

Inte alla män

Kunskapsguide för tidigare upptäckt
av cancer hos män

Att bryta den tysta vårdbarriären

Män har genomgående något lägre överlevnad i de cancerformer som drabbar både kvinnor och män. Skillnaderna är inte stora i varje enskilt fall, men de återkommer i flera cancerformer och bidrar sammantaget till ojämlika utfall i cancervården. Samtidigt deltar män i lägre grad i screening och söker vård senare vid symtom. Det innebär att cancer oftare upptäcks i ett senare skede, när möjligheterna till effektiv behandling är sämre.

Färre män är även vaccinerade mot HPV, vilket innebär ett sämre skydd mot flera relaterade cancerformer. Skillnader i både tillgång till vaccination – till exempel avsaknad av catch-up-vaccination i vissa regioner – och i deltagande i befintliga program bidrar till detta. Sammantaget innebär det att män i lägre grad nås av förebyggande insatser, vilket riskerar att leda till fler cancerfall som hade kunnat förebyggas.

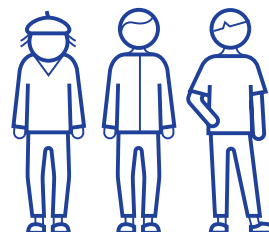
Den här rapporten tar sin utgångspunkt i det som kan beskrivas som en tyst vårdbarriär. Den uppstår när hinder kopplade till kunskap, tillgänglighet och motivation gör att vårdsökande och deltagande i screening, organiserad prostatacancer-testning (OPT) och vaccination fördröjs eller uteblir, utan att det handlar om ett aktivt avståndstagande från vård.

Rapporten erbjuder en överskådlig och evidensbaserad sammanställning av faktorer som påverkar mäns vårdsökande samt verktyg och arbetssätt som kan användas i regional verksamhet. Den kan användas som stöd i planering, prioritering och utveckling av insatser för att nå fler män. **Genom att arbeta mer systematiskt och träffsäkert kan regioner få fler män att söka vård i tid.** Det skapar möjligheter att upptäcka fler cancerfall tidigare för att rädda liv.

Kunskap finns. Verktyg finns. Men så länge de inte används fullt ut kommer skillnaderna att bestå. Den här rapporten visar hur verktygen kan användas i praktiken – och varför det är nödvändigt att göra det nu.

Tillsammans besestrar vi cancer.

Den här rapporten är främst framtagen för de som organiserar, planerar och beslutar om regional verksamhet som inkluderar prevention, screening och tidig upptäckt av cancer.



Innehåll

Sammanfattning	4
Mäns beteende avgörande för tidig upptäckt och prevention	5
Ökat deltagande och vårdsökande räddar liv	8
Vad påverkar mäns vårdsökande	9
Program för screening, testning och vaccination för män	10
Identifierade hinder för deltagande och vårdsökande	11
Fördröjningar i vårdkedjan – från symtom till behandling	12
Verktyg för att nå män	14
- Verktygens uppbyggnad	15
- Prioriteringsmatris – hur verktygen kan värderas	16
Verktyg för	
Alla män	17
Män som är lämpliga för HPV-vaccinering	21
Ensamstående män	25
Socioekonomiskt utsatta män	29
Utrikesfödda män	34
Hur undersökningen genomförts	38

Skanna QR-koden för källor och underlag



Sammanfattning

En tyst vårdbarriär påverkar mäns möjligheter att upptäcka cancer

Män söker vård senare och deltar i screening, HPV-vaccination och organiserad prostatacancertestning (OPT) i lägre grad – vilket gör att cancer upptäcks för sent. Det handlar inte om ovilja, utan om hinder som gör det för svårt att agera i tid. Den här rapporten är framtagen för de som organiserar, planerar och beslutar om regional verksamhet som omfattar förebyggande insatser, screening och tidig upptäckt av cancer.

Tydliga skillnader – men också stor potential

År 2024 fick 38 865 män cancer i Sverige. Mer än 40 procent av alla män kommer att drabbas någon gång i livet, och varje år får omkring 1 500 fler män än kvinnor sin cancerdiagnos i ett sent stadium.

Det gör skillnad att upptäcka cancer tidigt. Cancerdödligheten har minskat över tid och överlevnaden är i dag betydligt högre än tidigare. Det innebär att det finns en betydande potential att förbättra utfallet ytterligare genom att nå fler män tidigare.

Rapporten visar att vissa grupper möter större hinder än andra, särskilt socioekonomiskt utsatta män, utrikesfödda män, ensamstående män och unga män som är aktuella för HPV-vaccination. Gemensamt för dessa grupper är att de ofta har lägre kunskap om symtom, testning, screening eller vaccination.

För att öka jämlikheten i tidig upptäckt av cancer räcker det därför inte med generella insatser; regioner behöver kombinera ett generellt mansperspektiv med riktade arbetssätt för grupper där deltagandet är särskilt lågt.

Flera faktorer påverkar mäns beteenden

Mäns deltagande och vårdsökande påverkas av flera samverkande faktorer. Enligt COM-B-modellen formas beteenden av tre komponenter:

- Förmåga (kunskap, individens förmåga)
- Möjligheter (tillgänglighet och kontaktvägar)
- Motivation (riskuppfattning, tillit och normer)

För att öka deltagandet behöver insatser riktas mot alla dessa tre faktorer samtidigt.

Rapportens tyngdpunkt ligger därför på de tidiga stegen i kedjan, från att symtom inte uppmärksammas eller tas på allvar, till att kontakten med vården dröjer. Steg där regionerna har möjlighet att påverka deltagande och tidig upptäckt.

Från kunskap till handling – verktyg och arbetssätt

Rapportens syfte är att omvandla kunskap till praktisk regional handling. Den presenterar både verktyg för att nå män som grupp och riktade verktyg för utvalda målgrupper. Den innehåller också en prioriteringsmatris som gör det möjligt att bedöma verktyg utifrån förväntad effekt- och resursåtgång.

Guiden ska inte läsas som en uppsättning färdiga rekommendationer, utan som ett strukturerat beslutsstöd. Syftet är att underlätta för regioner att identifiera grupper med lågt deltagande, välja relevanta insatser och prioritera utifrån lokala behov, resurser och mål.

Kunskap finns. Verktyg finns. Nästa steg är att använda dem mer systematiskt för att nå fler män i tid och därigenom förbättra förutsättningarna för både förebyggande insatser och tidig upptäckt.



När fler män nås i tid finns en stor potential att upptäcka cancer tidigare – och rädda fler liv.

Mäns beteende avgörande för tidig upptäckt och prevention

Sveriges cancervård håller en kvalitet i världsklass och resultaten har förbättrats över tid. Allt fler som insjukna i cancer överlever idag, och utvecklingen går i rätt riktning.

Samtidigt står vården inför flera utmaningar. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vård ges på lika villkor för hela befolkningen. Förutsättningarna att få vård och att få sin cancer upptäckt i tid ska inte påverkas av exempelvis kön, socioekonomi eller bakgrund.

Trots detta kvarstår skillnader. Utfallet i cancervården varierar mellan olika grupper, liksom möjligheterna till

tidig upptäckt och deltagandet i förebyggande insatser. Variationerna påverkar både när cancer diagnostiseras och vilka behandlingsmöjligheter som finns. Den här rapporten fokuserar på dessa skillnader i tidig upptäckt och prevention, med särskilt fokus på mäns deltagande i screening, organiserad prostatacancertestning, vaccination och vårdsökande.

Män drabbas oftare av cancer – men överlevnaden ökar

Män insjuknar i cancer i högre utsträckning än kvinnor, och antalet nya cancerfall har ökat över tid. Samtidigt har den cancerrelaterade dödligheten minskat, vilket innebär att en större andel av de som insjuknar i dag överlever sin sjukdom. Utvecklingen visar att satsningar på tidig upptäckt och behandling gör skillnad.

Könsskillnader i canceröverlevnad har förändrats över tid. På 1970-talet överlevde omkring 25 procent av männen och 35 procent av kvinnorna en cancerdiagnos. I dag är överlevnaden betydligt högre – 73 procent för män och 72 procent för kvinnor.

Cancerdödligheten har därmed minskat snabbare bland män än bland kvinnor under det senaste decenniet. Det finns flera tänkbara förklaringar till denna utveckling. En viktig faktor är förändringar i insjuknande och dödlighet i olika cancerformer. Till exempel har både insjuknande och dödlighet i lungcancer minskat kraftigt bland män under de senaste tio åren, medan motsvarande minskning inte har setts bland kvinnor. Eftersom

När fler män deltar i screening, testning och vaccination och söker vård i tid kan cancer upptäckas tidigare – och fler liv räddas.



lungcancer är en av de mest dödliga cancerformerna får sådana förändringar stor betydelse för den totala dödligheten.

Betydelsen av tidig upptäckt

Särskilt betydelsefull är utvecklingen inom prostatacancer, som står för mer än en fjärdedel av alla cancerfall hos män. Förbättringar i diagnostik och behandling har lett till en tydlig minskning i dödlighet. I slutet av 1990-talet avled omkring 40 procent av de män som fick prostatacancer, jämfört med knappt 10 procent idag.

Denna utveckling sammanfaller med att regionerna under mitten av 1990-talet började erbjuda frivillig testning av prostataspecifikt antigen (PSA). Det har lett till att fler fall av prostatacancer upptäcks, ofta i ett tidigare skede av sjukdomen. I dag diagnostiseras de flesta fall i ett tidigt stadium (stadium 1-2), och en stor andel upptäcks genom PSA-testning hos män utan symtom. Sedan början av 2000-talet har även flera screeningstudier för prostatacancer genomförts i olika delar av landet vilket ytterligare har påverkat antalet av diagnosticerade fall.

Cancer upptäcks fortfarande senare hos män

Trots denna positiva utveckling kvarstår tydliga skillnader i när cancer upptäcks. Varje år diagnostiseras omkring 1 500 fler män än kvinnor i ett sent stadium. Det innebär att en större andel män får sin diagnos när sjukdomen redan har hunnit utvecklas längre, vilket påverkar både behandlingsmöjligheter och prognos.

En viktig förklaring är att män i lägre grad deltar i screening och vaccination och oftare väntar längre med att söka vård vid symtom. Det leder till senare upptäckt, mer avancerad sjukdom vid diagnos och mer omfattande behandling.

Tidig upptäckt och prevention förutsätter deltagande. För att fler cancerfall ska upptäckas i ett tidigt skede behöver fler delta i screening, testning och vaccinering samt att söka vård i tid.

De vanligaste cancerformerna bland män i Sverige 2024

1. Prostatacancer
10 782 män
2. Hudcancer (exklusive malignt melanom)
6 760 män
3. Malignt melanom
2 931 män
4. Lymfom och leukemi
2 792 män
5. Tjocktarmscancer
2 745 män
6. Urinblåsecancer
2 447 män
7. Lungcancer
1 829 män
8. Ändtarmscancer
1 508 män
9. Njurcancer
878 män
10. Bukspottkörtelcancer
850 män

Källa: Socialstyrelsen, Statistik om nyupptäckta cancerfall 2024

Män och cancer i Sverige

38 865st

fick cancer under 2024.

95%

är över 50 år när de får sin cancerdiagnos.

5%

får sin diagnos när de är mellan 25 och 49 år.

Ungefär **1 500st**

fler män än kvinnor får sin diagnos i ett sent stadium varje år.

> 40%

av alla män drabbas av cancer under sin livstid.

Nästan **20%**

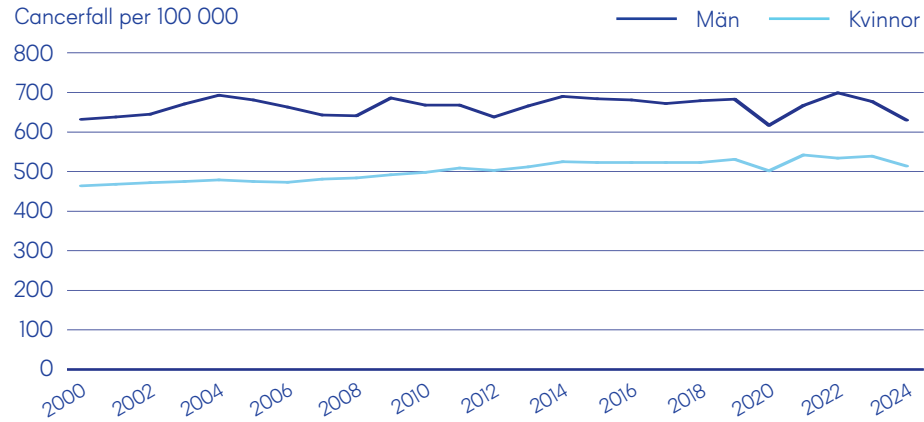
av alla män kommer drabbas av prostatacancer.

3 av 100

män kommer få malignt melanom.

Män får cancer i högre utsträckning än kvinnor och antalet nya cancerfall per capita har ökat över tid...

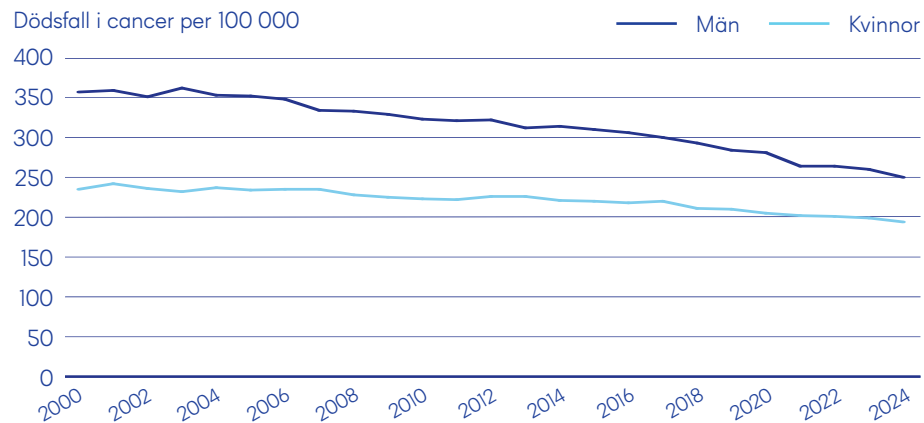
Antal nya cancerfall per 100 000 personer, åldersstandardiserat enligt befolkningen 2024.



Källa: Socialstyrelsen, Cancer i Sverige – statistik och analys, april 2026

...dock har dödligheten i cancer minskat under samma tidsperiod

Antal personer per 100 000 invånare som dött i cancer, åldersstandardiserat enligt befolkningen 2024.



Källa: Socialstyrelsen, Cancer i Sverige – statistik och analys, april 2026



Fler män insjuknar i cancer, men dödligheten minskar – vilket visar vad tidig upptäckt kan åstadkomma. Att ta kontakt med vården i tid gör skillnad.

Ökat deltagande och vårdsökande räddar liv

I dag diagnostiseras män senare i sjukdomsförloppet än kvinnor. Lägre kunskap och en högre tröskel att söka vård bidrar till att symtom tolkas senare och att kontakten med vården fördröjs. Det kan påverka både behandlingsmöjligheter och överlevnad – trots att möjligheter till tidig upptäckt finns.

Skillnader i deltagande mellan män och kvinnor syns tydligt i nationella screeningprogram. År 2024 var deltagandet i screening för tjock- och ändtarmscancer 63 procent bland män jämfört med 68 procent bland kvinnor. Skillnaderna är större i yngre åldersgrupper, där deltagandet i åldern 60–64 år var 59 procent för män och 67 procent för kvinnor.

Deltagandet varierar också mellan olika grupper av män och mellan regioner. I vissa regioner skiljer det omkring 5 procentenheter mellan könen, medan skillnaderna i andra kan uppgå till cirka 10 procentenheter. Socioekonomiska skillnader är också tydliga, vilket syns i andra screeningprogram. I screening för bukaortaaneurysm är deltagandet 9 procentenheter lägre bland män med förgymnasial utbildning jämfört med de med eftergymnasial utbildning.

Motsvarande skillnader syns även i organiserad prostatacancer-testning (OPT). I Västra Götaland deltar cirka 21 procent av män med låg inkomst, jämfört med cirka 44 procent bland män med högre utbildning. Även oorganiserad PSA-testning, som sker utan kallelse, är mindre vanlig bland män med lägre inkomst.

Sammantaget visar tillgängliga data att deltagandet i screening och tidig upptäckt varierar mellan olika grupper av män. Eftersom män oftare diagnostiseras i senare stadier än kvinnor för flera cancerformer, finns en betydande potential att förbättra utfallet genom att nå fler män i ett tidigare skede av sjukdomen.

Stadium vid diagnos är en av de viktigaste faktorerna för överlevnad

Stadium vid diagnos är avgörande för både behandlingsmöjligheter och överlevnad. Senare upptäckt innebär en högre risk för avancerad sjukdom och mer omfattande behandling. Lägre deltagande i förebyggande insatser och senare vårdsökande bidrar därmed till ojämlika förutsättningar i cancervården. Att fler män nås tidigare i sjukdomsförloppet är avgörande för att förbättra både överlevnad och livskvalitet.

Relativa 5-årsöverlevnaden för män utifrån cancerstadium vid diagnos för åren 2020–2024.

Typ av cancer	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Prostatacancer	102%*	102%*	80%	58%
Tjocktarmscancer	92%	86%	84%	17%
Urinblåsecancer	82%	51%	41%	17%
Lungcancer	72%	53%	25%	7%
Ändtarmscancer	91%	85%	80%	22%
Njurcancer	94%	90%	82%	25%
Bukspottkörtelcancer	40%	25%	4%	1%

* För prostatacancer som upptäcks i tidiga stadier kan ibland den relativa överlevnaden överskattas. Det beror bland annat på att en del tumörer kanske aldrig hade gett symtom eller påverkat livslängden om de inte upptäckts. Relativ överlevnad jämför dödligheten hos personer med prostatacancer med befolkningen i stort. Om gruppen som har cancer är friskare än genomsnittet kan överlevnaden överskattas – ibland till över 100 procent.

Källa: Socialstyrelsen, Cancer i Sverige – statistik och analys, april 2026

Vad påverkar mäns vårdsökande

Att söka vård i tid är inte självklart för alla. För många män formas beslutet av en kombination av förmåga, möjligheter och motivation – faktorer som tillsammans avgör om kontakt tas eller skjuts upp på framtiden.

COM-B-modellen är en etablerad beteendemodell som används för att förstå och påverka människors beteenden. I denna rapport används modellen som ett analytiskt ramverk för att strukturera kunskapen om vad som påverkar mäns deltagande och för att identifiera var hinder uppstår. Den tydliggör också att insatser behöver riktas mot flera faktorer samtidigt för att få effekt.

Modellen utgår från att ett beteende formas av tre samverkande faktorer: Förmåga (Capability), Möjligheter (Opportunity) och Motivation (Motivation) som tillsammans leder till ett beteende (Behaviour). För att en person ska delta i screening, vaccinera sig eller söka vård i tid behöver alla tre finnas på plats.

Vårdens utformning påverkar alla tre faktorer. Hur information ges, hur kontaktvägar ser ut och hur enkelt det är att delta har direkt betydelse för både förmåga, möjligheter och motivation. Det innebär att deltagandet i hög grad är påverkbart genom hur insatser utformas.

Tillsammans formar dessa faktorer det beteende som avgör om en person deltar i preventiva insatser eller söker vård i tid. Det betyder att fler män kan nås i tid – om vi förändrar det som i dag gör att de väntar.



Program för screening, testning och vaccination för män

Screening beräknas minska dödligheten med cirka 15 procent. Tidig upptäckt innebär ofta att sjukdomen kan behandlas i ett botbart skede. Den möjliggör också mindre omfattande behandling, vilket minskar risken för långvariga eller permanenta besvär, såsom behov av stomi, kroniska tarm- och bukbesvär, nedsatt funktion i urinvägar eller könsorgan samt infertilitet.

	Startdatum och geografisk spridning	Population	Effekter
Vaccination mot humant papillomvirus (HPV)	Del av det nationella barnvaccinationsprogrammet för pojkar sedan 2020. Catch-up-vaccination för män pågår sedan 2024. De flesta regioner erbjuder i dag subventionerad eller kostnadsfri vaccination upp till och med 26 år.	Vaccination erbjuds kostnadsfritt till flickor och pojkar i årskurs 5, med rätt till vaccination upp till 18 års ålder. Catch-up-vaccination rekommenderas upp till och med 26 år. Utformning och avgift varierar mellan regioner.	HPV kan orsaka cancer och könsvärtor hos både män och kvinnor. Vaccination ger ett skydd på upp till cirka 90 procent utan tidigare infektion, och 50-70 procent vid befintlig infektion.
Screening för tjock- och ändtarmscancer	Infördes successivt från 2008. Programmet byggs ut nationellt och beräknas vara fullt infört i alla regioner 2026.	Kvinnor och män i åldern 60-74 år kallas till screening vartannat år.	Screening beräknas minska dödligheten med cirka 15 procent. Tidig upptäckt innebär ofta att sjukdomen kan behandlas i ett botbart skede.
Organiserad prostatacancer-testning (OPT)	Inget nationellt screeningprogram. Regionala program för organiserad testning har införts eller planeras i majoriteten av regionerna.	Män i åldern 50-74 år erbjuds testning, med fokus på att upptäcka cancer i ett tidigt skede. Utformning varierar mellan regioner.	Prostatacancer är den vanligaste cancerformen bland män. Organiserad testning kan minska dödligheten och möjliggör tidigare upptäckt innan symtom uppstår.

Identifierade hinder för deltagande och vårdsökande

Att delta i screening, testning eller söka vård i tid kräver ett aktivt val. Men när trösklarna är höga – i kunskap, tillgänglighet eller tillit – blir det lättare att avstå eller skjuta upp vårdkontakten.

Tabellen sammanfattar forskningsbaserad kunskap om vad som påverkar mäns deltagande i screening, testning och vaccination samt deras vårdsökande. Forskningen visar att det inte finns en enskild förklaring, utan att flera faktorer samverkar. Det handlar om kunskap och riskuppfattning, tillgänglighet till vård samt tillit och tidigare erfarenheter. Även normer och sociala faktorer spelar roll. Föreställningar om självständighet och att "klara sig själv" kan bidra till att vårdsökande upplevs som mindre självklart, samtidigt som svagare socialt stöd kan minska sannolikheten att ta kontakt med vården. Tabellen visar också hur starkt forskningsstödet är. Evidensnivån anger styrkan i underlaget – från starkt (1) till begränsat (5). Vissa samband är väl belagda och återkommer i flera studier, medan andra bygger på mer begränsad forskning.

Tabellen visar därmed inte bara vad som påverkar deltagandet, utan också hur säkert vi vet det. Det ger ett underlag för att prioritera insatser där evidensen är stark, samtidigt som det finns behov av att pröva och utveckla arbetssätt inom områden där kunskapen är mer begränsad.

Flera faktorer påverkar mäns deltagande	Evidensnivå
Senare symtomigenkänning, senare vårdsökande och socialt stigma Män känner ofta igen symtom senare, söker vård i lägre grad och har lägre tillit till vården än kvinnor. Svagare socialt stöd och stigma kring att engagera sig i hälsa kan också minska vårdsökandet.	1
Kunskap och oro Lägre kunskap, mindre oro och lägre upplevd risk för prostatacancer är kopplade till lägre deltagande i prostatacancerscreening.	1
Motivation, rädsla och praktiska hinder Studier om prostatascreening visar att rädsla för cancer kan fungera både som barriär och drivkraft. Andra hinder är tidsbrist, låg motivation, låg tillit till vården och bristande tillgänglighet. Beslut fattas ofta utifrån intuition snarare än vägledning.	1
Kunskap, tillit och tillgänglighet Systematiska översikter visar att deltagandet i tjock- och ändtarmscancerscreening påverkas av flera faktorer: låg kunskap om cancer och screening, tidsbrist, rädsla eller obehag inför undersökningen, låg tillit till vården och svårigheter att förstå screeninginformationen.	1
Normer och attityder till vård I amerikanska studier är uppfattningen att man ska "vara stark" kopplad till lägre deltagande i tjock- och ändtarmscancerscreening. Negativa attityder till vårdpersonal och medicinska undersökningar är också förknippade med lägre deltagande.	4
Maskulinitetsnormer och beteenden Maskulinitetsnormer har kopplats till lägre benägenhet att söka vård. Hälsoskadliga beteenden förknippas oftare med maskulinitet, medan hälsofrämjande beteenden oftare kopplas till femininitet. Dessa normer påverkas av bland annat socioekonomi, utbildning, etnicitet och ålder.	5
Socialisering och vårdvanor Män socialiseras generellt mindre till att söka vård än kvinnor. Kvinnor får ofta tidig kontakt med vården genom reproduktiv hälsa, medan män oftare saknar motsvarande vana och trygghet i vårdkontakten.	3

Fördröjningar i vårdkedjan – från symtom till behandling

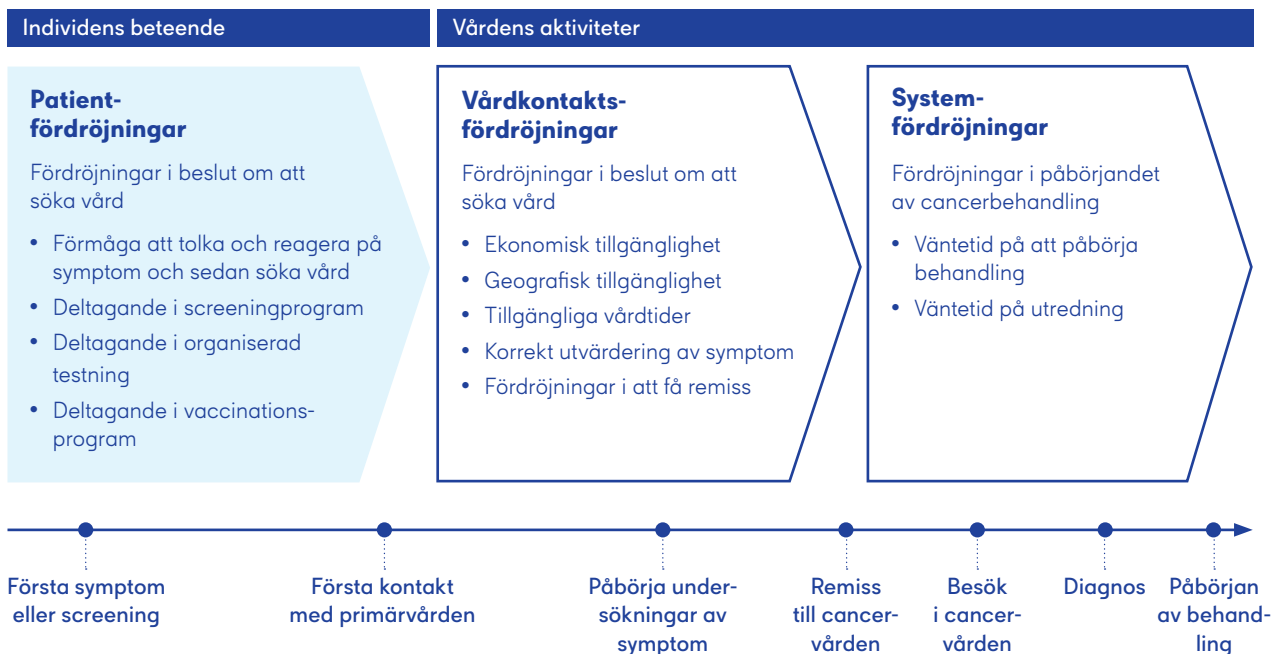
Fördröjningar som leder till senare upptäckt av cancer – från att symtom uppmärksammas till att behandling påbörjas. De kan handla om att vård söks sent, att kontakten med vården dröjer eller att utredning och behandling tar för lång tid.

Det avgörande är att fördröjningar sällan beror på en enskild faktor. De uppstår ofta som en följd av flera mindre hinder längs hela vårdkedjan – från individens första beslut till vårdens interna processer.

Den här rapporten fokuserar särskilt på de tidiga stegen i kedjan – där deltagande i screening och testning samt tidig vårdkontakt avgör om cancer upptäcks i tid. Det är här skillnaderna i deltagande är som störst, och där det finns en betydande potential att nå fler män tidigare.

För regionerna innebär det att arbetet med tidig upptäckt behöver omfatta både hur människor nås och motiveras att söka vård, och hur vårdens första kontakt fungerar i praktiken. Det handlar om att göra det enklare att uppmärksamma symtom, delta i förebyggande insatser och ta kontakt med vården i tid.

Även om fördröjningar kan uppstå i hela vårdkedjan ligger rapportens tyngdpunkt på de steg där regionerna har störst möjlighet att påverka deltagande och tidig upptäckt.



Så läser du modellen

Modellen illustrerar hur tiden från första symtom eller screeninginbjudan till behandlingsstart kan delas in i olika steg. Den synliggör hur processen sträcker sig från individens första beslut att uppmärksamma symtom eller delta i prevention, vidare till kontakten med vården och utredning, och slutligen till diagnos och behandling inom vårdsystemet.

Stegen i modellen är inbördes beroende. Fördröjningar i ett tidigt skede påverkar det fortsatta förloppet och kan sammantaget leda till att diagnosen ställs senare. Modellen används därför för att tydliggöra var i processen hinder kan uppstå och hur dessa tillsammans påverkar tiden till diagnos.

Genom att synliggöra hela kedjan ger modellen ett stöd för att identifiera var insatser kan sättas in för att minska fördröjningar och bidra till att fler cancerfall upptäcks i ett tidigare skede.

Skillnader i mäns deltagande kan sällan förklaras av en enskild faktor. I stället uppstår de när flera hinder samverkar - till exempel när begränsad kunskap kombineras med otydliga kontaktvägar eller låg tillit till vården.

Det innebär att insatser som enbart riktas mot en faktor, till exempel information, riskerar att få begränsad effekt om inte även insatser mot andra faktorer sker samtidigt, såsom tillgänglighet och motivation. Samma insats kan också få olika effekt i olika grupper. Åtgärder som förbättrar tillgängligheten kan vara avgörande för vissa grupper, medan andra i högre grad påverkas av tillit, normer eller kunskap. För att öka träffsäkerheten behöver därför arbetet utgå från en analys av vilka hinder som är mest avgörande i den aktuella målgruppen, snarare än från antaganden om att samma insatser fungerar för alla.

Samtidigt finns flera av de faktorer som påverkar mäns vårdssökande inom regionens påverkansområde. Det gäller särskilt hur erbjudandet utformas, hur information kommuniceras och hur enkelt det är att ta kontakt med vården. Genom att arbeta mer systematiskt med dessa delar kan trösklar sänkas och fler män nås tidigare.

För att öka träffsäkerheten i arbetet behöver regioner därför analysera vilka faktorer som begränsar deltagandet lokalt och utforma insatser som arbetar mot flera hinder samtidigt. Det är först när förmåga, möjligheter och motivation samverkar som förutsättningarna för förändrat beteende finns på plats.

Ett tillgängligt och förtroendefullt första möte med vården kan sänka trösklar och göra det lättare för fler män att söka vård i tid.



Verktyg för att nå män

För att öka deltagandet i cancerscreening, HPV-vaccination och organiserad prostatacancertestning samt främja tidig vårdkontakt krävs insatser som både når brett och träffar rätt. För att nå män krävs olika strategier, för olika grupper.

Män deltar i lägre grad i screening och vaccination och söker oftare vård sent vid symptom. Men män är inte en homogen grupp. Skillnaderna i deltagande är stora även inom gruppen män, och vissa grupper möter betydligt större hinder än andra. Det innebär att ett effektivt regionalt arbete behöver bygga på två perspektiv samtidigt. Det ena är ett generellt mansperspektiv: att utforma information, erbjudanden och kontaktvägar så att de bättre når män som grupp. Det andra är ett riktat perspektiv: att identifiera de grupper av män där deltagandet är särskilt lågt och där behoven av anpassade insatser är störst.

Vissa grupper återkommer i forskning och analyser som särskilt viktiga att uppmärksamma, som till exempel socioekonomiskt utsatta män, utrikesfödda män, ensamstående män samt unga män som är aktuella för HPV-vaccination. Dessa grupper har olika förutsättningar, men gemensamt är att de oftare har lägre kunskap om symptom, screening eller vaccination, svagare förtroende för vården, mindre socialt stöd eller större praktiska hinder för att delta.

Det är också därför generella insatser inte räcker. En region kan förbättra kallelser, kommunikation och tillgänglighet för alla män, men om arbetet inte samtidigt anpassas till grupper där hindren är större kommer skillnaderna i deltagande att bestå. För att öka träffsäkerheten behöver regioner rikta sig mot de grupper som deltar i lägre grad, vilka hinder som är mest avgörande och vilka insatser som därför har störst potential att göra skillnad.

Olika män, olika hinder

Vilka grupper som är mest relevanta kan variera mellan regioner. Men rapporten visar att det finns målgrupper som så ofta återkommer i både forskning och praktiskt utvecklingsarbete att de bör uppmärksammas särskilt. Det är mot den bakgrunden som denna rapport presenterar både generella verktyg för att nå män som grupp och riktade verktyg för utvalda målgrupper.

Att nå män bättre handlar därför inte om att välja mellan breda och riktade insatser. Det handlar om att kombinera dem. Först då kan arbetet bli tillräckligt träffsäkert för att fler män ska delta i förebyggande insatser, söka vård i tid och få sin cancer upptäckt tidigare.

Arbetet bör inledas med en analys av det lokala deltagandet. Därefter kan insatser prioriteras utifrån effekt, resursåtgång och genomförbarhet i den egna organisationen.

Från insikt till handling – utveckling av insatser riktade till män

När grupper med lågt deltagande har identifierats behöver nästa steg vara att prioritera vilka insatser som ska genomföras. Alla verktyg är inte lika relevanta i alla regioner, och effekten beror på både målgrupp och lokala förutsättningar.

Regioner behöver därför göra en avvägning mellan förväntad effekt och resursåtgång. Det innebär att fokusera på insatser som har potential att nå grupper med lågt deltagande och samtidigt är genomförbara i den egna organisationen.

I rapporten finns en prioriteringsmatris som stöd för denna prioritering. Den ger en översikt av vilka insatser som kan ge störst effekt i relation till insatsens omfattning, men ersätter inte den regionala bedömningen.

➡ Det är regionens behov, förutsättningar och prioriteringar som avgör vilka insatser som bör genomföras.

Verktyg för alla män

Läs mer på s. 17

Män som är lämpliga för HPV-vaccinering



Läs mer på s. 21

Ensamstående män



Läs mer på s. 25

Socioekonomiskt utsatta män



Läs mer på s. 29

Utrikesfödda män



Läs mer på s. 34

Verktygens uppbyggnad

För att öka mäns deltagande i screening, testning, vaccination och tidig vårdkontakt krävs insatser som är både träffsäkra och genomförbara. Verktögen i rapporten är framtagna för att stödja regioner i att välja rätt insatser – för rätt målgrupper.

Strukturen utgår från valda målgrupper, både män generellt och i grupper av män där deltagandet är lägre, och de hinder som påverkar deras benägenhet att delta. För varje målgrupp presenteras verktyg som bedömts ha potential att nå fler män.

Verktygen redovisas i ett enhetligt format för att göra dem enkla att jämföra och använda i praktiken. De visar hur insatser kan utformas, vad som är särskilt viktigt att beakta för män och i vilka sammanhang de kan ge effekt. Varje verktyg kompletteras med exempel, relevanta program samt en bedömning av förväntad effekt och resursåtgång.

Sammantaget ger upplägget ett konkret beslutsstöd för att identifiera insatser med störst potential och prioritera utifrån lokala behov, resurser och mål.

Identifierade verktyg

För att öka deltagandet i respektive målgrupp har verktyg identifierats som är relevanta för just den gruppen.

Beskrivning

Det aktuella verktyget presenteras och beskrivs utifrån hur det fungerar i praktiken och på vilket sätt det kan bidra till att öka deltagandet i screening, OPT eller HPV-vaccination. Beskrivningen ger en konkret bild av hur insatsen kan utformas, vilka delar den kan innehålla och i vilka sammanhang den kan användas. Beskrivningen fokuserar på vad som gör verktyget relevant för målgruppen och vilka hinder det kan bidra till att minska.

Förväntad effekt och resursåtgång

För varje verktyg i guiden finns en grov uppskattning av förväntad effekt- och resursåtgång. Uppskattningarna har gjorts utifrån en generell bedömning av förutsättningarna nationellt och har baserats på de intervjuer och litteraturstudier som ligger till grund för rapporten.

Med *förväntad effekt* menas i vilken utsträckning verktyget kan öka deltagandet i program för cancer-screening eller HPV-vaccinering. Den förväntade effekten kan vara:

- **Hög**
- **Medel**
- **Låg**

Med *resursåtgång* menas en uppskattning av personella och finansiella resurser för en region att implementera och använda sig av verktyget. Resursåtgången kan vara:

- **Hög**
- **Medel**
- **Låg**

Evidensnivå

Identifierade verktyg klassificeras i fyra nivåer utifrån grad av evidens:

Hög evidens

- 1 Vetenskaplig evidens för att metoden ökar deltagande i cancerscreening, OPT eller HPV-vaccinering
- 2 Beprovad erfarenhet av användning inom cancerscreening, OPT eller HPV-vaccinering eller vetenskaplig evidens för att metoden ökar deltagande i liknande hälso- och sjukvårdsaktiviteter
- 3 Beprovad erfarenhet med utan strukturerad uppföljning
- 4 Verktyg som ännu inte testats eller testats i mycket begränsad användning utan uppföljning

▼ Låg evidens

Prioriteringsmatris – hur verktygen kan värderas

Verktygen i guiden har positionerats i en prioriteringsmatris utifrån två dimensioner: uppskattad effekt på deltagande eller tidig vårdkontakt samt resursåtgång för att införa insatsen i regionen.

Varje bokstav (A-G) representerar ett specifikt verktyg som beskrivs i guiden. Bokstäverna används för att illustrera hur olika insatser förhåller sig till varandra, inte för att rangordna dem generellt. En och samma insats kan placeras olika beroende på regionala förutsättningar.

Matrisen är uppdelad i fyra fält:

Hög förväntad effekt – låg resursåtgång

Verktyg i detta fält kan vara prioriterade att införa, förutsatt att de är relevanta för regionens målgrupper.

Hög förväntad effekt – hög resursåtgång

Dessa insatser kan vara motiverade men kräver planering, finansiering och eventuellt införande i mindre skala innan bred implementering.

Låg förväntad effekt – låg resursåtgång

Insatser i detta fält kan övervägas som komplement, men förväntas inte ensamma ge betydande förändring.

Osäker förväntad effekt eller hög resursåtgång

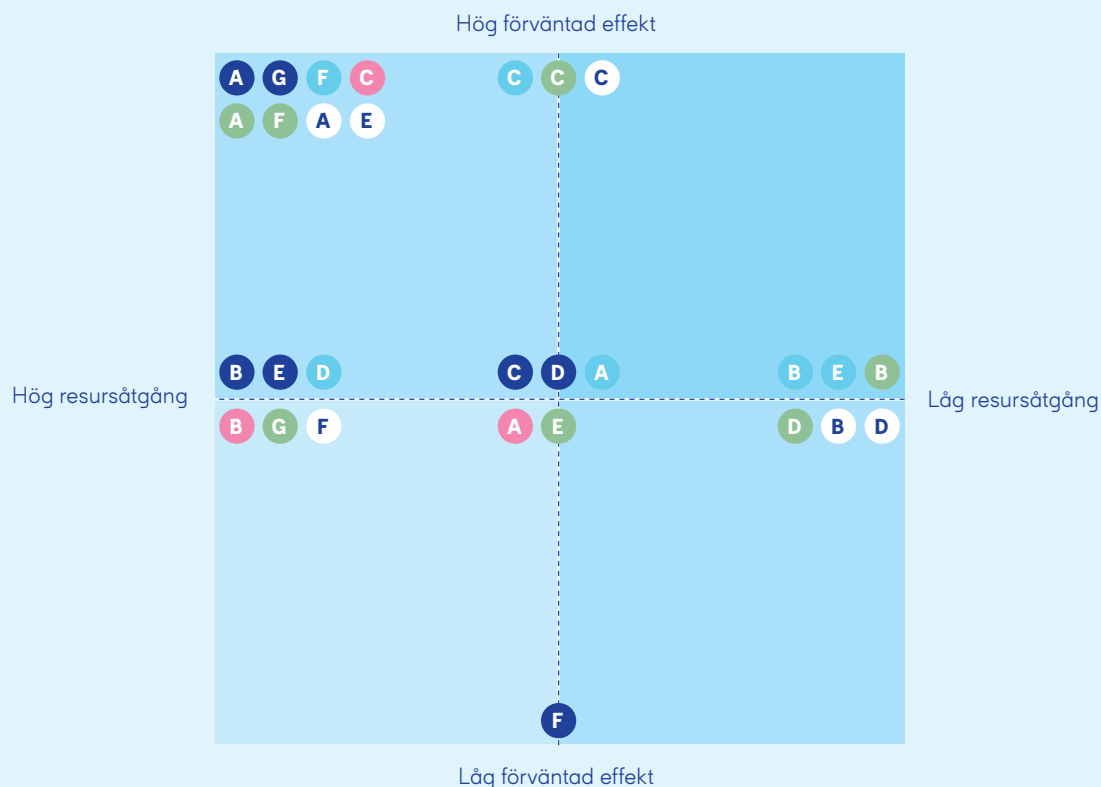
Här kan det vara lämpligt att avvakta ytterligare evidens eller att genomföra pilotinsatser innan beslut om breddinförande fattas.

Matrisen är ett stöd för strukturerad prioritering. Den ersätter inte regional analys, utan ska användas tillsammans med kunskap om lokala behov, kapacitet och strategiska mål.

Så läser du matrisen

Varje bokstav (A-G) representerar ett specifikt verktyg som beskrivs i guiden.

Verktyg för alla män	sid 17	A B C D E F G
Män som är lämpliga för HPV-vaccinering	sid 21	A B C D E F
Ensamstående män	sid 25	A B C
Socioekonomiskt utsatta män	sid 29	A B C D E F G
Utrikesfödda män	sid 34	A B C D E F



Verktyg för alla män

Män deltar generellt i lägre grad i screening och vaccination och söker oftare vård sent vid symtom. Det innebär att cancer oftare upptäcks i ett senare skede, vilket påverkar både behandlingsmöjligheter och prognos.

Mäns benägenhet att delta i förebyggande insatser och att söka vård påverkas av flera samverkande faktorer. Många män känner inte igen symtom i tid, uppfattar risken som låg eller väntar med att ta kontakt med vården. Samtidigt kan föreställningar om självständighet och att "klara sig själv" bidra till att vårdsökande upplevs som mindre självklart.

Utformningen av vårdens erbjudanden har stor betydelse. Kallelser och information når inte alltid fram eller upplevs inte som relevanta, och kontaktvägar kan uppfattas som otydliga eller svåra att använda. Även praktiska hinder, som tider som inte passar eller krångliga bokningsprocesser, kan bidra till att deltagande skjuts upp eller uteblir.

Forskning visar att dessa faktorer ofta samverkar. Begränsad kunskap i kombination med låg tillit eller bristande tillgänglighet kan skapa trösklar som gör att män inte deltar i screening, avstår från vaccination eller väntar med att söka vård trots symtom.

Eftersom dessa mönster återkommer brett inom gruppen män finns en stor potential i generella insatser som gör det enklare att förstå information, ta del av erbjudanden och komma i kontakt med vården i tid.

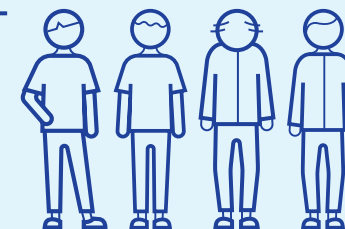
Fakta om målgruppen

- Cirka 1 500 fler män än kvinnor diagnostiseras i ett sent stadium varje år
- Män deltar i lägre grad i screening, exempelvis 62,5 % jämfört med 68,2 % bland kvinnor i tjock- och ändtarmscancerscreening (2024)
- Skillnaderna är större i yngre åldersgrupper, där deltagandet bland män är 58,8 % jämfört med 65,5 % bland kvinnor (60–64 år)
- Män söker vård senare vid symtom än kvinnor, vilket bidrar till senare upptäckt
- Lägre kunskap om symtom, screening och vaccination är vanligt förekommande
- Tillit till vården och tidigare erfarenheter påverkar benägenheten att söka vård
- Normer kring självständighet och maskulinitet kan bidra till högre trösklar för vårdsökande

Källa: Socialstyrelsen, Statistik om nyupptäckta cancerfall 2024

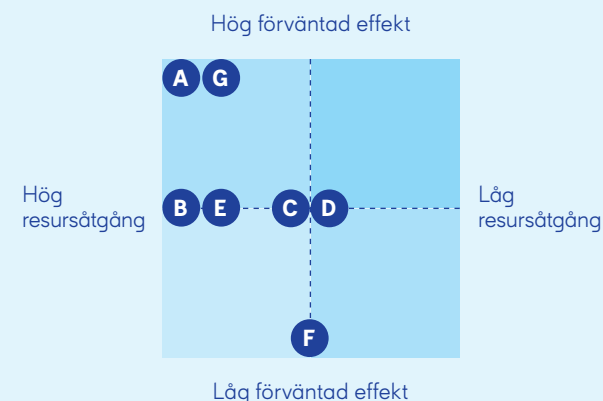
Möjliga kontaktytor

- Digitala kanaler (1177, sms, e-tjänster)
- Arbetsplatser och arbetsgivare
- Idrotts- och fritidsmiljöer
- Apotek och andra vårdnära aktörer
- Masskommunikation och riktade kampanjer
- Lokala miljöer där män rör sig i vardagen



Positionering av identifierade verktyg baserat på uppskattad effekt och resursåtgång

Verktygen A, B, C, D, E, F och G beskrivs på nästa sida.





Verktyg för ökat deltagande i program för screening, testning och vaccination

Verktyg	Beskrivning	Extra viktigt för män	Exempel	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
A Informationskampanjer	Informationskampanjer för om vaccination, cancerscreening och testning kan användas för alla målgrupper. Information behöver vara lätt-förståelig, på ett enkelt språk, tillgänglig, och förklara biomedicinska termer. Kampanjer kan vara online och digitalt, i tryck eller som öppna föreläsningar. Kampanjen bör anpassas till olika socioekonomiska och kulturella bakgrunder och översättas till olika språk.	Män efterfrågar ett enkelt och tydligt språk utan medicinska eller nedlåtande termer, gärna med inslag av humor och ett tydligt fokus på män.	<i>Ge prostatacancer fingret</i> -kampanjen från Movember tillsammans med Praise U i Irland.	Hög	Hög	1	64, 31, 63, 53, 54-56, 79
B Vårdflexibilitet: utökade öppettider, hembesök och mobila enheter	Män önskar sig ökad flexibilitet av vård: utökade öppettider, många tider att välja mellan och enkel ombokning var effektiv i covid-19 vaccinering. Vårdpersonal kan genomföra en screening eller vaccinering i samband med ett rutinbesök eller erbjuda ett hembesök. Dessutom kan mobila enheter för screening eller vaccinering nå män i hemmet eller på jobbet och pop-up tält nå män på offentliga platser.	Män i arbetsför ålder har sämre prostatacancerresultat. Män i enklare arbeten har ofta svårt att få tillgång till hälso- och sjukvård.	<i>Man Van</i> erbjuder gratis hälsokontroller och prostatacancer-testning för män 45 år och äldre i Storbritannien	Medel	Hög	1	64, 63, 40, 20, 61, 39
C Offentliga personer som talespersoner	Mäns maskulinitet och uppfattningar om andra mäns hälsobeteenden förutsäger egna hälsobeteenden. Därför kan det vara effektivt att arbeta med högprofilerade, offentliga och berömda personer män kan relatera till. De kan ge förtroende i vård, minska stigmatiseringen eller om tillämpligt berätta om deras egna sjukdom.	Det är viktigt att engagera manliga talespersoner som män respekterar och som representerar relevanta intresseområden, såsom idrott, tv och musik.	När Bill Turnbull (tv-journalist) och Stephen Fry (skådespelare) offentligt berättade om sina erfarenheter av prostatacancer ledde det till att fler män sökte vård.	Medel	Medel	1	31, 63, 43

Verktyg	Beskrivning	Extra viktigt för män	Exempel	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
D Kallelser och påminnelser till vaccination, cancer-screening och testning	Kallelser och påminnelser till kontroller, vaccination, screening och testning har visat sig vara effektiva. Män efterfrågar kallelser med ett enkelt och tydligt språk samt en klar beskrivning av fördelar och risker. Det kan även vara fördelaktigt att skicka kallelser med förbokade tider och möjlighet att avboka.	Tydligt, kort och konkret språk, undvik skam/stigma.	SMARTERscreen Trials som använder sig av SMS-påminnelser och digitala kallelser via särskilda appar för kallelser till tjock- och ändtarmscancer bland män i Australien.	Medel	Medel	1	9, 47, 53, 54, 63-64, 89-90, 94-95
E Personlig kontakt och relations-stärkande insatser med vårdpersonal	En bra relation med vårdpersonalen exv. allmänläkare, särskilt om de har samma kön, kan öka förtroende och cancerscreening-deltagande. Motiverande samtal (Engelska: MI) med patienten och personcentrerade samtal med en empatiskt dialog har också visat sig vara effektiva verktyg.	Många män svarar bättre på en praktisk och lösningsorienterad dialog, med tydliga formuleringar som "så här går det till". Att läkare eller sjuksköterska aktivt tar upp och rekommenderar åtgärder, gärna inom en kontinuerlig vårdkontakt, kan ha stor betydelse. Även normalisering, till exempel genom att lyfta att "många gör detta", kan bidra till att minska barriärer.	Olika program för att öka screening-deltagande hos män där motiverande samtal är en central del. Exempelvis VHA Colorectal Cancer Screening Outreach Program eller initiativ där motiverande samtal används som del i kontakt med män.	Medel	Hög	1	11, 14, 63-64, 89-92, 97-98

Verktyg	Beskrivning	Extra viktigt för män	Exempel	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
F Telefonlinjer för stöd, information och förtroende	Telefonlinjer som män kan ringa när de har frågor om screening, vaccinering eller symtom kan vara effektiv för att öka kunskap och förtroende. Till exempel finns Cancerlinjen för alla som är berörda av cancer och en nationell linje om coronaviruset på flera språk.	Män lyfter ofta anonymitet och konfidentialitet som viktiga eftersom det kan sänka tröskeln för att ta kontakt. Möjligheten att snabbt kunna "stämna av" frågor utan att först boka ett besök, och få tydliga, raka svar om vad nästa steg är, kan därför underlätta både hjälpsökande och deltagande i screening eller vaccination.	Flera exempel på specifika linjer där män kan vända sig till med frågor om screening och testning, exempelvis ZERO360 i USA för prostatacancer, Cancer Research UK i Storbritannien och Cancerlinjen i Sverige	Låg	Medel	1	3, 64, 89, 93
G Öka incitament med priser eller ersättning	Att öka incitament till deltagande i vaccinering eller cancerscreening med ersättning (exempelvis pengar, presentkort) eller möjlighet att vinna priser har visat sig effektivt.	Män kan oftare motiveras av konkreta, omedelbara vinster och låg friktion: en garanterad liten ersättning (t.ex. presentkort) tenderar att fungera bättre än lotteri, medan lotterier ger mer varierande effekter. Samtidigt behöver incitament nästan alltid kombineras med att det är enkelt att genomföra screening (drop-in, smidig bokning, tydliga instruktioner)	Teambaserade screeningutmaningar där arbetsplatser tävlar om högst screeningdeltagande för en gemensam belöning, eller små kontantincitament eller presentkort efter genomförd koloskopi för veteraner i USA	Hög	Hög	1	35, 53, 89, 99-102



VERKTYG FÖR

Män som är lämpliga för HPV-vaccinering

Folkhälsomyndigheten rekommenderar HPV-vaccination för pojkar och unga män från årskurs 5 upp till 26 års ålder. I dag ingår vaccinationen kostnadsfritt i barnvaccinationsprogrammet för elever i årskurs 5 samt för unga män födda år 2009 eller senare. För män under 27 år varierar erbjudande och kostnad för vaccinationen. I vissa regioner erbjuds alla under 27 år gratis vaccination, i andra är erbjudandet förenat med en kostnad eller omfattar begränsade åldersgrupper.

Unga mäns benägenheten att delta i HPV-vaccinationsprogrammet påverkas av flera faktorer: Kunskap om HPV, förståelse för hur vaccinet skyddar mot cancer och förtroende för hälso- och sjukvården är centrala. För yngre pojkar fattas beslutet oftast av föräldrar, medan äldre ungdomar och unga män själva ansvarar för beslutet. Eftersom HPV-vaccination tidigare främst marknadsfördes för flickor och kvinnor, känner många inte till att även pojkar omfattas av programmet och att vaccinationen skyddar mot annan HPV-relaterad cancer, som penis-, anal- och tonsillcancer.

Forskning visar att begränsad kunskap om HPV och dess koppling till cancer minskar vaccinationsviljan, medan ökad information till både föräldrar och unga män leder till högre deltagande [51][55-56]. Ytterligare en faktor är förtroendet för vården, som generellt är lägre bland yngre män än bland äldre [72]. Bland unga män utgör även kostnaden, uppfattningen att vaccinet inte är avsett för dem samt övertygelsen att de inte löper risk att drabbas betydande hinder. Dessutom kan vaccinationsserien avbrytas, eftersom två doser krävs för personer över 15 år [62].

Fakta om målgruppen

- Folkhälsomyndigheten rekommenderar att HPV-vaccination ges som en uppföljningsvaccination för män upp till 26 år [62]
- För pojkar och tonårspojkar är det oftast föräldrarna som bestämmer sig att vaccinera sina barn.
- Unga män tror inte att de löper risk att drabbas av sjukdomen och tror inte att vaccinet är avsett för dem [56]
- Cirka 300 000 - 400 000 män bedöms aktuella för HPV-vaccinering [19]

Möjliga kontaktytor

- Digitala kanaler, Sociala medier, mobiler, 1177 och Kivra
- Universitet och arbetsplatser
- Gym, klubbar, barer
- Idrottsföreningar
- Kollektivtrafik
- Fritidsgårdar
- Skolhälsovården

Faktorer som påverkar målgruppens benägenhet att söka vård eller delta i screening-, testnings- och vaccinationsprogram

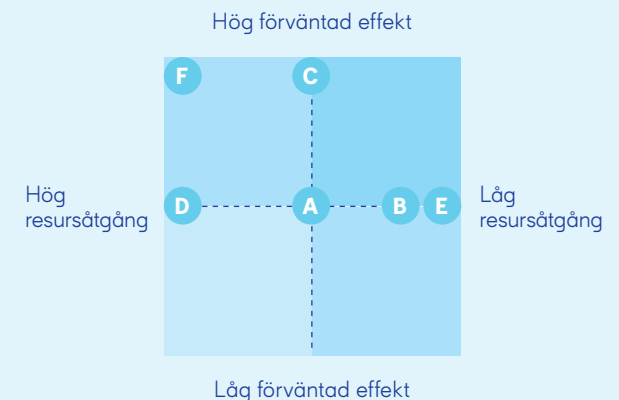
- Individens förmåga (Capability): > Kunskapsrelaterade
- Individens möjligheter (Opportunity) > Tidsrelaterade > Geografiska > Kostnadsrelaterade
- Individens motivation (Motivation) > Förtroenderelaterade

Relevanta program

- HPV-vaccination
- Tjock- och ändtarmscancer
- Prostatacancer

Positionering av identifierade verktyg baserat på uppskattad effekt och resursåtgång

Verktygen A, B, C, D, E och F beskrivs på nästa sida.



Faktorer som påverkar HPV-vaccination hos pojkar och unga män

Tabellen visar vilka faktorer som påverkar pojkars och unga mäns deltagande i HPV-vaccination. Den ger en översikt av centrala hinder och drivkrafter samt evidensläget, och kan användas som underlag för att utforma mer träffsäkra insatser.

	Cancersjukdom eller vårdområde	Evidensnivå	Källa
Kunskap om HPV, vaccination och dess betydelse Oftast beslutar föräldrarna om vaccinering för deras barn eller tonåringar. Många föräldrar visar begränsad kunskap om vilka sjukdomar HPV-vaccinering skyddar mot och vilken nytta det gör för pojkar. Bland föräldrar finns det en oro för biverkningar och vaccinet upplevs som relativt nytt. Dessutom har många unga män begränsad kunskap om behovet av vaccinet, eftersom tidigare kampanjer fokuserade på kvinnor.	HPV-vaccinering	1	62
Kostnad och tillgänglighet Folkhälsomyndigheten rekommenderar att HPV-vaccination ges som en uppföljningsvaccination för män upp till 26 år. Men vid denna guide färdigställande erbjuder inte alla regioner män under 27 år vaccinet kostnadsfritt, vilket är en av de största barriärerna. Män i den här åldern studerar fortfarande eller har lågavlönade jobb.	HPV-vaccinering	1	62
Kunskap och tidigare vaccinationsbeteende I Storbritannien är endast 23 procent av föräldrarna medvetna om att det finns ett HPV-vaccinationsprogram för pojkar. Även om ökad information förbättrade attityderna till vaccination, var föräldrar till flickor mer benägna att vaccinera sina barn än föräldrar till pojkar.	HPV-vaccinering	4	51
Kunskap och tidigare vaccinationsbeteende En systematisk granskning som analyserar studier från flera länder undersöker mäns deltagande i HPV-vaccination. Föräldrar med högre kunskap om HPV och vaccinationen var mer benägna att låta sina söner vaccineras. Ett högt deltagande i andra vaccinationsprogram korrelerade också med ökad benägenhet att delta i HPV-vaccination. Dessutom rapporterades en högre vaccinationsgrad i stadsområden jämfört med på landsbygden.	HPV-vaccinering	4	55
Utbildningsnivå, socioekonomiska förutsättningar och upplevd risk En systematisk granskning som analyserade studier från Asien om HPV-vaccination bland pojkar under 18 år visade att föräldrar med högre utbildningsnivå var mer benägna att låta sina söner vaccineras. Kostnaden för vaccinet utgjorde däremot ett betydande hinder för både föräldrar och tonåringar från socioekonomiskt utsatta grupper. Dessutom upplevde många pojkar och tonåringar att de själva inte var i riskzonen och ansåg därför att vaccinet inte var relevant för dem.	HPV-vaccinering	4	56
Praktiska krav i vaccinationsprocessen Män som är 15 år eller äldre behöver två doser av vaccinet, vilket kan öka risken för att vaccinationsserien inte fullföljs.	HPV-vaccinering	1	62



Verktyg för ökat deltagande i program för screening, testning och vaccination

Verktyg	Beskrivning	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
A Tillhandahåll många tider och enkel ombokning	Majoriteten av dem som uteblir från bokade vårdtider är unga män. Barriärer för denna målgrupp kan minska genom att erbjuda många tillgängliga tider och möjlighet till enkel ombokning. I Stockholm valde man under covid-19-vaccinationskampanjen att använda vaccinationscentraler för att öka kapaciteten. På motsvarande sätt kan befintliga vaccinationsstrukturer i regionen utnyttjas. Förbokade tider för covid-19-vaccination har visat sig leda till ett högre vaccinationsupptag.	Medel	Medel	1	73, 74, 75
B Kunskapshöjande kampanj om HPV och vaccination	Många föräldrar till pojkar och tonåringar, liksom unga män själva, har begränsad kunskap om HPV-vaccination, och viss skepsis mot vaccinet förekommer. För att öka deltagandet och möjliggöra ett informerat val finns behov av kunskapshöjande och målgruppsanpassade informationsinsatser om HPV och vaccinationens betydelse. Kanaler och budskap bör anpassas efter målgruppen både till föräldrar och till unga män.	Medel	Låg	2	50, 51, 52
C Tillhandahåll vaccination på flera platser	Genom att erbjuda vaccinering på många platser, särskilt där målgruppen naturligt vistas, kan barriärerna för deltagande sänkas. Vaccination kan exempelvis genomföras på apotek, i köpcentrum, på universitet och på arbetsplatser. I Västra Götalandsregionen har man till exempel erbjudit vaccination på Volvos fabrik, vilket gjort det möjligt för fler att vaccinera sig i anslutning till arbetet. Det finns även exempel på att vaccination har erbjudits på universitet under introduktionsveckorna för nya studenter.	Hög	Medel	1	38, 63, 64, 103
D Mobila team i kombination med kontakt	För att öka deltagandet i områden där avstånden till vaccinationsmottagningar är långa kan mobila enheter användas. I norra Sverige har detta prövats med goda resultat. För att maximera antalet vaccinerade kontaktades de berörda i förväg, där de informerades om när den mobila enheten skulle komma till deras område.	Medel	Hög	3	64

forts.

Verktyg	Beskrivning	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
E Kunskapshöjande arbete bland vårdpersonal	Målgruppen kan ha många frågor kring vaccination mot HPV. För att dessa ska kunna bemötas på ett tryggt och informativt sätt, och för att möjliggöra ett informerat val, är det viktigt att vårdpersonal har rätt kunskap och verktyg. Som stöd finns ett nationellt utbildningsmaterial framtaget av Regionala Cancercentrum i samverkan, tillgängligt för hälso- och sjukvårdspersonal i hela landet.	Medel	Låg	1	76
F Erbjuder gratis vaccinering för unga män 16-26 år	I flera andra länder erbjuds kostnadsfri HPV-vaccination till bredare grupper av män. Exempelvis omfattar programmen alla män 12-22 år i Irland, alla män under 19 år i Finland, alla män födda 2005 eller senare genom ett catch-up-program i Danmark, samt alla män som har sex med män under 46 år i Skottland.	Hög	Hög	3	57, 58, 59, 60



VERKTYG FÖR

Ensamstående män

Ensamstående män omfattar ogifta, skilda och änklingar som lever ensamma. Forskning visar att denna grupp har en högre sannolikhet att diagnostiseras i ett senare tumörstadium vid flera cancerformer och att de oftare tillhör gruppen med längst väntetid till vård [27].

Män som lever ensamma deltar även i organiserad prostatacancer-testning (OPT) i lägre utsträckning än män som lever med partner [4]. Det lägre deltagandet i screening-, testnings- och vaccinationsprogram kan delvis förklaras av bristande medvetenhet om programmen samt faktorer som optimism, självkänsla, upplevd autonomi och ett begränsat socialt nätverk [15][17].

Studier visar att ensamstående män ofta efterfrågar personlig kontakt och vägledning från vårdpersonal genom hela processen, från kallelse till deltagande i screening, testning eller vaccination. Eftersom många saknar ett fungerande socialt nätverk, uttrycker de behov av att möta vårdpersonal som lyssnar, besvarar frågor och visar förståelse för deras situation [17][71]. Sverige har startat ett initiativ som kallas social aktivitet på recept, inspirerat av det engelska konceptet "social prescribing", som syftar till att återförening ensamstående seniorer med samhället och hälso- och sjukvårdssystemet och därigenom förbättra deras allmänna hälsa [44,77].

Målgruppen uppskattar dessutom uppsökande information och personliga påminnelser, samt föredrar inbjudningar till förbokade tider, vilket kan öka deltagandet [17].

Fakta om målgruppen

- Ensamstående män har generellt en högre sannolikhet att diagnostiseras i ett mer avancerat tumörstadium jämfört med män som lever i parrelation [27][29].
- Deltagandet i cancerscreeningprogram är lägre bland män som lever utan partner [4][16-17].
- Att leva ensam eller socialt isolerat är ofta kopplat till sämre psykisk hälsa och minskad benägenhet att söka vård [15].
- I Sverige lever omkring en miljon män som ensamstående [18-19]

Möjliga kontaktytor

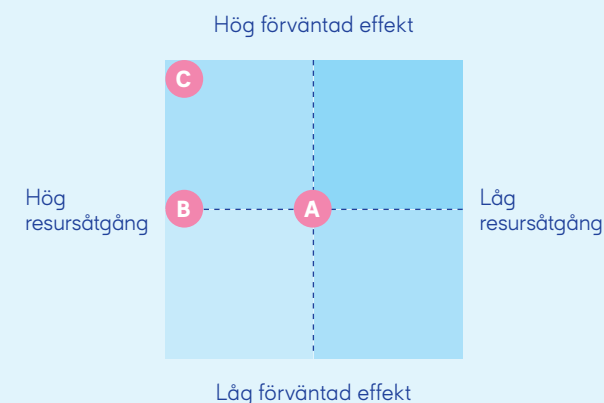
- I hemmet
- Lokal service, exempelvis mataffärer och apotek

Relevanta program

- HPV-vaccination
- Tjock- och ändtarmscancer
- Prostatacancer

Positionering av identifierade verktyg baserat på uppskattad effekt och resursåtgång

Verktygen A, B och C beskrivs på nästa sida.



Faktorer som påverkar målgruppens benägenhet att söka vård eller delta i screening-, testnings- och vaccinationsprogram

- Individens förmåga (Capability) -
- Individens möjligheter (Opportunity) > Tidsrelaterade > Socialt nätverk
- Individens motivation (Motivation) -

Faktorer som påverkar deltagande i cancerscreening och tidig upptäckt hos ensamstående män


Tabellen sammanfattar forskningsbaserad kunskap om faktorer som påverkar deltagande i cancerscreening och tidig upptäckt. Den visar hur sociala, psykologiska och strukturella faktorer kan påverka benägenheten att delta, samt hur starkt forskningsstödet är för respektive samband. Resultaten kan användas som underlag för att identifiera hinder och utforma mer träffsäkra insatser.

	Cancersjukdom eller vårdområde	Evidensnivå	Källa
Socialt stöd och boendesituation Det finns inget nationellt screeningprogram för prostatacancer, men flera regioner har startat projekt för organiserad prostatacancer testning (OPT). I Region Västra Götaland är benägenheten att delta negativt förknippad med singelhushåll. Män som lever ensamma deltar i mindre utsträckning än men som lever tillsammans med en partner.	Prostatacancer	1	4
Boendesituation och social förankring En studie i Danmark rapporterade att ensamboende var associerat med lägre deltagande i tjock- och ändtarmscancerscreening hos män och kvinnor.	Tjock- och ändtarmscancer	1	16
Medvetenhet om screening och deltagande En studie i Danmark undersökte hindren för cancerscreening bland ensamma och isolerade personer. Inom denna grupp saknades medvetenhet om och regelbundet deltagande i cancerscreeningprogram.	Alla cancer-screening program	1	17
Psykosocialt välbefinnande och socialt nätverk En analys av generella psykosociala faktorer och deras betydelse för deltagande i cancerscreening i Tyskland visade att personer som känner sig mindre ensamma är mer benägna att delta. Även kognitivt välbefinnande, optimism, hög självkänsla, upplevd autonomi, låg stressnivå och ett fungerande socialt nätverk var förknippade med ökat deltagande i cancerscreening.	Alla cancer-screening program	2	15
Civilstånd och väntetider i vården Sannolikheten att tillhöra gruppen med längst väntetid är lägre för gifta personer. Flest skillnader finns bland ogifta, där sannolikheten är 1 (bröst), 3 (prostata), och 3 (tjocktarm) procentenheter högre än för gifta. Motsvarande siffror för skilda personer är 2 (bröst), och 3 (prostata) procentenheter, och för änkor/änklingar 2 (bröst), och 2 (lunga) procentenheter. Siffrorna är justerade för relevanta kontrollvariabler såsom samsjuklighet, diagnos-år, utbildningsnivå, kön, födelseland och ålder.	Bröstcancer Lungcancer Prostatacancer Tjock- och ändtarmscancer	1	27

	Cancersjukdom eller vårdområde	Evidensnivå	Källa
<p>Civilstånd och socialt stöd Civilstånd och socialt stöd Sannolikheten att diagnostiseras i tumörstadium I är högre för gifta personer. Flest skillnader finns bland ogifta, där sannolikheten är 2 (lunga), 3 (prostata), 2 (tjocktarm) och 5 (ändtarm) procentenheter lägre än för gifta. Motsvarande siffror för skilda personer är 3 (prostata) procentenheter, och för änkor/änklingar 3 (prostata), och 1 (tjocktarm) procentenheter. Siffrorna är justerade för relevanta kontrollvariabler såsom samsjuklighet, diagnos-år, utbildningsnivå, kön, födelseland och ålder. Skillnaderna är signifikanta på 5-procentsnivån.</p>	Lungcancer Prostatacancer Tjock- och ändtarmscancer	1	27
<p>Boendesituation och socialt stöd Personer som lever ensamma diagnostiseras i senare cancerstadier än personer som lever med en partner. Skillnaderna är störst bland män, men förekommer även bland kvinnor. Män utan partner diagnostiseras oftare i stadium II än i stadium I och oftare i stadium III-IV än i stadium I, jämfört med män som lever med en partner. Kvinnor som lever utan partner diagnostiseras också oftare i stadium II än i stadium I, jämfört med kvinnor med partner. Alla siffror är justerade för potentiella confounders.</p>	Malignt melanom	1	29
<p>Boendesituation Att delta i icke-organiserad PSA testning (testning för prostatacancer utan organiserade kallelser) är mindre vanligt bland män som lever ensamma än bland män som lever med en partner.</p>	Prostatacancer	1	4
<p>Social isolering och vaccinationsbenägenhet Studier från Sverige, Norge och Japan som undersöker vaccinupptag av covid-19- eller influensavaccinet hos äldre personer (>60 år) visar att ensamma eller isolerade personer är mindre benägna att ta vaccinet.</p>	Covid-19- och influensavaccinering	1	65, 66, 67



Verktyg för ökat deltagande i program för screening, testning och vaccination

Verktyg	Beskrivning	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
A Personliga screening- eller vaccinationsinbjudningar	Personer i denna målgrupp har ofta ett begränsat socialt nätverk och efterfrågar individualiserad kommunikation samt uppsökande information och påminnelser från vården eller sin allmänläkare. Målgruppen föredrar dessutom att få personliga inbjudningar till förbokade tider.	Medel	Medel	1	17
B Öka den personliga kontakten med vård	Nära relationer och personlig kontakt är en stor motivationsfaktor för deltagande i screening. Gruppen föredrar personlig interaktion med vårdpersonal och vägledning framför självprovtagning.	Medel	Hög	1	17
C Social aktivitet på recept (Social-prescribing)	Läs beskrivning nedan. 	Hög	Hög	1	44, 49, 77

Social aktivitet på recept är en metod för att nå socialt isolerade personer, särskilt äldre, och stärka deras hälsa. Metoden bygger på konceptet *social prescribing*, där individer får stöd av kontaktpersoner kopplade till primärvården eller civilsamhället. Genom individuellt anpassat stöd kan personer återknyta sociala kontakter och få bättre tillgång till vård och samhällsresurser.

Exempel på beprövad erfarenhet och studier

Social prescribing har sitt ursprung i Storbritannien och har under lång tid använts inom primärvården för att möta social isolering, långvariga hälsotillstånd och psykisk ohälsa. Insatsen innebär att en kontaktperson ger individuellt anpassat stöd och hjälper personer att ta del av sociala aktiviteter och samhällsresurser. Deltagare upplever ofta förbättrad hälsa och ett mer sammanhållet stöd, och metoden bedöms ha potential att öka deltagandet i cancerscreening bland socialt isolerade grupper.

I Sverige har konceptet utvecklats som social aktivitet på recept, bland annat i Umeå, i samarbete mellan primärvård, kommun och civilsamhälle. Insatsen syftar till att minska

ensamhet, och stärka hälsa genom sociala aktiviteter. Metoden är relativt ny och utvärderas i pågående studier, men visar lovande resultat för att förbättra välbefinnande och minska ensamhet. Den kan även användas för att nå ensamstående män med information om screening och därigenom bidra till ökat deltagande. [44][49][77-78]

Vad regionen behöver göra

- *Resurser och organisation* Säkerställ att kontaktpersoner som arbetar med social aktivitet på recept har kunskap om arbetssättet och är informerade om cancerscreening.
- *Relevanta externa aktörer* Etablera samarbete med aktörer som genomför social aktivitet på recept, för att möjliggöra spridning av information om screeningprogram.
- *Viktigt att tänka på* Social aktivitet på recept är ett relativt nytt arbetssätt i Sverige. Det kräver tid att implementera och bör följas upp för att säkerställa att det fungerar och når ensamstående män.



VERKTYG FÖR

Socioekonomiskt utsatta män

Män i denna målgrupp har ofta kort eller ingen eftergymnasial utbildning och en lägre inkomstnivå än genomsnittet. Socioekonomiskt utsatta män har generellt svårare att känna igen symtom och har begränsad förståelse för betydelsen och nyttan av cancerscreening, testning och HPV-vaccination [3]. De deltar därför i lägre utsträckning i dessa insatser och löper en högre risk för cancerrelaterad dödlighet [4][11-14][64].

Gruppen uppvisar ofta ett lägre förtroende för hälso- och sjukvården och myndigheter, samt en lägre benägenhet att söka vård [3]. Information från vården når sällan fram, och många vet inte vart de ska vända sig vid symtom eller frågor.

Flera studier visar att vissa män i målgruppen i högre grad uppvisar beteenden som kan påverka hälsan negativt och att detta delvis kan kopplas till normer kring maskulinitet och självbild. Att erkänna behov av vård eller delta i screening- och vaccinationsprogram kan upplevas som stigmatiserande [22].

Många i gruppen rör sig främst inom det lokala närområdet – vid köpcentrum, livsmedelsbutiker, kvarterstorg eller kollektivtrafik [14] [36][63]. Arbetsförmedlingen kan också vara en viktig kanal för att nå denna målgrupp med information och stöd.

Fakta om målgruppen

- Generellt låg förmåga att ta till sig och tolka hälsoinformation och lägre förtroende för vården.
- Uppvisar i högre grad beteenden som kan påverka hälsan negativt, delvis kopplat till normer kring maskulinitet. [22]
- Boende i socioekonomiskt svaga områden löper högre risk för dödlighet i cancer och deltar i lägre utsträckning i cancerscreeningprogram än den befolkningen i sin helhet. [4][11-14]
- Cirka 300 000 män uppskattas vara socioekonomiskt utsatta. Av dem har 74% en utländsk bakgrund. [18]

Möjliga kontaktytor

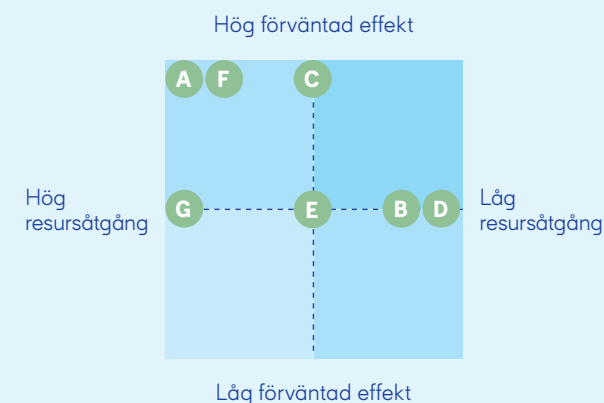
- I bostadsområdet, exempelvis torg eller köpcentrum, lokala livsmedelsbutiker och kollektivtrafik
- Hälsofik, där deltagarna får enklare information om hälsa, eller andra aktiviteter i närområdet
- Arbetsförmedlingen

Relevanta program

- HPV-vaccination
- Tjock- och ändtarmscancer
- Prostatacancer

Positionering av identifierade verktyg baserat på uppskattad effekt och resursåtgång

Verktygen A, B, C, D, E, F och G beskrivs på nästa sida.



Faktorer som påverkar målgruppens benägenhet att söka vård eller delta i screening-, testnings- och vaccinationsprogram

- Individens förmåga (Capability) > Kunskapsrelaterade
- Individens möjligheter (Opportunity) > Tidsrelaterade > Geografiska > Tillgång till digitala verktyg
- Individens motivation (Motivation) > Förtroenderelaterade > Relaterade till självbild

Faktorer som påverkar deltagande i cancerscreening och tidig upptäckt hos socioekonomiskt utsatta män

Tabellen sammanfattar forskningsbaserad kunskap om faktorer som påverkar deltagande i screening, vaccination och vårdsökande. Den visar hur socioekonomiska förutsättningar, såsom utbildning och inkomst, påverkar både möjligheten och benägenheten att delta. Resultaten kan användas för att identifiera hinder och utforma insatser som når grupper med lägre deltagande.

	Cancersjukdom eller vårdområde	Evidensnivå	Källa
Inkomst och utbildning påverkar deltagande i prostatacancer Det finns inget nationellt screeningprogram för prostatacancer, men flera regioner har startat projekt för organiserad prostatacancer (OPT). I region Västra Götaland är benägenheten att delta förknippad med socioekonomiska faktorer. Män med låg inkomst deltar i lägre utsträckning än män med icke-låg inkomst och män med kort utbildning deltar i lägre utsträckning än män med medellång utbildning.	Prostatacancer	1	4
Utbildningsnivå påverkar deltagande Screeningprogrammet för bukaortaaneurysm erbjuds alla män över 65 år. Deltagandet i gruppen män med förgymnasial utbildning är 76 procent, vilket är 9 procentenheter lägre än för gruppen män med eftergymnasial utbildning.	Bukaortaaneurysm	3	28
Lägre socioekonomisk status minskar screeningdeltagande En systematisk granskning av studier från flera länder analyserade deltagande i screening för tjock- och ändtarmscancer. Globalt sett, och även i Sverige, är lägre socioekonomisk status associerad med lägre deltagande i screening hos både män och kvinnor.	Tjock- och ändtarmscancer	4	12, 13, 14
Socioekonomiska skillnader påverkar screeningdeltagande globalt En systematisk granskning analyserade studier från flera länder världen över gällande deltagande i screening för tjock- och ändtarmscancer, bröstcancer och livmoderhalscancer. Globalt sett är lägre socioekonomisk status associerad med lägre deltagande i screening för män och kvinnor.	Tjock- och ändtarmscancer, Bröstcancer Livmoderhalscancer	4	11
Kort utbildning kopplas till lägre kunskap och tillit Män med kort utbildning känner igen symptom senare, söker vård mer sällan och har lägre förtroende för vården än män med lång utbildning.	Cancer och vård	1	3
Låg inkomst minskar deltagande i screening Lägre inkomst och kort utbildning kopplas till mer hälsoskadliga levnadsvanor.	Cancer och vård	5	22

	Cancersjukdom eller vårdområde	Evidens-nivå	Källa
Låg inkomst minskar deltagande i screening En studie i Danmark rapporterade att män och kvinnor med låg inkomst och som får socialbidrag deltar i mindre utsträckning i screening för tjock- och ändtarmscancer.	Tjock- och ändtarmscancer	1	16
Lägre utbildning och inkomst minskar vaccinationsdeltagande I en rapport från Statens Offentliga Utredningar och en svensk studie om covid-19 vaccinering, fann man att vaccinationsacceptans och vaccination beror på socioekonomi. Personer med låg utbildning och låg inkomst visar lägre deltagande i vaccinering.	COVID-19-vaccinering	3	64, 67
Högre inkomst ökar sannolikheten för tidig upptäckt Män med inkomst i den högsta kvartilen har större chans att få sin prostatacancer upptäckt vid hälsokontroll än män med inkomst i den lägsta kvartilen.	Prostatacancer	1	5
Socioekonomisk utsatthet ökar risken för sen diagnos Män i socioekonomiskt utsatta områden har större risk att diagnostiseras med urinblåsecancer i sent sjukdomsstadium (stadium III-IV). Andelen män i områden med stora socioekonomiska utmaningar med cancer i urinblåsan som diagnostiseras i sent stadium är 17 procent, medan motsvarande siffra för män i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar är 11 procent. Detta motsvarar en skillnad på 6 procentenheter.	Cancer i urinblåsa	1	28
Låg inkomst minskar deltagande Att delta i icke-organiserad PSA testning (testning för prostatacancer utan organiserade kallelser) är mindre vanligt bland män som lever ensamma än bland män som lever med en partner.	Prostatacancer	1	4
Kort utbildning kopplas till senare cancerdiagnos Sannolikheten för män med kort utbildning att diagnostiseras vid cancerstadium I är 5 procentenheter lägre än för män med eftergymnasial utbildning, medan sannolikheten att diagnostiseras vid tumörstadium IV är 5 procentenheter högre för män med kort utbildning. Sambandet syns även vid jämförelser mellan områden med olika nivåer av socioekonomisk utsatthet, där andelen av prostatacancerpatienter diagnostiserade i sent stadium ökar med områdets grad av utsatthet.	Prostatacancer	1	27, 28
Kort utbildning ökar risken för sen upptäckt i tjock- och ändtarmscancer Män med kort utbildning diagnostiseras oftare med ändtarmscancer i stadium II, stadium III och stadium IV. Andelen tjock- och ändtarmspatienter som diagnostiseras i sent stadium (III-IV) är större bland män i områden med stora socioekonomiska utmaningar än bland män i övriga områden.	Tjock- och ändtarmscancer	1	6, 28



Verktyg för ökat deltagande i program för screening, testning och vaccination

Verktyg	Beskrivning	Förväntad effekt	Resursåtgång	Evidensnivå	Källa
A Informera om cancerscreening via civilsamhället	Målgruppen har ofta lägre förmåga att förstå och ta till sig hälsoinformation, en viss skepsis mot myndigheter och återkommande oro kring sin ekonomiska situation. Därför är det viktigt att tydliggöra vilka vårdtjänster som är kostnadsfria och lättillgängliga. Initiativ som till exempel hälsofika eller andra informella mötesformer med information på lätt svenska kan bidra till att öka kunskapen om hälsa och stärka förtroendet för vården.	Hög	Hög	1	3
B Kommunicera på platser där målgruppen befinner sig	Eftersom målgruppen ofta rör sig inom geografiskt begränsade områden och söker information i andra kanaler än de där vården traditionellt informerar, behöver kommunikation ske på de platser där målgruppen befinner sig, exempelvis på kvarterstorg, vid köpcentrum, i kollektivtrafiken och på arbetsplatser.	Medel	Låg	1	31, 36
C Etablera kontakt med nyckelpersoner i bostadsområdet	Målgruppen uppvisar ibland bristande tilltro till myndigheter och en generell skepsis mot prover och vaccinationer. Informationen om screening, testning och vaccination tas därför ofta emot med större förtroende när den förmedlas av en betrodd person i individens närmiljö. Ett exempel är patient- och närstående representantprogrammet vid RCC Stockholm Gotland, där personer med egen erfarenhet fungerar som länkar mellan vården och befolkningen.	Hög	Medel	1	36, 37, 54
D Utforma kallelse som är språkligt och visuellt lättillgänglig	En lättillgänglig kallelse bör vara skriven på ett vardagligt och tydligt språk, med förklaringar av eventuella facktermer. Texten kan göras mer läsbar genom användning av tydliga textboxar, anpassad textstorlek och radavstånd, samt genom att viktiga meningar lyfts fram visuellt. En nationell kallelsemall har tagits fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för att stödja en enhetlig och tillgänglig kommunikation.	Medel	Låg	1	14, 33, 34

Verktyg	Beskrivning	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
E Regelbundna påminnelser om inbjudningar till screening, testning eller vaccination	Regelbundna påminnelser, särskilt mobilmeddelanden (till exempel sms eller digitala brevlådor) och e-post, har visat sig öka deltagande i cancer-screening i denna målgrupp.	Medel	Medel	2	32
F Skapa trygga platser för män	Målgruppen har ofta begränsade kunskaper om hälsa och visar ibland skepsis mot myndigheter, samtidigt som många upplever stigma kopplat till sin egen hälsa. Att skapa trygga, välkomnande och inkluderande miljöer där män känner sig sedda och förstådda kan bidra till ökad kunskap om hälsa, screening, testning eller vaccination, stärkt förtroende för vården samt minskad stigmatisering. Internationella initiativ som "DUDES Club", "Men's Sheds" och "Football in the Community" har visat goda resultat i att engagera män i hälsofrämjande aktiviteter och förebyggande vård.	Hög	Hög	2	30, 31, 41, 42
G Patientnavigering	Patientnavigatörer kan exempelvis vara hälso- och sjukvårdspersonal eller socialarbetare som ger individuellt stöd för att hjälpa personer att övervinna barriärer inom hälso- och sjukvården. Stödet kan omfatta utbildning, hjälp med tidsbokning, språkligt stöd samt att överbrygga kulturella skillnader. Patientnavigering har visat sig vara särskilt effektiv för socioekonomiskt utsatta och utrikesfödda grupper.	Medel	Hög	4	45, 46



VERKTYG FÖR

Utrikesfödda män

Utrikesfödda män utgör en heterogen grupp med stora variationer i bakgrund, utbildningsnivå och språkkunskaper. Samtidigt visar studier att vissa återkommande faktorer kan påverka benägenheten att ta del av förebyggande insatser. I kombination med begränsad förmåga att ta till sig och tolka hälsoinformation kan det vara svårt att förstå och navigera i det svenska vårdssystemet.

Kunskapen om betydelsen och nyttan av cancerscreening, testning och HPV-vaccination kan vara låg hos delar av målgruppen, vilket bidrar till ett lägre deltagande i dessa program [4][64][71].

Kulturella och religiösa föreställningar kan också påverka synen på screening och bidra till känslor av skam eller motvilja inför undersökningsprocessen [7][14]. Hos en del kan det dessutom finnas en yttre kontrolluppfattning, där hälsa och sjukdom upplevs främst styrs av yttre faktorer snarare än av egna handlingar [14].

Skepsis mot myndigheter och vård är inte ovanligt, och information upplevs som mer trovärdig när den förmedlas av personer med liknande kulturell bakgrund. Låg tillit kan också hänga samman med tidigare negativa erfarenheter av vård [7][25].

Personer i målgruppen befinner sig på alla sorters platser, exempelvis vid köpcentrum, livsmedelsbutiker, kollektivtrafik och andra lokala mötesplatser [14][36][63]. Dessa miljöer kan utgöra relevanta arenor för informationsinsatser.

Fakta om målgruppen

- Cirka 1,3 miljoner män är utrikesfödda i Sverige. [18]
- Begränsade svensk-kunskaper, går ofta på svenska för invandrare (SFI).
- Generellt låg förmåga att ta till sig och tolka hälsoinformation och svårigheter att navigera i det svenska vårdssystemet.
- Kulturella och religiösa föreställningar kan påverka synen på undersökningar och bidra till obehag eller skam, liksom en upplevelse av att hälsa och sjukdom främst styrs av yttre faktorer.
- Boende i socioekonomiskt svaga områden med hög andel utrikesfödda löper högre risk för dödlighet i cancer och deltar i lägre utsträckning i cancerscreening-program än befolkningen i sin helhet. [36]

Möjliga kontaktytor

- Ute i bostadsområdet, exempelvis på kvarterstorg, vid köpcentrum, vid lokala livsmedelsbutiker och i kollektivtrafiken.
- Genom SFI utbildning eller hälsofika
- Trossamfund
- Genom vårdpersonal med samma kön och kulturell bakgrund

Faktorer som påverkar målgruppens benägenhet att söka vård eller delta i screening-, testnings- och vaccinationsprogram

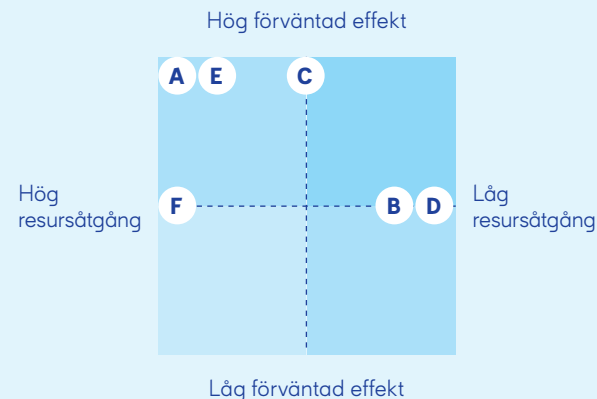
- Individens förmåga (Capability): > Kunskapsrelaterade
- Individens möjligheter (Opportunity) > Geografiska
- Individens motivation (Motivation) > Förtroenderelaterade > Relaterade till självbild

Relevanta program

- HPV-vaccination
- Tjock- och ändtarmscancer
- Prostatacancer

Positionering av identifierade verktyg baserat på uppskattad effekt och resursåtgång

Verktygen A, B, C, D, E och F beskrivs på nästa sida.



Faktorer som påverkar deltagande i cancerscreening och tidig upptäckt hos utrikesfödda män

Tabellen sammanfattar forskningsbaserad kunskap om faktorer som påverkar deltagande i screening, vaccination och vårdsökande bland utrikesfödda män. Den visar hur faktorer som språkkunskaper, kulturella föreställningar, tillit till vården och kunskap om sjukdom påverkar både möjligheten och benägenheten att delta. Resultaten kan användas för att identifiera hinder och utforma insatser som bättre når utrikesfödda män och bidrar till ökat deltagande i tidig upptäckt och prevention.

	Cancersjukdom eller vårdområde	Evidensnivå	Källa
Det finns inget nationellt screeningprogram för prostatacancer, men flera regioner har startat projekt för organiserad prostatacancer testning (OPT). I region Västra Götaland är benägenheten att delta förknippad med socioekonomiska faktorer. Män som är födda utanför de nordiska länderna deltar i lägre utsträckning än män födda i de nordiska länderna.	Prostatacancer	1	4
Utrikesfödda personer i Storbritannien är mindre benägna att delta i screening för tjock- och ändtarmscancer, bland annat på grund av lägre kunskap om sjukdomen och känslor av skam.	Tjock- och ändtarmscancer	2	7
En systematisk översikt som analyserade studier från flera länder om deltagande i screening för tjock- och ändtarmscancer visade att utrikesfödda män och kvinnor generellt hade ett lägre deltagande, med variationer beroende på land och etnisk bakgrund.	Tjock- och ändtarmscancer	4	12, 13, 14
En systematisk översikt som analyserade studier från flera olika länder om deltagande i screening för tjock- och ändtarmscancer, bröstcancer och livmoderhalscancer visade att utrikesfödda män och kvinnor generellt hade ett lägre deltagande i screening, även om omfattningen varierade mellan länder och etniska grupper.	Tjock- och ändtarmscancer Bröstcancer Livmoderhalscancer	4	11
Svarta män i Storbritannien är mindre benägna att delta i screening för prostatacancer, bland annat på grund av lågt förtroende för sjukvårdssystemet, känslor av alienation i samhället samt andra kulturella och religiösa övertygelser.	Prostatacancer	2	25
En systematisk översikt som analyserade studier från flera länder om deltagande i screening för tjock- och ändtarmscancer visade att utrikesfödda män och kvinnor generellt deltar i lägre utsträckning. Detta förklaras bland annat av lägre kunskap om sjukdomen, religiösa faktorer (där muslimer uppvisade lägst deltagande) samt kulturella föreställningar som avsky eller skam inför screeningprocessen och en extern locus of control/yttre självkontroll.	Tjock- och ändtarmscancer	1	14
I en rapport från Statens Offentliga Utredningar (SOU) och en svensk studie om covid-19-vaccination framkom att både vaccinationsacceptans och faktisk vaccinationstäckning var lägre bland utrikes födda personer jämfört med svenskfödda.	COVID-19-vaccinering	3	64, 67



Verktyg för ökat deltagande i program för screening, testning och vaccination

Verktyg	Beskrivning	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
A Informera om cancerscreening via civilsamhället, gärna i kombination med språkträning	Målgruppen söker sällan information på egen hand och uppvisar ibland skepsis mot myndigheter, samtidigt som kunskapen om hälsa ofta är begränsad. Samtidigt finns ett intresse av att träna svenska, vilket kan skapa möjligheter för hälsofrämjande kommunikation. Språkträning i kombination med integrerade personer från den egna kulturella gruppen kan vara ett effektivt sätt att förmedla information. Även initiativ som hälsofika eller andra informella mötesformer med information på lätt svenska kan bidra till ökad hälsokunskap och stärkt förtroende för vården.	Hög	Hög	1	3, 36
B Kommunicera på platser där målgruppen befinner sig	En del män inom målgruppen rör sig inom geografiskt begränsade områden och tar del av information genom andra kanaler än de som vården vanligtvis använder, därför bör kommunikationen anpassas till de platser där den delen av målgruppen faktiskt befinner sig. Exempel på sådana arenor är kvarterstorg, köpcentrum, religiösa samlingsplatser, barbershops, kollektivtrafik och undervisning i svenska för invandrare (SFI).	Medel	Låg	1	14, 31, 36, 71
C Etablera kontakt med nyckelpersoner i bostadsområdet eller den kulturella gruppen	Målgruppen uppvisar ibland bristande tilltro till myndigheter och en generell skepsis mot provtagning och vaccinationer. Information om screening, testning och vaccination tas därför ofta emot med större förtroende när den förmedlas av en betrodd person i individens närmiljö, såsom en religiös ledare eller annan lokalt inflytelserik person. En kulturtolk kan, på uppdrag av regionen, fungera som en länk mellan vården och invånare och bör vara utbildad i frågor som rör screening och vaccination. Ett gott exempel är patient- och närstående-representantprogrammet vid Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland, där personer med egen erfarenhet bidrar till ökad förståelse och förtroende mellan vården och befolkningen.	Hög	Medel	1	36, 63

Verktyg	Beskrivning	Förväntad effekt	Resurs-åtgång	Evidens-nivå	Källa
D Utforma kallelse som är språkligt och visuellt lättillgänglig	En kallelse bör vara lättillgänglig och skriven på ett vardagligt språk, med förklaringar av eventuella facktermer. Läsbarheten kan förbättras genom användning av tydliga textboxar, anpassad textstorlek och radavstånd samt genom att viktiga meningar lyfts fram visuellt. Om kallelsen översätts till ett annat språk bör språket anpassas till det kulturella sammanhanget för att säkerställa att budskapet uppfattas korrekt. En nationell kallelsemall har tagits fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för att stödja en enhetlig och tillgänglig kommunikation.	Medel	Låg	1	14, 63
E Förbättra den första kontakten med sjukvårdspersonal	Målgruppen kan ha begränsade kunskaper om hälsa och visar ibland skepsis mot sjukvårdspersonal. Det är därför viktigt att stärka vårdens förmåga att möta patienter med olika kulturell och språklig bakgrund. Att möta patienter med respekt för deras erfarenheter och förutsättningar kan öka förståelsen och förtroendet. Det kan också vara värdefullt att det finns möjlighet att träffa vårdpersonal av samma kön och språklig bakgrund. För vissa kan detta underlätta kommunikationen och öka benägenheten att delta i screening, testning och vaccination.	Hög	Hög	1	14, 63
F Patientnavigering	Patientnavigatörer kan exempelvis vara hälso- och sjukvårdspersonal eller socialarbetare som ger individuellt stöd för att hjälpa personer att övervinna barriärer inom hälso- och sjukvården. Stödet kan omfatta utbildning, hjälp med tidsbokning, språkligt stöd samt att överbrygga kulturella skillnader. Patientnavigering har visat sig vara särskilt effektiv för socioekonomiskt utsatta och utrikesfödda grupper.	Medel	Hög	4	45, 46

Hur undersökningen genomförts

Verktygen har tagits fram genom en systematisk genomgång av både vetenskaplig och grå litteratur, kompletterad med intervjuer med relevanta aktörer. Målet har varit att ta fram ett tillförlitligt och användbart underlag för hur regioner kan stärka mäns deltagande i screening, vaccination och testning samt deras benägenhet att söka vård.

Litteraturgenomgången har omfattat vetenskapliga studier, systematiska översikter, riktlinjer och andra kunskapsstöd, samt offentliga utredningar och rapporter. Sökningar har genomförts i publika databaser och sökmotorer, bland annat PubMed och Google, och har kompletterats med AI-baserade verktyg för att bredda och effektivisera identifieringen av relevant material. Sökorden har inkluderat centrala begrepp kopplade till mäns hälsa, deltagande i cancerscreening, HPV-vaccination och OPT, samt faktorer som ojämlikhet, socioekonomi, etnicitet och sociala normer. Sökningar har genomförts på både svenska och engelska och omfattat studier från Sverige, Norden och internationella kontexter.

För att stärka den praktiska relevansen har litteraturgenomgången kompletterats med intervjuer med region- och kommunföreträdare, forskare, patientföreningar och ideella organisationer. Intervjuerna har bidragit med erfarenheter från implementering, identifiering av hinder i praktiken samt exempel på arbetssätt som används i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet.

Arbetet har genomförts i flera steg. Inledningsvis identifierades målgrupper inom gruppen män där deltagandet i screening, vaccination eller vårdsökande är lägre. Urvalet baserades på återkommande mönster i litteraturen och bekräftades genom intervjuer. Därefter identifierades verktyg och metoder som visat potential att öka deltagandet, både generellt och riktat till specifika målgrupper. I ett tredje steg analyserades och syntetiserades dessa verktyg, där enskilda insatser grupperades i bredare kategorier för att öka överskådligheten och göra materialet mer användbart i regional verksamhetsutveckling.

De identifierade verktygen och metoderna har klassificerats utifrån grad av evidens. Klassificeringen bygger på en samlad bedömning av forskningsstöd, överförbarhet till svensk kontext samt i vilken utsträckning metoderna har prövats i praktiken. Evidensnivåerna sträcker sig från metoder med vetenskapligt stöd inom cancerområdet till metoder som bygger på beprövad erfarenhet eller ännu inte är systematiskt utvärderade.

Syftet med rapporten är att tillhandahålla ett strukturerat beslutsstöd som gör det möjligt att identifiera relevanta målgrupper, välja insatser med störst potential och prioritera utifrån lokala behov, resurser och mål. På så sätt skapas bättre förutsättningar att arbeta mer träffsäkert med i tid upptäckt och prevention – och nå fler män i tid.

Cancerfondens vision är att besegra cancer. Genom att finansiera den främsta forskningen, sprida kunskap om cancer och påverka beslutsfattare i viktiga frågor, arbetar vi för att färre ska drabbas och fler ska överleva cancer. Cancerfonden är en fristående, ideell organisation utan statligt stöd. Vårt arbete är helt beroende av testamenten och gåvor från privatpersoner och företag. Vi är en av de största finansiärerna av svensk cancerforskning. Sedan 1951 har vi delat ut cirka 17 miljarder kronor till de främsta forskningsprojekten i Sverige. Överlevnaden i cancer har mer än fördubblats under samma tid. Tack vare forskningens framsteg överlever i dag sju av tio som får cancer. Vi har kommit långt, men vi är inte framme än.

#tillsammansmotcancer



CANCERFONDEN

Cancerfonden | 101 55 Stockholm | Besök: David Bagares gata 5 | Telefon 020-59 59 59
Plusgiro 90 1986-0 | Bankgiro 901-9514 | cancerfonden.se