorisker. PM10, som är större (upp till 10 mikrometer), kommer främst från trafik, byggarbete, industriella processer och förbränning av bränslen. Dessa partiklar kan orsaka irritation i luftvägarna och förvärra symptom hos personer med astma eller andra lungsjukdomar. Långvarig exponering för PM10 har även kopplats till en ökad risk för lungcancer. PM2,5, som är ännu mindre (upp till 2,5 mikrometer), kommer ofta från dieselmotorer, förbränning av fossila bränslen och skogsbränder. Eftersom de är så små kan de tränga djupt ner i lungorna och till och med in i blodomloppet, vilket gör dem farligare. PM2,5 har kopplats till allvarliga hälsoproblem som hjärt- och lungsjukdomar, stroke, och även en ökad risk för lungcancer. Både PM10 och PM2,5 bär med sig farliga ämnen som kan orsaka cellskador, men PM2,5 är särskilt skadliga på grund av sin förmåga att tränga djupare in i kroppen.<sup>48</sup>

Data från Air Quality Life Index visar att om världen permanent minskade föroreningen av fina partiklar för

Förorening	Nytt gränsvärde [tillåtna överskridanden]	Miljö kvalitetsnorm [tillåtna överskridanden]	Miljömål [tillåtna överskridanden]	WHO:s riktvärden [tillåtna överskridanden]
PM10	20 µg/m <sup>3</sup> (år)	40 µg/m <sup>3</sup> (år)	15 µg/m <sup>3</sup> (år)	15 µg/m <sup>3</sup> (år)
	45 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [18 dygn]	50 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [35 dygn]	30 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [35 dygn]	45 µg/v (dygn) [3-4 dygn]
PM2,5	10 µg/m <sup>3</sup> (år)	25 µg/m <sup>3</sup> (år)	10 µg/m <sup>3</sup> (år)	5 µg/m <sup>3</sup> (år)
	25 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [18 dygn]	-	25 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [3 dygn]	15 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [3-4 dygn]
Kvävedioxid	20 µg/m <sup>3</sup> (år)	40 µg/m <sup>3</sup> (år)	20 µg/m <sup>3</sup> (år)	10 µg/m <sup>3</sup> (år)
	50 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [18 dygn]	60 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [7 dygn]	-	25 µg/m <sup>3</sup> (dygn) [3-4 dygn]
	200 µg/m <sup>3</sup> (timme) [3 timmar]	200 µg/m <sup>3</sup> (timme) [18 timmar] 90 µg/m <sup>3</sup> (timme) [175 timmar]	60 µg/m <sup>3</sup> (timme) [175 timmar]	200 µg/m <sup>3</sup> (timme)
Bens(a)pyren	1,0 ng/m <sup>3</sup> (år)	1 ng/m <sup>3</sup> (år)	0,1 ng/m <sup>3</sup> (år)	0,12 ng/m <sup>3</sup> (a) (år) 0,012 ng/m <sup>3</sup> (b) (år)
Kolmonoxid	10 mg/m <sup>3</sup> (8-timmarsmedel)	10 mg/m <sup>3</sup> (8-timmarsmedel)	-	10 mg/m <sup>3</sup> (8-timmarsmedel)
	4 mg/m <sup>3</sup> (dygn) [18 dygn]			4 mg/m <sup>3</sup> (dygn) [3-4 dygn]



att uppfylla WHO:s riktlinjer, skulle den genomsnittliga livslängden öka med 2,3 år per person. Sammanlagt skulle detta resultera i 17,8 miljarder sparade levnadsår globalt.<sup>49</sup> Nordiska studier visar att dödstalen relaterade till PM2,5 och ozon var högst i Danmark och lägst på Island. Under 2015 varierade antalet dödsfall per miljon från 8 500 till 11 400 för PM2,5 och från 230 till 260 dödsfall för ozon i de fem nordiska länderna.<sup>50</sup>

Kvävedioxid (NO<sub>2</sub>) är en luftförorening som påverkar både luftvägar och hjärta. Långvarig exponering har kopplats till ökad risk för lungsjukdomar, och även en ökad risk för lungcancer. Kvävedioxid kan bidra till inflammation i lungvävnader och försvaga kroppens försvar mot skadliga ämnen. Den interagerar också med andra föroreningar i luften, vilket kan främja cancerframkallande processer. Dessutom kan kvävedioxid bidra till bildandet av sekundära partiklar, såsom PM2,5, som är starkt kopplade till lungcancer. WHO har klassificerat kvävedioxid som en riskfaktor för cancer. Enligt Karolinska Institutet finns inga direkta bevis för att kvävedioxid är cancerframkallande, men exponering har kopplats till toxiska effekter på lungor och luftvägar.<sup>51</sup>

## 6.2. Svensk luftkvalitet i förhållande till EU:s luftkvalitetsnormer

Det nya EU-direktivet innebär skärpta gränsvärden för flera luftföroreningar och kräver större insatser för att minska PM10 och andra farliga partiklar. Sverige har fram till 2026 att rapportera enligt de nya reglerna och kan vid behov ansöka om förlängda tidsfrister till 2035 eller 2050.

Sverige lever i stort sett upp till EU:s nuvarande luftkvalitetsnormer, men det finns undantag. Gällande de nya gränsvärdena så är det sannolikt svårast för Sverige att uppfylla gränsvärdena för PM10 vilket kan innebära krav på nya åtgärdsprogram i ett antal kommuner i Sverige.

Huvudproblemet är dubbdäcksanvändningen och vägdam. De tidigare gränserna tillät högst 35 dagar per år med PM10-koncentrationer över 50 µg/m<sup>3</sup>, men detta har skärpts till 18 dagar per år i det nya direktivet. För vissa områden, såsom Visby och Östersund, har dessa nya krav skapat ytterligare utmaningar. År 2022 var ett ogynnsamt år på grund av höga halter partikel-damm, vilket visar att arbetet med att minska luftföroreningar måste intensifieras.

Gällande EU:s nya gränsvärden för PM2,5 uppfylls dessa redan idag i Sverige. WHO:s riktvärden överskrids dock vid ett antal stationer.

## 6.4. Svensk luftkvalitet i förhållande till WHO:s luftkvalitetsriktlinjer

Trots att Sverige har god luftkvalitet jämfört med många andra länder, överskrids WHO:s strängare riktlinjer på

flera platser, särskilt i städer som Uppsala, Borås och längs stora trafikleder. De farligaste partiklarna, PM2,5, är fortsatt ett problem, även om halterna har minskat avsevärt under de senaste 20 åren. En studie som undersökte exponering för PM2,5, PM10 och kväveoxider (NO<sub>x</sub>, NO<sub>2</sub>) i svenska storstadsområden mellan 2000 och 2018 visade att luftföroreningsexponeringen minskade avsevärt, från ett befolkningsvägt medelvärde för PM2,5 på 12,2 µg/m<sup>3</sup> år 2000 till 5,4 µg/m<sup>3</sup> år 2018. Denna minskning i exponeringen beräknades vara kopplad till en årlig minskning av 2 719 förtida dödsfall. Trots dessa förbättringar visade studien att en betydande del av befolkningen i de modellerade områdena, 65 procent för PM2,5, 8 procent för PM10 och 42 procent för NO<sub>2</sub>, fortfarande var exponerad för nivåer som överskrider WHO:s riktlinjer för årlig genomsnittsexponering.

Vidare visar forskningen att sambanden mellan luftföroreningar och mortalitet blir starkare per enhet när mätvärdena är lägre. Det vill säga, en liten sänkning av luftföroreningsnivåerna i länder som Sverige, där luftkvaliteten redan är relativt god, kan ge större relativa hälsofördelar än motsvarande minskning i länder med mycket höga nivåer av föroreningar. Detta innebär att även små insatser för att minska föroreningarna där nivåerna redan är låga, som i Sverige, kan ha stor positiv effekt på folkhälsan.

## 6.5. Införlivande av EU-lagstiftning och implementering av WHO:s riktlinjer i Sverige

Regeringen har nyligen påbörjat arbetet med att anpassa svensk lagstiftning till det nya EU-direktivet. En utredning pågår för att identifiera nödvändiga författningsändringar, och slutredovisningen väntas i november 2025. WHO:s riktlinjer är ännu inte bindande i Sverige, men EU:s nya direktiv har anammat en strategi som ligger närmare WHO:s stegvisa plan. Att fullt ut implementera WHO:s riktlinjer skulle kräva betydande insatser inom bland annat trafik, industri och vedeldning. Exempelvis skulle minskad användning av dubbdäck och fortsatt elektrifiering av transportsektorn kunna ge stora förbättringar.

Ett effektivt samarbete över landsgränser är också avgörande, eftersom luftföroreningar sprids långa sträckor. Initiativ som FLEACE, där kommuner nära gränsvärden utvecklar förebyggande strategier, kan spela en viktig roll. Kommunerna har även ett ansvar att förbättra information till medborgare och åtgärda lokala utsläppskällor som trafik och vedeldning. Med tanke på den dokumenterade kopplingen mellan luftföroreningar och hälsoproblem, inklusive lungcancer, är det tydligt att ytterligare arbete krävs för att skydda folkhälsan. Sverige har en unik möjlighet att gå i bräschen för implementeringen av skärpta standarder och avancerad hälsomodellering för att förebygga förtida dödsfall och kroniska sjukdomar.

# Tidig upptäckt

## Sakfråga: Screening

### Målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

#### Flaggskeppsinitiativ

- 90 procent av målgruppen erbjuds screening för bröstcancer, livmoderhalscancer och tjock- och ändtarmscancer.

#### Övriga initiativ/insatser

- Uppdatera EU-rådets rekommendation om cancerscreening.

#### Kommitténs bedömning

Sverige lever upp till målsättningen att 90 procent av befolkningen ska erbjudas screening för bröstcancer och livmoderhalscancer, och är på väg att göra det även för tjock- och ändtarmscancer. Det är mycket positivt. När det gäller tjock- och ändtarmscancer har dock införandet skett med mycket olika takt i regionerna. Det skiljer drygt tolv år mellan den region som införde programmet tidigast och den region som planerar att göra det sist, vilket är år 2026. Kommittén anser inte att det rimligt att tidig upptäckt av cancer ska vara beroende av var du är bosatt, och menar därför att staten ska ge ett bemyndigande till en nationell myndighet att utfärda bindande reglering, samt finansiera screeningsprogrammen.

Kommittén anser emellertid inte att det är tillräckligt att en stor andel av befolkningen erbjuds screening. Avgörande i praktiken är i stället hur många

som faktiskt deltar i screeningen. Kommittén har därför även valt att sammanställa data om faktiskt deltagande i screening, som ett komplement till cancerplanens indikatorer. Av siffrorna kan konstateras att skillnader i deltagande i screeningprogrammen är väldigt stora både mellan och inom regioner samt mellan olika socioekonomiska grupper. Vissa grupper deltar dessutom i lägre utsträckning. Detta gäller exempelvis utrikesfödda kvinnor och kvinnor med psykisk funktionsnedsättning som deltar i bröstcancerscreening mindre än andra. Ett tydligare bemyndigande för en nationell myndighet att utfärda bindande reglering, som kommittén föreslår, möjliggör mer enhetliga metoder och arbetssätt för att med kallelser nå grupper som genomgår screening i mindre utsträckning än andra. Det skulle emellertid inte vara hela lösningen utan större uppmärksamhet på skillnaderna och samverkan mellan offentliga och privata aktörer för att nå alla grupper kommer alltid att krävas.

#### Underlag för bedömning

Som underlag för sin bedömning har kommittén tittat på andelen som bjuds in till screening för livmoderhalscancer, bröstcancer och tjock- och ändtarmscancer samt deltagandet i dessa screeningprogram. Kommittén har även analyserat tillgången till screening för tjock- och ändtarmscancer utifrån antalet regioner som har fullständigt implementerat programmet samt granskat täckningsgraden i mammografiregistret.

### 7.1. Deltagande i screeningprogram för bröstcancer

I Cancerfondens screeningrapport från hösten 2024 redovisas deltagande i mammografi, HPV-testning och tjock- och ändtarmsscreening på regionnivå. För mammografi och tjock- och ändtarmsscreening visas även skillnad inom regionerna genom att redovisa statistik för kommun med högst respektive lägst deltagande.<sup>52</sup>

Under perioden 2022-2023 deltog cirka fyra av fem kvinnor i Sverige i mammografiscreening. På nationell nivå uppgick deltagandet till 78 procent, men variationen mellan kommunerna var stor. Kommunen med lägst deltagande hade 63 procent, medan den med högst

hade 91 procent, en skillnad på 28 procentenheter.

Skillnader sågs även på regional nivå. Regioner som Blekinge, Halland, Jämtland Härjedalen, Jönköping, Västerbotten och Västernorrland hade generellt höga genomsnittsnivåer, där andelen kvinnor som deltog i screening ofta låg runt 85 procent. I Blekinge och Halland var skillnaderna mellan kommunerna små, endast fyra procentenheter. Liknande mönster sågs i Västerbotten och Västernorrland, där deltagandet var jämnt fördelat mellan kommunerna. I vissa regioner var däremot skillnaderna mellan kommunerna mer framträdande. I Uppsala varierade deltagandet från 63 procent i den kommun med lägst andel till 85

	Deltagande totalt 2022-2023	Lägsta kommun	Högsta kommun	Skillnad
RIKET	78%	63%	91%	28
Blekinge	87%	86%	90%	4
Dalarna	80%	76%	84%	8
Gotland	85%	-	-	-
Gävleborg	82%	77%	87%	10
Halland	86%	86%	89%	4
Jämtland Härjedalen	84%	80%	86%	6
Jönköping	85%	84%	88%	4
Kalmar	82%	73%	85%	12
Kronoberg	80%	69%	83%	13
Norrbottnen	82%	70%	86%	16
Skåne	82%	77%	91%	14
Stockholm	78%	70%	85%	16
Södermanland	78%	69%	81%	13
Uppsala	82%	63%	85%	22
Värmland	83%	77%	89%	13
Västerbotten	85%	82%	87%	6
Västernorrland	85%	83%	87%	3
Västmanland	80%	75%	82%	7
Västra Götaland	84%	76%	91%	15
Örebro	81%	67%	83%	16
Östergötland	82%	70%	84%	14

procent i den med högst – en skillnad på 22 procentenheter. Även i Stockholm och Örebro var variationen tydlig, med skillnader på 16 procentenheter mellan kommunerna med lägst respektive högst deltagande. Det visar att deltagandet kan variera avsevärt inom en och samma region.

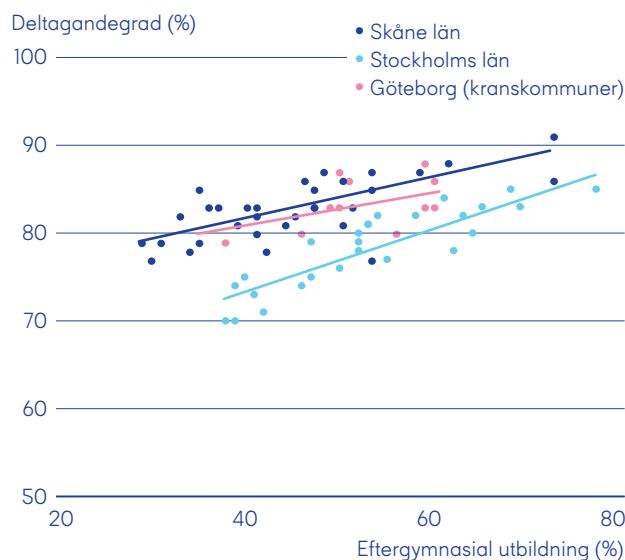
De större regionerna Skåne och Västra Götaland låg nära riksgenomsnittet, med genomsnittliga deltagandesiffror på mellan 82 och 84 procent. Skillnaderna mellan kommunerna inom dessa regioner var dock tydliga; i Skåne var deltagandet i den mest engagerade kommunen 14 procentenheter högre än i den med lägst deltagande. Västra Götaland visade en liknande spridning med en skillnad på 15 procentenheter.

Kalmar och Kronoberg är ytterligare exempel på regioner där variationen mellan kommunerna var märkbar. I Kalmar deltog 73 procent i den kommun med lägst deltagande, jämfört med 85 procent i den med högst, vilket innebar en skillnad på 12 procentenheter. Kronoberg hade en liknande spridning med en skillnad på 13 procentenheter mellan kommunerna.

En observation är att regioner med liknande genomsnittligt deltagande kan ha olika grad av intern variation. Till exempel har Västerbotten och Västra

Götaland båda genomsnittliga deltagandesiffror på cirka 84 procent, men skillnaden mellan kommunerna är betydligt mindre i Västerbotten (6 procentenheter)

**Skillnader i mammografideltagande 2022/2023 mellan kommuner i storstadsregioner baserat på utbildningsnivå. Bild från Cancerfondens rapport Nationell styrning för ökad jämlikhet.**



jämfört med Västra Götaland (15 procentenheter). Detta kan peka på att organisatoriska faktorer eller lokala initiativ spelar en roll.

Förutom det ojämna deltagande mellan regionerna ser vi skillnader även inom regionerna, för samtliga screeningprogram. Inkomst- och utbildningsnivå såväl som var du är född är några av de faktorer som påverkar deltagandet. Även dessa skillnader har legat fast sedan 2019. Särskilt tydligt är det att de socioekonomiskt betingade skillnaderna kvarstår, exempelvis inom mammografideltagandet i Stockholm där det totala deltagandet gått upp. Samma skillnader ser vi också i tarmcancerscreeningen.

En ytterligare aspekt av ojämlikhet som bör beaktas är deltagandet i mammografi bland kvinnor med funktionshinder. Enligt Socialstyrelsens lägesrapport "Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning" är överdödligheten vid bröstcancer högre bland denna grupp. Risken för dödlighet är fem gånger högre bland bröstcancerpatienter med insatser enligt LSS (främst intellektuell funktionsnedsättning och autism) och mer än sex gånger högre bland de med insatser enligt SoL (främst psykisk funktionsnedsättning). Vidare är det vanligare att kvinnor med insatser enligt LSS eller SoL får sin bröstcancerdiagnos i stadie 3 eller 4. Detta är troligen en bidragande orsak till den högre dödligheten vid bröstcancer för dessa grupper.

I ett tidigare uppdrag har företrädare för mammografi-verksamhet gett en bild av att personer med psykisk, intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning generellt är svåra att nå och att det är en utmaning för verksamheten att kallelser skickas till kvinnor grundat på befolkningsregistret utan kännedom om kvinnan och hennes hälsotillstånd. Företrädarna för verksamheterna menar också att målgruppen kan sakna motivation och i vissa fall kanske inte heller förstår vikten av undersökningen. Socialstyrelsen lyfter samtidigt att många personer med insatser enligt SoL och LSS bor på särskilda boenden, där personal skulle kunna stötta vid mammografiundersökningar. Patient- och brukarorganisationer framhåller behovet av anpassad information för personer med exempelvis intellektuell funktionsnedsättning, som lättläst material om både mammografi och behandling av bröstcancer.<sup>53</sup>

## 7.2. Deltagande i screeningprogram för livmoderhalscancer

Siffrorna för HPV-test avser täckningsgrad och inte deltagandegrad. Det framgår alltså inte från siffrorna om kvinnorna kommit på sin kallelse eller inte, utan siffran visar andel kvinnor i målgruppen som tagit HPV-test inom rekommenderat tidsintervall.

HPV-prov, 2023	
Region	Andel (%)
RIKET	78
Blekinge	77
Dalarna	86
Gotland	78
Gävleborg	66
Halland	84
Jämtland	64
Jönköping	83
Kalmar	82
Kronoberg	62
Norrbottn	65
Skåne	83
Stockholm	79
Södermanland	71
Uppsala	69
Värmland	89
Västerbotten	65
Västernorrland	71
Västmanland	85
Västra Götaland	76
Örebro	89
Östergötland	75

Täckningsgraden för livmoderhalscancerscreening med HPV-prov varierar betydligt mellan regionerna. Genomsnittet för hela landet ligger på knappt åtta av tio kvinnor. Flera regioner når dock betydligt högre nivåer än genomsnittet. Exempelvis har både Örebro och Värmland högst täckningsgrad med nästan nio av tio kvinnor testade, tätt följt av Dalarna och Västmanland där täckningsgraden är mycket nära detta. Regioner som Halland, Skåne, Jönköping och Kalmar ligger också högt, med över fyra av fem kvinnor som har genomfört testet.

I kontrast till detta visar vissa regioner betydligt lägre täckningsgrad. Jämtland och Kronoberg har lägst täckningsgrad, där andelen kvinnor som har genomfört testet är närmare sex av tio. Västerbotten, Norrbotten och Gävleborg ligger strax över dessa nivåer, med ungefär två tredjedelar av kvinnorna testade. Även i Uppsala är täckningsgraden under riksgenomsnittet. Det skiljer sig alltså 27 procentenheter mellan regionen med högst respektive lägst täckningsgrad.

En annan faktor som påverkar deltagande i livmoderhalscancerscreening är kvinnor med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning. Liksom inom andra typer av cancerrelaterade screeningprogram, är deltagandet bland dessa kvinnor lägre än populationen i stort.

Studier och myndighetsrapporter har visat att personer med psykisk sjukdom (till exempel bipolär sjukdom, schizofreni och andra psykostillstånd) eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, ofta har lägre deltagande i screeningprogram och drabbas av högre dödlighet.<sup>54</sup> En nyligen publicerad studie från Karolinska Institutet, finansierad av Cancerfonden, visade att kvinnor som inom specialistvården diagnosticerats med psykisk sjukdom, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller substansmissbruk deltar mer sällan i gynekologisk cellprovtagning och har mer än fördubblad risk att drabbas av sjukdomen.<sup>55</sup>

Flera regioner har infört medicinska riktlinjer om att erbjuda årliga hälsosamtal och somatiska kontroller för patienter med långvarig psykisk sjukdom som bland annat berör deltagande i screeningprogram. Det saknas ännu fullständig statistik på hur många cancerfall som upptäcks genom dessa hälsosamtal, men flera nationella och regionala kunskapsstöd pekar dock på att denna metod kan bidra till att minska förtida dödlighet i cancer och andra sjukdomar hos denna patientgrupp.<sup>56, 57</sup> Västra Götalandsregionen var först med att införa denna riktlinje 2016, och idag finns liknande riktlinjer i bland annat Skåne och Stockholm.<sup>58</sup>

### 7.3. Deltagande i screeningprogram för tjock- och ändtarmscancer

Eftersom alla regioner nu har börjat implementera screening för änd- och tjocktarmscancer har det totala antal personer som deltar i screening ökat mellan 2019 och 2023. Samtidigt har andelen av de inbjudna som faktiskt deltar minskat. Av de personer som blev inbjudna till screening deltog ungefär två av tre, sett till hela landet. Samtidigt fanns tydliga geografiska skillnader i deltagandet. När man jämför regionerna som helhet varierade andelen deltagare från 59 procent i Norrbotten till 73 procent i Gotland – en skillnad på 14 procentenheter. Skillnaderna var ännu större mellan enskilda kommuner. Deltagandet varierade där från 47 procent i den kommun med lägst andel till 73 procent i den med högst, vilket innebär en skillnad på 26 procentenheter.

I Stockholm var det genomsnittliga deltagandet 68 procent. Mellan kommunerna i regionen varierade deltagandet från 61 till 73 procent – en skillnad på 12 procentenheter. Även i andra regioner fanns tydliga skillnader mellan kommunerna. I Östergötland var det genomsnittliga deltagandet 64 procent, medan deltagandet i enskilda kommuner varierade från 57 till 71 procent. Det innebär att den kommun med högst deltagande hade nästan en fjärdedel högre andel än

Deltagande, båda könen, år 2023, per region och kommun				
Region	Totalt deltagande	Lägsta kommun	Högsta kommun	Skillnad högsta-lägsta
RIKET	64%	47%	73%	26
Blekinge	63%	62%	63%	1
Dalarna	68%	64%	73%	9
Gotland	73%	-	-	
Gävleborg	65%	57%	69%	12
Halland	62%	59%	65%	6
Jämtland Härjedalen	62%	52%	67%	15
Jönköping	63%	61%	63%	2
Kalmar	61%	56%	63%	7
Kronoberg	61%	47%	63%	16
Norrbotten	59%	49%	63%	14
Skåne	61%	54%	66%	12
Stockholm	68%	61%	73%	12
Södermanland	64%	61%	66%	5
Uppsala	60%	54%	63%	9
Värmland	62%	54%	67%	13
Västerbotten	63%	55%	66%	11
Västernorrland	61%	54%	64%	10
Västmanland	61%	53%	62%	9
Västra Götaland	64%	57%	65%	8
Örebro	62%	51%	64%	13
Östergötland	64%	58%	71%	13



Deltagande fördelat på kön			
Region	Kvinnor deltagande 2023	Män deltagande, 2023	Skillnad män-kvinnor
RIKET	68%	61%	7%
Blekinge	67%	59%	8%
Dalarna	72%	64%	8%
Gotland	74%	71%	3%
Gävleborg	69%	62%	7%
Halland	66%	58%	8%
Jämtland Härjedalen	68%	56%	12%
Jönköping	67%	60%	7%
Kalmar	65%	57%	8%
Kronoberg	65%	57%	8%
Norrbottn	62%	55%	7%
Skåne	63%	58%	5%
Stockholm	70%	65%	5%
Södermanland	68%	61%	7%
Uppsala	63%	57%	6%
Värmland	67%	58%	9%
Västerbotten	67%	59%	8%
Västernorrland	67%	56%	11%
Västmanland	64%	57%	7%
Västra Götaland	68%	60%	8%
Örebro	65%	59%	6%
Östergötland	68%	61%	7%

den med lägst. I Kronoberg var variationen ännu större, med 47 procent i den kommun med lägst deltagande och 63 procent i den med högst – en skillnad på 16 procentenheter, vilket är den största av alla redovisade regioner. Därefter följer Jämtland Härjedalen, med en skillnad på 15 procentenheter mellan kommunerna med lägst respektive högst deltagande.

I andra regioner, som Blekinge, Västmanland och Jönköping, var skillnaden mellan kommunerna mycket liten, ofta endast 1-2 procentenheter. Det indikerar att deltagandet är jämnare fördelat i dessa områden, vilket kan vara ett resultat av lokala insatser för att engagera och uppmuntra deltagande.

Generellt sett deltog en större andel kvinnor än män i screeningprogrammet, men skillnaderna mellan könen varierade beroende på region. På riksnivå var deltagandet bland kvinnor 68 procent, medan det bland män var något lägre, 61 procent. Detta innebär att kvinnor generellt sett deltog i högre grad än män i screeningprogrammet. Den största skillnaden mellan könen återfanns i regioner som Västernorrland, Jämtland och Västerbotten, där deltagandet bland kvinnor var omkring 10 procent högre än bland män. Exempelvis deltog 67 procent av kvinnorna i

Västerbotten, medan endast 59 procent av männen deltog. Liknande skillnader ses i Västernorrland, där 67 procent av kvinnorna deltog jämfört med endast 56 procent av männen. Det finns också regioner där skillnaderna mellan kön är mindre markanta. I Östergötland och Jönköping var skillnaden mellan kvinnor och män relativt liten, med en skillnad på endast 6-7 procent. I dessa regioner var deltagandet bland kvinnor 68 procent, medan männen deltog till 61-62 procent.

De regioner där deltagandet bland kvinnor var högst var Gotland och Dalarna, där 74 procent respektive 72 procent av kvinnorna deltog i screeningprogrammet. För männen var Gotland också en av de regioner med högst deltagande, där 71 procent deltog, vilket var en av de största skillnaderna mellan könen. Här var kvinnor överrepresenterade med endast en marginell skillnad mellan könen. Å andra sidan var Norrbotten den region där minst andel kvinnor deltog i screeningprogrammet, med endast 62 procent av kvinnorna som deltog. Bland männen i Norrbotten var deltagandet ännu lägre, med endast 55 procent, vilket var det lägsta deltagandet för både kvinnor och män i hela landet.

Implementeringsplan screening tjock och ändtarmscancer, version 2023-09-25				
2026	Start	Antal årskullar	Födelseår	Planerat fullt utbyggt år:
Stockholm + Gotland	2008/2009	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Dalarna	2021	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Skåne	2021	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Örebro	2021	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Östergötland	2021	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Västra Götaland	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Norrbottnen	2022	8/60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2026
Värmland	2022	8/60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2024
Jönköping	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2026
Gävleborg	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Sörmland	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2024
Västernorrland	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2026
Blekinge	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Västmanland	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2026
Västerbotten	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Jämtland/Härjedalen	2022	8/60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2026
Uppsala	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2026
Kalmar	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2025
Kronoberg	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2026
Halland	2022	8 /60-74	1952, 1954, 1956, 1958, 1960, 1962, 1964, 1966	2026

#### 7.4. Tillgång till screeningprogram för tjock- och ändtarmscancer

Införandet av nya screeningprogram i regionerna går långsamt, vilket skapar ojämlikheter i vården. Socialstyrelsen ansvarar för att ge rekommendationer om nationella screeningprogram för att främja en jämlik vård, men dessa är inte bindande. Regionerna är enligt lag skyldiga att erbjuda avgiftsfri screening för livmoderhalscancer och bröstcancer, men inte för tjock- och ändtarmscancer, vilket gör att införandet varierar mellan regionerna.

Skillnaderna mellan regionerna blir särskilt tydliga vid införandet av nya screeningprogram. Exemplet med tarmcancerscreening visar att det kan ta upp till tolv år från Socialstyrelsens rekommendation 2014 till att programmet är fullt utbyggt i hela landet 2026. Region Stockholm och Gotland införde screening för tjock- och ändtarmscancer redan 2008, medan övriga regioner började först 2021 eller 2022. Västra Götalandsregionen beräknas bli sist med att fullt ut implementera programmet under 2026. Enligt implementeringsplanen från 2023 (se tabell ovan) skulle det skett 2025.<sup>59</sup> På grund av regionens storlek kommer Sverige sannolikt inte att uppnå målet i EU:s cancerplan om att erbjuda screening för tjock- och ändtarmscancer till 90 procent av befolkningen till 2025.

#### 7.5. Täckningsgrad mammografiregister

Det nationella kvalitetsregistret för mammografi-screening (NKM) startade år 2020.<sup>60</sup> Kvalitetsregistret omfattar kvinnor i åldern 40–74 år som bjuds in till mammografiscreening och innehåller bröststradiologiska uppgifter för hela processen – från inbjudan och deltagande till screeningresultat och vidare utredning vid behov. Totalt ingår 2,1 miljoner kvinnor i målgruppen, och för att hantera den stora mängden data har en lösning utvecklats som möjliggör automatisk överföring av information från mammografienheternas journalsystem till registret. Detta eliminerar behovet av manuell registrering. Anslutning till registret sker på regionnivå vilket innebär att för en ansluten region blir täckningsgraden i det närmaste 100 procent.

På RCC:s webbsida för register uppges att enbart tre regioner, Västmanland, Värmland och Västernorrland är anslutna, men att flera regioner arbetar för närvarande aktivt med att ansluta till registret. I en intervju med registerhållaren Eric Arelöf i Sveriges Radio i november 2024 uppgav han att regioner som ej anslutit uppgett att det hade delvis tekniska men också ekonomiska skäl. Vidare uppskattade han att ungefär hälften av regionerna beräknades vara anslutna till registret vid årsskiftet 2024/2025.<sup>61</sup>

# Diagnos och behandling

## Målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

EU:s cancerplan betonar vikten av jämlik tillgång till högkvalitativ diagnostik och behandling inom cancervården. Planen lyfter fram behovet av specialiserade cancercentrum, multidisciplinära vårdteam och tillgång till innovativa behandlingar. Ett centralt initiativ är inrättandet av ett EU-nätverk som kopplar samman nationella cancercentrum för att främja kunskapsutbyte och kvalitetssäkring. Planen påtalar vikten av utbildning och kompetenshöjning av vårdpersonal, utveckling av precisionsmedicin samt förbättrad tillgång till cancerläkemedel. Genom samarbete inom forskning och digital teknik strävar EU efter att stärka diagnostik, behandling och individanpassad vård för cancerpatienter.

## Kommitténs bedömning

Kommittén konstaterar att de kvantitativa målen i EU:s cancerplan är vaga, men att det krävs kraftfulla åtgärder för att uppnå den övergripande visionen om en jämlik och kvalitativ cancer-vård i Sverige. Idag finns stora skillnader mellan regionerna när det gäller väntetider för diagnos och behandling.

Det behövs ett samlat nationellt arbete, i linje med det förslag på en uppdaterad cancerstrategi som nyligen lämnats till regeringen. Kommittén menar att en sådan strategi måste kompletteras med en tydlig färdplan, klart ansvar för olika aktörer och en tidsatt uppföljning.

Det är också viktigt att primärvården, som ofta upptäcker cancer, får rätt förutsättningar och att tillgängligheten förbättras. Det handlar bland annat om att skapa möjlighet till fast läkarkontakt för fler invånare samt att utveckla teambaserade arbets-sätt där olika professioners kunskap tas tillvara och tillgång till förbättrade metoder för tidig upptäckt.

Kommittén anser att uppföljning av nationellt högspecialiserad vård i framtiden är viktig ur en jämlikhetsaspekt. Kommittén konstaterar dock att underlag idag inte finns för sådan bedömning. Slutligen bedömer kommittén att det behövs en lösning för de juridiska och tekniska hinder som idag fördröjer delning av bildiagnostik mellan regionerna. För att underlätta samarbete och konsultationer över gränser och påskynda diagnostiska processer krävs en gemensam nationell infrastruktur och en tydlig juridisk tolkning av datadelning.

## Underlag för bedömning

Som underlag för sin bedömning har kommittén granskat den nationella satsningen på genomikbaserad precisionsdiagnostik och precisionsmedicin. Genomic Medicine Sweden (GMS), samt riktlinjer och statistik över läkartillgången i primärvården och vårdgivares möjlighet att dela patientdata.

## 8. Riktvärden för läkare i primärvården

Primärvården spelar en viktig roll för att upptäcka cancer. Verksamheten måste därför ha rätt förutsättningar. Socialstyrelsen har beslutat om ett riktvärde på 1 100 listade patienter per läkare i primärvården men få regioner lever upp till det.<sup>62</sup> Endast en av fyra svenskar har en fast läkare. Flera regioner har dock beslutat om listningstak och åtgärder för att nå detta.<sup>63</sup> Det är ett arbete som måste fortsätta. Det är även viktigt att utveckla teambaserade arbetssätt där olika professioner inom primärvården tas till vara. Här krävs en fortsatt omställning mot en god och nära vård. Det behöver också finnas lättillgängliga kanaler för konsultation mellan primärvården och andra specialistverksamheter som är relevanta för diagnosticering och behandling av cancer.

## 9. Tillgång till nationell högspecialiserad vård

En jämlik tillgång till den mest krävande cancervården är en viktig kvalitetsparameter. Sedan 2018 har Socialstyrelsen uppdraget att besluta om vilka områden som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och var den ska bedrivas. Kommittén har granskat den uppföljning som hittills gjorts av vården men konstaterar att uppföljning av jämlikhet ännu inte är möjlig då det rör sig om sällsynta diagnoser med få fall. Kommittén har även granskat RCC:s redovisning av den vård som var nationellt nivåstrukturerad innan Socialstyrelsens uppdrag men konstaterat att underlaget inte är användbart för bedömning tillsammans med Socialstyrelsens nuvarande uppföljning.

## 10. Antal cancerpatienter nationellt diagnosticerade genom genomsekvensering/precisionsmedicinsk teknik

EU:s cancerplan lyfter fram gensekvensering, även kallat NGS (next generation sequencing), som en nyckelkomponent i utvecklingen av precisionsmedicin och individanpassad vård för cancerpatienter. Planen betonar vikten av att förbättra tillgången till avancerad diagnostik och innovativa behandlingsmetoder inom hela EU, för att minska ojämlikheter i cancervården mellan medlemsländerna. Mot bakgrund av detta blir det allt viktigare att analysera hur gensekvensering används i Sverige, vilka möjligheter och utmaningar som finns samt hur vi kan säkerställa att tekniken implementeras på ett sätt som gynnar både patienter och vården.

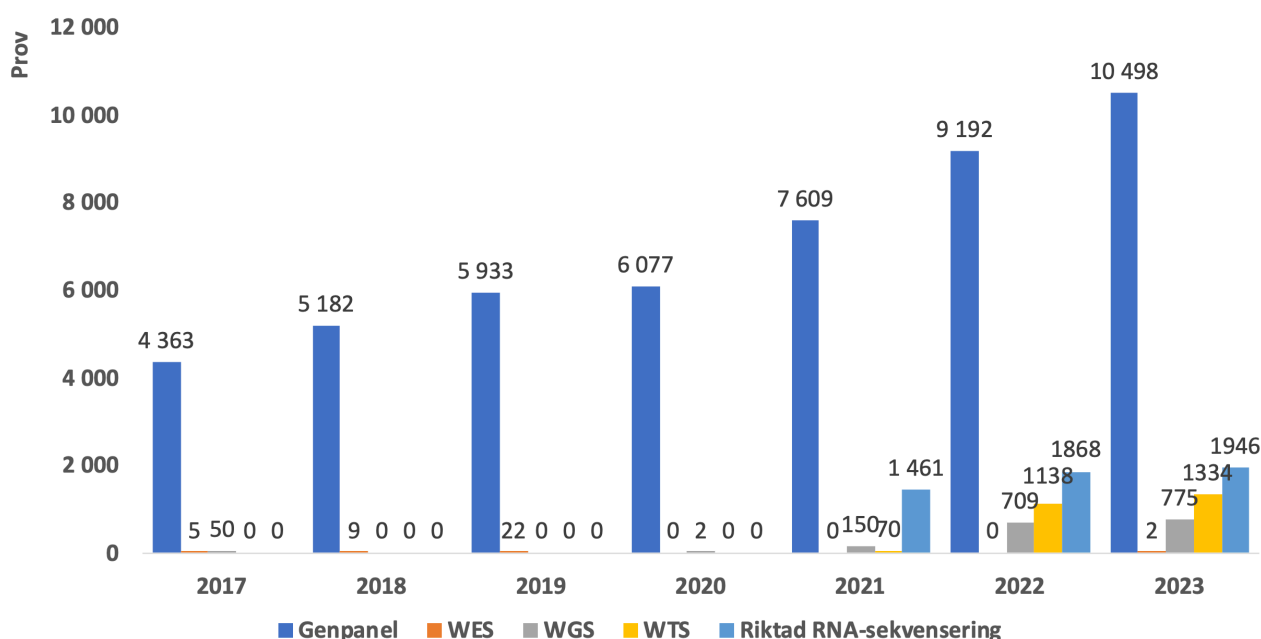
Genomic Medicine Sweden (GMS) är en nationell satsning i Sverige som fokuserar på genomikbaserad precisionsdiagnostik och precisionsmedicin. Initiativet startade 2017 och innebär ett samarbete mellan de sju universiteterna med medicinska fakulteter och de sju regionerna som ansvarar för universitetssjukvård. Sverige har en ambition att vara ledande när det gäller att införa precisionsmedicin inom sjukvården, och för att stödja denna utveckling finns ett behov av att övervaka och följa upp de storskaliga sekvenseringsanalyser som genomförs i landet. Dessa analyser omfattar olika metoder baserade på så kallad NGS-teknik (next generation sequencing). Målet är att få en sammanfattad bild av det årliga antalet NGS-analyser

som utförs på kliniska prover i Sverige. Den insamlade informationen gör det möjligt för verksamheter att följa utvecklingen, förutse behov och kapacitet samt planera införandet av nya genomiska analyser som GMS har utvecklat tillsammans med Clinical Genomics-plattformen vid SciLifeLab. De flesta NGS-analyser på kliniska prover utförs vid universitetssjukhusens laboratorier, ofta i nära samarbete med SciLifeLab Clinical Genomics-plattformen och de regionala center för genomisk medicin (Genomic Medicine Center, GMC) som GMS har etablerat. Analyser görs även vid andra sjukhuslaboratorier, laboratorier knutna till universitet samt av privata aktörer.<sup>64</sup>

I GMS:s årsrapporter redovisas statistik på nationell nivå. Granskningskommittén har inför framtagandet av denna sammanställning efterfrågat statistik nedbruten på regional nivå. Styr- och ledningsgruppen för GMS har dock valt att inte lämna ut denna information. Enligt GMS beror detta på att data från början inte samlades in med syftet att delas upp regionalt, och att det finns en rad faktorer som kan påverka datans tillförlitlighet. Till exempel är analyserna inte alltid kopplade till den ort där patienten bor, och vissa analyser har skickats utomlands från vissa centra. GMS uppger vidare att målet är att kunna generera mer exakt och rättvisande data genom att använda NGP (Next Generation Pathology) och koppla analyserna till INCA-registren. Detta är ett pågående projekt, och GMS hoppas att det ska kunna ge mer detaljerad data redan från nästa år.

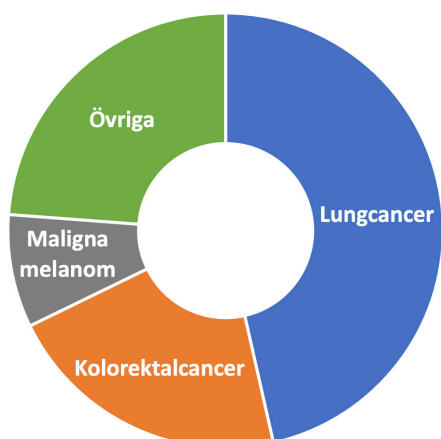
I GMS:s årsrapport för 2023 framgår att totalt 90 874

### Antal prov för sällsynta diagnoser, solida tumörer och hematologi som analyserats med genpanel, riktad RNA-sekvensering, WTS, WES och WGS under åren 2017-2023. Bild från Genomic Medicine Sweden rapport Inventering av NGS-baserade analyser i Sverige 2023.



prover från patienter analyserades med NGS-analyser för att ställa diagnoser inom områden som sällsynta sjukdomar, cancer, blodsjukdomar, mikrobiologi, SARS-CoV-2 och NIPT (ett test som används under graviditet för att upptäcka vissa kromosomavvikelser hos fostret). De metoder som användes för att undersöka proverna inkluderade bland annat genpaneler (där man kollar på specifika delar av DNA), helgenomsekvensering (WGS - där hela DNA:t i ett prov analyseras), och RNA-sekvensering (som beskriver hur generna uttrycks i cellerna).

Fördelning av antalet cancerprover för lungcancer, kolorektalcancer, maligna melanom och övriga som analyserats med genpanel under 2023. Bild från Genomic Medicine Sweden rapport Inventering av NGS-baserade analyser i Sverige 2023.

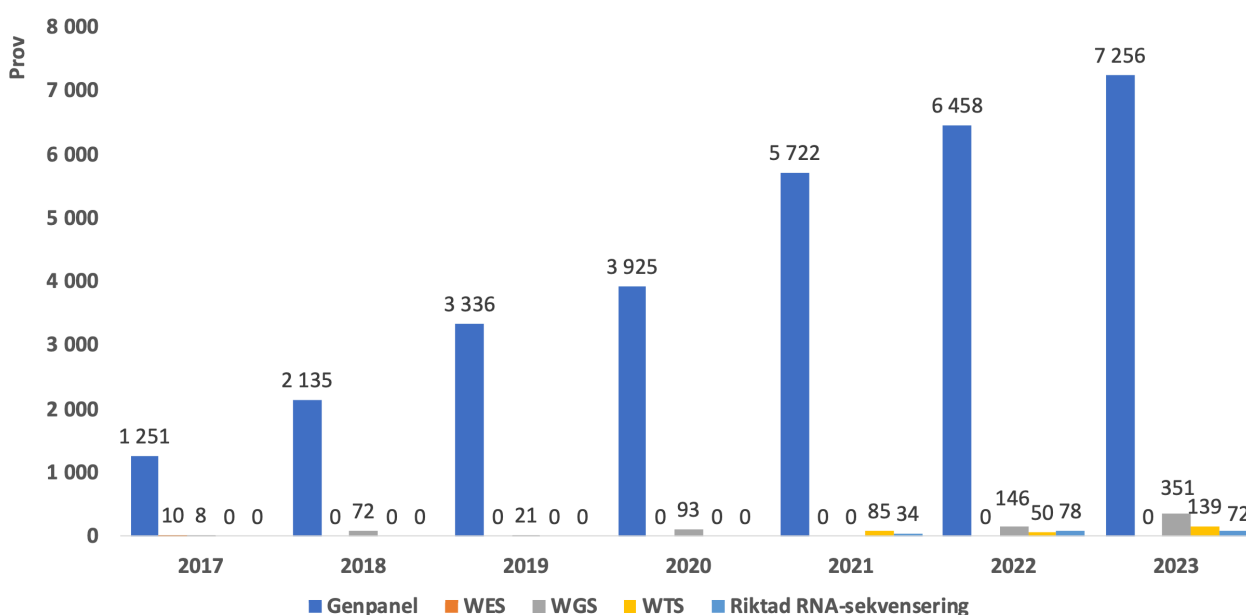


För cancer analyserades 10 498 prover under året med genpaneler, vilket var en ökning med 14 procent jämfört med året innan. En ny genpanel för solida tumörer, GMS560, började användas under 2023 och analyserades på 508 prover. Under samma period användes riktad RNA-sekvensering för 1 946 prover och helgenomsekvensering för 775 prover, vilket också var fler än föregående år. Det utfördes även analyser av 1 334 prover med heltranskriptomsekvensering (WTS), en metod som ökade med 17 procent jämfört med 2022. När det gäller blodsjukdomar analyserades 7 256 prover med genpaneler, vilket var en ökning med 12 procent från året innan. Av dessa analyserades 4 586 prover med en särskild genpanel för myeloiska sjukdomar (blodcancer).

### 11. Juridiska förutsättningar och regionala skillnader avseende delning av bildiagnostik

I EU:s cancerplan ingår en rad initiativ som syftar till att förbättra cancervården i hela Europa, inklusive förbättrad tillgång till och användning av bildiagnostik. En av målsättningarna med planen är att skapa en europeisk infrastruktur för delning och hantering av cancerrelaterad bildiagnostik, vilket ska bidra till bättre diagnos, snabbare behandling och mer effektiv cancervård. Ett konkret exempel på detta är "Cancer Image Europe"-plattformen, som har som mål att skapa en gemensam infrastruktur för att dela cancerbilddata mellan länder och regioner i Europa. Denna plattform ska underlätta för vårdgivare och forskare att få tillgång till och använda högkvalitativ bildiagnostik i realtid, vilket i sin tur förväntas förbättra precisionen i diagnostik och behandling.

Antal prov för hematologi som analyserats med genpanel, WES, WGS, WTS och Riktad-RNA sekvensering under åren 2017-2023. Bild från Genomic Medicine Sweden rapport Inventering av NGS-baserade analyser i Sverige 2023.





När det gäller den svenska kontexten är det viktigt att beakta de juridiska förutsättningarna för delning av bild-diagnostik mellan regionerna. I Sverige är varje region ansvarig för att hantera och lagra patientdata, inklusive bilddiagnostik, och det finns en viss variation i hur detta görs. Bilddiagnostik kan lagras i olika system och plattformar beroende på region, vilket innebär att det kan finnas skillnader i hur data delas mellan regionerna.

Inom ramen för den nationella canceröverenskommelsen 2024, som syftar till att förbättra jämlikheten och effektiviteten i cancervården, har det satsats 60 miljoner kronor på utvecklingsprojekt som inkluderar både patologi samt bild- och funktionsmedicin. Dessa områden är avgörande för att uppfylla de nationella ledtidsmålen för SVF (standardiserade vårdförlopp). Särskilt bild- och funktionsmedicin, som är en central del av nästan alla SVF, har visat sig stå inför utmaningar som försvårar snabb och effektiv diagnos, vilket är en direkt konsekvens av hinder för att dela digitala bilder och annan diagnostik mellan regionerna.

Enligt en genomlysning av patologin från RCC har det framkommit att för att underlätta konsultation och

samarbete över regiongränser krävs både juridiska och tekniska lösningar för att möjliggöra delning av digitala bilder. Här behöver en nationell juridisk tolkning klargöras för att lösa de hinder som idag finns, samt att gemensamma tekniska lösningar för digital bilddelning införs. För att detta ska bli verklighet behövs samarbete mellan flera aktörer, inklusive E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen och RCC, för att skapa en enhetlig infrastruktur och säkerställa att alla regioner har tillgång till och kan dela relevant bilddiagnostik i realtid.<sup>65</sup> Detta skulle bidra till snabbare diagnoser och en mer jämlik cancervård över hela Sverige, något som är i linje med målen i EU:s cancerplan och den nationella canceröverenskommelsen.

Kommittén har i samtal med personer som arbetar i den typen av verksamheter fått till sig vittnesmål som är i linje med RCC:s genomlysning. Det uppges att det finns omfattande problematik kring att regionernas jurister gör olika bedömningar kring hur delning av data får ske. I dagsläget tillåter vissa regioner bara att bilder skickas via post vilket innebär en fördröjning i analys som i sin tur påverkar möjligheten att hålla tidsmål i SVF.

# Livskvalitet

## Målsättningar/initiativ i EU:s cancerplan

Målet i EU:s cancerplan gällande livskvalitet för personer som har eller har haft cancer samt deras närstående inkluderar bland annat att medlemsländer ska påbörja förberedelser för implementeringen av EU-direktiv 2019/1158 om balans mellan arbete och privatliv för föräldrar och anhörigvårdare (även kallat balansdirektivet). Cancerplanen betonar också vikten av att använda patientrapporterade mått som PROM (Patient Reported Outcome Measure) och PREM (Patient Reported Experience Measure) för att förbättra cancervården.

## Kommitténs bedömning

Sverige bedöms redan i hög grad leva upp till balansdirektivet. Gällande användning av patientrelaterade mått finns ett pågående arbete inom Regionala Cancercentrum (RCC) och i de nationella kvalitetsregistren. Kommittén anser att det måste fortsätta. Därutöver behöver patient- och närståendesamverkan, både i den egna vården

och på gruppnivå förstärkas. Det fokus som finns på detta i förslaget till uppdaterad cancerstrategi bedöms kunna bidra till en positiv utveckling. Kommittén menar att det är viktigt att undersöka och förbättra livskvaliteten för personer som lever med cancer ur ett helhetsperspektiv. Det kan handla om försörjning, möjligheter till familjeliv, överlevnad och en rad olika fysiska och psykiska hälsoaspekter som följer av cancersjukdomen. Människors upplevelser av cancer handlar inte bara om sjukdomen och vården utan även bredare om vilka levnadsförutsättningarna är och vilka insatser från olika myndigheter och hur samhället i övrigt är utformat för människor som lever med cancer.

## Underlag för bedömning

Kommittén har undersökt balansdirektivet i förhållande till svensk lagstiftning samt underlag från RCC gällande användning av patientrapporterade mått i kvalitetsregister. Vidare har kommittén haft ett dialogmöte med ett antal cancerpatientföreningar.

## 12. EU-direktiv om balans mellan arbete och privatliv för föräldrar och anhörigvårdare

EU:s cancerplan betonar vikten av att underlätta för cancerpatienters familjer att kombinera deras arbetsliv med det stöd och den omsorg som en cancerbehandling ofta kräver. Direktivet 2019/1158 stöder denna målsättning genom att ge rätt till mer flexibel arbetstid, särskilt för dem som är anhörigvårdare. Det understryks att alla EU-länder, ska implementera direktivet på ett sätt som stärker arbetsvillkoren för dessa grupper, vilket i sin tur kan bidra till bättre livskvalitet och stöd för både cancerpatienter och deras närstående.

Direktivet antogs i juni 2019 och senast i augusti 2027 ska medlemsstaterna till kommissionen överlämna all information om genomförandet av detta direktiv som behövs för att kommissionen ska kunna utarbeta en rapport. Informationen ska innefatta tillgängliga aggregerade uppgifter om hur män och kvinnor gjort bruk av de olika typerna av ledighet och flexibla arbetsformer enligt detta direktiv, för att möjliggöra en ordentlig övervakning och utvärdering, framför allt ur jämställdhetssynvinkel, av hur direktivet genomförts.<sup>66</sup>

Därav finns i nuläget ingen rapportering om vilka åtgärder Sverige vidtagit för att säkerställa implementeringen av direktivet. Däremot har en statlig utredning

genomförts som efterföljts av lagändringar.

År 2019 gav regeringen en utredare i uppdrag att analysera och bedöma om svensk rätt är förenlig med direktivet.<sup>67</sup> Utredningen redovisades 2020 och bedömde att Sveriges lagar i stort sett redan är i linje med direktivet, men vissa förändringar behövs.<sup>68</sup> Regionala Cancercentrum (RCC) och i de nationella kvalitetsregistren. 2022 behandlades regeringens proposition 2021/22:175 om genomförande av balansdirektivet i riksdagen. Propositionen låg i stort i linje med utredningens förslag. Lagändringarna som följde av propositionen föreslogs träda i kraft i augusti 2022. Ett undantag var en följdändring i lagen om ledighet för närståendevård, som föreslogs träda i kraft i oktober samma år.<sup>69</sup>

En fullständig beskrivning av balansdirektivets innehåll samt en jämförelse av utredningens förslag i förhållande till propositionen som behandlades i riksdagens arbetsutskott finns i bilaga 3.

## 13. Patientrapporterade mått

EU:s cancerplan betonar vikten av att integrera patientrapporterade mått (PROM och PREM) för att förbättra cancervården i Europa. Dessa mått ger insikter i patienternas egna upplevelser och resultat, vilket är

avgörande för att utveckla en mer personcentrerad och effektiv vård. Planen inkluderar flera initiativ som syftar till att stärka insamlingen och användningen av sådana data för att förbättra livskvaliteten för cancerpatienter och överlevare. Genom att samla in och analysera patientrapporterade mått kan vårdgivare bättre förstå patienternas behov och preferenser, vilket leder till förbättrade behandlingsresultat och ökad patientnöjdhet.

I Sverige arbetar Regionala cancercentrum (RCC) för att öka patientdelaktigheten inom cancervården genom att samla in och använda PROM och PREM.<sup>70</sup> Detta arbete är i linje med EU:s cancerplans mål att förbättra livskvaliteten för personer som har eller har haft cancer.

Kvalitetsregistren hjälper vården att identifiera vad som fungerar bra och vad som kan förbättras. De används också för att följa upp vårdens kvalitet i olika delar av landet och bidrar till en mer jämlik och säker vård för alla patienter. Patientrapporterade mått används för att fånga patienters egna upplevelser av sin hälsa, sjukdom, behandling och vårdkontakt. De ger vården värdefull information om hur patienter mår och hur de uppfattar den vård de får.

Måtten delas in i två kategorier:

- PROM (Patient Reported Outcome Measure) mäter hur patienten upplever sin hälsa och eventuella förändringar efter en behandling eller annan insats. Det kan handla om symtom, fysisk och psykisk funktion samt livskvalitet. I Sverige används PROM i många sjukdomsspecifika kvalitetsregister, där cancerregistren är ett exempel. Dessa register samlar in patienters upplevelser av sin hälsa och behandling, vilket gör det möjligt att följa upp behandlingsresultat och livskvalitet från patientens perspektiv. Genom att kombinera PROM med medicinska data får vården en mer komplett bild av patientens tillstånd, vilket kan leda till mer skräddarsydd och effektiv vård.
- PREM (Patient Reported Experience Measure) fokuserar på patientens erfarenheter av vården, exempelvis bemötande, information, delaktighet och tillgänglighet. Syftet är att förstå hur vården upplevs och identifiera förbättringsområden. Till skillnad från PROM är dessa uppgifter alltid anonyma för att säkerställa att patienterna fritt kan uttrycka sina åsikter. PREM-data samlas bland annat in genom 1177 Vårdguidens nationella patientenkät, som ger en inblick i patienternas upplevelse av hela vårdprocessen.

# Referenser

- Riksdagen (2021). Betänkande 2020/21:SoU36. Livmoderhalscancer. Hämtad från: <https://data.riksdagen.se/fil/91466A15-64EF-4688-ABBB-FF1E9BC847A3>
- Regeringen (2024). Regeringen vill att livmoderhalscancer ska utrotas. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/presmeddelanden/2024/08/regeringen-vill-att-livmoderhalscancer-ska-utrotas/>
- Regionala Cancercentrum i samverkan (2025). Sverige på god väg att utrota livmoderhalscancer. Hämtad från: <https://cancercentrum.se/utrotativmoderhalscancer>
- Folkhälsomyndigheten (2024). Behov av och kostnader för vaccination mot humant papillomvirus (HPV) – Kunskapsunderlag om catch-up vaccination av pojkar och män och riktade insatser till specifika grupper. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/b/behov-av-och-kostnader-for-vaccination-mot-humant-papillomvirus-hpv/>
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2024). Samtyckesblanketter för HPV-vaccination. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/lakemedelkommunerregioner/samtyckesblanketterhpv.5172.html>
- Folkhälsomyndigheten (u.å.). Barnvaccinationer. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/faktablad/barnvaccinationer/>
- Regionala Cancercentrum i samverkan (2024). Utrota livmoderhalscancer. Hämtad från <https://cancercentrum.se/utrotativmoderhalscancer>
- Europeiska unionen (2024). Rådets rekommendation om cancer som kan förebyggas genom vaccination (C/2024/4259). Hämtad från: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=OJ:C\\_202404259](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=OJ:C_202404259)
- World Health Organization (2016). WHO HIV. Hämtad från <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.06>
- Folkhälsomyndigheten (2024). Ny rapport: Antalet fall av hepatit har minskat i Sverige. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2024/juli/ny-rapport-antalet-fall-av-hepatit-har-minskat-i-sverige/>
- Regeringen (2024). Ett samordnat vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner. SOU 2024:2. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2024/01/sou-20242/>
- Folkhälsomyndigheten (2025). Vaccination mot hepatit B. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/vacciner-som-anvands-i-sverige/hepatit-b/>
- Janusinfo (2025). Barnvaccinationer. Hämtad från <https://janusinfo.se/behandling/expertgruppsutlåtanden/vaccinationer/vaccinationer/barnvaccinationer.5.6081a39c160e9b3873182c6.html>
- RiksHandboken barnhälsovård för proffessionen (2021). Hepatit B-vaccination. Hämtad från <https://www.riks-handboken-bhv.se/vaccination/vaccinationsprogram/hepatit-b-vaccination/>
- Europeiska unionen (2024). Rådets rekommendation av den 21 juni 2024 om cancer som kan förebyggas genom vaccination (C/2024/4259). Hämtad från [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=OJ:C\\_202404259](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=OJ:C_202404259)
- Regionala riktlinjer för kostnadsfri hepatit B-vaccination för riskgrupper har efterfrågats via mail. 16 regioner besvarade förfrågan.
- Läkemedelsvärlden (2012). Stora skillnader i vaccination mot hepatit B. Hämtad från <https://www.lakemedelsvarlden.se/stora-skillnader-i-vaccination-mot-hepatit-b/>
- SVT Nyheter (2014). Långsamt vaccinbeslut gav ojämlikhet. Hämtad från <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/langsamt-vaccinbeslut-gav-ojamlikhet>
- Regeringen (2010). En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Prop. 2010/11:47. Hämtad från <https://www.regeringen.se/contentassets/3442e4d47d304736a37b258874562857/en-samlad-strategi-for-alkohol-narkotika-dopnings-och-tobakspolitiken-prop.-20101147>
- Socialstyrelsen (2024). Nationella riktlinjer: ohälsosamma levnadsvanor. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/levnadsvanor/>
- Folkhälsomyndigheten. (2024). Ungas bruk av tobaks- och nikotinprodukter. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning-och-omfattning-av-andts-i-befolkningen/anvandning-av-tobaks-och-nikotinprodukter/ungas-bruk-av-tobaks-och-nikotinprodukter/>
- Riksdagen (2024). Betänkande 2023/24:SkU27 Justerad skatt på tobak och nikotin. Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/justerad-skatt-pa-tobak-och-nikotin\\_hb01sku27/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/justerad-skatt-pa-tobak-och-nikotin_hb01sku27/)
- Regeringen (2005). Lagrådsremiss: Tobakskontroll – genomförande av WHO:s ramkonvention om tobakskontroll m.m. Hämtad från <https://www.regeringen.se/contentassets/b12cf5a2244749da8565f7a0ac97ddab/tobakskontroll—genomforande-av-whos-ramkonvention-om-tobakskontroll-m.m>

- 24 World Health Organization (2023). WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: Country profile Sweden. Hämtad från [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/tobacco/gtcr-2023/tobacco-2023-swe.pdf?sfvrsn=25f02894\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/tobacco/gtcr-2023/tobacco-2023-swe.pdf?sfvrsn=25f02894_3&download=true)
- 25 Tobaksfakta (2021). Ny WHO-rapport om tobakskonventionens genomförande. Hämtad från <https://tobaksfakta.se/ny-who-rapport-om-tobakskonventionens-genomforande>
- 26 Europeiska unionen (2024). Rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer (C/2024/7425). Hämtad från: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=OJ:C\\_202407425](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=OJ:C_202407425)
- 27 Riksdagen (2024). Socialutskottets protokoll 2024/25:5. Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/utskottens-protokoll/protokoll-utskottssammantrade-2024255\\_hca1sou5p/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/utskottens-protokoll/protokoll-utskottssammantrade-2024255_hca1sou5p/)
- 28 CAN (2024). CAN:s nationella skolundersökning 2024. Hämtad från <https://www.can.se/app/uploads/2024/11/can-rapport-230-cans-nationella-skolundersokning-2024.pdf>
- 29 Riksdagen (2005). Betänkande 2005/06:SoU12 Nationell alkoholhandlingsplan. Hämtad från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/nationell-alkoholhandlingsplan\\_gt01sou12/html/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/nationell-alkoholhandlingsplan_gt01sou12/html/)
- 30 Socialstyrelsen (2024). Lägesbild 2024: Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-4-9015.pdf>
- 31 Regeringen (2023). Från delar till helhet: Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. SOU 2023:5. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2023/01/sou-20235/>
- 32 Regeringen (2024). Bättre förutsättningar för besöksnäringen i fråga om småskalig produktion av alkoholdrycker – Lagrådsremiss. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/lagradremiss/2024/07/battre-forutsattningar-for-besoksnaringen-i-fraga-om-smaskalig-produktion-av-alkoholdrycker/>
- 33 Folkhälsomyndigheten (2024). Alkoholkonsumtion bland vuxna. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning-och-omfattning-av-andts-i-befolkningen/alkoholkonsumtion/alkoholkonsumtion-bland-vuxna/>
- 34 Hjärt-Lungfonden (2023). Socialstyrelsen publicerar nya gränser för riskbruk av alkohol. Hämtad från <https://www.hjart-lung.se/aktuellt/nyhetsarkiv/socialstyrelsen-publicerar-nya-granser-for-riskbruk-av-alkohol/>
- 35 CAN (2024). Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004-2023. Hämtad från <https://www.can.se/publikationer/sjalvrapporterade-alkoholvanor-i-sverige-2004-2023/>
- 36 CAN (2024). CAN:s nationella skolundersökning 2024. Hämtad från <https://www.can.se/app/uploads/2024/11/can-rapport-230-cans-nationella-skolundersokning-2024.pdf>
- 37 Folkhälsomyndigheten (2023). Skolbarns hälsovanor. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/skolbarns-halsovanor/>
- 38 Folkhälsomyndigheten (u.å.). Mat, fysisk aktivitet, övervikt och obesitas. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-obesitas/>
- 39 Folkhälsomyndigheten (2025). Statistik om övervikt och obesitas hos barn 0–5 år. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-statistik-om-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-barn-0-5-ar/>
- 40 Folkhälsomyndigheten (2025). Statistik om övervikt och obesitas hos barn 6–10 år. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-statistik-om-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-barn-6-10-ar/>
- 41 Folkhälsomyndigheten (2025). Statistik om övervikt och obesitas hos barn 11–15 år. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-statistik-om-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-barn-11-15-ar/>
- 42 Jordbruksverket (2023). Utvärdering av det svenska skolmjölsprogrammet 2017–2023. Utvärderingsrapport 2023:2. Hämtad från [https://agriculture.ec.europa.eu/document/download/79df66f9-ccac-45c5-ba9f-ce-6256fe8766\\_sv?filename=se-school-scheme-evaluation-report-2017-22\\_sv.pdf](https://agriculture.ec.europa.eu/document/download/79df66f9-ccac-45c5-ba9f-ce-6256fe8766_sv?filename=se-school-scheme-evaluation-report-2017-22_sv.pdf)
- 43 Regeringen (2024). Uppdrag att införa stöd till frukt i skolan. Hämtad från <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/02/uppdrag-att-infora-stod-till-frukt-i-skolan/>
- 44 Livsmedelsverket (2024). Kostråd. Hämtad från <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa-miljo/kostrad>
- 45 Folkhälsomyndigheten (u.å.). Mat, fysisk aktivitet, övervikt och obesitas. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-obesitas/>
- 46 Livsmedelsverket (2018). Riksmaten ungdom 2016–17 – Del 1 Livsmedelskonsumtion. Hämtad från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2018/2018-nr-14-riksmaten-ungdom-huvudrapport-del-1-livsmedelskonsumtion.pdf>
- 47 Livsmedelsverket (2018). Riksmaten ungdom 2016–17 – Del 3 Fysisk aktivitet. Hämtad från <https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/rapporter/2020/2020-riksmaten-ungdom-del-3-fysisk-aktivitet.pdf>



- 48 Karolinska institutet (2025). Partiklar. Hämtad från <https://ki.se/imm/miljomedicinsk-riskbedomning/riskwebben/partiklar>
- 49 The University of Chicago (2024). Air quality life index 2024. Hämtad från [file:///Users/elinlager/Downloads/AQLI-2024-Report\\_English.pdf](file:///Users/elinlager/Downloads/AQLI-2024-Report_English.pdf)
- 50 Förenta nationerna (2024). Luftföroeningar: Världens största miljöhot för vår hälsa. Hämtad från <https://unric.org/sv/luftforeningar-varldens-storsta-miljohot-for-halsan/>
- 51 Karolinska institutet (2025). Kväveoxider. Hämtad från <https://ki.se/imm/miljomedicinsk-riskbedomning/riskwebben/kvaveoxider>
- 52 Cancerfonden (2024). Nationell styrning för ökad jämlikhet. Hämtad från <https://static-files.cancerfonden.se/Nationell-styrning-for-okad-jamlikhet.pdf>
- 53 Cancerfonden. (2024). Rädda liv - öka deltagandet. Guide till regioner för att öka deltagandet i screening och catch up-vaccin mot HPV. Hämtad från <https://www.cancerfonden.se/politik/guide-till-regioner>
- 54 Cancerfonden (2024). Verktyg för att öka deltagandet bland personer med psykiatriska tillstånd. Hämtad från <https://static-files.cancerfonden.se/Personer%20med%20psykiatriska%20tillsta%CC%8Aand.pdf>
- 55 Karolinska Institutet (2023). Kvinnor med psykisk ohälsa har dubbelt så hög risk för livmoderhalscancer. Hämtad från <https://nyheter.ki.se/kvinnor-med-psykisk-ohalsa-har-dubbelt-sa-hog-risk-for-livmoderhalscancer>
- 56 Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR (u.å.). Somatisk undersökning vid ADHD. Hämtad från <https://www.vardochinsats.se/adhd/kartlaeggning-och-utredning/somatisk-undersokning/>
- 57 Uppdrag Psykisk Hälsa, SKR (u.å.). Fysisk hälsokontroll vid schizofreni och liknande tillstånd. Hämtad från <https://www.vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstand/kartlaeggning-och-utredning/fysisk-haelsokontroll/>
- 58 Västra Götalandsregionen (2024). Regional medicinsk riktlinje - Årligt hälsosamtal och somatisk kontroll av patienter med långvarig psykisk sjukdom. Hämtad från <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-601/surrogate/%C3%85rligt%20h%C3%A4lsosamtal%20och%20somatisk%20kontroll%20av%20patienter%20med%20l%C3%A5ngvarig%20psykisk%20sjukdom.pdf>
- 59 Regionala cancercentrum i samverkan (2023). Implementeringsplan screening tjock och ändtarmscancer. Hämtad från <https://cancercentrum.se/globalassets/impl-gsk-version-20230925.pdf>
- 60 Regionala cancercentrum i samverkan (2024). Tre regioner nu anslutna till mammografiregistret - och fler står på tur. Hämtad från <https://cancercentrum.se/samverkan/om-oss/nyheter/2024/maj/tre-regioner-nu-anslutna-till-mammografiregistret--och-fler-star-pa-tur/>
- 61 Regionala cancercentrum i samverkan (2025). Nationellt kvalitetsregister för mammografi. Hämtad från <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/brustcancerscreening/kvalitetsregister/>
- 62 Socialstyrelsen (2024). Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-4-9065.pdf>
- 63 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024). Fast läkarkontakt i premiärvården 2024. Hämtad från <https://www.vardanalys.se/rapporter/fast-lakarkontakt-i-primarvarden-2024/>
- 64 Genomic Medicine Sweden (2024). Inventering av NGS-baserade analyser i Sverige 2023. Hämtad från <https://genomicmedicine.se/wp-content/uploads/2024/04/Rapport-NGS-baserade-analyser-2023.pdf>
- 65 Regionala cancercentrum i samverkan (2024). Nationell genomlysning av patologi. Hämtad från <https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/stod-till-forbattningsarbete/nationell-genomlysning-av-patologi-2024.pdf>
- 66 Europeiska unionen (2019). Direktiv 2019/1158 om balans mellan arbete och privatliv för föräldrar och anhängvårdare. Hämtad från <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L1158>
- 67 Regeringen (2019). Genomförande av direktivet om balans mellan arbete och privatliv för föräldrar och anhängvårdare. Dir. 2019:97. Hämtad från <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2019/12/dir.201997>
- 68 Regeringen (2020). Genomförande av Balansdirektiv - balans mellan arbete och privatliv för föräldrar och anhängvårdare. SOU 2020:81. Hämtad från <https://www.regeringen.se/contentassets/07d6d56a63ba4ac1851e-a632159fa940/genomforande-av-balansdirektivet-balans-mellan-arbete-och-privatliv-for-foraldrar-och-anhorigvardare-sou-2020-81.pdf>
- 69 Regeringen (2022). Regeringens proposition 2021/22:175 - Genomförande av balansdirektiv. Hämtad från <https://www.regeringen.se/contentassets/2a0dcb2aa2fa-48c582ac82c15cb00650/212217500webb.pdf>
- 70 Regionala cancercentrum i samverkan (2025). Nationella kvalitetsregister cancer. Hämtad från <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/>

# Bilaga 1: Svensk lagstiftning och riktlinjer om rökfria miljöer i förhållande till Rådets rekommendation om rök- och aerosolfria miljöer

## Rekommendation 1

Erbjuda ett effektivt skydd mot exponering för tobaksrök på arbetsplatser inomhus, offentliga platser inomhus och allmänna transportmedel i enlighet med artikel 8 i WHO:s ramkonvention om tobakskontroll och på grundval av de riktlinjerna för skydd mot tobaksrök, som antogs vid det andra mötet i partskonferensen för ramkonventionen.<sup>17</sup>

### Bedömning

Uppfylls enligt svensk lagstiftning om rökfria miljöer (6 kap) 2 § och 10 §

## Rekommendation 2

Erbjuda ett effektivt skydd på arbetsplatser inomhus, offentliga platser inomhus och allmänna transportmedel mot exponering för andrahandsutsläpp som härrör från användning av nya produkter som avger rök eller aerosoler, t.ex. upphettade tobaksvaror, elektroniska cigaretter, oavsett om de innehåller nikotin eller är nikotinfria, tobaksersättningar och alla andra produkter som avger rök och/eller aerosoler, såsom örtprodukter för rökning (nedan, tillsammans med exponering för tobaksrök, benämnt exponering för andrahandsrök och andrahandsaerosoler).<sup>18</sup>

### Bedömning

Uppfylls enligt svensk lagstiftning om rökfria miljöer (6 kap) 2 § och 10 §

## Rekommendation 3

Erbjuda ett effektivt skydd mot exponering för andrahandsrök och andrahandsaerosoler i särskilda rekreativområden utomhus, särskilt där barn, ungdomar och sårbara personer ofta kan vistas. Dessa bör inkludera allmänna lekplatser, nöjesparker, simbassänger, stränder, djurparker och andra liknande utomhusmiljöer.<sup>19</sup>

### Bedömning

Rökfria utomhusmiljöer i särskilda rekreativområden inkluderar enligt svensk lagstiftning allmänna lekplatser och inhägnade platser utomhus huvudsakligen avsedda för idrottsutövning enligt (6 kap) 2 § punkt 8 och 9.

### Notering

Fastighetsägare och andra som förfogar över lokaler/utrymmen/mark kan införa rökfria miljöer utöver de som gäller enligt lag.

## Rekommendation 4

Erbjuda ett effektivt skydd mot andrahandsrök och andrahandsaerosoler i miljöer utomhus eller delvis utomhus som hör till serviceinrättningar (t.ex. delvis täckta, kringgärdade, inhägnade eller på annat sätt avgränsade områden intill eller nära en inrättning, inbegripet takterrasser, balkonger, verandor eller uteplatser). Dessa bör inkludera utomhusmiljöer som hör till restauranger, barer och kaféer och utomhusmiljöer som hör till andra liknande lokaler.<sup>20</sup>

### Bedömning

Uppfylls enligt svensk lagstiftning om rökfria miljöer (6 kap) 2 § punkt 5.

## Rekommendation 5

Erbjuda ett effektivt skydd mot andrahandsrök och andrahandsaerosoler i miljöer utomhus eller delvis utomhus som är knutna till allmänna transportmedel, inbegripet vid hållplatser för buss, spårvagn och tåg och på flygplatser.<sup>21</sup>

### Bedömning

Uppfylls enligt svensk lagstiftning om rökfria miljöer (6 kap) 2 § punkt 4.

## Rekommendation 6

Erbjuda ett effektivt skydd mot andrahandsrök och andrahandsaerosoler i utomhusmiljöer som är knutna till en arbetsplats.<sup>22</sup>

### Bedömning

Uppfylls enligt svensk lagstiftning om rökfria miljöer (6 kap) 2§, 3§ och 10 §. Utöver de arbetsplatser som specifikt anges i paragraf 2 och 3 ansvarar arbetsgivaren för att arbetstagaren ej ska utsättas för passiv rökning på sin arbetsplats enligt 10 §.

## Rekommendation 7

Erbjuda ett effektivt skydd mot andrahandsrök och andrahandsaerosoler i alla utomhusmiljöer som är knutna till lokaler för hälso- och sjukvård. Sådana lokaler bör inkludera sjukhus, kliniker, vårdcentraler, vårdhem och andra liknande lokaler.<sup>23</sup>

### Bedömning

Uppfylls delvis enligt svensk lagstiftning om rökfria miljöer (6 kap) 2 § punkt 10. Entréer till lokaler som är avsedda för hälso- och sjukvård samt bostäder och inrättningar med särskild service eller vård omfattas av rökförbud.

### Rekommendation 8

Erbjuda ett effektivt skydd mot andrahandsrök och andrahandsaerosoler i utomhusmiljöer som är knutna till lokaler där utbildning för barn och ungdomar tillhandahålls. Sådana lokaler bör omfatta förskolor, grundskolor, gymnasieskolor, yrkesskolor, universitet, ungdomscentrum och andra liknande lokaler.<sup>24</sup>

#### Bedömning

Uppfylls enligt svensk lagstiftning om rökfria miljöer (6 kap) 2 § punkt 1

### Rekommendation 9

Överväga att inkludera andra utomhusmiljöer där allmänheten sannolikt vistas, inbegripet barn, minderåriga eller sårbara personer, i kompletterande insatser för att förhindra användning och beroende av tobak och nikotin och för att bidra till omfattande rök- och aerosolfria miljöer. Sådana miljöer kan bland annat omfatta utomhusmiljöer där evenemang anordnas, läktare och åskådarplatser vid offentliga evenemang samt miljöer som hör till byggnader öppna för allmänheten där många fotgängare sannolikt vistas (t.ex. entréer till köpcentrum, gårdsplaner som hör till byggnader öppna för allmänheten).<sup>25</sup>

#### Bedömning

Uppfylls enligt svensk lagstiftning om rökfria miljöer (6 kap) 2 § punkt 1

### Rekommendation 10

Överväga att inkludera andra miljöer, såsom privata bilar där barn, minderåriga eller sårbara personer vistas, i kompletterande insatser för att förhindra användning och beroende av tobak och nikotin och för att bidra till omfattande rök- och aerosolfria miljöer.<sup>26</sup>

#### Bedömning

Ingår inte i svensk lagstiftning.

### Rekommendation 11

Utforma och/eller stärka politiken för rök- och aerosolfria miljöer, genom att göra följande:

- Ta fram nationella strategier och program för att säkerställa ett effektivt skydd mot exponering för andrahandsrök och andrahandsaerosoler.
- Tillämpa och/eller ta fram kampanjer för förebyggande samt rökavvänjnings- och upplysningskampanjer, till exempel utbildning, utåtriktad verksamhet och informationskampanjer för att säkerställa efterlevnad av åtgärderna för rök[1] och aerosolfria miljöer. Sådana kampanjer kan också ingå i initiativ för minskat beroende. De kan bygga på och/eller komplettera förebyggande initiativ som ingår i Europas plan mot cancer.
- Säkerställa att det finns lämpliga strukturer och mekanismer för att främja efterlevnad och tillämpa och/eller ta fram bästa praxis som kan förbättra genomförandet och efterlevnaden av åtgärder för rök- och aerosolfria miljöer.<sup>27</sup>

#### Bedömning

- 11a och B: Regleras inte av svensk lagstiftning.
- 11c: Tillsyn av rökfria miljöer regleras i 7 kap. Tillsyn i Lag (2018:2088) om tobak och liknande produkter § 3 och § 7.

## Bilaga 2: Undersökning av barn i årskurs 5 och 7 i grundskolan och årskurs på 2 gymnasiet matvanor

### Grönsaker och frukt

Majoriteten av ungdomarna åt grönsaker och frukt varje dag (Tabell 9 och Tabell 10). Bland alla deltagare var medelintaget  $233 \pm 178$  gram per dag. Flickor åt signifikant mer grönsaker och frukt i alla årskurser och intaget av frukt och grönsaker var lägst i årskurs 5. Endast 7,5 procent av alla deltagare åt 500 gram eller mer av grönsaker och frukt (5 procent åk 5, 8 procent åk 10 och 10 procent åk 2 på gymnasiet).

### Fisk och skaldjur

Det är svårt att mäta intaget av fisk och skaldjur på ett adekvat sätt med en 2-dagarsmetod. Knappt 50 procent hade registrerat fisk och skaldjur, medan enkäten visade att majoriteten av deltagarna åt fisk någon gång (ca 90 procent). I medeltal uppgav deltagarna i enkäten att de åt fisk 1,6 gånger i veckan, med små variationer mellan årskurser och kön (Tabell 40)

Magra mejeriprodukter Bland deltagarna i Riksmaten ungdom 2016-17 var det vanligast att dricka mellanmjölk och att äta normalfetthårdost (28-31 procent fetthalt). Totalt drack 75 procent av deltagarna i årskurs 5 mjölk, medan andelen var lägre i både årskurs 8 (71 procent) och årskurs 2 på gymnasiet (61 procent). Bland de som druckit mjölk hade 74 procent druckit mellanmjölk, 31 procent lättmjölk och 15 procent standardmjölk och cirka 20 procent av mjölkdrickarna hade druckit flera sorters mjölk. Det var färre än 100 deltagare som ätit mager hårdost. Att välja lätt- och mellanprodukter av fil och yoghurt var ovanligt. Att välja vegetabiliska ersättningsprodukter för mjölk, fil och yoghurt var ovanligt och bland flickor i årskurs 2 på gymnasiet hade 7 procent gjort detta

Rött kött och chark Drygt 8 av 10 deltagare åt rött kött och chark (Tabell 9). Bland alla deltagare var medelintaget  $95 \pm 78$  gram per dag. Pojkar åt signifikant mer rött kött och chark både totalt och i alla årskurser. Flickor åt mest rött kött och chark i årskurs 5 och pojkar i årskurs 2 på gymnasiet.

### Bild från Livsmedelsverket rapport Riksmaten ungdom 2016-17 - Del 1 Livsmedelskonsumtion.

	Pojkar		Flickor	
	n	medel (SD) gram/dag	n	medel (SD) gram/dag
Årskurs 5	490	200 (151)	559	247 (150)
Årskurs 8	476	231 (201)	574	247 (167)
Årskurs 2 på gymnasiet	423	237 (187)	577	267 (200)
Totalt	1389	221(181)	1710	243(176)

### Genomsnittlig konsumtion av fisk och skaldjur (gram/dag) under två dagar, efter kön och årskurs.

	Pojkar		Flickor	
	n	medel (SD) gånger/vecka	n	medel (SD) gånger/vecka
Årskurs 5	490	1,6 (1,4)	559	1,7 (1,8)
Årskurs 8	476	1,6 (1,4)	574	1,6 (1,2)
Årskurs 2 på gymnasiet	423	1,5 (1,5)	577	1,4 (1,1)
Totalt	1389	1,6 (1,3)	1710	1,6 (1,4)

### Genomsnittlig konsumtion av rött och processat kött (gram/dag) under två dagar, efter kön och årskurs.

	Pojkar		Flickor	
	N	medel (SD) gram/dag	n	medel (SD) gram/dag
Åk 5	490	106 (80)	559	81 (60)
Åk 8	476	117 (89)	574	72 (58)
Åk 2 på gymnasiet	423	140 (100)	577	71 (59)
Totalt	1389	120 (90)	1710	74 (59)

### Bilder från Livsmedelsverket rapport Riksmaten ungdom 2016-17 - Del 1 Livsmedelskonsumtion.

## Bilaga 3: Gränsvärden PM2,5 och PM10 – exempel från svenska mätstationer

Gränsvärden PM10 - Exempel från mätstationer				
ÅR	Station	Medel PM10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (MKN=40, EU2030=20, Miljömål=15)	Antal dygn PM10 > 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (MKN=35)	Antal dygn PM10 > 45 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (EU2030=18)
2023	Visby Österväg 17	23,46	46	53
2023	Östersund Rådhusgatan	26,32	41	47
2023	Västerås Stora Gatan 78	20,95	31	39
2023	Sundsvall Bergsgatan	17,4	23	37
2023	Skellefteå Kv Pantern	23,26	28	36
2023	Sundsvall Köpmangatan	17,77	28	35
2023	Hedemora Gussarvsgatan	15,81	28	33
2023	Härnösand Storgatan	16,66	30	33
2023	Gävle Staketgatan 22	17,54	29	31
2023	Piteå Hamnplan	18,49	28	31
2023	Umeå Västra Esplanaden	17,85	21	31
2023	Stockholm Hornsgatan 108 Gata	19,43	29	30
2023	Piteå Prästgårdsgatan	18,06	22	27
2023	Göteborg Gårda	22,21	21	26
2023	Stockholm E4/E20 Lilla Essingen	21,07	20	26
2023	Örnsköldsvik Centralesplanaden - Nygatan 24	14,54	22	24
2023	Linköping Hamngatan 10	16,46	21	23
2023	Luleå Sandviksgatan	17,32	20	22
2023	Södertälje Birkakorset	16,62	16	20
2023	Södertälje Turingegatan 26	17,2	16	20
2023	Karlstad Jungmansgatan 8	15	16	20
2023	Norrköping Kungsgatan 32	13,83	16	18
2023	Jönköping Kungsgatan 2A	17,1	10	16
2023	Sundbyberg Tulegatan 9	12,87	12	16
2023	Danderyd Mörbyskolan	19,68	12	15
2023	Stockholm E4 Skonertvägen	14,2	10	15
2023	Uppsala Kungsgatan 67	14,46	11	15
2023	Borås Kungsgatan	19,15	7	12
2023	Stockholm St Eriksgatan 83	13,58	10	12
2023	Stockholm Sveavägen 59 Gata	15,87	9	12
2023	Danderyd Gymnasiet	13,76	10	11
2023	Sollentuna E4 Häggvik	12,92	9	11

## Gränsvärden PM2,5 - Exempel från mätstationer

ÅR	Station	Medel PM2.5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (MKN=25, Miljömål=10, EU2030=10)	Antal dygn > 25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (Miljömål=3, EU2030=18)
2023	Visby Österväg 17	6,92	4
2023	Helsingborg Drottninggatan	6,87	4
2023	Råö	6,77	1
2023	Malmö Rådhuset	6,59	3
2023	Växjö Liedbergsgatan 11	6,52	2
2023	Kalmar Södra Vägen	6,29	3
2023	Västerås Stora Gatan 78	6,25	1
2023	Stockholm Hornsgatan 108 Gata	5,72	0
2023	Gävle Staketgatan 22	5,66	2
2023	Hyltemossa Chatka	5,61	3
2023	Göteborg Femman	5,37	1
2023	Östersund Rådhusgatan	5,29	5
2023	Hedemora Gussarvsgatan	5,23	0
2023	Sundsvall Köpmangatan	5,2	1
2023	Burlöv Församlingshemmet	5,15	1
2023	Stockholm St Eriksgatan 83	5,01	0
2023	Stockholm Olaus Petri	4,91	0
2023	Norrköping Kungsgatan 32	4,85	0
2023	Linköping Hamngatan 10	4,78	0
2023	Sundsvall Bergsgatan	4,77	0
2023	Umeå Västra Esplanaden	4,7	0
2023	Visby Brömsebroväg 8	4,68	0
2023	Sollentuna E4 Häggvik	4,66	0
2023	Sundbyberg Tulegatan 9	4,65	0
2023	Solna Råsundavägen 107	4,54	0
2023	Sollentuna Danderydsvägen	4,53	0
2023	Sollentuna Sollentunavägen 192	4,49	0
2023	Härnösand Storgatan	4,47	0
2023	Stockholm Torkel Knutssongatan	4,46	0
2023	Uppsala Kungsgatan 67	4,24	0
2023	Sollentuna Ekmans Väg 11	4,06	0
2023	Norrköping Trädgårdsgatan 21	3,72	0



## Bilaga 4: Balansdirektivet

**EU-direktiv 2019/1158 om balans mellan arbete och privatliv för föräldrar och anhörigvårdare, som syftar till att skapa en bättre balans mellan arbetsliv och familjeansvar.**

Huvudsakliga bestämmelser i direktivet är:

- **Föräldraledighet:** Direktivet fastställer att varje förälder har rätt till minst fyra månaders föräldraledighet, varav två månader är icke-överförbara mellan föräldrarna och måste tas ut inom en viss tidsram efter barnets födelse eller adoption. Detta ska ge föräldrar större möjlighet att vara närvarande för sina barn under viktiga perioder i deras liv.
- **Pappaledighet:** Direktivet ger pappor rätt till minst tio dagars betald pappaledighet i samband med barnets födelse, vilket syftar till att ge fäder större möjlighet att delta i omsorgen av sitt nyfödda barn.
- **Ledighet för anhörigvårdare:** Anställda som vårdar en svårt sjuk eller beroende närstående har rätt till minst fem dagars ledighet per år. Denna ledighet är en viktig åtgärd för att stödja personer som tar hand om familjemedlemmar som är allvarligt sjuka eller har långvariga hälsoproblem.
- **Flexibla arbetsformer:** Arbetstagare som är föräldrar eller anhörigvårdare har rätt att begära flexibla arbetsarrangemang, exempelvis ändrade arbetstider eller möjlighet att arbeta hemifrån. Detta ger föräldrar och vårdare större möjlighet att balansera arbetslivet med sina vård- och omsorgsansvar.
- **Skydd mot diskriminering:** Direktivet säkerställer ett starkt skydd mot diskriminering för arbetstagare som utövar sina

rättigheter enligt direktivet, bland annat genom att förhindra uppsägning eller ogynnsam behandling under ledighet. Det stärker också skyddet för dem som tar ut föräldraledighet eller anhörigvård.

**Jämförelse av svenska utredningens förslag om implementering av balansdirektivet och propositionen som behandlas i arbetsutskottet.**

### 1. Föräldraledighet

Utredningens förslag innebär att föräldrar inte kan överlåta dagar med föräldrapenning på grundnivå till den andra föräldern, och att föräldrapenning på sjukpenningnivå ska behandlas på samma sätt.

Propositionen föreslår en ändring i socialförsäkringsbalken som innebär att 90 dagar med föräldrapenning på grundnivå ska vara reserverade för den ena föräldern. Dagarna kan inte överlåtas till den andra föräldern, oavsett vilken nivå av föräldrapenning man har.

Jämförelse: Propositionen specificerar att exakt 90 dagar med föräldrapenning på grundnivå ska vara reserverade för den ena föräldern, vilket är en tydligare formulering än utredningens förslag.

### 2. Flexibla arbetsformer

Utredningen föreslår att regler för flexibla arbetsarrangemang införs i lagarna om föräldraledighet och närståendevård, så att föräldrar eller personer som vårdar en närstående ska kunna begära flexibla arbetsformer som t.ex. deltidsarbete eller distansarbete.

Propositionen föreslår att föräldrar och personer som vårdar en närstående ska kunna begära flexibla arbetsformer, såsom att arbeta hemifrån eller ha flexibel

arbetstid. Arbetsgivaren måste svara på begäran inom rimlig tid, och om den avslås måste arbetsgivaren ge en motivering. Denna rätt gäller för föräldrar med barn under åtta år och för dem som vårdar en närstående.

Jämförelse: Propositionen specificerar en tidsram för när arbetsgivaren ska svara på begäran om flexibla arbetsformer, vilket inte framgår i utredningens förslag.

### 3. Skydd vid uppsägning

Utredningen föreslår att om någon blir uppsagd för att de tagit ut föräldraledighet eller vårdledighet, ska arbetsgivaren vara skyldig att motivera uppsägningen.

Propositionen föreslår att en arbetstagare inte ska kunna bli uppsagd eller avskedad om det är kopplat till att de har tagit föräldraledighet eller vårdar en närstående. Om en uppsägning misstänks bero på detta, ska arbetsgivaren vara skyldig att förklara varför uppsägningen sker. Jämförelse: Propositionen stärker skyddet mot uppsägning genom att förtydliga att arbetstagare inte får bli uppsagda på grund av ledighet för föräldrar eller närståendevård.

### 4. Talerätt för Diskrimineringsombudsmannen (DO)

Utredningen föreslår att DO ska få rätt att föra talan för arbetstagare som utsatts för diskriminering på grund av föräldraledighet eller närståendevård.

Propositionen föreslår att DO ska få en utökad rätt att föra talan för enskilda arbetstagare i tvister om missgynnande behandling på grund av föräldraledighet eller närståendevård.

Jämförelse: Propositionen bekräftar och utvecklar utredningens förslag genom att specificera DO:s rätt att föra talan i sådana fall.

## 5. Repressalieförbud

Utredningen föreslår att det ska införas ett repressalieförbud, så att arbetsgivare inte kan straffa anställda för att de använder sina rättigheter, exempelvis genom att minska deras arbetstid eller ge dem ogynnsam behandling.

Propositionen föreslår ett repressalieförbud och att arbetstagare som påtalar att arbetsgivaren brutit mot lagarna om föräldraledighet eller närståendevård ska skyddas mot missgynnande behandling eller repressalier.

Jämförelse: Propositionen och utredningen stämmer överens om att införa ett repressalieförbud, men propositionen förtydligar skyddet mot missgynnande behandling och repressalier vid påtalande av brott mot lagarna.

## 6. Återgång till arbetet

Utredningen föreslår att en arbetstagare som varit ledig för att vårda en närstående ska ha rätt att återgå till samma eller ett likvärdigt arbete.

Propositionen föreslår att arbetstagare som har varit borta på föräldraledighet eller för vård av närstående ska kunna återgå till sitt gamla eller ett likvärdigt jobb och att de ska kunna ta del av förbättringar som har skett på arbetsplatsen under deras ledighet.

Jämförelse: Propositionen och utredningen är överens om rätten att återgå till samma eller ett likvärdigt arbete, men propositionen går längre genom att nämna att arbetstagare också ska kunna ta del av förbättringar på arbetsplatsen som skett under deras ledighet.

Granskningskommittén för EU:s cancerplan i Sverige,  
på uppdrag av Cancerfonden.



**CANCERFONDEN**