

Hälsorelaterade levnadsvanor

- vad vet vi och vad behöver vi veta?

(Reviderad version, maj 2003)



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT

www.fhi.se
Rapport nr 2003:27

Reviderad version

Avsnittet "Rökrelaterade dödsfall minskade bland män men ökade bland kvinnor" på sidorna 48 och 49 har tillkommit i den reviderade versionen.

Innehåll

INNEHÅLL	3
SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	7
<i>Vad är folkhälsa?</i>	7
<i>Förändrad syn på hälsa påverkar hälsopolitiken</i>	8
<i>Mål för folkhälsan</i>	8
1. ALKOHOL	10
<i>Ett förändrat dryckesmönster</i>	10
<i>Hälsomässiga konsekvenser</i>	18
2. NARKOTIKA.....	23
<i>Missbrukets omfattning</i>	26
<i>Hälsomässiga konsekvenser</i>	27
<i>Sociala konsekvenser</i>	28
<i>Regionala variationer</i>	29
<i>Könsskillnader</i>	29
<i>Etnicitet</i>	29
<i>Kriminalitet</i>	30
3. TOBAKSVANOR	31
<i>Utveckling nationellt och regionalt</i>	31
<i>Hälsomässiga konsekvenser av tobaksbruk</i>	45
<i>Rökrelaterade dödsfall minskade bland män men ökade bland kvinnor</i>	48
4. MATVANOR, FYSISK AKTIVITET OCH ÖVERVIKT	50
<i>Matvanornas utveckling</i>	50
<i>Fysisk aktivitet - utveckling</i>	54
<i>Övervikt</i>	60
5. SEXUELL HÄLSA OCH SMITTSKYDD	66
<i>Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa</i>	66
<i>Hiv och övriga sexuellt överförda infektioner</i>	70

6. SPELBEROENDE.....	77
<i>En internationell jämförelse av spelandet</i>	<i>77</i>
<i>Spelandet i Sverige.....</i>	<i>77</i>
<i>Skadeverkningar av spelberoende</i>	<i>80</i>
<i>Överskottet från spel och lotterier minskar i förhållande till omsättningen</i>	<i>81</i>
<i>Vad kostar spelberoendet?</i>	<i>82</i>
<i>Det ekonomiska stödet i dag</i>	<i>83</i>
7. DISKUSSION.....	84
<i>Inledning</i>	<i>84</i>
<i>Undersökningar om levnadsvanor.....</i>	<i>84</i>
<i>Kunskapsluckor.....</i>	<i>89</i>
<i>Hur kan behovet av kunskap tillgodoses?</i>	<i>94</i>
REFERENSER.....	95

Sammanfattning

Levnadsvanorna har utvecklats både positivt och negativt fram till början av 2000-talet. Andelen dagligrökare minskar stadigt sedan början av 1980-talet. År 2000–2001 rökte 17 procent av männen och 20 procent av kvinnorna i åldern 16–84 år. Andelen dagligrökare minskar i alla åldrar bland män och bland kvinnor under 45 år. Minskningen har skett i alla socioekonomiska grupper och även bland dem som röker mest, det vill säga ensamstående kvinnor med barn.

Alkoholkonsumtionen har ökat under 1990-talet. Störst har ökningen varit under senare delen. År 2001 beräknades konsumtionen till 9,1 liter ren alkohol per person 15 år och äldre. Opublicerade uppgifter tyder på att alkoholkonsumtionen fortsatt att öka under 2002. Den ökade konsumtionen av alkohol har ännu inte påverkat dödligheten. Antalet vårdade i sjukdomar med alkoholdiagnos har minskat bland män men inte bland kvinnor.

Ungdomars alkohol- och drogvvanor är delvis mycket oroande. Intensivkonsumtionen av alkohol har ökat sedan mitten av 1980-talet både bland pojkar och flickor, men minskade åren 2001–2002 bland pojkar och 2002 bland flickor i årskurs 9. Intensivkonsumtionen av alkohol bland elever i årskurs 9 är trots detta hög. Drygt en femtedel har en konsumtion som ligger över respektive köns genomsnitt. År 2001 drack 7 procent 10 liter ren alkohol. Andelen icke-konsumenter har länge legat kring 20 procent. Det är alltså inte fler som dricker utan en grupp som dricker väldigt mycket. En allvarlig signal är det ökade antalet ungdomar under 25 år som vårdats på sjukhus för alkoholförgiftning. Mest dramatisk är ökningen i åldern 15–24 år bland såväl pojkar som flickor.

Under hela 1990-talet har andelen ungdomar som prövat narkotika ökat. År 2002 minskade andelen med 2 procentenheter för pojkar och 1 procentenhet bland flickor. Undersökningar om narkotikavanor bland 16–24-åringar tyder på att många provar narkotika först efter det att de lämnat skolsystemet. Antalet personer som vårdats på sjukhus för narkotikarelaterade diagnoser mer än fördubblades mellan åren 1987 och 2000. Den narkotikarelaterade dödligheten ökade även under samma period.

Samtidigt som svenskarna är flitiga motionärer visar en studie i 15 EU-länder att Sverige tillsammans med Danmark, Tyskland, Nederländerna och England har störst andel personer som ofta är stillasittande på fritiden.

Övervikt och fetma ökar i alla åldrar sedan början av 1990-talet. Denna ökning kan ses som ett tecken på att vi rör oss för lite i förhållande till vårt energiintag. Övervikt och fetma ökar i alla socioekonomiska grupper men är störst bland personer med arbetaryrken. Den ökade andelen överviktiga beror sannolikt på matvanor och fysisk aktivitet. Dessa går i dag inte att följa på ett tillfredsställande sätt. Här behövs mer kunskap.

Antalet aborter ökade under år 2001. Uppgången berodde i stor utsträckning på en ökning av tonårsaborterna med 6,6 procent. Andelen tonårsmödrar minskar stadigt. År

1973 var 15 procent av förstföderskorna tonåringar medan tonåringarna under senare år endast utgjort mindre än 5 procent av kvinnor som fött barn.

Antalet nydiagnostiserade fall av klamydia fortsätter att öka både bland män och kvinnor. Antalet anmälda fall av gonorré ökade bland kvinnor men minskade bland män år 2001.

Sverige tillhör ett av de länder där invånarna spelar mest om pengar. Spelandet är också spritt i hela befolkningen – 90 procent spelar någon gång under året. Omsättningen på spel har ökat med 10 miljarder kr eller cirka 50 procent under det senaste decenniet. Ökningen har varit störst när det gäller snabba spel. Omkring 100 000 personer i Sverige har någon typ av spelproblem och minst 25 000 lider av spelberoende. Ungdomar och socialt utsatta är överrepresenterade bland dem med allvarliga spelproblem.

Inledning

Syftet med denna rapport är att utifrån befintliga datakällor beskriva utveckling och fördelning av de levnadsvanor som har betydelse för hälsoutvecklingen och hälsans fördelning i befolkningen. De levnadsvanor som här tas upp berör alkohol, narkotika, tobak, matvanor, fysisk aktivitet, övervikt, sexuell hälsa och smittskydd samt spelberoende. Mot bakgrund av de behov som kan uppstå i samband med uppföljningen av de målområden som anges i propositionen om mål för folkhälsan (1), diskuteras i slutkapitlet vilka kunskapsluckor som finns. Men först lite historik kring begreppen hälsa – folkhälsa och de målområden som berör levnadsvanor.

Rapporten har utarbetats vid enheten för levnadsvanor och sociala villkor, Statens folkhälsoinstitut med Gunnel Boström som projektledare. Rapporten har redigerats av Gunnel Boström som också är huvudförfattare till kapitlet om alkohol, tobaksvanor, matvanor, fysisk aktivitet och övervikt. Bengt Andersson är författare till kapitlet om narkotika. Gunilla Rådö och Margareta Pettersson är författare till kapitlet sexuell hälsa och smittskydd. Kapitlet om spelberoende har skrivits av Anders Stymne. Många kollegor vid enheten för levnadsvanor har läst och kommit med konstruktiva synpunkter under arbetets gång.

Vad är folkhälsa?

Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelningen av hälsan. En god folkhälsa handlar således inte bara om att hälsan bör vara så bra som möjligt, den bör också vara så jämnt fördelad som möjligt (2).

I FN-deklarationen 1946 om mänskliga rättigheter lades fast att hälsa är en mänsklig rättighet och att alla människor har lika värde. Hälsan är ett av de viktigaste värdena i livet. En god hälsa ger möjlighet för individen att arbeta och vara aktiv på fritiden. Vad är då hälsa? Synen på vad hälsa är har ett nära samband med grundläggande värderingar och kulturmönster och förändras liksom dessa med tiden.

Nordenfelt definierade hälsa som förmågan att förverkliga sina livsmål (3). Detta kan vara möjligt även om man har en sjukdom. Begreppen hälsa och ohälsa har således en dimension utöver begreppen sjuk och frisk. I hälso- och sjukvårdslagen betonas hälsans betydelse som uttryck för goda levnadsförhållanden och god livskvalitet. God hälsa hos befolkningen blir därmed ett mål för den allmänna välfärdspolitik. Hälsa är ett medel för individen att kunna leva ett gott liv medan folkhälsa är ett välfärdsmål för samhället.

På individnivå kan ohälsa ofta tyckas inträffa slumpartat. På befolkningsnivå blir det emellertid tydligt att livsvillkor och levnadsvanor har ett klart samband med hälsa.

Förändrad syn på hälsa påverkar hälsopolitiken

Förändringen av hälsobegreppets innebörd avspeglar hur samhällets syn på människan / individen har förändrats och hur det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet anpassats därefter. Synen på individen har gått från ”passiv och exponerad” till ”aktiv och ansvarstagande” med förmåga att påverka sin livssituation. Hälsoarbetets inriktning har utvecklats från att främst vara en angelägenhet för sjukvården till att vara en angelägenhet för alla samhällssektorer.

WHO:s hälsobegrepp från 1946¹ har kritiserats och ibland avfärdats som utopiskt. Hälsobegreppet kan emellertid inte tolkas bokstavigt utan det pekar snarare ut en riktning, något att sträva emot. WHO-definitionen har också kritiserats för att den beskriver hälsa som ett tillstånd, ett statistiskt fenomen. Hälsan kan därför ses som ett mål i sig och inte som en förutsättning och resurs för ett bra liv. Då den så kallade Lalonde-rapporten kom 1974 riktades intresset mot hälsans bestämningsfaktorer. Ett mer dynamiskt hälsobegrepp antogs vid WHO-konferensen i Ottawa 1986. Hälsa var nu inte bara ett tillstånd utan någonting som måste erövrats. Hälsofrämjande arbete är en ständigt pågående process som ger individen möjlighet att påverka och förbättra sin hälsa. Hälsa ses mer som en resurs än ett mål i sig och är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga förutsättningar. Tyngdpunkten har förflyttats från faktorer som bestämmer hälsa till åtgärder som kan åstadkomma hälsa.

En förskjutning mot åtgärder markerades ytterligare i den deklaration som antogs vid WHO-konferensen i Sundsvall 1991 och som betonade åtgärder för att skapa stödjande miljöer för hälsa. Med stödjande miljöer menas fysiska och sociala aspekter på vår omgivning. Stödjande miljöer inbegriper möjlighet att försörja sig och möjlighet att bestämma över sitt eget liv. Åtgärder för att skapa stödjande miljöer för hälsa har många dimensioner. Hälsopolitiska men också allmänpolitiska mål är grunden. För att fullfölja de hälsopolitiska målen krävs att olika samhällssektorer samarbetar och samordnar sina åtgärder. Samordning av mål och åtgärder krävs på alla nivåer: lokal, regional, nationell och global.

Mål för folkhälsan

För att vägleda den nya folkhälsopolitiken och för att möjliggöra en effektiv nationell samordning av folkhälsoarbetet har regeringen presenterat ett övergripande mål för det samlade arbetet för en god folkhälsa samt en mål- och uppföljningsstruktur (1). Strukturen tar sin utgångspunkt i Nationella folkhälsokommitténs betänkande Hälsa på lika villkor (4).

Ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet ska utvecklas. Det grundläggande syftet med folkhälsoarbetet kvarstår: ojämlikheterna i hälsa hos befolkningen ska motarbetas. Det handlar om att skapa en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Människors hälsa ska inte bero på exempelvis vilken socioekonomisk grupp man tillhör, om man är kvinna eller man eller vilken sexuell läggning man har.

¹ Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller handikapp.

De mål- och uppföljningsområden som berör levnadsvanor i propositionen om mål för folkhälsan är följande:

Målområde 7: Gott skydd mot smittspridning

Regeringens förslag: *Samhällets skydd mot smittsamma sjukdomar måste bibehålla en hög nivå för att inte de framsteg som gjorts i fråga om att minska förekomsten av smittsamma sjukdomar ska gå förlorade. Insatser för att förebygga smittspridning är en del av folkhälsoarbetet och därmed viktigt för att nå det övergripande folkhälsomålet. Gott skydd mot smittspridning ska därför utgöra ett särskilt målområde.*

Målområde 8: Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa

Regeringens förslag: *Möjligheten till trygg och säker sexualitet är grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande och samhället måste värna om de framsteg som gjorts inom områden som sex- och samlevnadsundervisning, familjeplanering och mödrahälsovård. Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa ska därför utgöra ett målområde.*

Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet

Regeringens förslag: *Fysisk aktivitet är en förutsättning för en god hälsoutveckling. Ökad fysisk aktivitet ska därför utgöra ett särskilt målområde. Målet för de samlade insatserna inom detta område ska vara att samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för hela befolkningen. Detta ska främst ske genom insatser som stimulerar till:*

- mer fysisk aktivitet i förskola, skola och i anslutning till arbetet,
- mer fysisk aktivitet under fritiden,
- att äldre, långtidssjukskrivna och funktionshindrade aktivt erbjuds möjligheter till motion eller träning på sina egna villkor.

Målområde 10: Goda matvanor och säkra livsmedel

Regeringens förslag: *Goda matvanor och säkra livsmedel är förutsättningar för en god hälsoutveckling hos befolkningen. Goda matvanor och säkra livsmedel ska därför utgöra ett särskilt målområde.*

Målområde 11: Minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande

Regeringens förslag: *Bruket av beroendeframkallande medel är en viktig bestämningsfaktor för hälsan. Även spelberoende kan leda till ohälsa. Ett ökat fokus på dessa bestämningsfaktorerers samlade effekter och inbördes kopplingar krävs. Åtgärder mot skador på grund av tobak, alkohol och spel samt för ett samhälle fritt från narkotika och dopning är nödvändigt för att nå det övergripande folkhälsomålet.*

Riksdag och regering har tidigare beslutat om samhällets insatser och mål för alkohol- och narkotikapolitiken. Dessa mål ska ligga fast.

Målet för samhällets insatser inom tobaksområdet ska vara att minska tobaksbruket. Målet för samhällets insatser mot spelberoende ska vara att minska skadeverkningar av överdrivet spelande. Målet avseende dopning ska vara ett samhälle fritt från dopning.

1. Alkohol

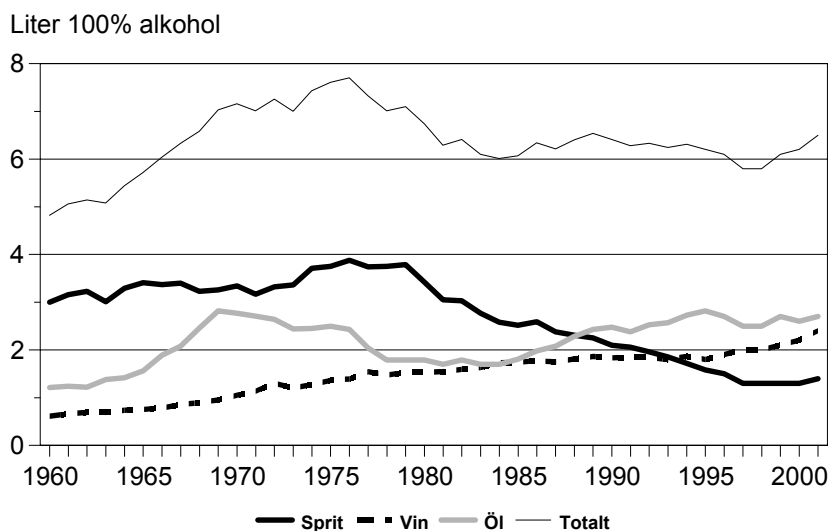
Skadligt bruk av alkohol är relativt vanligt. Effekterna kan ta sig olika uttryck alltifrån akut alkoholförgiftning eller olycksfall till kroniska skador, sjukdomstillstånd och alkoholberoende.

Hög alkoholkonsumtion kan leda till olycksfall, skador, våld, familjetragedier och alkoholrelaterade sjukdomar. Alkoholskador drabbar inte enbart högkonsumenter. Dessa löper visserligen högre individuell risk än normalkonsumenterna att skadas, men eftersom normalkonsumenterna är många fler kommer en stor del av alkoholskadorna att drabba denna grupp.

Andelen högkonsumenter och personer som får problem på grund av alkoholen ökar då den totala alkoholkonsumtionen hos befolkningen ökar. Huvudmålet för den svenska alkoholpolitiken har hittills varit att minska den totala alkoholkonsumtionen för att därigenom minska alkoholskadorna. Detta ska uppnås genom bland annat högprispolitik, begränsning av tillgången på alkohol, övergång från starkare till svagare alkoholdrycker, ökade kunskaper om alkoholens skadeverkningar och satsningar på alkoholfria fritidsaktiviteter för ungdom. Medlemskapet i EU innebär att vi nu måste anpassa införselkvoterna för alkohol till EU:s nivå. Det kan leda till den politiska bedömningen att även skatterna måste sänkas till nivåer som mer överensstämmer med grannländers, exempelvis Danmarks. En skattesänkning har redan skett när det gäller vin. Sverige har ålagts att anpassa sina införselkvoter successivt fram till år 2004, då kvoterna ska vara desamma som för hela EU.

Ett förändrat dryckesmönster

Enligt försäljningsstatistiken från Systembolaget har sprit varit den dominerande alkoholsorten i Sverige ända till slutet av 1980-talet. Sedan början av 1980-talet har försäljningen av spritdrycker minskat, medan andelen vin och öl har ökat. Ölkonsumtionen passerade spritkonsumtionen redan år 1988 och vinkonsumtionen passerade spritkonsumtionen år 1993, mätt som ren alkohol (alkohol 100 procent) (figur 1:1). Försäljningen av alkohol avspeglar dock inte hela konsumtionen. Det finns ett mörkertal främst beroende på resandeförsel. Så kallad svartspirit, det vill säga olovligen framställd eller införd sprit, säljs också.



Figur 1.1. Försäljning (inklusive bryggeriernas och Systembolagets försäljning till restauranger) av spritdrycker, vin och öl i liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre. 1960–2001.

Källa: Rapport 2002, CAN (5).

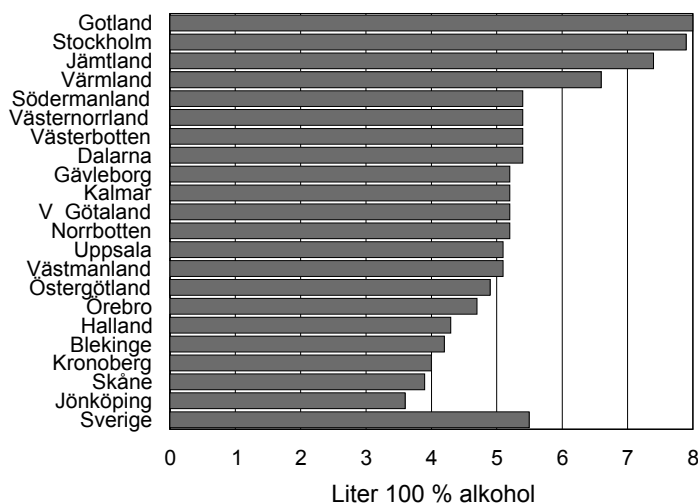
När det gäller alkohol brukar man uppskatta den mängd alkohol som säljs via Systembolaget, serveras på restauranger och motsvarande, tas in vid resor, insmugglas, tillverkas illegalt och folköl som säljs i butiker. Sammantaget utgör detta den möjliga totala konsumtionen. Vi vet att en del av denna alkoholemängd inte konsumeras av svenskar. En del konsumeras av turister och norrmän köper en hel del alkohol från Sverige.

Ett stort forskningsprojekt, KALK (6), har uppskattat svenska folkets alkoholkonsumtion 1989–1997, speciellt med hänsyn till den oregistrerade alkoholen som inte köps via Systembolaget, på restauranger eller i livsmedelshandeln (folköl). Denna undersökning ger förmodligen, trots stort bortfall i datainsamlingen, den för närvarande bästa skattningen av den totala alkoholkonsumtionen. Man kom fram till att den oregistrerade alkoholkonsumtionen hade ökat från 5 procent 1989 till 27 procent 1997. Ökningen under 1990-talet hade i stort sett kompenseras av minskad försäljning av sådan alkohol som beskattas i Sverige (registrerad).

Denna möjliga totala konsumtion följs numera månadsvis av SoRAD² och uppskattades år 2001 till 9,1 liter ren alkohol per person 15 år och äldre. Opublicerade uppgifter tyder på att alkoholkonsumtionen fortsatt att öka under 2002. Den möjliga totala konsumtionen uppskattas endast nationellt. En delmängd av den möjliga totala konsumtionen går att följa sedan lång tid tillbaka, nämligen den mängd alkohol som säljs via Systembolaget, serveras på restauranger och motsvarande, och försäljningen av folköl i butiker som år 2001 beräknades uppgå till 6,5 liter ren alkohol per person 15 år och äldre. En annan delmängd av den möjliga totala konsumtionen, nämligen Systembolagets försäljning och servering vid restauranger och motsvarande, är möjlig att följa länsvis; för riket beräknades denna uppgå till 4,6 liter ren alkohol per person 15 år och äldre.

² SoRAD = Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning vid Stockholms universitet.

Problemet med att redovisa försäljningssiffror är att de inte motsvarar konsumtionen. En del av försäljningen av alkohol kan konsumeras av turister, exempelvis inhandlas vid gränsen till Norge (bland annat Jämtland och Värmland) en hel del alkohol av norrmän. Detta problem blir mer synligt då man tittar på den regionala försäljningen (figur 1:2).



Figur 1:2. *Alkoholförsäljning (inklusive bryggeriernas och Systembolagets försäljning till restauranger, folköl ingår ej) i liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre, länsvis, 2001.*

Källa: Rapport 2002, CAN (5); Statens folkhälsoinstitut.

Alkoholförsäljningen är en uppenbart dålig indikator för alkoholkonsumtion när det gäller Skåne där en stor del av inköpen görs i Danmark. I Jämtland och på Gotland inhandlas en stor del av alkoholen av turister. Sedan år 1995 har alkoholförsäljningen ökat i samtliga län utom i Kronoberg och Jönköping där den varit oförändrad och i Skåne och Blekinge där den minskat.

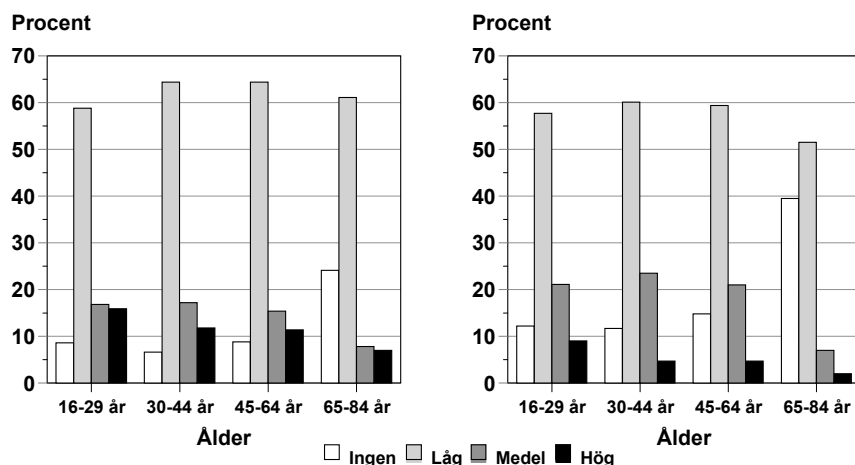
Vanligare att unga dricker mycket

Statistiken över alkoholförsäljning ger ingen information om vilka som dricker alkohol. Den verkliga konsumtionen av alkohol är mycket svår att uppskatta. För att få en uppfattning om denna så måste man komplettera ovanstående statistik med surveyundersökningar. Det bör noteras att surveyundersökningar kraftigt underskattar alkoholkonsumtionen och att en hög andel högkonsumenter och missbrukare finns i bortfallet. De svarande i en surveyundersökning som dricker mycket alkohol underskattar ofta sin alkoholkonsumtion. Sammantaget innebär detta att den bild av konsumtionens fördelning som man får genom en surveyundersökning kan vara felaktig.

Surveyundersökningar är ändå ett viktigt instrument för att följa alkoholkonsumtionens utveckling i olika befolkningsgrupper för att se vilka grupper som ökat sin alkoholkonsumtion och om riskkonsumtionen ökar. Under antagande att de felaktigheter som ligger i mätmetoden är lika över tid kan man ändå följa utvecklingen.

Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) är en intervjuundersökning som genomförs av Statistiska centralbyrån varje år. I denna undersökning ställdes frågor om alkoholkonsumtion åren 1996–1997. Ungefär 12 procent av de vuxna männen, 16–84 år, och 5 procent av kvinnorna i Sverige var högkonsumenter³ av alkohol enligt undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) 1996–97.

Högkonsumenterna fanns i störst utsträckning bland de yngre enligt figur 1:3.



Figur 1:3. Andel personer med olika nivåer av alkoholkonsumtion⁴ bland män och kvinnor i olika åldersgrupper, 1996–1997. Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Ju äldre vi blir, desto mindre vanligt är det att vi dricker alkohol. I åldersgruppen 65–84 år drack 25 procent av männen och 40 procent av kvinnorna ingen alkohol. Andelen högkonsumenter varierar med ålder. Bland män 16–29 år var andelen högkonsumenter 16 procent och bland män 65–84 år 7 procent. Motsvarande andelar var för kvinnor 9 respektive 2 procent.

³ Hög alkoholkonsumtion motsvarar 30 gram 100 procent alkohol eller mer per dag för män och 20 gram eller mer per dag för kvinnor. Detta motsvarar 3,5 flaskor vin eller mer per vecka för män och 2,5 flaskor vin eller mer per vecka för kvinnor.

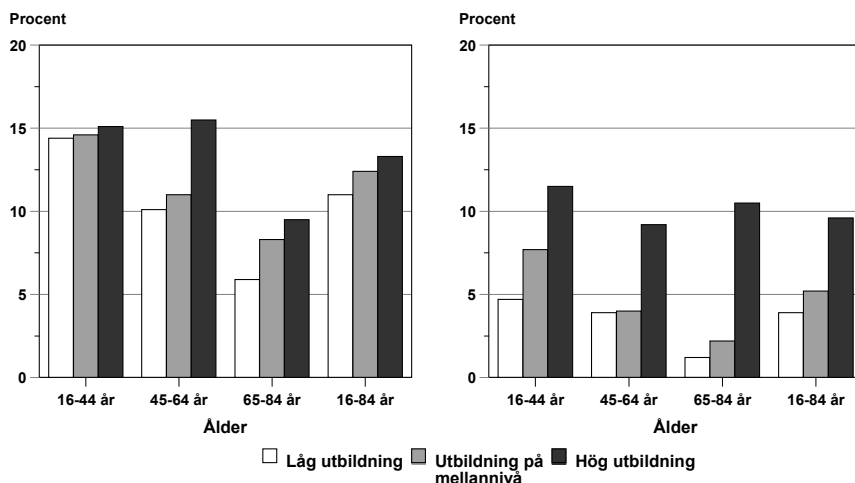
⁴ Låg konsumtion motsvarar 18 gram 100 procent alkohol eller mindre per dag för män och 9 gram eller mindre per dag för kvinnor. Detta motsvarar 2 flaskor vin eller mindre per vecka för män och 1 flaska eller mindre för kvinnor.

Medelkonsumtion motsvarar mer än 18 gram och mindre än 30 gram 100 procent alkohol per dag för män och mer än 9 gram och mindre än 20 gram för kvinnor. Detta motsvarar mer än 2 men mindre än 3,5 flaskor vin per vecka för män och mer än 1 men mindre än 2,5 flaskor vin per vecka för kvinnor.

Hög konsumtion motsvarar 30 gram 100 procent alkohol eller mer per dag för män och 20 gram eller mer per dag för kvinnor. Detta motsvarar 3,5 flaskor vin eller mer per vecka för män och 2,5 flaskor vin eller mer per vecka för kvinnor.

Sociala skillnader i dryckesvanor

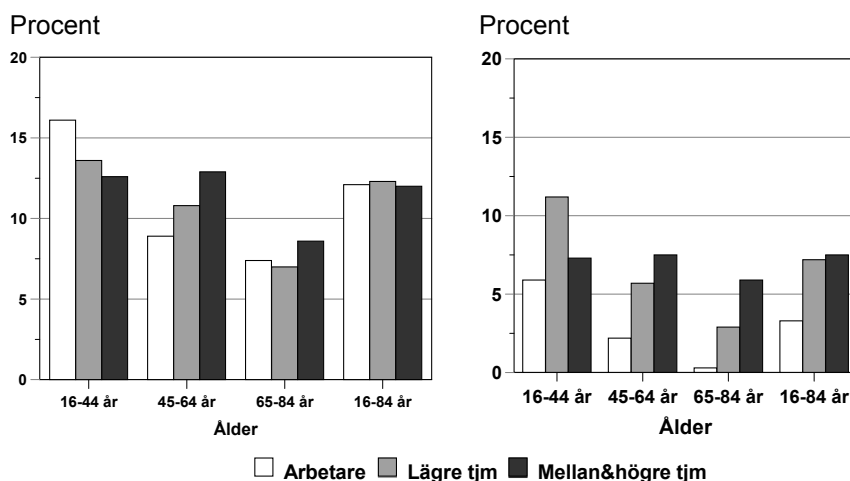
Hög alkoholkonsumtion var, enligt undersökningen av levnadsförhållanden, vanligare bland högutbildade än bland lågutbildade i alla åldersgrupper och bland både män och kvinnor. Skillnaderna var dock betydligt större bland kvinnorna (figur 1:4).



Figur 1:4. Andel högkonsumenter av alkohol efter utbildningsnivå och ålder. 1996–1997, åldersstandardiserade värden.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

I så gott som alla socioekonomiska grupper var yngre personer oftare än äldre högkonsumenter av alkohol (figur 1:5).



Figur 1:5. Andel högkonsumenter av alkohol efter socioekonomisk grupp och ålder, 1996–1997, åldersstandardiserade värden.

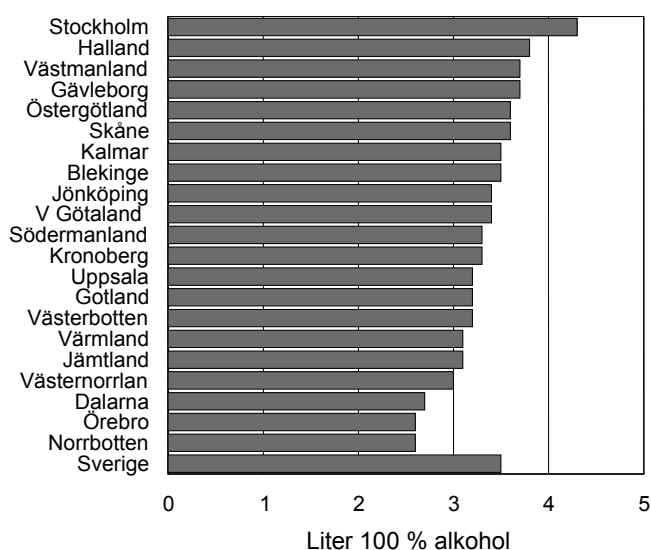
Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Andelen högkonsumenter var störst bland yngre män i arbetaryrken och bland yngre kvinnor i tjänstemannaryrken på lägre nivå. Bland män totalt fanns nästan inga sociala skillnader bland högkonsumenter av alkohol, men i enskilda åldersgrupper fanns sådana skillnader. Bland kvinnorna var det nästan genomgående vanligast att tjänstemän på mellannivå eller högre var högkonsumenter av alkohol. Sannolikt underskattas de sociala skillnaderna genom att alla inte kan klassificeras efter socioekonomisk grupp. Däremot är det möjligt att klassificera många fler enligt utbildningsnivå.

De sociala skillnaderna i alkoholkonsumtion har förändrats i Sverige under de senaste 30–40 åren (7, 8). Tidigare var både alkoholkonsumtionen och andelen högkonsumenter större i de högre samhällsklasserna. I dag är männens totalkonsumtion tämligen lika. Även bland kvinnorna har klasserna närmast sig varandra, men kvinnor från de högre klasserna dricker fortfarande mer alkohol och en större andel är högkonsumenter. Att dricka stora mängder alkohol vid ett och samma tillfälle har dock alltid varit vanligast i de lägre samhällsklasserna (7).

Regionala variationer

De regionala data som ULF-undersökningen visar är ytterst osäkra för många av länen då urvalet är litet för dessa. För Stockholm, Skåne och Västra Götaland är antalet svarande mellan 1 000 och drygt 2 000 personer men i de flesta andra län rör det sig om endast några hundra och på Gotland under 100 personer. Siffrorna i figur 1:6 bör därför tolkas med försiktighet.

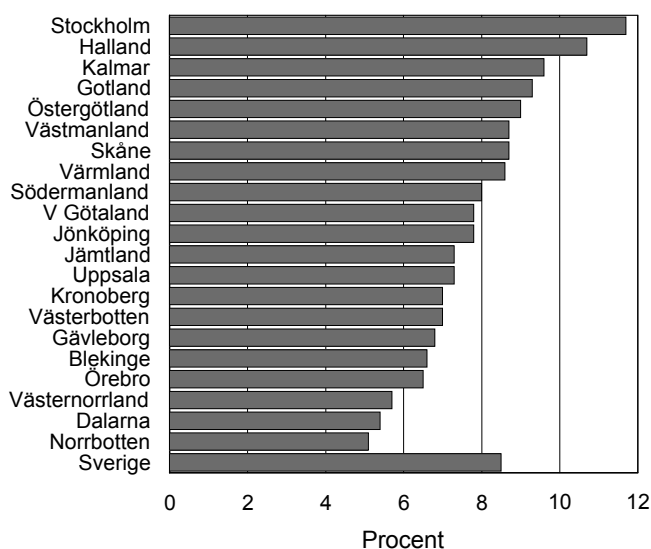


Figur 1:6. Uppgiven alkoholkonsumtion i liter 100 procent alkohol per person 16–84 år i olika län, 1996–1997.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Likheten mellan figur 1:6 och 1:2 (försäljningen) är inte särskilt stor fränsett att Stockholm ligger högt i båda. När man frågar om alkoholkonsumtion i en surveyundersökning finns ofta de som konsumerar mest alkohol i bortfallet och de svarande som dricker mycket underskattar sin alkoholkonsumtion.

Andelen högkonsumenter i olika län återfinns i figur 1:7.



Figur 1:7. Andel högkonsumenter av alkohol i olika län, 1996–1997.

Källa: Undersökningen av levnadsvanor, SCB.

Har konsumtionsmönstret förändrats?

”Totalkonsumtionsmodellen” är kritiserad för att inte ta hänsyn till hur man dricker – dagligen eller vid veckoslutet. Modellen vill få alla att dricka mindre. Kritiker av modellen säger att *några* ska dricka *mycket mindre* (9). När totalkonsumtionen förändras så kan detta ske på olika sätt. Nya alkoholkonsumenter kan rekryteras från grupper som tidigare inte druckit alkohol. Det kan även vara en motsatt process där individer slutar att dricka alkohol till följd av ökad medvetenhet om hälsoriskerna. Det kan ske förändringar i hur man dricker och hur mycket man dricker vid ett och samma tillfälle, så att exempelvis alkoholkonsumtionen blir en vardaglig aktivitet i stället för att koncentreras till speciella tillfällen och helger. Slutligen kan det ske en ändring av de sammanhang i vilka man dricker (10). Detta är fallet i de vindrickande länderna där alkoholkonsumtion i samband med måltider alltmer ersätts av att man dricker på fritiden med ökade inslag av berusning (11, 12). Alkoholpolitiska kommissionen kunde visa att förändringar i ett lands konsumtionsnivå och dryckesmönster påverkar skadenivån (13). En systematisk analys av förändringar i dryckesmönster i relation till förändringar i totalkonsumtionen skulle kräva en rad jämförbara studier över längre tid. Sådana studier börjar komma. Som exempel kan nämnas en analys som gjorts i Finland (14) och som visade att en period med ökad konsumtion under åren 1968 till 1976 först innebar en ökning av antalet konsumtionstillfällen och senare en minskning av andelen nykterister, vilket bidrog till en konsumtionsökning. Under en senare period med stabil konsumtion (1976–1984) var förändringarna små när det gäller nykterhet, antalet konsumtionstillfällen och alkoholmängd vid varje dryckestillfälle.

I Sverige har vi under de senaste åren sett en ökad alkoholkonsumtion som ännu inte motsvarats av en ökad dödlighet och sjuklighet. Det är framför allt vin- och ölkonsumtionen som ökat. Många frågor hopar sig. Är det så att antalet konsumtionstillfällen ökat? Minskar antalet nykterister? Har berusningsdrickandet förändrats?

I en studie från 1999 (ECAS) rapporterade 9 procent av männen och 2 procent av kvinnorna att de drack alkohol fyra eller fler gånger i veckan (15). Andelen absolutister minskade kraftigt mellan 1960- och 1970-talen bland både män och kvinnor 18–65 år (16). Störst var minskningen bland kvinnor 46–65 år. Från slutet av 1970-talet till slutet av 1990-talet var andelen absolutister bland män 18–45 år konstant medan kvinnor i samma åldersgrupp hade en ökad andel absolutister (fertila åldrar). Bland män och kvinnor över 45 år hade andelen absolutister minskat.

Andelen män som dricker alkohol en gång i veckan eller mer har ökat de senaste åren (17). Starkölskonsumtionen ökade speciellt mycket och andelen veckokonsumenter ökade från 14 procent år 1998 till 30 procent år 2001–2002. Andelen veckokonsumenter av vin och sprit ökade med cirka 8 procentenheter. Andelen veckokonsumenter av folköl minskade påtagligt mellan 1996 och 1998 och har sedan dess legat kvar på ungefär samma nivå. Bland männen är konsumtion av folköl vanligast, följt av starköl och vin.

Även bland kvinnorna ökade andelen veckokonsumenter av samtliga drycker mellan 1998 och 2001, med undantag för folköl. Störst var ökningen för vin där andelen veckokonsumenter ökade från 17 procent 1996 till 27 procent 2001 (17).

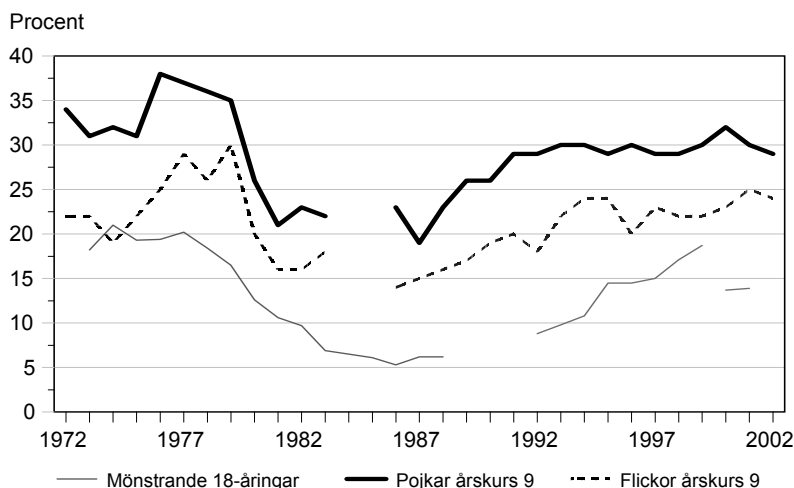
Leifman (18) sammanfattar utvecklingen av svenska folkets dryckesvanor under senare år i följande punkter:

- En ökning av alkoholkonsumtionen åren 1996–2000; kraftigare bland män än bland kvinnor, och tydligare bland de yngre.
- En mindre tydlig ökning av andelen hög(risk)konsumenter. Även här har ökningen varit störst bland männen i de yngre åldersgrupperna.
- En ökning av antalet dryckestillfällen under senare år både bland män och kvinnor, och vad gäller vin och öl även en ökning av den genomsnittliga konsumtionsmängden per dryckestillfälle.
- Ingen dokumenterad ökning av intensivkonsumtionstillfällen under 1990-talet. Bland de unga (16–25 år) tycks situationen vara stabil under hela 1990-talet medan intensivkonsumtionsdrickandet kan ha minskat i de äldre åldersgrupperna. Det bör dock poängteras att både skolundersökningarna av ungdomar i årskurs 9 och mönstringsundersökningarna av pojkar (18–19 år) visar på ökning av berusningsdrickandet under 1990-talet.

Ungdomars alkoholvanor

Under 1990-talet präglades alkoholvanorna bland elever i årskurs 9 av att berusningsdrickandet ökade, både bland pojkar och flickor. Bland dem som svarade att de kände sig berusade ”varje eller nästan varje gång” de drack alkohol minskade könsskillnaderna. Fler pojkar än flickor uppgav fortfarande år 2002 så kallad intensivkonsumtion⁵ minst en gång i månaden. Intensivkonsumtionen av alkohol har ökat sedan mitten av 1980-talet bland både pojkar och flickor men minskade åren 2001–2002 bland pojkar och 2002 bland flickor (figur 1:8).

⁵ Intensivkonsumtion = dricker alkohol motsvarande minst en halvflaska sprit *eller* en helflaska vin *eller* 4 burkar starköl *eller* 6 burkar öl klass II (5 burkar mellanöl) vid samma tillfälle.



Figur 1:8. Andel pojkar och flickor i årskurs 9 med intensivkonsumtion av alkohol minst en gång i månaden samt andelen mänstrande som uppger sig vara berusade någon gång i veckan⁶, 1972–2002. Källa: Rapport 2001, CAN (5).

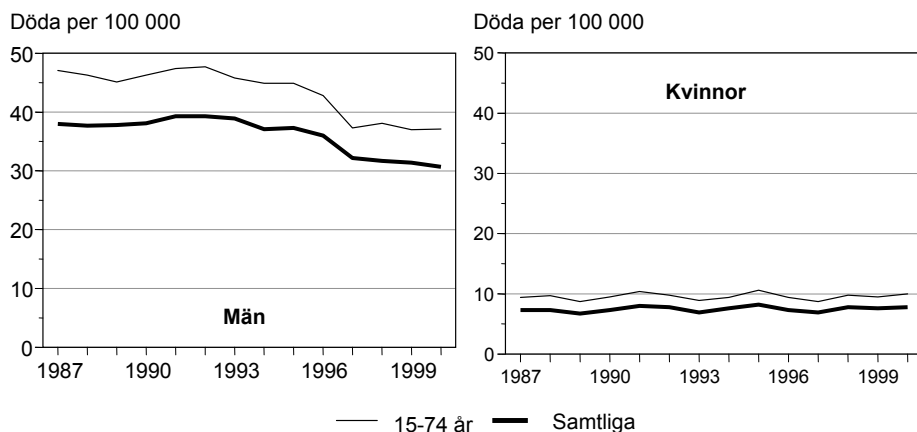
Hälsomässiga konsekvenser

Antalet dödsfall med alkoholdiagnos⁷ i Sverige var cirka 2 000 år 2000. Det egentliga antalet dödsfall där alkohol spelar en viktig roll var dock högre, exempelvis dödsfall i vissa cancerformer samt alkoholrelaterade olycksfall och självmord. En fjärdedel av alla dödsfall i åldern 20–49 år kan relateras till alkohol. Bland personer under 70 år kan omkring 11 procent av dödsfallen relateras till alkohol. Dödsfall med alkoholdiagnos är mer än dubbelt så vanliga bland män som bland kvinnor (19, 20). Norström (21) har i en studie av sambandet mellan levercirros och alkoholkonsumtion i fjorton europeiska länder, visat att när alkoholkonsumtionen ökar stiger dödstaten.

Det tar många år innan en ökning av alkoholkonsumtionen kan avläsas i sjuklighet och dödlighet. Den ökade konsumtionen av alkohol har ännu inte påverkat antalet dödsfall med alkoholdiagnos (figur 1:9).

⁶ Frågan är inte jämförbar med tidigare år från och med år 2000 pga. ny frågekontext.

⁷ Underliggande och bidragande orsaker för diagnoserna alkoholspsykos, alkoholberoende, missbruk av alkohol, kardiomyopati, gastrit, levercirros och alkoholförgiftning.

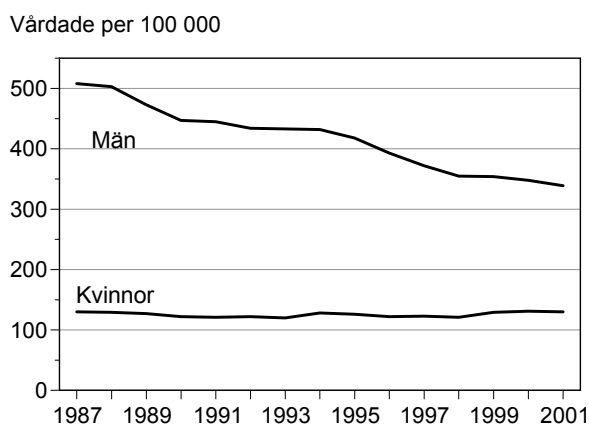


Figur 1:9. Dödsfall i sjukdomar med alkoholdiagnos, 1987–2000, antal per 100 000, åldersstandardiserat. Källa: Dödsorsaksregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Dödligheten bland män i sjukdomar med alkoholdiagnos har minskat både totalt och i åldersgruppen 15–74 år. Den kraftiga minskningen mellan år 1996 och 1997 beror säkerligen på att en ny sjukdomsklassifikation infördes år 1997.

En nedåtgående trend kan ses i antalet döda i levercirros från början av 1980-talet. Minskningstakten verkar ha avtagit under de senaste åren.

Även antalet vårdade i sjukdomar med alkoholdiagnos har minskat bland män men inte bland kvinnor (figur 1:10).

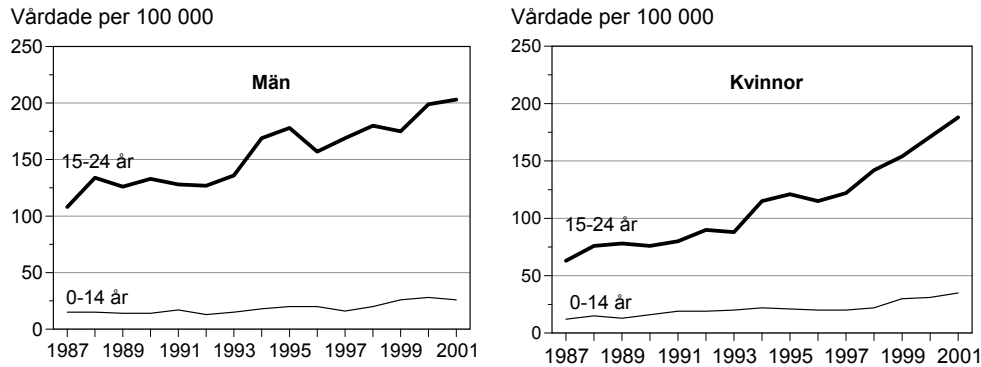


Figur 1:10. Vårdade i sjukdomar med alkoholdiagnos, 1987–2001, antal per 100 000. Källa: Patientregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Även antalet vårdade för levercirros har minskat under perioden 1987–1999. Från att ha legat runt 25 vårdade per 100 000 under första delen av perioden låg männen runt 20 under den senare delen. Motsvarande minskning är bland kvinnorna från cirka 20 till cirka 10 vårdade för levercirros per 100 000.

Dramatisk ökning av alkoholförgiftning bland ungdomar

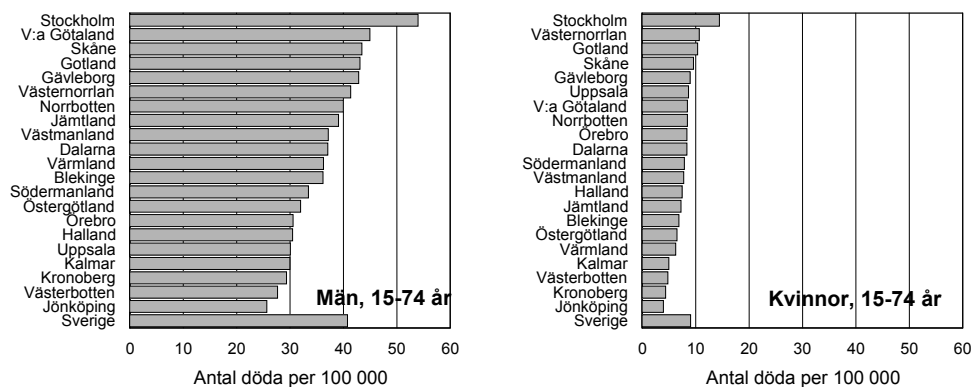
Antalet ungdomar som vårdats på sjukhus för alkoholförgiftning har ökat kraftigt under 1990-talet. Ökningen är störst i åldersgruppen 15–24 år (figur 1:11).



Figur 1:11. Antal sjukhusvårdade per 100 000 för alkoholförgiftning, 1987–2001, 0–24 år. Källa: Patientregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Regionala variationer

De regionala variationerna i dödlighet är stora (figur 1:12). Dessa följer dock inte helt samma mönster som försäljningssiffrorna. Västra Götaland har näst högst dödlighet i sjukdomar med alkoholdiagnos men ligger på elfte plats enligt försäljningssiffrorna. Skåne ligger på tjugonde plats enligt försäljningssiffrorna och på tredje plats när det gäller dödlighet. I det här fallet bör beaktas att närheten till Danmark gör att försäljningssiffrorna ger en dålig bild av konsumtionen. Jämtland och Värmland har högre försäljningssiffror än vad som motsvaras av dödligheten, vilket kan hänga samman med norska inköp på den svenska sidan om gränsen.

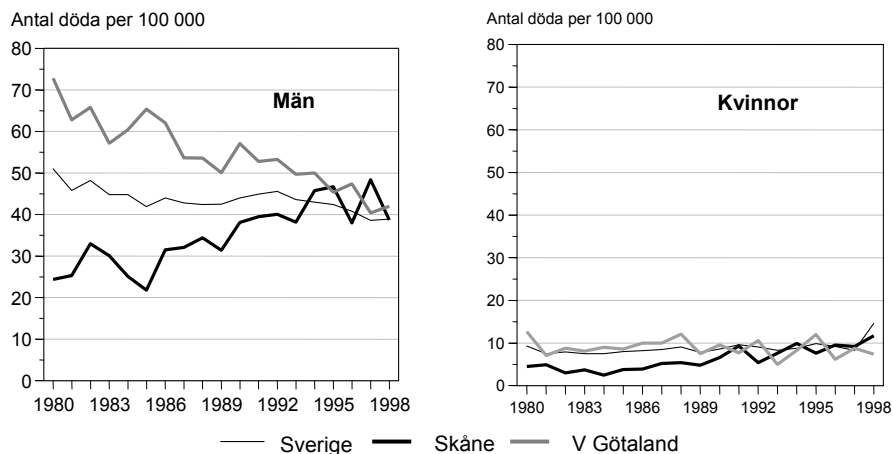


Figur 1:12. Dödsfall i sjukdomar med alkoholdiagnos, länsvis, 1994–1998, döda per 100 000, 15–74 år, åldersstandardiserat.

Källa: Hur mår Sverige, EpC/Socialstyrelsen.

Gotland som ligger högst enligt försäljningssiffrorna, varav en stor del hänger samman med turismen, ligger på fjärde plats när det gäller dödlighet.

Som vi sett här ovan minskar dödligheten i sjukdomar med alkoholdiagnos bland männen i Sverige. Detta är dock inte fallet i alla län, speciellt inte i Skåne-regionen där antalet döda per 100 000 ökat både bland män och kvinnor (figur 1:13).



Figur 1:13. Dödsfall i sjukdomar med alkoholdiagnos, 1980–1998, döda per 100 000, 15–74 år, åldersstandardiserat. Källa: Dödsorsaksregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Dödligheten ökar bland kvinnor i flera län

Det kan vara svårt att se om dödligheten går upp, ner eller är oförändrad i vissa län. Den utveckling som redovisas i tabell 1:1 baseras på utvecklingen under 1990-talet och då trenden är svår att se har bedömningen baserats på de tre senaste, glidande 5-årsmedelvärdena.

Tabell 1:1. Utvecklingen av dödsfall med alkoholdiagnos i Sveriges län under 1990-talet.

Män, 15–74 år	Utveckling	Kvinnor, 15–74 år	Utveckling
Stockholm	↓	Stockholm	↔
Västra Götaland	↓	Västernorrland	↔
Skåne	↑	Gotland	↑
Gotland	↓	Skåne	↑
Gävleborg	↓	Gävleborg	↑
Västernorrland	↓	Uppsala	↔
Norrbottnen	↓	Västra Götaland	↔
Jämtland	↓	Norrbottnen	↑
Västmanland	↓	Örebro	↔
Dalarna	↔	Dalarna	↔
Värmland	↓	Södermanland	↑
Blekinge	↔	Västmanland	↓
Södermanland	↓	Halland	↑
Östergötland	↔	Jämtland	(↓)
Örebro	↓	Blekinge	↑
Halland	↓	Östergötland	↓
Uppsala	↓	Värmland	↔
Kalmar	↔	Kalmar	↔
Kronoberg	↑	Västerbotten	↓
Västerbotten	↓	Kronoberg	↑
Jönköping	↓	Jönköping	↓
Sverige	↓	Sverige	↔

Källa: Hur mår Sverige, EpC/Socialstyrelsen.

Dödligheten i sjukdomar med alkoholdiagnos gick ner bland män och var i stort sett oförändrad bland kvinnor. De regionala variationerna var stora. För männens del minskade dödligheten i de flesta länen utom i Skåne och Kronoberg där den ökade. I Dalarna, Blekinge, Östergötland och Kalmar var dödligheten bland män oförändrad.

För kvinnornas del hade dödsfall med alkoholdiagnos minskat i fyra, ökat i åtta och var oförändrad i åtta av länen. Det är på Gotland, i Skåne, Gävleborg, Norrbotten, Södermanland, Halland, Blekinge och Kronoberg som dödsfall med alkoholdiagnos har ökat bland kvinnor.

2. Narkotika

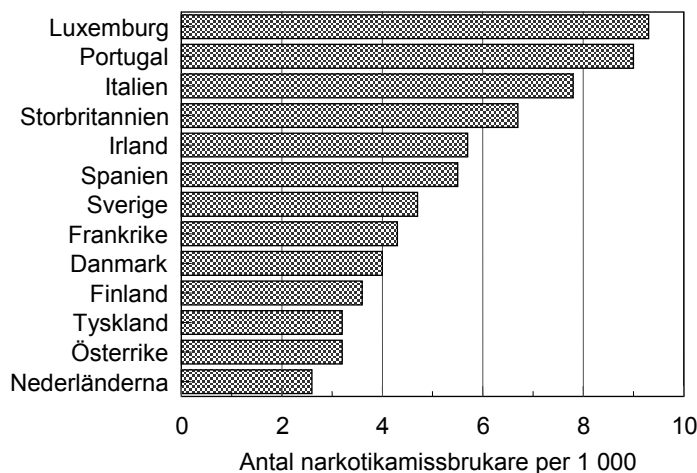
Missbruk av narkotika är relativt ovanligt. Med missbruk avses all icke-medicinsk användning och vad som är att betrakta som narkotika framgår av Läke-medelsverkets föreskrifter. Enligt lagstiftningen är all befattning med illegal narkotika, inklusive eget bruk, straffbart. Narkotikans illegala karaktär gör att det är svårt att få en bild av missbruket.

På nationell nivå har case-finding-studier genomförts åren 1979, 1992 och 1998 för att få en bild av det problematiska ("tunga") missbrukets omfattning och karaktär. Kriteriet för att tas med i räkningen har varit injektionsmissbruk under de senaste tolv månaderna eller dagligt eller så gott som dagligt bruk under de senaste fyra veckorna.

Med hjälp av statistiska beräkningsgrunder som utvecklats när den senaste inventeringen gjordes uppskattades de tunga missbrukarnas antal vara 15 000, 19 000 respektive 26 000 (22). Nettotillväxten har, enligt den använda beräkningsgrunden, således mellan de två första mätningarna varit cirka 800 personer per år. Mellan det andra och det tredje mättillfället angavs ökningen vara cirka 1 900 personer per år.

Metoden att uppskatta missbrukets omfattning genom mätningar på nationell nivå har tydliga begränsningar; de är tidsödande och kostsamma, de fångar inte de lindrigare formerna av missbruk, och de kräver i princip allas samtidiga medverkan bland dem som kommer i kontakt med missbrukare. Precisionen är därtill svag. Mörkertalet mellan de faktiskt räknade individerna och det antal missbrukare man antar finns är stort.

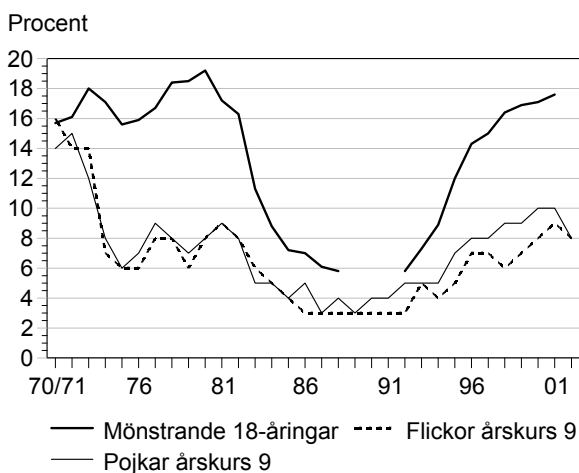
Sett i ett internationellt perspektiv är narkotikaproblemet i Sverige relativt blygsamt. I den senaste årsrapporten från ECNN, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, ett EU-organ med uppgift att studera narkotikautvecklingen (23), framkommer dock att problemet (problematiska bruket) ökat något i hälften av länderna under senare år, däribland Sverige (figur 2:1). Även dessa uppskattningar är behäftade med osäkerhetsmarginaler.



Figur 2:1. Skattningar av andelen narkotikamisbrukare i vissa EU-länder, 15–64 år. Uppgifterna gäller olika år. Österrike (1995); Danmark, Island, Storbritannien (1996); Sverige (1998); Nederländerna (1998–1999); Finland, Frankrike (1999); Spanien, Luxemburg (1999–2000); Tyskland, Italien, Portugal (2000). Källa: (23).

Narkotikavanor bland unga följs genom årliga undersökningar i årskurs 9 (urvalsundersökning) och mönstringsundersökningar (totalundersökning) samt intervjuundersökningar (urvalsundersökning) med ungdomar i åldern 16–24 år och i hela befolkningen (15–75 år). Dessa undersökningar fångar inte de allvarliga formerna av missbruk.

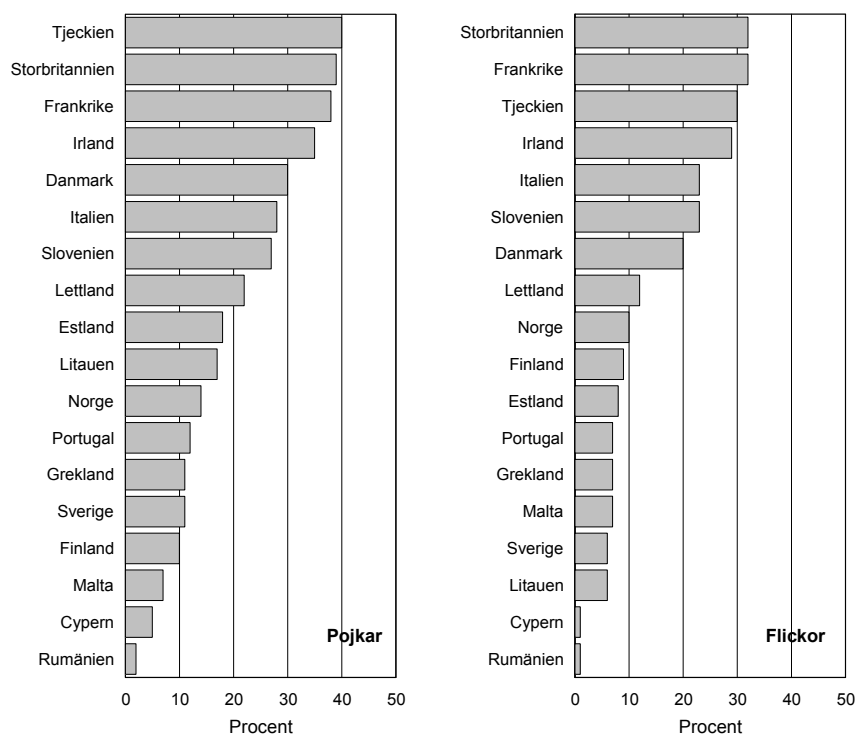
I årskurs 9 uppmättes de högsta andelarna det år, 1971, då undersökningsserien inleddes. Siffrorna sjönk under 1980-talet, för att uppnå sin hittills lägsta nivå 1989. Därefter har de successivt åter stigit under hela 1990-talet för att år 2002 åter minska med 2 procentenheter sedan föregående år för pojkar och 1 procentenhet för flickor. Samma tendens gäller för mönstringsstudierna (figur 2:2) (5).



Figur 2:2. Andel som prövat narkotika bland månstrande 18-åringar samt bland elever i årskurs 9, 1970–2002. Källa: (5).

Unga vuxnas uppgivna narkotikavanor framgår av telefonintervjuer bland 16–24-åringar. Sådana intervjuer har gjorts åren 1994, 1996, 1998 och 2000. Andelen med erfarenhet av narkotika var 4, 10, 11 respektive 13 procent. Det är främst de äldre av dem som har använt narkotika. Vid den senaste undersökningen gällde detta 4 procent av 16–18-åringarna men 16 procent av 19–24-åringarna. Många provar således narkotika först efter det att de lämnat skolsystemet (5).

När det gäller andra former av narkotikaerfarenhet ligger däremot Sverige långt ned, exempelvis har endast en av hundra ungdomar använt cannabis under de senaste tolv månaderna. Då ska noteras att cannabis är det mest använda preparatet (23). Vid två tillfällen, 1995 och 1999, har skolundersökningar genomförts samtidigt i en rad europeiska länder med samma frågeformulär, ESPAD. Svenska elever, liksom finska och norska, kom långt ned i jämförelsen, som gjordes bland 30 medverkande länder (24, 25). De ungdomar (15–16 år) som någon gång i livet använt hasch eller marijuana enligt 1999 års undersökning redovisas i figur 2:3.



Figur 2:3. Andel pojkar och flickor, 15–16 år, som någon gång använt hasch eller marijuana i några europeiska länder, 1999. Källa: (25).

En nordisk jämförande studie år 1996 visade att 11,4 procent av den vuxna svenska befolkningen någon gång använt cannabis (26). Motsvarande andelar var för Danmark 30,1 procent, för Finland 7,3 procent och för Norge 8,3 procent. Man ställde också frågan; ”Om användning av marijuana och hasch inte vore förbjuden, skulle du då prova?” I Danmark svarade 6,3 procent att de kunde tänka sig att prova. I Finland var andelen 3,5 procent, i Norge 4,7 procent och i Sverige 2,5 procent. Det innebär att de flesta av dem som faktiskt använt cannabis inte längre var intresserade. Resultatet visar i sin tur

att siffror som anger livstidsprevalens har ett begränsat värde som indikator på narkotikaproblemet.

Missbrukets omfattning

Då det är illegalt att befatta sig med narkotika får man väga samman olika indikatorer på missbrukets omfattning och inriktning. Så finns exempelvis statistik från polis och tull om beslag samt även uppgifter från domstolsväsendet om dömda personer som indikatorer på missbrukets omfattning. Beslagsstatistiken inrymmer en möjlig felkälla då den påverkas av intensiteten i åtgärderna. Under senare delen av 1990-talet ökade antalet poliser som var sysselsatta med narkotikafrågor, för att sedan åter minska. Detta påverkar i sig insatsernas intensitet.

Vi vet inte hur mycket narkotika som finns i omlopp och inte heller hur stor andel av denna som tas i beslag. Tullutredningen (27) kom, utifrån ett antagande om hur mycket narkotika som användarna behöver, fram till att cirka 15 procent av den narkotika som kommer till Sverige (praktiskt taget all narkotika importeras) tas i beslag.

Ett annat relaterat mått är statistik om narkotikabrott; misstänkta personer, lagförda och dömda. Den felkälla som kan ligga inbyggd i beslagsstatistiken medföljer i dessa indikatorer. Till uppgifterna från rättsväsendet kan läggas antalet missbrukare inom kriminalvården.

Genom tvärsnittsstatisik vid två tillfällen under året får man en uppfattning om hur stor andel av anstalternas och frivårdens klienter som har narkotikaproblem. Under senare år har andelen på anstalterna legat kring 50 procent och inom frivården kring 40 procent. Sett i ett flerårsperspektiv måste data från rättsväsendet tolkas även med beaktande att lagstiftning och praxis kan ha ändrats.

Uppgifter om vård av missbrukare är ofullständiga. I huvudsak är det uppgifter om vård på sjukhus som finns tillgängliga. Socialtjänsten har huvudansvar för vård och behandling av missbrukare, men rutinmässig registrering och rapportering av socialtjänstens öppenvård saknas, trots att den utgör nära 90 procent av den vård som förekommer. Detta håller emellertid på att ändras. EU har infört ett rapporteringssystem, Treatment Demand Indicator, som ingår i ett system av indikatorer på missbrukets utbredning och inriktning. Socialstyrelsen har uppdraget att genomföra detta inom det svenska behandlingssystemet, vilket sker med en successiv utbyggnad. Samtliga specialiserade missbruksenheter (drygt 600) ska år 2005 vara inlemmade i detta system, och rapporteringen avser alla behandlingskontakter, såväl i öppen som i slutenvård. I Sverige benämns detta system KIM (Klienter i missbrukarvård). Socialstyrelsen mottar patientuppgifter, som avkodas och ställs samman för att sedan återrapporteras till vårdenheterna och, på årsbasis och i tabellform, till ECNN. I Sverige omfattar detta statistiksystem även alkohol.

Socialstyrelsen publicerar vartannat år även en rapport om klienter i behandling. Rapporten omfattar verksamheter inom sjukvården, socialtjänsten, kriminalvården samt privata och ideella vårdgivare. Den senaste (28) är baserad på klientunderlaget den 2 april. Denna dag befann sig 20 200 i behandling för alkohol- och narkotikaproblem.

Hälften, 49 procent, behandlades enbart för alkoholproblem medan en femtedel, 19 procent, enbart för narkotikaproblem. 2 800 var injektionsmissbrukare.

Sjukhusvård finns dokumenterad i patientregistret. Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (tvångsvård enligt LVM och LVU) har egna sammanställningar.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har redovisat en kunskapssammanställning om behandling av alkohol- och narkotikaproblem (29), och lämnat ett vetenskapligt underlag för olika behandlingsalternativ. Inom Socialstyrelsen pågår ett projekt för utarbetande av nationella riktlinjer för behandling.

Hälsomässiga konsekvenser

Användning av narkotika, inte minst vid blandmissbruk och injektionsmissbruk, är förenat med betydande hälsorisker. Detta sammanhänger med preparaten i sig och hur de intas, men också med livsföringen i stort. Missbrukare har därför ett allmänt dåligt hälsostatus. Blandmissbruket omfattar, förutom olika narkotikapreparat, ofta samtidigt bruk av alkohol och olika läkemedel, till exempel lugnande medel. Detta framgår av patientregistret.

Antalet individer som vårdats i slutna vård för narkotikarelaterade diagnoser mer än fördubblades mellan åren 1987 och 2000; från cirka 1 800 personer till 4 500. Detta kan antyda att antalet missbrukare blivit fler. Detta är också vad den nationella case-findingundersökningen MAX kommit fram till (22).

Den dominerande vårdinsatsen är den som socialtjänsten ansvarar för, men denna del av vården är inte dokumenterad på något systematiskt sätt.

Opiatmissbrukare med svår anamnes har möjlighet att få substitutionsbehandling med metadon. Sådan behandling får enligt riksdagens beslut inte omfatta fler än 800 patienter och endast ordineras vid fyra behandlingsinstitutioner; Uppsala, Stockholm, Lund och Malmö. Behandlingen är strikt kontrollerad och har en psykosocial bas. De senaste åren har opiatmissbrukare även haft tillgång till behandling med buprenorfin (Subutex).

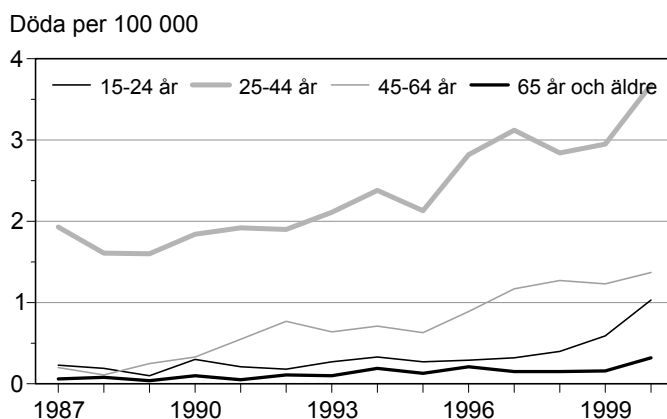
Hepatit, eller gulsot, är en av de smittsamma sjukdomar som många narkotikamissbrukare riskerar att drabbas av. Förr var hepatit B (HBV) mest utbredd, och drabbade mellan en tredjedel och hälften av injektionsmissbrukarna. Numera är hepatit C (HCV) den vanligare formen. I dag har drygt 21 000 personer smittats av HCV via intravenöst missbruk. Mycket tyder på att omkring 90 procent av injektionsmissbrukarna är smittade. Många av dessa är kroniska bärare av viruset. På lång sikt kommer en betydande andel av dem att utveckla vårdkrävande leversjukdomar.

År 2001 drabbades 36 injektionsmissbrukare av hiv (26 män, 10 kvinnor). Under de fem föregående åren nysmittades i genomsnitt 19 per år (och i fallande takt). Sammanlagt har 840 injektionsmissbrukare blivit smittade (varav 596 män). Av dessa har 201 utvecklat aids och 150 avlidit. Missbrukarna har under en följd av år utgjort ungefär 10 procent av de nyanmälda fallen, framgår det av Smittskyddsinstitutets löpande rapportering. Uppgifterna om hiv är dock mycket osäkra eftersom uppgifter om identitet saknas i rapporteringen till Smittskyddsinstitutet.

Narkotikamissbrukare kan bli föremål för tvångsvård. Omfattningen av tvångsvård har minskat under senare år; en halvering har skett under perioden 1990 och 2000. Statens institutionsstyrelse, SiS, anger i sin senaste årsbok (30) att situationen för de mest utsatt missbrukarna är akut och att LVM-lagen förvandlats från att vara en vårdlag till att bli en akutlag (31). I en annan skrift från SiS (32) visas betydande svårigheter med bostadsanskaffning efter tvångsvården, vilket försvårar rehabiliteringen.

Narkotikamissbrukare vårdas inte enbart för missbruksrelaterade sjukdomar. Vanligt är också att vård förekommer i samband med skador och våld, olika somatiska och psykiatriska åkommor. Missbrukarna har inte sällan multipel diagnos, vilket kanske är en del-förklaring till att de som vårdats för narkomani har fler vård dagar än genomsnittet i befolkningen.

Dödligheten bland narkotikamissbrukarna är hög. I dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen kan man delvis identifiera narkotikarelaterade dödsfall. Ett sådant dödsfall behöver inte innebära att vederbörande varit narkotikamissbrukare. Det behöver inte heller vara så att döden inträffat som en direkt följd av den narkotika som påträffats i kroppen. Statistiken redovisar dels underliggande, dels bidragande dödsorsaker. I det förstnämnda fallet har narkomani varit den huvudsakliga dödsorsaken. Det kan också röra sig om legalt förskrivna läkemedel. I andra situationer kan narkotikan ha varit en bidragande dödsorsak. År 2000 avled 107 personer (varav 91 män) med narkomani som underliggande dödsorsak och 353 med narkotika som underliggande eller bidragande dödsorsak (varav 282 män). Den narkotikarelaterade dödligheten bland män i olika åldrar framgår av figur 2:4.



Figur 2:4. Döda per 100 000 i narkotikarelaterade sjukdomar och skador, män, 15 år eller äldre, 1987–2000. Åldersstandardiserade värden.

Källa: Dödsorsaksregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Dödligheten ökar i alla åldrar och är störst bland män 25–44 år.

Sociala konsekvenser

Förutom att missbrukare är hårt drabbade av sjukdomar är de även socialt utsatta. Socialstyrelsens Social rapport 2001 (33) talar om ansamling av problem för att beskriva den problemanhopning som det innebär att ha dålig ekonomi och vara utan arbete och

bostad. Ursprungligen infördes denna beteckning i FoB 1990. När det gäller tunga narkotikamissbrukare, vilka är extremt marginaliserade, är beteckningen högst adekvat. Narkotikakommissionen (34) påtalade behovet av särskilda insatser för de tunga missbrukarna.

I sociala databasen finns uppgift om arbetsinkomster. Tillsammans med uppgifter om dagpenning från A-kassa och kontant arbetsmarknadsstöd ger det en bild av arbetssituationen. I MAX-undersökningen framkom att andelen av de vårdade narkotikamissbrukarna som helt saknade arbetsinkomst utgjorde 25 procent åren 1987 till 1990 och ökade till 49 procent år 1994. Förtidspension och sjukbidrag visade sig däremot vara vanliga, och har omfattat allt fler av missbrukarna (35).

I nämnda undersökning visades också att den ekonomiska klyftan vidgats mellan befolkningen och de vårdade narkomanerna fram till 1991. Därefter har skillnaderna planat ut. Andelen fattiga enligt OECD:s fattigdomsdefinition ökade bland missbrukarna mellan åren 1987 och 1991. Narkotikamissbrukare har inte sällan skulder som kronofogden handlägger. Under perioden från 1987 och fram till 1994 ökade deras skuldbörda, framför allt till det allmänna. Närmare 80 procent hade under perioden uppburit socialhjälp – trots att kriterierna för att få hjälp skärptes.

Narkotikamissbrukare har svårt att få och att behålla en bostad. Genom Folk- och Bostadsräkningen (FoB) kan man få fram uppgifter om att någon saknar egen adress. För befolkningen som helhet var denna andel 4,6 procent vid FoB 1990, för vårdade narkomaner 36,3 procent.

Regionala variationer

Befolkningsundersökningar visar tydliga skillnader i narkotikaerfarenhet. Det är dubbelt så vanligt att boende i storstadsregionerna har prövat narkotika. Detta gäller såväl bland skolungdomar, unga vuxna som vuxna och det tunga missbruket (5). Cannabis har en större geografisk spridning än annan narkotika, medan injektionsmissbruk av heroin är tämligen avgränsat till storstadsregionerna.

Könsskillnader

Vanligtvis utgörs missbrukspopulationer till tre fjärdedelar av män. Detta var också vad som framkom i de tre nationella studierna av tungt missbruk. Skillnaden mellan manligt och kvinnligt beteende gäller inte bara etablerade missbrukare utan även de tidiga drogvanorna. Redan i skolundersökningarna kan man se att det är vanligare att pojkar använder narkotika. Även attityderna till droger skiljer sig åt. 76 procent av flickorna men endast 66 av pojkarna i åldersgruppen 16–24 år håller med om påståendet att ”narkotikan är ett av våra största samhällsproblem” (5).

Etnicitet

Enligt FoB var 13 procent av de vårdade narkotikamissbrukarna från Storstockholmsområdet år 1986 utlandsfödda. År 1991 var andelen 17 procent. En motsvarande svag

ökning finns rapporterad i en lokal undersökning i Malmö (36) under perioden 1993–1996. De utlandsfödda kan därmed inte sägas vara överrepresenterade i förhållande till den andel de utgör i befolkningen.

Kriminalitet

Narkotikamissbruk som sådant är kriminellt, men även bortsett från detta döms många narkotikamissbrukare till fängelsestraff och andra påföljder. Kriminalvården gör årliga skattningar av andelen narkotikamissbrukare i klientgruppen. Bland frivårdsklientelet bedömdes 44 procent år 2001 vara renodlade narkotikamissbrukare eller blandmissbrukare. Motsvarande andel för klienter i anstalt var 49 procent (37). Närmare hälften av kriminalvårdens klienter har alltså kända narkotikaproblem. I en särskild satsning i enlighet med den nationella handlingsplanen mot narkotika (38) satsas nu 100 miljoner kr på att öka insatserna för dessa klienter.

En aktuell intervjuundersökning från BRÅ visar att endast omkring hälften av dem som grips, och som har missbruksproblem, har fått vård (39). Deras kontakter med myndigheter inskränker sig mest till kontakt med polisen.

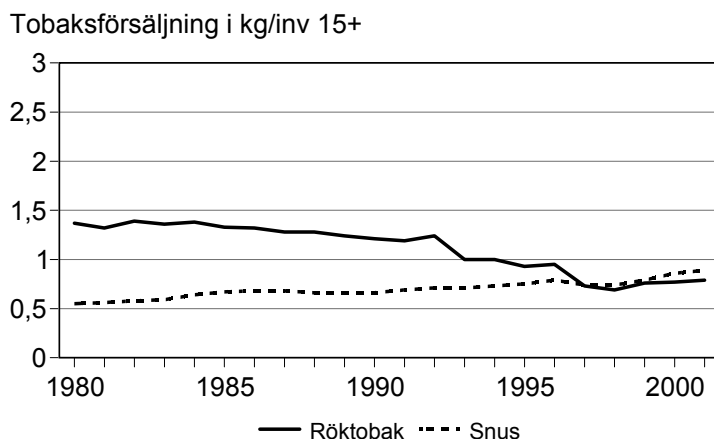
3. Tobaksvanor

Tobaksrökning mångdubblar risken för ett stort antal sjukdomar. Många sjukdomar orsakas eller förvärras av rökning. Det gäller bland annat cancer i lungor, mage, lever, näsa, mun, luftstrupe, matstrupe, svalg, bukspottkörtel, njurar, urinblåsa samt blodcancer. Det gäller även hjärtinfarkt, kärlkramp, slaganfall, benskörhet, kronisk obstruktiv lungsjukdom, långvarig luftrörsinflammation, lungtuberkulos, utbuktning på stora kroppspulsådern, andra sjukdomar i kroppens blodkärl, blödning i hjärtats hinnor, inflammation i tandköttet, sår i magen och på tolvfingertarmen, samt Crohns sjukdom.

Utveckling nationellt och regionalt

Tobaksförsäljningen

Sedan mitten av 1980-talet minskar försäljningen av röktobak (figur 3:1). Försäljningen av röktobak i kg per invånare 15 år och äldre har minskat stadigt fram till 1998 och försäljningen av snus har ökat stadigt sedan början av 1970-talet.

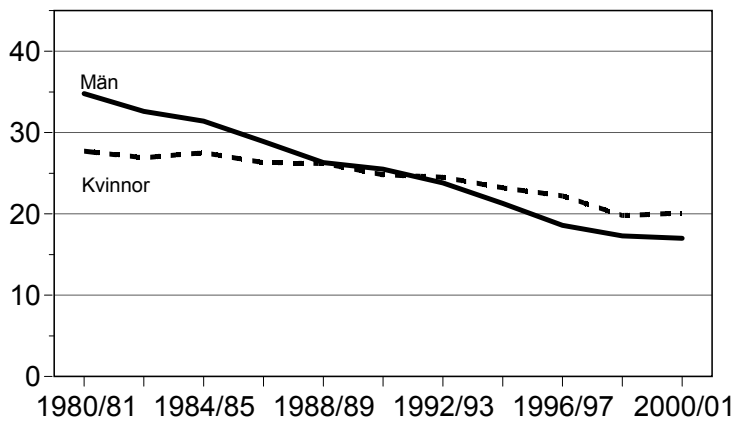


Figur 3:1. Försäljning av röktobak och snus, kg/invånare 15 år eller äldre, 1980–2001. Källa: Riksskatteverket och SCB.

Vuxnas rökvanor

Andelen dagligrökare fortsätter att minska enligt SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (figur 3:2). År 2000–2001 rökte 17 procent av männen och 20 procent av kvinnorna i åldrarna 16–84 år dagligen. Det är en nedgång sedan år 1980 med 18 procentenheter bland män och 9 bland kvinnor.

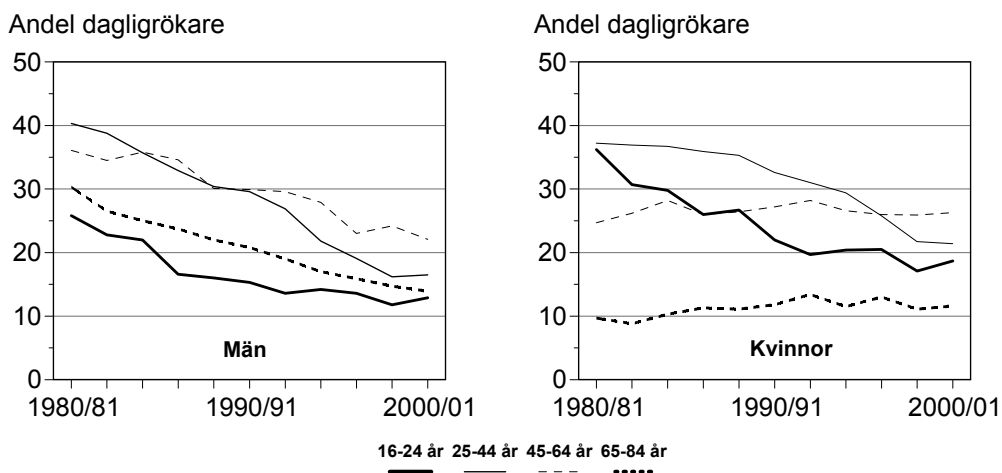
Andel dagligrökare



Figur 3.2. Andel dagligrökare bland män och kvinnor, 16–84 år. Åldersstandardiserade värden, 1980–2001.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Andelen dagligrökare bland män minskar i alla åldrar (figur 3.3). Störst andel dagligrökare bland män år 2001 fanns i åldersgruppen 45–64 år (23 procent) och minst var andelen i åldersgruppen 16–24 år (13 procent). Bland kvinnor minskar andelen dagligrökare i åldrarna under 45 år, men har i stort varit sett oförändrad de två senaste decennierna i åldersgruppen 45–64 år. I åldersgruppen 65–84 år ses en svag tendens till ökning av andelen dagligrökare. Bland kvinnor återfinns den största andelen dagligrökare i åldersgruppen 45–64 år (26 procent) och den minsta andelen bland 65–84-åringarna (11 procent).



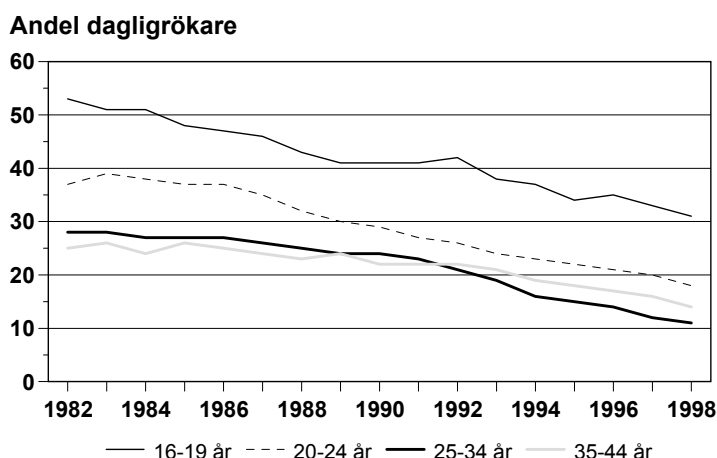
Figur 3.3. Andel dagligrökare bland män och kvinnor, 16–24 år, 25–44 år, 45–64 år och 65–84 år. Åldersstandardiserade värden, 1980–2001.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Barnfamiljer och rökning

Uppgifter från det medicinska födelseregistret⁸ visar att andelen gravida kvinnor som röker har minskat i alla åldrar sedan 1982 (figur 3:4). Kvinnor i tidig graviditet röker vanligtvis mindre ofta än kvinnor i allmänhet. De yngsta av de gravida rökte dock i betydligt större utsträckning än jämnåriga kvinnor.

Tonåringar som blir med barn tillhör ofta socialt utsatta grupper som röker mer än tonåringar i allmänhet. Äldre barnaföderskor är ofta välutbildade kvinnor som röker i mindre utsträckning än genomsnittet.



Figur 3:4. Andel dagligrökare bland gravida kvinnor, 1982–1998.
Källa: Medicinska födelseregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Det går också att studera föräldrars rökvanor i SCB:s undersökning av levnadsförhållanden. I tabell 3:1 jämförs andelen dagligrökare bland några olika familjetyper med resten av den vuxna befolkningen.

Tabell 3:1. Andel dagligrökare i några olika familjetyper, åldersstandardiserat, 16–44 år. 1999–2000.

Familjetyp	Kvinnor	Män
Ensamstående med barn, 0–17 år	42	14
Ensamstående utan barn, 0–17 år	22	19
Samboende med barn, 0–17 år	22	14
Samboende utan barn, 0–17 år	23	16
Har barn, 0–6 år	23	13
Har ej barn, 0–6 år	22	16
Samtliga 16–44 år	22	16

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

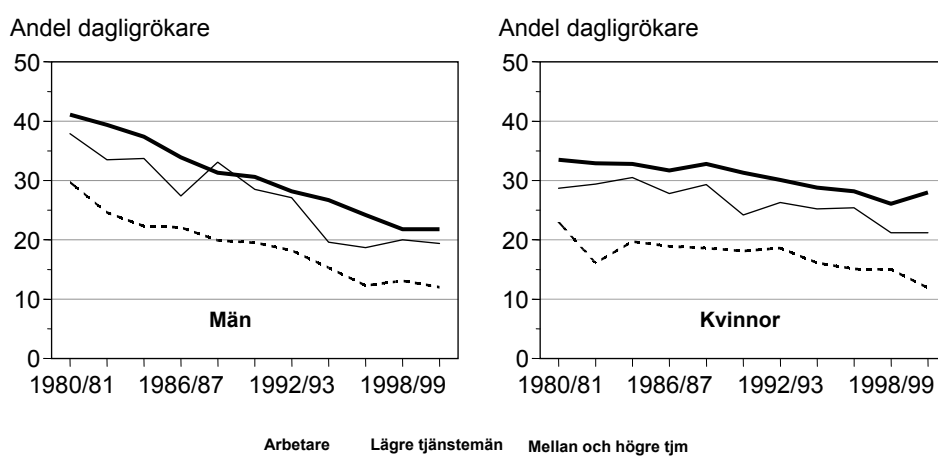
⁸ Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen.

Bland ensamstående mödrar var andelen dagligrökare dubbelt så stor som bland ensamstående utan barn och sammanboende oavsett om de hade barn. Detta beror sannolikt på att ensamstående kvinnor med barn i större utsträckning är en socialt utsatt grupp.

För övriga kvinnor verkade det inte ha så stor betydelse för rökvanorna om de hade små barn eller inte. Dagligrökande män var något mindre vanligt bland dem som hade små barn än bland dem som inte hade det.

Sociala skillnader i rökning

De sociala skillnaderna i rökvanor tycks inte ha förändrats bland män sedan 1980–81 men en tendens till ökade skillnader ses bland kvinnor de senaste åren (figur 3:5).

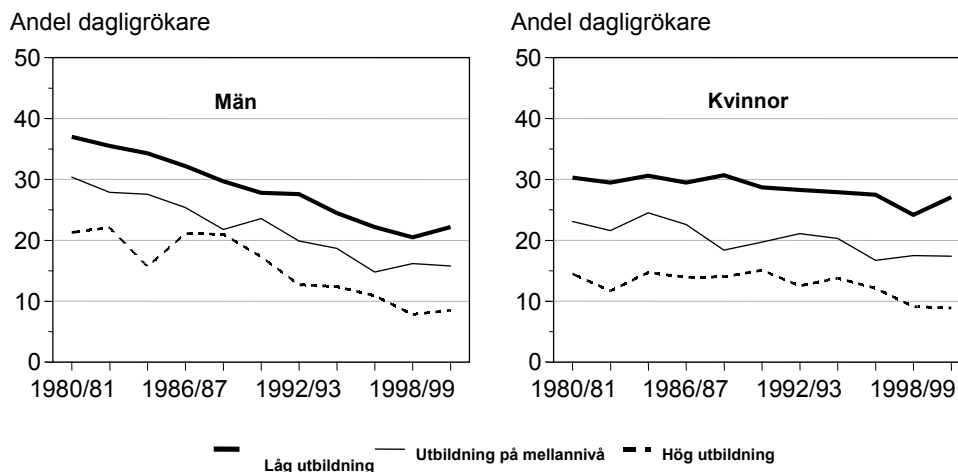


Figur 3:5. Andel dagligrökare i olika socioekonomiska grupper, 16–84 år. Åldersstandardiserade värden. 1980–2001.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Andelen dagligrökare bland män 16–84 år har minskat cirka 19 procentenheter bland arbetare och cirka 18 procentenheter bland tjänstemän på mellannivå eller högre sedan 1980–1981. För kvinnornas del har andelen dagligrökare minskat med 6 procentenheter bland arbetare och med 11 bland tjänstemän på mellannivå eller högre. Skillnaderna mellan arbetare och tjänstemän på mellannivå eller högre var större bland kvinnorna än bland männen. Det var 2000–2001 nästan dubbelt så vanligt att manliga arbetare var dagligrökare som att tjänstemän på mellannivå eller högre var detta. Bland kvinnor var det nästan två och en halv gång så vanligt.

Skillnaderna blir betydligt större om personer med olika utbildningsnivå jämförs (figur 3:6). Andelen dagligrökare bland lågutbildade män har minskat med 11 procentenheter sedan 1981–1982 medan motsvarande minskning varit 12 procentenheter bland de högutbildade. Bland lågutbildade kvinnor har andelen dagligrökare minskat med 3 procentenheter sedan 1980–1981. Bland högutbildade kvinnor har andelen dagligrökare minskat med cirka 6 procentenheter. Det var 2000–2001 drygt två och en halv gång så vanligt att lågutbildade män var dagligrökare som att högutbildade var det. Bland kvinnor var det tre gånger så vanligt.

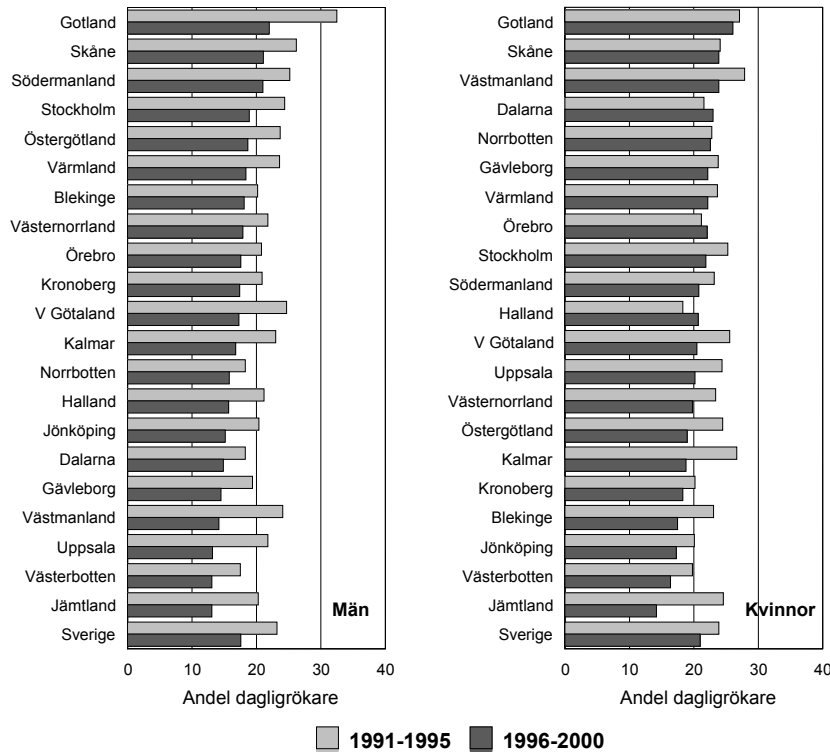


Figur 3:6. Andel dagligrökare efter utbildningsnivå, 16–84 år. Åldersstandardiserade värden. 1980–2001.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Regionala skillnader

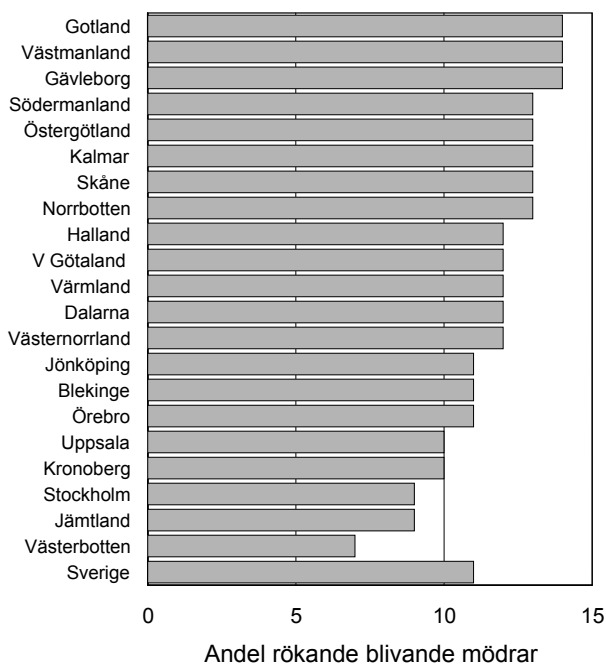
Andelen dagligrökare varierar kraftigt mellan olika län. Gotland har den största andelen dagligrökare (22 procent bland män och 26 bland kvinnor) och Jämtland den minsta andelen (13 procent bland män och 14 bland kvinnor). Både Gotland och Jämtland är små län, vilket gör siffrorna något osäkra trots att vi här jämför femårsperioder. Gotland har haft högst andel dagligrökare sedan början av 1980-talet vilket innebär att Gotland sannolikt har den största andelen dagligrökare. Siffrorna för Jämtland verkar dock vara mindre säkra (figur 3:7).



Figur 3:7. Andel dagligrökare, 16–84 år, i olika län, 1991–1995 och 1996–2000. Rangordnade efter andel dagligrökare 1996–2000. Åldersstandardiserade värden. Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Andelen dagligrökare bland män har minskat i alla län under 1990-talet. För kvinnornas del ser det inte lika ljust ut. I Dalarna, Örebro och Halland har snarare andelen dagligrökare bland kvinnor ökat under perioden. På Gotland, i Skåne och i Norrbotten har andelen kvinnor som röker dagligen i stort sett varit oförändrad under 1990-talet.

Kvinnors rökvanor under tidig graviditet kan studeras på både läns- och kommunnivå. I figur 3:8 redovisas andelen dagligrökande kvinnor i tidig graviditet på länsnivå.

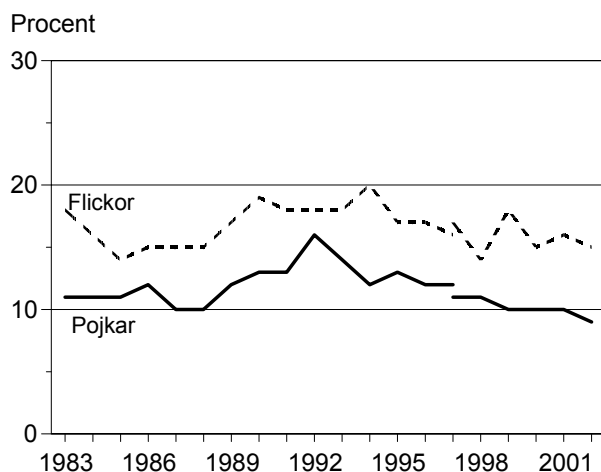


Figur 3:8. Andel dagligrökare bland gravida kvinnor i Sveriges län, 2001.
Källa: Medicinska födelseregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Det är dubbelt så vanligt att kvinnor i tidig graviditet är dagligrökare på Gotland, i Västmanland och Gävleborg (14 procent) än det är i Västerbotten (7 procent).

Ungdomars rökvanor

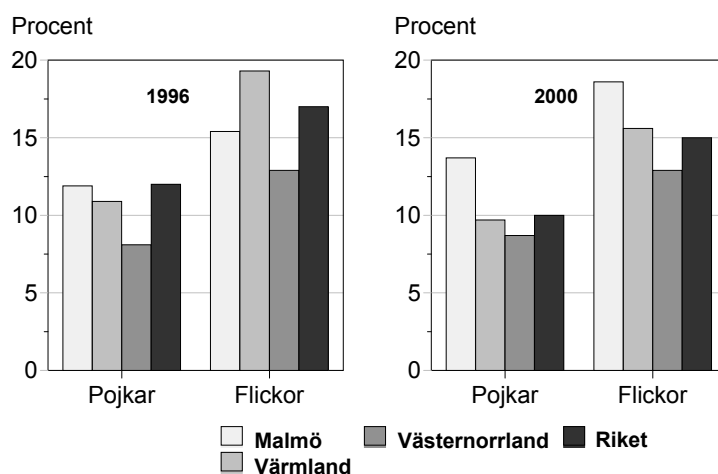
I början av 1970-talet var rökning betydligt vanligare än det är i dag. Andelen rökare bland elever i årskurs 9 ökade från mitten av 1980-talet men har under 1990-talet återigen minskat (figur 3:9). Minskningen bland flickorna tycks ha avtagit under de senaste åren. År 2001 var det 10 procent av pojkarna och 16 procent av flickorna som rökte dagligen eller nästan dagligen.



Figur 3:9. Andel i årskurs 9 som rökte dagligen eller nästan varje dag, 1983–2002.⁹
Källa: CAN (41).

Regionala skillnader

Det finns ingen undersökning som möjliggör redovisning av ungdomars rökvanor på länsnivå. Vid två tillfällen (1996 och år 2000) gjordes totalundersökningar bland elever i årskurs 9 i Malmö, Värmland och Västernorrland (Hagquist, 2002). Enligt dessa undersökningar är de regionala skillnaderna stora (figur 3:10).



Figur 3:10. Andel i årskurs 9 som rökte dagligen eller nästan varje dag, i Malmö, Värmland, Västernorrland och riket.¹⁰ År 1996 och 2000.
Källa: Ung 96 och Ung 2000, Curt Hagquist, Karlstads universitet samt CAN.

Störst andel rökare bland elever i årskurs 9 fanns i Malmö där 14 procent av pojkarna och 19 procent bland flickorna rökte dagligen eller nästan varje dag. Motsvarande siffror var i Västernorrland 9 för pojkar och 13 för flickor. Andelen rökare i Malmö har ökat mellan åren 1996 och 2000 med cirka 2 procentenheter bland pojkar och cirka 3 procentenheter bland flickor. I Västernorrland har under samma period rökandelen i

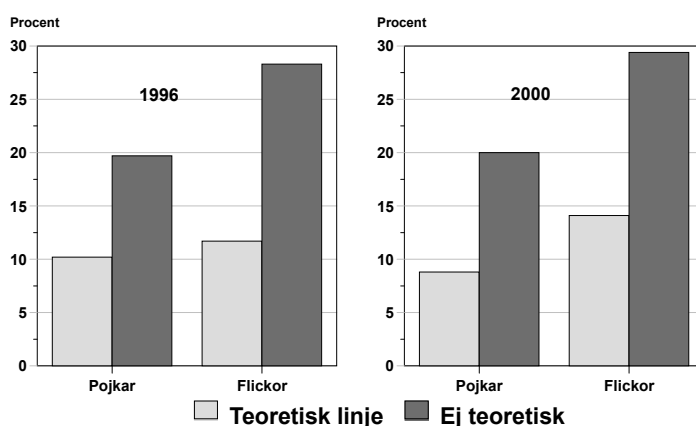
⁹ År 1997 ändrades rökfrågan och en länkundertökning gjordes där hälften av eleverna besvarade den nya och hälften den gamla frågan. Av denna anledning finns det två uppgifter för 1997.

¹⁰ Rikssiffran kommer från CAN:s skolundersökningar.

stort sett varit oförändrad bland såväl pojkar som flickor. I Värmland, liksom i riket, har andelen som röker dagligen eller nästan varje dag minskat. I Värmland har andelen flickor som röker dagligen eller nästan dagligen minskat med drygt 3,5 procentenheter. I riket var motsvarande minskning bland både pojkar och flickor 2 procentenheter.

Stora sociala skillnader

Undersökningarna Ung 96 och Ung 2000 inkluderade även alla som gick i årskurs 2 på gymnasiet. En uppdelning av de elever som går på teoretiska respektive ej teoretiska linjer gör det möjligt att titta på sociala skillnader i rökvanor bland ungdomar (figur 3:11).



Figur 3:11. Andel i årskurs 2 på gymnasiet som rökte dagligen eller nästan varje dag, elever som går på teoretisk respektive ej teoretisk linje. År 1996 och 2000.
Källa: Ung 96 och Ung 2000, Curt Hagquist, Karlstads universitet samt CAN.

Drygt dubbelt så hög andel elever som röker dagligen eller nästan varje dag återfinns bland dem som går på icke-teoretiska linjer jämfört med dem som går på teoretiska linjer. De sociala skillnaderna är stora och har ökat något bland pojkar men minskat bland flickor. De ökade skillnaderna bland pojkarna beror på att andelen rökare bland dem som går teoretiska linjer har minskat samtidigt som ingen förändring skett bland dem som går på icke-teoretiska linjer. Den minskade skillnaden bland flickor beror på att rökning har ökat mer bland dem som går teoretiska linjer än bland dem som går icke-teoretiska. De sociala skillnaderna är större bland flickor än bland pojkar.

Varför minskar andelen dagligrökare?

Vilka är orsakerna till att andelen dagligrökare minskar? Börjar färre röka eller slutar fler eller är det en kombination av bådadera? I tabell 3:2 och 3:3, som är så kallade ålders-, period-, kohorttabeller, görs ett försök att belysa dessa frågor.

Läsanvisning till tabell 3:2 och 3:3:

Om man läser tabellerna 3:2 eller 3:3 horisontellt ser man andelen dagligrökare i samma åldersgrupp under fyra olika år (period). Om man läser dem vertikalt ser man också hur dagligrökarna fördelade sig efter ålder vid olika perioder. Genom att läsa tabellerna diagonalt kan man följa dem som är födda under vissa år framåt i tiden. De som 1981 var 16–22 år var 23–29 år gamla 1988, 1994 var de 30–36 år och 2000 37–43 år (kohort).

Tabell 3:2. Andel dagligrökare i några åldersgrupper, män. 1981, 1988, 1994 och 2000.

Åldersgrupp	1981	1988	1994	2000
16–22 år	21	16	15	13
23–29 år	35	23	16	13
30–36 år	39	33	19	15
37–43 år	39	35	26	17
44–50 år	38	36	32	21
51–57 år	36	29	28	21
58–64 år	34	30	24	23
65–71 år	34	25	17	19

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Av tabell 3:2 framgår att bland männen i samma åldersgrupp var nästan genomgående andelen dagligrökare lägre vid varje senare tidpunkt. Av tabellen framgår att män i åldrarna 30–43 år rökte mest (39 procent) år 1981. År 1988 rökte de som var 44–50 år mest (36 procent), 1994 de som var 44–50 år (32 procent) och år 2000 rökte män som var 58–64 år mest (23 procent). Genomgående hade män i den yngsta åldersgruppen, 16–21 år, den lägsta andelen dagligrökare under de fyra år som redovisas.

Tabell 3:3. Andel dagligrökare i några åldersgrupper, kvinnor. 1981, 1988, 1994 och 2000.

Åldersgrupp	1981	1988	1994	2000
16–22 år	33	26	18	18
23–29 år	38	37	24	20
30–36 år	37	35	34	22
37–43 år	34	35	30	25
44–50 år	34	33	30	25
51–57 år	21	25	32	29
58–64 år	22	24	21	24
65–71 år	13	13	16	16

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Kvinnornas rökvanor ter sig lite annorlunda än männens (tabell 3:3). De som 1981 respektive 1988 var i åldrarna 23–29 år rökte då mest (38 respektive 37 procent). De som 1994 var i åldrarna 30–36 år rökte då mest (34 procent). År 2000 var det kvinnorna i åldrarna 51–57 år som rökte mest (29 procent). Andelen dagligrökare var lägst i den äldsta gruppen kvinnor under de fyra år som redovisas.

Även bland kvinnorna minskade andelarna dagligrökare i nästan alla födelsegrupper. Ett undantag utgör de som var 16–22 år 1981 där andelen dagligrökare ökade när de blev 23–29 år.

Minskningen av andelen dagligrökare under de senaste årtiondena beror troligen både på att en stor andel rökare slutar och att färre börjar.

Snusvanor

De långsiktiga hälsomässiga effekterna av snus är ofullständigt utforskade. Nikotin skapar inte bara nikotinberoende utan bedöms även öka risken att utveckla beroende även av andra droger, exempelvis alkohol. Snusberoende ökar risken för framtida övergång till cigarettökning och blandbruket ser ut att öka. En tredjedel av dagligsnusarna år 1996–97 rökte också då och då.

Snusandet i Sverige minskade fram till slutet av 1960-talet och förekom då mest bland äldre män. Sedan början av 1970-talet har snusning ökat kraftigt. Andelen snusare ökade bland både män och kvinnor under 1990-talet (tabell 3:4). Det är dock mycket ovanligt att kvinnor snusar. Var femte man snusar mot knappt var hundra kvinna.

Tabell 3:4. Andelen dagligsnusare 16–84 år efter kön, åldersstandardiserade värden.

	1988/89	1996/97
Män	17	20
Kvinnor	0,6	0,9

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Nästan inga kvinnor som är äldre än 64 år snusar. Hos män är snusning vanligare bland de yngre. Drygt en fjärdedel bland 16–44 åringar snusar medan andelen är 16 respektive 9 procent i åldrarna 45–64 respektive 65–84 år. Mest tycks snusanvändningen ha ökat i åldersgruppen 35–44 år. Andelen män som snusar dagligen minskar med stigande ålder (tabell 3:5).

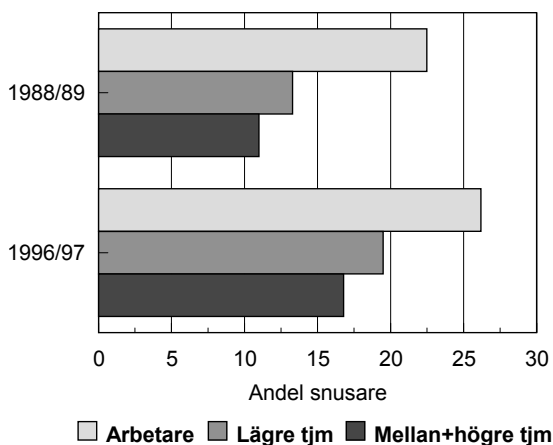
Tabell 3:5. Andel män som snusar dagligen i olika åldersgrupper (%).

Åldersgrupp	1988/89	1996/97
16–34 år	24	27
35–44 år	19	26
45–64 år	10	16
65–84 år	11	9
Totalt	17	20

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Sociala skillnaderna minskar

De sociala skillnaderna i snusning har minskat något sedan slutet av 1980-talet (figur 3:12). 1988/89 snusade var femte manlig arbetare och var tionde manlig tjänsteman på mellannivå eller högre. 1996/97 snusade var fjärde manlig arbetare och var sjätte tjänsteman på mellannivå eller högre.

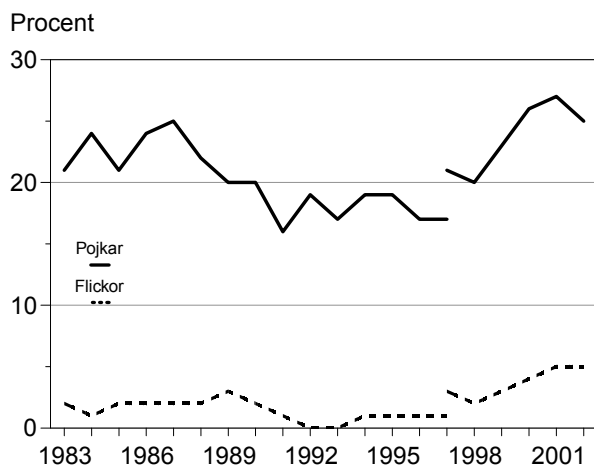


Figur 3:12. Andel snusare bland män i olika socioekonomiska grupper 16–84 år, 1988–1989 och 1996–1997. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

De minskade sociala skillnaderna beror på att andelen snusare ökade mer bland tjänstemän på mellannivå och högre än bland arbetare.

Ungdomars snusvanor

Snusning är även när det gäller ungdomar betydligt vanligare bland pojkar än bland flickor. Frågan om snusvanor formulerades om 1997 varefter andelen snusare hamnade på en högre nivå än tidigare. För att kunna få jämförbara data över tid går det bara att redovisa de som överhuvudtaget snusar (figur 3:13). Efter 1997 har frågan formulerats så att man kan särskilja de som snusar dagligen, nästan dagligen och bara ibland. Andelen snusare bland både flickor och pojkar i årskurs 9 har ökat under de senaste åren. Bland pojkar i årskurs 9 var det 25 procent som snusade varje eller nästan varje dag år 2002 och bland flickorna var motsvarande siffra 5 procent.



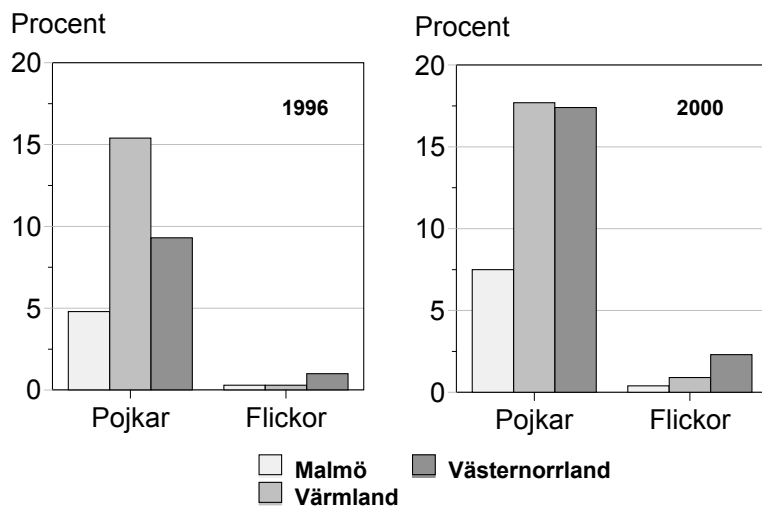
Figur 3:13. Andel som snusar varje dag, nästan varje dag eller bara ibland i årskurs 9. 1983–2002.¹¹ Källa: CAN (40).

Regionala skillnader

Snusning är betydligt vanligare bland pojkar i årskurs 9 i Värmland och Västernorrland (cirka 17 procent) än i Malmö (drygt 7 procent). Flickor snusar i betydligt mindre omfattning än pojkar. Mest snusar flickorna i Västernorrland (drygt 2 procent).

Andelen pojkar och flickor som snusar minst 1 dosa per vecka har ökat i de tre studerade områdena mellan åren 1996 och 2000 (figur 3:14). Störst har ökningen varit i Västernorrland.

¹¹ År 1997 formulerades snusfrågan om och en länkundersökning gjordes där hälften av eleverna besvarade den nya och hälften den gamla frågan. Av denna anledning finns det två uppgifter för 1997.

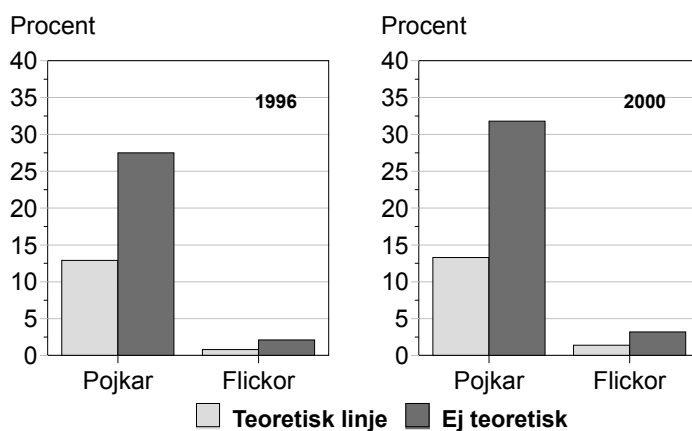


Figur 3:14. Andel i årskurs 9 som snusar minst 1 dosa per vecka i Malmö, Värmland och Västernorrland. År 1996 och 2000.

Källa: Ung 96 och Ung 2000, Curt Hagquist, Karlstads universitet samt CAN.

Sociala skillnader

Det var dubbelt så vanligt att snusa bland dem som inte gick teoretisk linje i årskurs 2 i gymnasiet som bland dem som gick teoretisk linje (figur 3:15).



Figur 3:15. Andel i årskurs 2 i gymnasiet som snusar minst 1 dosa per vecka, elever som går teoretisk respektive ej teoretisk linje. År 1996 och 2000.

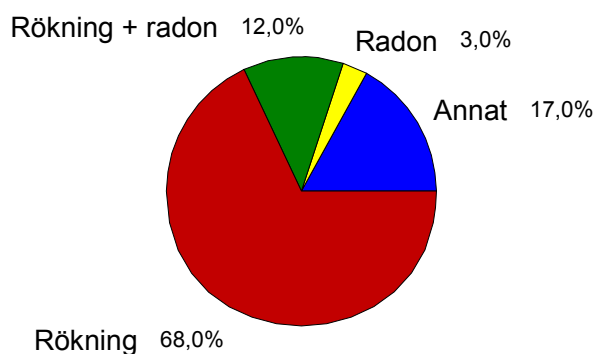
Källa: Ung 96 och Ung 2000, Curt Hagquist, Karlstads universitet samt CAN.

En större andel pojkar som inte gick teoretisk linje snusade år 2000 jämfört med 1996. Pojkar som gick teoretisk linje snusade i ungefär samma omfattning de båda åren. Detta innebär att de sociala skillnaderna ökade bland pojkar i årskurs 2 i gymnasiet.

Hälsomässiga konsekvenser av tobaksbruk

Enligt Folkhälsorapport 2001 är lungcancer den andra vanligaste tumörformen bland män och den femte vanligaste bland kvinnor i Sverige. Antalet nya fall av lungcancer var cirka 2 800 år 2000. Utvecklingen är oroande när det gäller lungcancer bland kvinnor, som ökar med 2,6 procent per år. Trenden för män är samtidigt en minskning med 1,8 procent per år under den senaste tioårsperioden (41). I åldersgruppen upp till 64 år är lungcancer nu i stort sett lika vanlig bland kvinnor som bland män. Den främsta anledningen torde vara att mäns och kvinnors rökvanor utvecklats olika. Cirka åtta lungcancerfall av tio orsakas av rökning. Det är framförallt de tumörer som utgår från luftvägarnas slemhinna som är relaterade till tobaksrökning, en kunskap som funnits sedan 1950-talet (42).

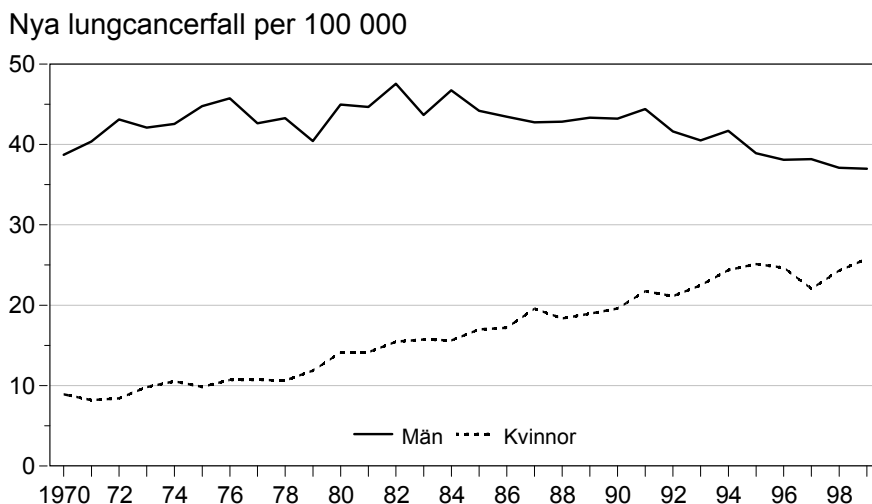
Radon i bostäder är en annan viktig orsak till lungcancer. Omkring 400 fall av lungcancer per år i Sverige anses bero på radon i bostäder. Cirka 300 av dessa anses bero på en kombination av rökning och radon. Den kombinerade risken av rökning och radon och av passiv rökning och radon är mångfaldigt förhöjd. Andelen lungcancerfall i Sverige som orsakas av rökning och av radon samt kombinationen av dessa framgår av figur 3:16 (43).



Figur 3:16. Andel lungcancerfall som orsakas av rökning, radon respektive kombinationen av dessa. Källa: Nationella miljöhälsorapporten 2001 (44).

Lungcancer ökar bland kvinnor

Rökning orsakar cirka 85 procent av alla lungcancerfall, och rökvanorna för cirka 20 år sedan avspeglas nu i antalet nya fall av lungcancer. Andelen rökare började minska bland män redan under 1960-talet och har sedan dess minskat betydligt. Bland kvinnor började andelen rökare minska först under senare delen av 1970-talet. Lungcancerfallen började följaktligen minska bland män redan under 1980-talet men ökar fortfarande bland kvinnor (figur 3:17).



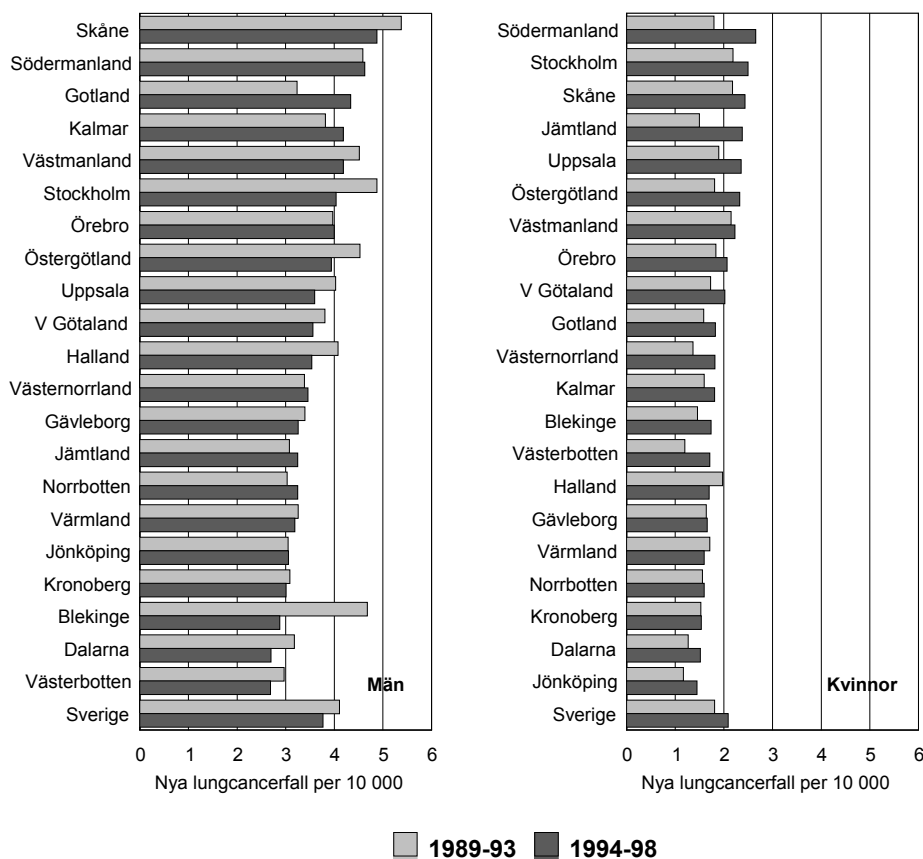
Figur 3:17. Nya lungcancerfall per 100 000 invånare, 15–74 år. Åldersstandardiserade värden. 1970–1999. Källa: Cancerregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Regionala skillnader

De regionala skillnaderna i nya lungcancerfall är stora (figur 3:18). Störst är antalet nya fall per 10 000 bland män i Skåne-regionen (4,9 under perioden 1994–1998) och minst bland män i Västerbotten (2,7). Skåne och Västerbotten hade även under perioden 1989–1993 störst respektive minst antal nya fall av lungcancer. De regionala skillnaderna har minskat något bland männen.

De lungcancerfall vi har i dag återspeglar rökvanorna för 15–20 år sedan. Männen i Skåne har haft den näst högsta andelen dagligrökare sedan början av 1980-talet (Gotland har haft den största andelen hela perioden).

Kvinnor i Södermanland hade störst antal nya fall av lungcancer åren 1994–1998 (2,7 fall per 10 000) och minst antal nya fall hade kvinnor i Jönköping (1,5). Under perioden 1989–1993 var det kvinnor i Stockholm som hade störst antal nya fall av lungcancer (2,2) och kvinnor i Jönköping hade även då det lägsta antalet (1,2). De regionala skillnaderna bland kvinnor har ökat något.



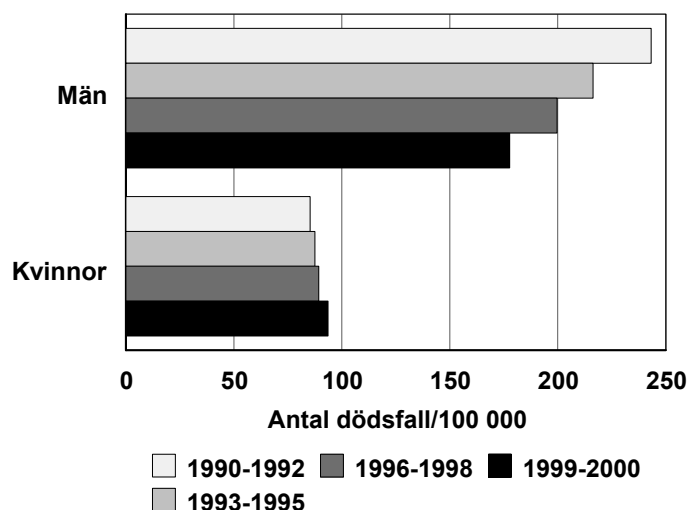
Figur 3:18. Nya lungcancerfall i olika län, 1989–1993 och 1994–1998. Rangordnade efter antal fall 1994–1998. Åldersstandardiserade värden.
Källa: Hur mår Sverige? Cancerregistret, EpC/Socialstyrelsen.

För männen del minskar lungcancer sedan ett antal år men detta gäller inte i alla län. Speciellt stor minskning ses i Blekinge där lungcancerfallen minskat från 4,7 till 2,9 per 10 000 mellan de två femårsperioderna. På Gotland, i Kalmar, Västernorrland, Jämtland och Norrbotten ökade antalet nya lungcancerfall bland män under 1990-talet.

Bland kvinnor i Sverige ökar antalet lungcancerfall under 1990-talet men detta gäller inte för alla län. Bland kvinnor i Halland och Värmland minskar lungcancerfallen och i Gävleborg och Kronoberg är de oförändrade.

Rökrelaterade dödsfall minskade bland män men ökade bland kvinnor

En beräkning gjord med utgångspunkt från dödsorsaksregistret och undersökningen av levnadsförhållanden visar av antalet rökrelaterade dödsfall¹² för åren 1990–2000 minskade under perioden, från totalt cirka 7 400 till 6 400 (figur 3:19).



Figur 3:19. Antal dödsfall per 100 000 i åldrarna 35–84 år i rökrelaterade sjukdomar i Sverige 1990-2000.

Källa: Dödsorsaksregistret, EpC/Socialstyrelsen; Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB

Då beräkningarna gjordes uppdelat på kön visade det sig att hela minskningen kunde tillföras männen. Bland männen minskade de rökrelaterade dödsfallen från 243 till 178 dödsfall per 100 000 invånare (totalt en minskning med cirka 1 300 dödsfall) i åldern 35–84 år. Den rökrelaterade dödligheten bland kvinnorna ökade dock under perioden, från 85 till 94 dödsfall per 100 000 invånare (totalt en ökning med 300 dödsfall). Fortfarande står dock männen för majoriteten av dödsfallen.

Antalet dödsfall i rökrelaterade sjukdomar är genomgående många fler bland män än bland kvinnor. Trenderna är också något olika för män och kvinnor (tabell 3:6). Under den studerade perioden, 1990–2000, var det främst hjärt-kärlsjukdomar som bidrog till de rökrelaterade dödsfallen bland män (närmare 50 procent). Lungcancer och hjärt-kärlsjukdomar bidrog ungefär lika mycket till de rökrelaterade dödsfallen bland kvinnor (cirka 40 procent vardera).

¹² Dödsfall i lungcancer, cancer i mun, svalg, struphuvud och matstrupe, KOL, stroke och ischemisk hjärtsjukdom.

Tabell 3:6. Procentuell fördelning av olika diagnosers bidrag till den rökrelaterade dödligheten i åldrarna 35–84 år, 1990-2000.

	Lungcancer ¹³	KOL ¹⁴	Hjärt-kärlsjukdom ¹⁵	Totalt
Män	36	15	49	100
Kvinnor	40,5	20,5	39	100
Totalt	37,5	16,5	46	100

Källa: Dödsorsaksregistret, EpC/Socialstyrelsen; Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB

Lungcancer minskade med cirka 8 procent bland män men ökade med nästan 30 procent bland kvinnor under 1990-talet. Antalet dödsfall i KOL ökade under perioden med cirka 85 procent bland kvinnorna. Bland män har dödsfall i KOL börjat minska i slutet av 1990-talet och totalt har ökningen varit cirka 8 procent under hela perioden. Dödsfallen i hjärt-kärlsjukdomar minskade både bland män (40 procent) och kvinnor (20 procent) under 1990-talet. Då de allra flesta rökrelaterade dödfallen kan hänföras till hjärt-kärlsjukdomar och dessa minskar mest så förväntas lungcancer och KOL att utgöra allt större andelar av den rökrelaterade dödligheten.

¹³ Inklusive cancer i mun, svalg, struphuvud och matstrupe.

¹⁴ Kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

¹⁵ Stroke och ischemisk hjärtsjukdom.

4. *Matvanor, fysisk aktivitet och övervikt*

Vad vi äter har stor betydelse för hälsan. En kost med mycket frukt, rotfrukter och grönsaker förknippas med minskad risk för cancer (45). Den gynnsamma effekten gäller främst vanliga tumörformer i mag-tarmkanalen och lungorna. Frukt, rotfrukter och grönsaker innehåller bioaktiva ämnen, exempelvis antioxidanter (karotenoider, flavonoider) som kan spela roll för att minska risken för till exempel hjärt-kärlsjukdomar (45). Högt fettintag, särskilt av mättade fettsyror (fett från mjölk, smör, ost, kött med mera), ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar. Vuxendiabetes (typ 2), övervikt och karies är andra hälsoproblem, där kost och matvanor har en central roll.

Serumkolesterol (HDL, LDL¹⁶) är ett blodfett som har direkt samband med risken för hjärtinfarkt. Serumkolesterolnivån påverkas bland annat av våra matvanor (och motionsvanor). Det finns inga riksrepresentativa data som visar kolesterolnivåerna och hur de har utvecklats. I dag är gränsvärdet för behandling 5,0 mmol/l för total kolesterol och för LDL 3,0 mmol/l, men riskerna börjar öka vid ännu lägre nivåer. Kolesterolnivån ökar med ålder och män och kvinnor har likartade medelvärden. Kolesterolnivåerna har minskat i samtliga åldersgrupper sedan 1985 (41). Det kan bland annat bero på mediciner och/eller förändrade matvanor. Kolesterolnivåerna varierar också socioekonomiskt och geografiskt (47). I norra Sverige är de högre än i övriga Sverige.

Matvanornas utveckling

Matvanorna i Sverige har förändrats under de senaste 30 åren enligt produktions- och försäljningsstatistiken. En positiv utveckling är att vi äter mer grönsaker, rotfrukter, frukt, bär, pastaprodukter och matbröd. Konsumtionen av fett har minskat något sedan mitten av 1980-talet.

Den totala konsumtionen av matfett i Sverige har minskat något, medan konsumtionen av magra matfetts- och mjölksorter har ökat. Utvecklingen har dock gått i mindre önskvärd riktning beträffande konsumtionen av fet ost och grädde, som har ökat.

Konsumtionsstatistiken baseras i huvudsak på uppgifter om produktion och försäljning (figur 4:1) (48). Det måste dock påpekas att dessa uppgifter grovt överskattar konsumtionen, då det är stort spill av frukt och grönsaker i alla led från produktion, grossist, handel och konsument.

Enligt Livsmedelsverkets kostrekommendationer bör vi äta ett halvt kilo frukt eller grönsaker per person och dag. Enligt den senaste nationella kostundersökningen (49, 50) följer högst 20 procent av befolkningen denna rekommendation. Enligt uppgifterna om produktion och försäljning (figur 4:1) förbrukas knappt 300 gram per person och dag.

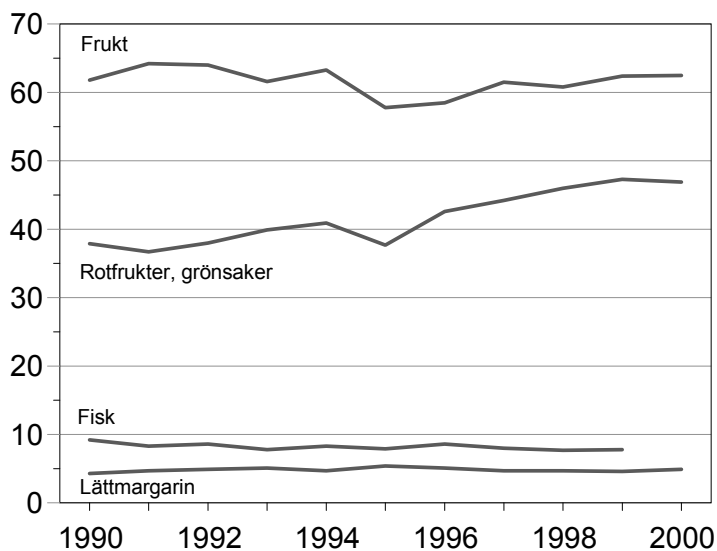
¹⁶ HDL = det ”goda” kolesterolet, LDL = det ”onda” kolesterolet.

Konsumtionen av frukt och grönsaker behöver således ökas avsevärt bland flertalet i befolkningen om vi ska uppnå den rekommenderade mängden.

Livsmedelsverket har utarbetat rekommendationer för kostintaget. De baseras på gemensamma nordiska näringsrekommendationer, de senaste från 1997. Rekommendationerna innebär följande:

- Intaget av hårt fett (summan av mättade fettsyror och trans-fettsyror¹⁷) bör bidra med högst cirka 10 procent av energiintaget. Fettintaget bör inte överstiga cirka 30 procent av det totala energiintaget.
- Intaget av kostfiber bör för vuxna vara 25–30 gram per dag¹⁸.
- Kolhydrater bör utgöra 55–60 procent av energiintaget. Intaget av renframställda sockerarter bör begränsas.
- Intaget av koksalt bör minskas till 5 gram per person och dag.

Kg per person/år



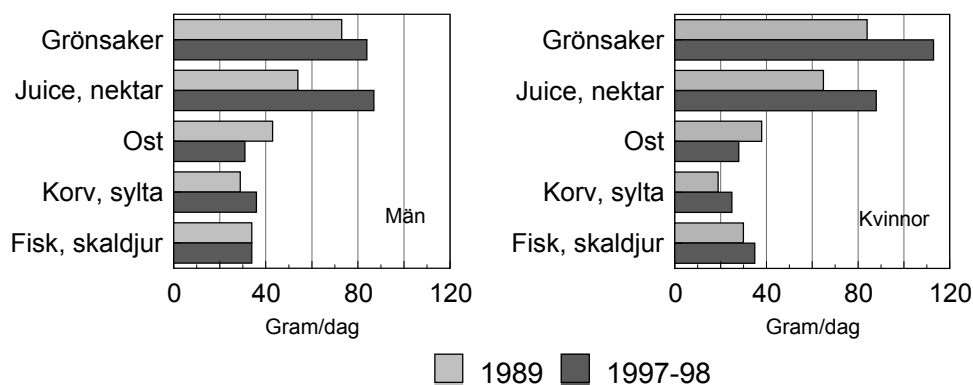
Figur 4:1. Produktion och försäljning per invånare av några livsmedel. 1990–2000. Källa: SCB och Jordbruksverket (48).

Vuxnas matvanor

År 1997 stod grönsaker, ris, pasta och juice oftare på svenskens matsedel än 1989. Särskilt kvinnor tycks äta grönsaker oftare (figur 4:2). Det framgår av Livsmedelsverkets och Statistiska centralbyråns undersökning Riksmaten (49, 50) från 1997 som jämförts med en liknande kostvaneundersökning från 1989, den så kallade Hulken.

¹⁷ Trans-fettsyror finns bland annat i bageriprodukter, pommes frites och snacks.

¹⁸ 25–30 gram kostfiber per dag motsvarar 4 skivor fullkornsbröd, 2 knäckebrödsskivor, 1 portion flingor/müsli, 1 portion potatis, 1 portion gröna ärter och 1–2 frukter.



Figur 4:2. Genomsnittlig konsumtion av livsmedel (gram/dag) i Riksmaten 1997–1998 och HULK 1989, 18–74 år. Källa: Livsmedelverket.

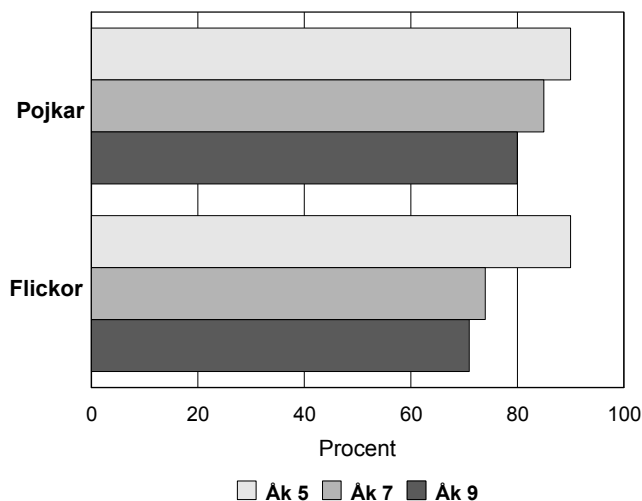
Konsumtionen av kött, fågel och sötsaker hade också ökat. Vi åt däremot mer sällan ost, bullar, kakor, grädde och socker och tog mindre matfett på smörgåsen. Jämfört med de tidigare enkätundersökningarna tycktes det ha blivit vanligare att använda flytande matfetter i matlagningen, vilket är positivt.

Energiintaget låg på ungefär samma nivå i de två riksomfattande kostvaneundersökningarna, men var något högre enligt Riksmaten.¹⁹

Ungdomars matvanor

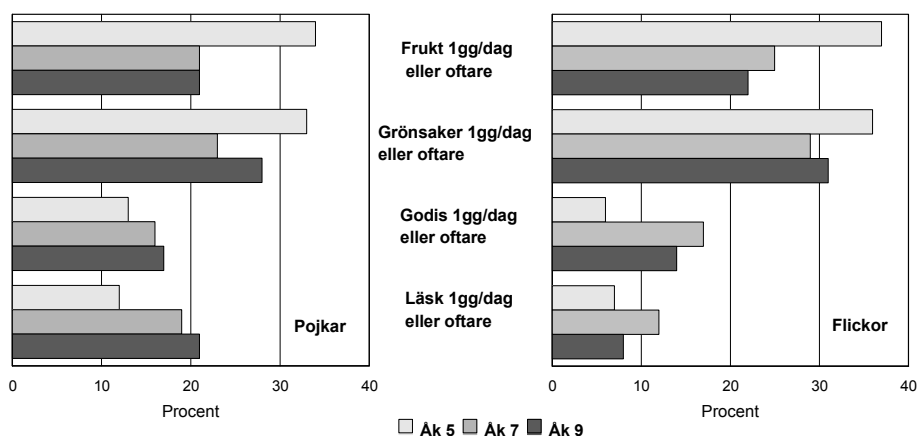
Enligt undersökningen Skolbarns hälsovanor minskar andelen barn som äter frukost på vardagarna med stigande ålder (figur 4:3). I årskurs fem är det 90 procent som äter frukost fyra eller fem av vardagarna. I årskurs nio är det 80 procent av pojkarna och 71 procent av flickorna som gör detta.

¹⁹ Ett något ökat proteinintag och något minskat fettintag bidrog till att den inbördes fördelningen av protein, fett och kolhydrater hade ändrats. Det procentuella bidraget från fett hade minskat från 37 till 34 energiprocent och närmade sig rekommendationen på 30 energiprocent. Det var främst det mättade fettet som minskat, men det låg ändå på 14–15 energiprocent och utgjorde fortfarande en alltför hög andel av den totala energin. Enligt de svenska näringsrekommendationerna är det önskvärda intaget av mättat fett maximalt 10 energiprocent. Bidraget från enkelomättade och fleromättade fetter låg enligt Riksmatens studie på acceptabla nivåer (12 respektive 5 energiprocent). Proteinintaget på 16 energiprocent var obetydligt högre än rekommendationen på 10–15 energiprocent. Följaktligen låg energiprocenten från kolhydrater lågt, på 46–48 energiprocent, i relation till rekommendationen om 55–60 energiprocent. Energiandelen från alkohol uppgick till 3–4 energiprocent.



Figur 4:3. Elever i årskurserna 5, 7 och 9 som äter frukost fyra eller fem vardagar i veckan. 2001–2002. Källa: Skolbarns hälsovanor, FHI.

Andel elever som äter frukt och grönsaker minskar med stigande ålder (figur 4:4).



Figur 4:4. Elever i årskurs 5, 7 och 9 som en gång per dag eller oftare äter frukt, råa grönsaker, godis och dricker CocaCola/sockrad läsk, 2001–2002.

Källa: Skolbarns hälsovanor, FHI.

Bland pojkarna ökar andelen som äter godis ofta och dricker läsk med åldern. Godis och läskkonsumtionen ökar bland flickorna i årskurs sju men minskar sedan i årskurs nio.

Riskgrupper

De grupper som skilde sig mest från de uppsatta näringsrekommendationerna anses vara mest i farozonen ur ett folkhälsoperspektiv. Hög fettkonsumtion, oftast kopplad till ett högt intag av mättade och enkelomättade fettsyror och kolesterol, fann man hos lågutbildade män, hos dagligrökare och män i övre Norrland. Män i Stockholm åt minst fett. Hos kvinnorna fann man inte motsvarande skillnad. De högsta energiprocenten för

mättat fett, 15 procent i relation till det rekommenderade på 10, hade kvinnor i åldersgruppen 25–34 år och män 55–64 år.

Kostfiberintaget var överlag mindre än det rekommenderade på 25–30 gram per dag. De kvinnor som åt minst fiber var rökare och lägre tjänstemän. Män skilde sig inte åt mellan olika grupper.

Kvinnor åt i genomsnitt 350 gram frukt, grönsaker och juice och män 275 gram. Ur ett folkhälsoperspektiv är den önskvärda konsumtionen cirka 500 gram per dag. Minst frukt och grönsaker åt kvinnor och män med högst 2-årig gymnasieutbildning, och mest åt de som hade universitets- eller högskoleutbildning. Rökare av bägge könen åt lite frukt och grönsaker liksom kvinnor i norra Mellansverige och män i norra glesbygden.

Intaget av vitt socker (sackaros) uppgick till cirka 9 energiprocent. För lågenergiförbrukare bör inte energiprocenten från vitt socker överskrida 10 procent. Endast män i södra mellanbygden skilde sig markant med en hög andel energi från vitt socker.

Fysisk aktivitet - utveckling

Fysisk aktivitet har stor betydelse för hälsan. *Fysisk aktivitet* definieras som all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning. Denna definition omfattar all typ av muskelaktivitet, till exempel städning, trädgårdsarbete, fysisk belastning i arbetet, hobbyverksamheter som golf, svampplockning, motion och träning. *Motion* är medveten fysisk aktivitet med viss avsikt – exempelvis att ge ett ökat välbefinnande, en framtida bättre hälsa eller helt enkelt ”att det är skönt och roligt att röra på sig”. *Träning* innebär en klar målsättning att öka prestationsförmågan i olika typer av fysiska aktiviteter, företrädesvis inom idrotten. Det är svårt att mäta den fysiska aktiviteten hos befolkningen. Många surveyundersökningar har försökt att mäta fysisk aktivitet men det är troligen mest motion och träning som man mäter.

Det mesta i detta avsnitt om fysisk aktivitet är hämtat från Folkhälsorapport 2001 (41).

Moderna människor befinner sig i en miljö som uppmuntrar stillasittande och motverkar fysisk aktivitet. Fyrtio år av systematisk forskning bekräftar att bristande fysisk aktivitet hänger samman med ökad förekomst av flera kroniska sjukdomar som hjärtinfarkt, högt blodtryck, vissa cancerformer, sockersjuka (åldersdiabetes, typ 2 diabetes), benskörhet och övervikt. Regelbunden fysisk aktivitet bidrar till förbättrat välbefinnande och ökar möjligheterna att bevara funktionsförmåga och oberoende in i ålderdomen (51).

Fysisk inaktivitet uppskattas stå för 6 respektive 3 procent av den totala sjukdomsburden (DALYs) bland män och kvinnor i Sverige (52). Inom OECD uppskattas fysisk inaktivitet stå för 12 procent av alla dödsfall, 8 procent av förlorade år på grund av för tidig död, 2 procent av förlorade år på grund av sjukdom samt 5 procent av sjukdomsburden (53).

Förbättrade motionsvanor

Motionsvanorna i Sverige har förbättrats sedan början av 1980-talet. Då uppgav 48 procent av männen och 44 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–74 år att de

motionerade regelbundet på fritiden. År 1999 motionerade 60 procent av männen och 65 procent av kvinnorna. Andelen som inte motionerar alls har sjunkit från cirka 14 procent i början av 1980-talet till cirka 11 procent 1999. För att uppnå en mätbar hälsoeffekt av fysisk aktivitet rekommenderas i dag 30 minuters daglig aktivitet motsvarande snabb promenad.

Motion på fritiden mäts i SCB:s undersökning av levnadsförhållanden med en fråga som har följande svarsalternativ:

1. Får praktiskt taget *ingen motion alls*
2. *Motionerar då och då* (promenerar någon timme då och då, åker skidor några gånger om året, simmar någon gång, plockar svamp eller liknande)
3. *Lätt regelbunden motion*. Motionerar regelbundet (,simning skidåkning, lätt terränglöpning, cykling eller liknande) ungefär *en gång i veckan*
4. *Lätt regelbunden motion två gånger i veckan*
5. *Motionerar regelbundet ganska kraftigt* minst två gånger i veckan (terränglöpning, längre sim-, skid- eller cykelturer, bollspel)

Av män 65–84 år motionerade 15 procent och av kvinnor 22 procent inte alls 1999 (tabell 4:1). I åldersgruppen 16–44 år var motsvarande andelar 11 respektive 10 procent. En fjärdedel av männen och en femtedel av kvinnorna i åldern 16–44 år motionerade kraftigt minst två gånger i veckan.

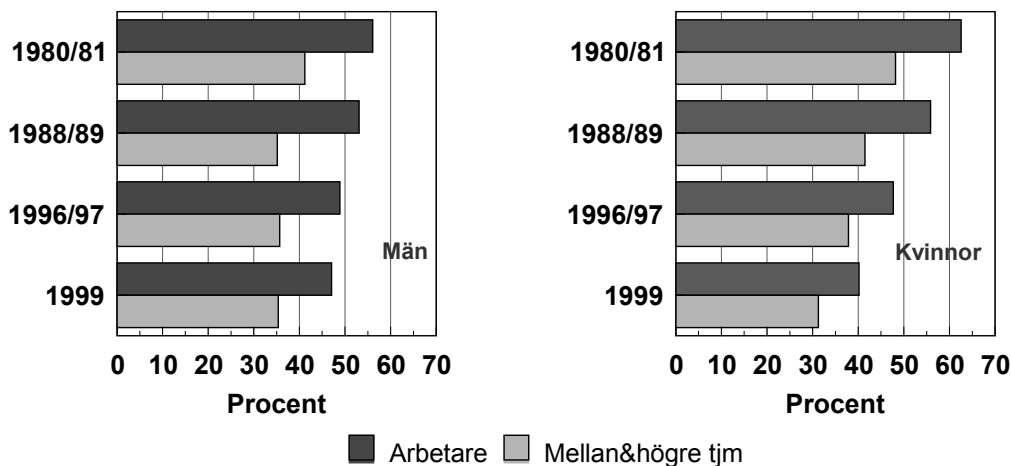
Tabell 4:1. Andel som motionerar på fritiden i olika åldersgrupper. 1999. Åldersstandardiserade värden (%).

	Män				Kvinnor			
	16–44 år	45–64 år	65–84 år	16–84 år	16–44 år	45–64 år	65–84 år	16–84 år
Ingen motion	11	11	15	12	10	9	22	12
Motionerar då och då	28	32	29	29	24	27	27	25
Lätt regelbunden motion 1 ggr/vecka	16	17	12	16	21	20	13	19
Lätt regelbunden motion 2 ggr/vecka	20	25	30	23	24	31	31	27
Kraftig motion reg. minst 2 ggr/vecka	25	16	13	20	21	14	7	16

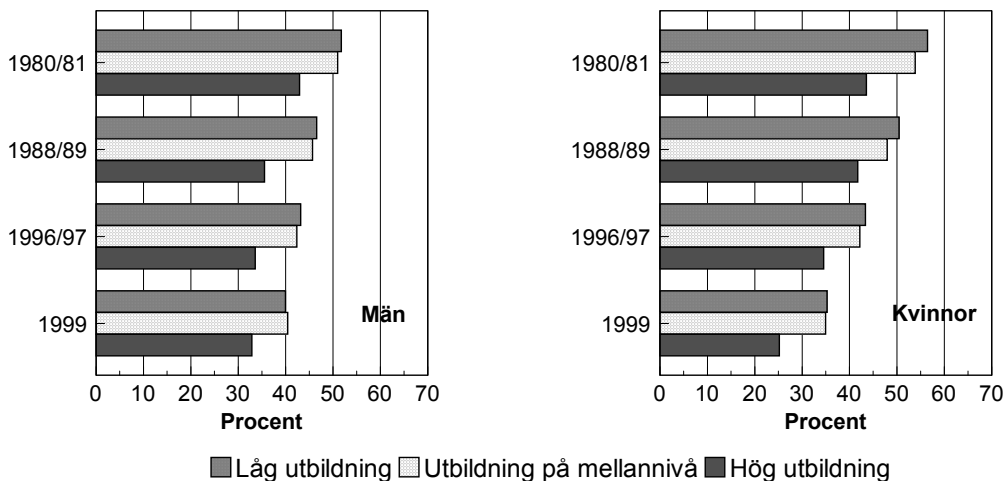
Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

De som motionerar regelbundet ökar

Andelen som inte motionerar regelbundet har minskat sedan 1980 bland både arbetare och tjänstemän (figur 4:5) och bland personer med olika utbildningsnivåer (figur 4:6).

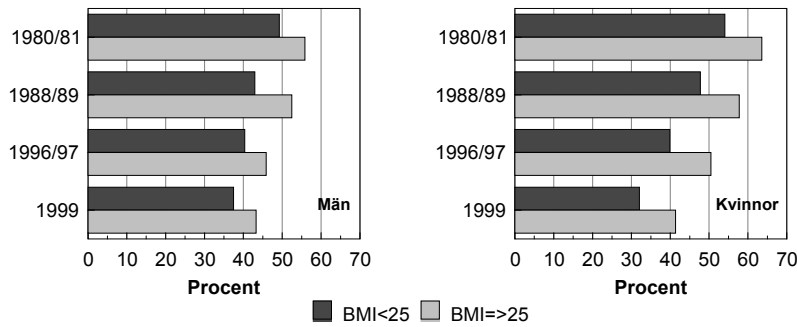


Figur 4:5. Andel som inte motionerar regelbundet bland arbetare och tjänstemän på mellannivå eller högre, 16–74 år. 1980–1999, åldersstandardiserade värden.
Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.



Figur 4:6. Andel som inte motionerar regelbundet bland personer med olika utbildningsnivå, 16–74 år. 1980–1999, åldersstandardiserade värden.
Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

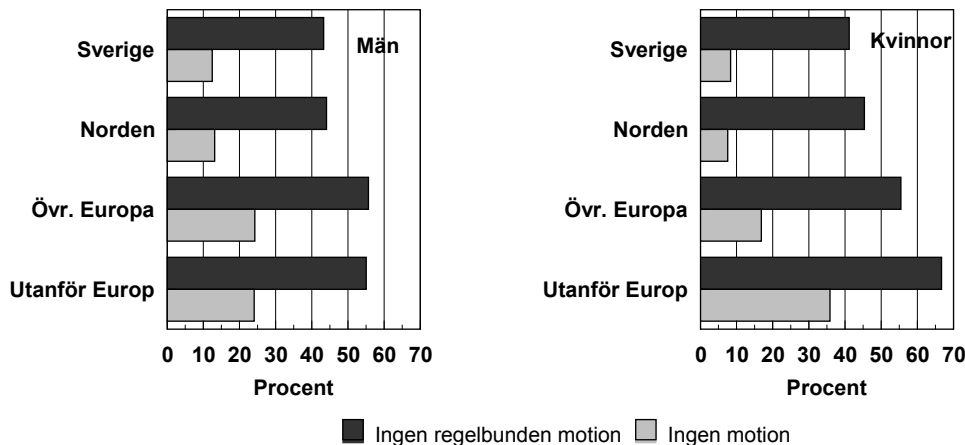
Även bland dem som har lätt eller kraftig övervikt har andelen som inte motionerar regelbundet minskat sedan 1980 (figur 4:7).



Figur 4:7. Andel personer som inte motionerar regelbundet på fritiden bland dem som har BMI < 25 och dem som har BMI = > 25 (lätt eller kraftig övervikt), 16–74 år. 1980–1999, åldersstandardiserade värden.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Personer som är födda i andra länder men bor i Sverige motionerar mindre än svenskfödda (figur 4:8).



Figur 4:8. Andel som inte motionerar regelbundet eller inte motionerar alls av dem som är födda i Sverige, övriga Norden, övriga Europa eller utanför Europa, 20–64 år, 1996–1997, åldersstandardiserade värden.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Några grupper motionerar mer sällan

Det var betydligt vanligare att lågutbildade inte motionerade regelbundet än att högutbildade inte gjorde det (tabell 4:2). Män och kvinnor födda i övriga Europa och kvinnor födda utanför Europa motionerade i mindre utsträckning än svenskfödda.

Tabell 4:2. Parvisa jämförelser av ett antal grupper (20–64 år och 20–44 år) med avseende på frånvaro av regelbunden motion. 1996–1997, åldersstandardiserade värden. (1 = ingen skillnad gentemot jämförelsegruppen)

	Män	Kvinnor
<u>20–64 år</u>		
<i>Arbetare/tjänstemän på mellannivå eller högre</i>	1,4	1,3
<i>Lågutbildade/högutbildade</i>	1,7	1,6
<i>Saknar kontantmarginal²⁰/har sådan</i>	1,3	1,4
<i>Jäktigt–enformigt arbete/ej sådant</i>	1,2	1,2
<i>Arbetslös/ej arbetslös</i>	1,1	1,2
<i>Födda i övriga Norden/födda i Sverige</i>	1,0	1,1
<i>Födda i övriga Europa/födda i Sverige</i>	1,3	1,4
<i>Födda utanför Europa/födda i Sverige</i>	1,3	1,6
<u>20–44 år</u>		
<i>Ensamstående med barn/sammanboende med barn</i>	0,6	1,1
<i>Varit i ekonomisk kris²¹/ej varit det</i>	1,3	1,4

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Ungdomar har alltmer stillasittande fritidsvanor

Andelen ungdomar i årskurs 9 som tränade mindre än en gång i veckan ökade mellan 1993–1994 och 1997–1998 från 9 till 14 procent bland pojkar och från 10 till 19 procent bland flickor (54, 55).

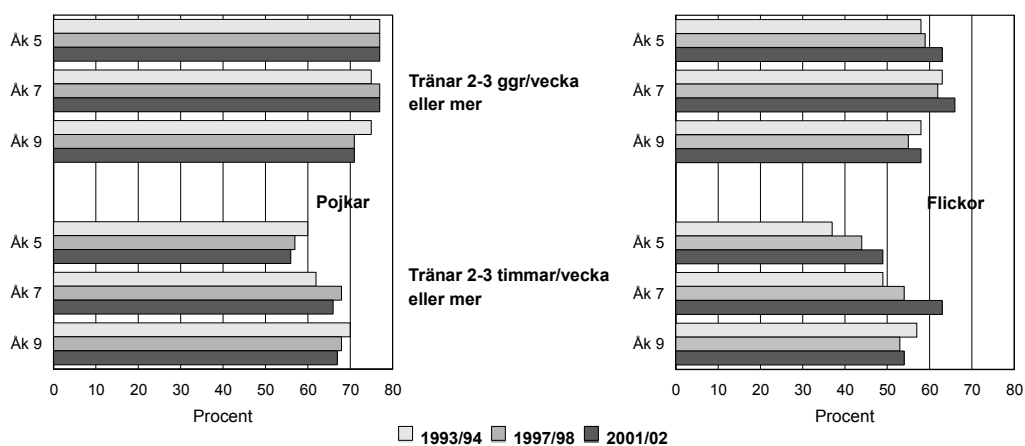
Under 1990-talet har TV-tittandet fortsatt att öka. Andelen som tittar mycket (minst fyra timmar per dag) ökade under 1990-talet från 18 till 22 procent. Även användandet av dataspel ökade, främst i årskurs 9.

Av undersökningen Skolbarns hälsovanor framgår att det är något vanligare bland pojkar att motionera/träna så att de blir andfädda/svettiga än det är bland flickor (figur 4:9). Bland pojkarna minskar andelen som tränar 2–3 gånger i veckan eller mer med åldern och tiden som läggs ner på träning ökar. Bland flickor syns ett liknande mönster. Bland flickor i årskurserna 5 och 7 tycks motion/träning ha ökat något de senaste åren.

Av samma undersökning framgår att drygt 20 procent av ungdomarna i årskurserna 7 och 9 rör sig minst en timme nästan varje dag.

²⁰ De som inte kan skaffa fram 13 000 på en vecka vid behov saknar kontantmarginal och de som kan detta har kontantmarginal.

²¹ De som under de senaste 12 månaderna haft svårighet med att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera har varit i ekonomisk kris och de som inte haft dessa svårigheter har inte varit i ekonomisk kris.



Figur 4:9. Elever i årskurserna 5, 7 och 9 som tränar så de blir andfådda/ svettiga mer än 2–3 gånger per vecka respektive mer än 2–3 timmar per vecka.
Källa: Skolbarns hälsovanor, FHI.

Svensken motionerar mest men sitter mycket

En studie i 15 EU-länder visar att svenska män och kvinnor genomsnittligt är något mer motionsaktiva än övriga européer (tabell 4:3). Svenska män och kvinnor har, i förhållande till flertalet européer, en förhållandevis positiv syn på betydelsen av fysisk aktivitet för hälsan (56).

Tabell 4:3. Andel utövare av de fem populäraste motionsformerna i Sverige och i övriga EU-länder, 15 år och äldre, 1997–1998.

Aktivitet	Sverige		Övriga EU-länder	
		%		%
Promenad	61		31	
Cykling	39		17	
Trädgårdsarbete	26		18	
”Fysisk träning”	24		10	
Simning	12		10	
Ingen aktivitet	10		31	

Källa: (56).

Fysisk träning i form av aerobics, styrketräning och jogging är vanligare bland svenskar än bland övriga européer. Även när det gäller promenader minst 30 minuter i sträck tillhör svenskarna, strax efter finländarna, de ivrigaste utövarna (56).

Samtidigt som svenskarna är flitiga motionärer har Sverige tillsammans med Danmark, Tyskland, Nederländerna och England störst andel personer som ofta är stillasittande på fritiden (tabell 4:4).

Tabell 4:4. Fritid som tillbringas sittande i 15 EU-länder, 15 år och äldre.

Land	Tre timmar eller mer under	Fyra timmar eller mer under
	arbetsdagar	lediga dagar
	%	%
<i>Italien</i>	29	21
<i>Belgien</i>	31	24
<i>Spanien</i>	29	26
<i>Frankrike</i>	26	26
<i>Irland</i>	30	30
<i>Luxemburg</i>	36	30
<i>Portugal</i>	31	31
<i>Österrike</i>	29	32
<i>Grekland</i>	36	33
<i>Finland</i>	37	35
<i>Sverige</i>	45	40
<i>England</i>	46	40
<i>Danmark</i>	47	45
<i>Tyskland</i>	49	50
<i>Nederländerna</i>	52	51

Källa: (57).

Sammanfattningsvis ses bland vuxna i Sverige en trend mot en fysiskt aktivare fritid. Detta beror sannolikt på befolkningens ökande kunskaper om den hälsomässiga betydelsen av fysisk aktivitet som motvikt till ett alltmer stillasittande vardagsliv både i hemmet och på arbetet. Betydande skillnader i fysisk aktivitet ses i relation till ålder, utbildningsnivå, etnicitet, och socioekonomi. Speciellt oroande är att stillasittandet ökar bland barn och unga. Det är troligt att högst cirka 20 procent av befolkningen över 30 år är, ur ett hälsoperspektiv, tillräckligt fysiskt aktiva (58, 59).

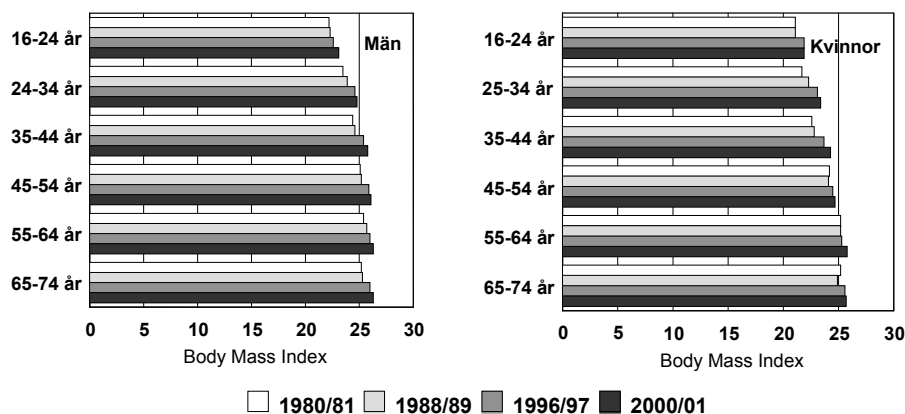
Övervikt

Övervikt är en betydande riskfaktor för dåligt allmänt hälsotillstånd, sjuklighet och dödlighet. Personer med fetma har betydligt oftare symtom som trötthet, värk och nedsatt rörelseförmåga än normalviktiga (60). Om övervikten är koncentrerad som bukfetma ökar risken för högt blodtryck, hjärt-kärlsjukdom, stroke och diabetes typ 2 (61).

Övervikt, framför allt fetma, är ett tilltagande folkhälsoproblem i västvärlden (62, 63). Ett flertal studier från olika delar av Sverige visar att andelen överviktiga stadigt ökar (64–67). Oroväckande är att vikten ökar mer än längden bland skolbarn (68).

Redan i Folkhälsorapport 1997 påpekades att svenskarna blivit allt tyngre under 1980-talet (46). Nu står det klart att ökningen varit ännu större under 1990-talet. Drygt 2,5 miljoner svenskar i åldern 16–74 år var överviktiga eller hade fetma 2000/2001. Av dessa hade drygt en halv miljon fetma. Andelen med övervikt eller fetma har ökat i alla åldrar bland män och kvinnor i åldrarna under 65 år.

Det genomsnittliga kroppsmasseindexet (BMI)²² har ökat från 24,2 år 1980–1981 till 25,4 år 2000–2001 bland män och bland kvinnor från 23,2 till 24,3. BMI har ökat i alla åldersgrupper (figur 4:10).



Figur 4:10. BMI i olika åldersgrupper bland män och kvinnor, 16–74 år, 1980–1981, 1988–1989, 1996–1997 samt 2000–2001.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Andelen övervikt har ökat sedan början av 1980-talet (tabell 4:5). Andelen med fetma är ungefär lika stor bland män och kvinnor. Den har ökat med drygt 45 procent både bland kvinnor och män. Under samma period ökade andelen med övervikt med 30 procent bland män och 24 procent bland kvinnor.

Tabell 4:5. Andel personer i olika viktklasser²³, 16–74 år, efter kön och år. Åldersstandardiserade värden.

	Undervikt	Normal vikt	Övervikt	Fetma	Totalt
Män					
1980/81	1	64	30	5	100
1988/89	1	61	33	5	100
1996/97	1	53	39	7	100
2000/2001	1	50	39	10	100
Kvinnor					
1980/81	5	69	21	5	100
1988/89	5	69	21	5	100
1996/97	3	64	26	7	100
2000/2001	4	61	26	9	100

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

²² Body Mass Index (BMI) beräknas genom att vikt i kg divideras med längd i meter i kvadrat. Således har en person som väger 70 kg och är 170 centimeter lång ett BMI-värde enligt formeln $70/1,7^2 = 24,2$.

²³ De som har ett BMI lägre än 18,5 är underviktiga, 18,5–24,9 innebär normalvikt, 25–29,9 innebär övervikt samt 30 och däröver innebär fetma.

Övervikt ökar mest bland yngre vuxna

Tabellerna 4:6 och 4:7 läses på motsvarande sätt som tabellerna 3:2 och 3:3 ovan. Andelen med övervikt eller fetma var bland 16–24-åriga män 11 procent 1980, 15 procent 1989 och 21 procent 1998. Varje åldersgrupp har blivit tyngre sedan 1980. Andelen med övervikt eller fetma har ökat särskilt mycket under 1990-talet (period-effekt). Om tabellerna läses diagonalt ser man att andelen med övervikt eller fetma ökar med åldern (kohorteffekt). Andelen män med övervikt eller fetma ökade i varje åldersgrupp fram till 60 års ålder under de tre studerade åren. Övervikt eller fetma tycks öka mest bland yngre vuxna. Den utveckling som vi ser beträffande BMI tycks vara en kombination av period-, kohort- och ålderseffekt.

Tabell 4:6. Andel män (procent) med BMI ≥ 25 i olika åldersgrupper vid tre olika tidpunkter 1980, 1989 samt 1998.

Ålder	1980	1989	1998
16–24 år	11	15	21
25–33 år	25	32	42
34–42 år	37	39	51
43–51 år	44	46	59
52–60 år	51	53	61
61–69 år	51	54	62

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Tabell 4:7. Andel kvinnor (procent) med BMI ≥ 25 i olika åldersgrupper vid tre olika tidpunkter 1980, 1989 samt 1998.

Ålder	1980	1989	1998
16–24 år	6	7	10
25–33 år	11	17	25
34–42 år	18	19	30
43–51 år	30	27	35
52–60 år	42	41	42
61–69 år	48	50	52

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

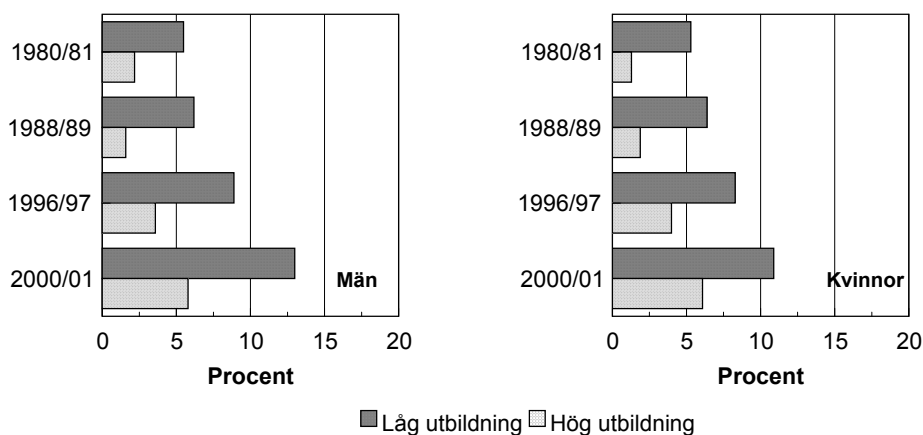
De sociala skillnaderna ökar

Övervikt var förr ett tecken på rikedom och välmående. Under de senaste decennierna har övervikt uppmärksammats som en hälsorisk, och den sociala fördelningen har förändrats under senare delen av 1900-talet.

Andelen med övervikt och fetma har, sedan början av 1980-talet, ökat i alla socioekonomiska grupper. Högst var andelen överviktiga bland manliga lägre tjänstemän och arbetare. Skillnaden i andel överviktiga i olika socioekonomiska grupper har minskat bland män och ökat något bland kvinnor. Ökningen beror på att kvinnor i arbetaryrken har ökat något mer i vikt än kvinnliga tjänstemän på mellannivå och högre. De minskade sociala skillnaderna i övervikt bland män beror på att tjänstemän på mellannivå och högre har ökat mer än arbetare.

De socioekonomiska skillnaderna i fråga om fetma hade ökat något både bland män och kvinnor. Skillnaderna är större bland kvinnor än bland män. Närmare 10 procent av arbetarna har fetma.

Av figur 4:11 framgår hur fetma utvecklats i grupper med olika utbildningsnivå sedan början av 1980-talet.



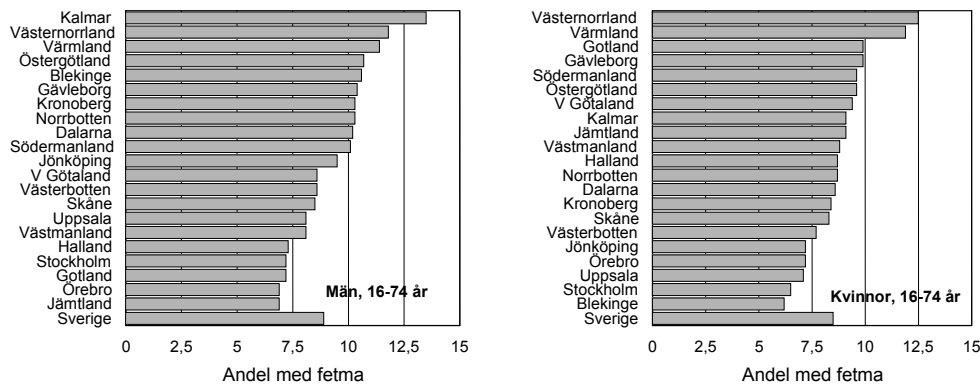
Figur 4:11. Andel med fetma (BMI ≥ 30), 16–74 år, bland låg- respektive högutbildade efter kön. Åldersstandardiserade värden, 1980–1981, 1988–1989, 1996–1997 och 2000–2001. Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

Skillnaderna i fråga om övervikt mellan personer med olika utbildningsnivå har minskat något sedan början av 1980-talet men de är fortfarande något större än de socioekonomiska skillnaderna. Skillnaderna mellan utbildningsnivåer i fråga om andel med fetma har ökat sedan början av 1980-talet.

Fetma är vanligare bland män som är födda i övriga Norden och kvinnor som är födda utanför Europa än bland dem som är födda i Sverige (41).

Regionala skillnader

Andelen personer med fetma varierar kraftigt mellan olika regioner (figur 4:12).



Figur 4:12. Andel personer med fetma, 16–74 år, efter län, åldersstandardiserat. 1997–2001. Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB.

I Kalmar län är andelen män med fetma nästan dubbelt så stor som i Örebro och Jämtland. Det är dubbelt så vanligt att kvinnorna i Västernorrlands och Värmlands län har fetma som det är i Blekinge och Stockholm län.

Varför blir allt fler överviktiga?

Den ökade andelen överviktiga kan påverka den framtida utvecklingen av åldersdiabetes. Ökningen av andelen överviktiga har varit störst bland männen. Fetma är ungefär lika vanligt bland män och kvinnor. Lätt övervikt är däremot betydligt vanligare bland män, vilket kan innebära att diabetes kan komma att öka mer bland män. Det finns också en risk att den positiva nedgången av hjärt- kärlsjukdom hos befolkningen påverkas i negativ riktning av ökande kroppsvikt.

Vad beror denna utveckling på? Förändringar i arvsmassan kan uteslutas över denna relativt korta period. I rapporten konstateras att konsumtionen av fett har minskat något på befolkningsnivå sedan mitten av 1980-talet. Det finns inga tecken på att vi äter sämre i dag än för 15–20 år sedan. Motion på fritiden har också blivit vanligare överlag (69, 70). En del av den ökande förekomsten av övervikt kan bero på att andelen rökare minskar. Andelen rökare har minskat mest bland män och det är också bland männen som andelen överviktiga ökat mest. Det är dock positivt att andelen rökare minskar och hälsovinsterna som uppnås genom rökstopp överskrider vida den riskökning som viktökningen innebär.

Vad har möjliggjort denna ökning av överviktiga, som är tydligast hos yngre vuxna? De senaste decennierna har inneburit en teknisk utveckling i samhället, som gör att vi rör på oss allt mindre. Allt fler arbetar vid bildskärm, vilket innebär att vi blivit alltmer stillasittande på arbetet. TV-utbudet växer ständigt och även i hemmen blir det allt vanligare med datorer. Många tillbringar en stor del av fritiden framför datorn och TV. Troligen medför detta att den totala energiförbrukningen, trots ökad motion på fritiden, är mindre än den var tidigare. Kaloriintaget har alltså inte anpassats till en mer stillasittande livsstil bland stora delar av befolkningen. Det är en utmaning för framtiden att försöka förbättra

människors matvanor, öka den fysiska aktivitetsnivån samt att utveckla bra mätmetoder för att uppskatta och följa det totala energiintaget och -förbrukningen.

5. Sexuell hälsa och smittskydd

Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa

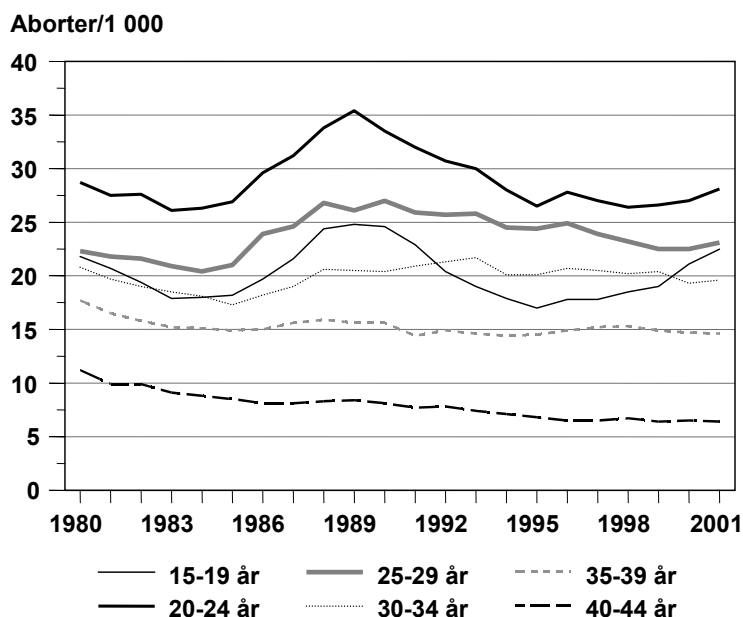
Sverige har en lång tradition att falla tillbaka på när det gäller upplysningsarbete kring frågor relaterade till sexualitet och samlevnad. Att främja en trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa hos befolkningen har utgjort en hörnsten i det folkhälsopolitiska arbetet. Prevention av oönskade graviditeter och av sexuellt överförbara infektioner måste bli än mer integrerat i det allmänna hälsofrämjande och förebyggande folkhälsoarbetet, särskilt i de insatser som riktas till ungdomar. Ett förslag till handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter har tagits fram av Statens folkhälsoinstitut (71). Att förebygga hälsorisker förknippade med sexuellt beteende handlar främst om att stärka individens egen identitet och självkänsla samt öka förmågan att hantera relationer till andra människor. Det preventiva arbetet bör ta fasta på det friska och det positiva utan att för den skull negligera hälsoriskerna.

Den svenska abortpolitiken har till uppgift dels att förebygga oönskade graviditeter och därigenom verka för en minskning av antalet aborter, dels att säkra varje abortsökande kvinnas rätt till en medicinskt säker abort och ett psykosocialt gott omhändertagande.

Aborter

Det totala antalet aborter i Sverige var 31 772 under år 2001 vilket innebar en ökning med nästan 800 jämfört med år 2000. Uppgången beror i stor utsträckning på en ökning av tonårsaborterna med 6,6 procent. Flest aborter görs i åldersgruppen 20–24 år, därefter följer åldersgrupperna 25–29 år, 30–34 år och sedan tonåringarna (figur 5:1).

Antalet aborter under första halvåret 2002 uppgick till 16 950, vilket är betydligt fler än motsvarande tidsperiod året före (15 379). Detta innebär en ökning av aborttalet (antalet aborter per 1 000 kvinnor i fertil ålder) med 10 procent. Tonåringar är den grupp där aborter ökar mest och har sedan första halvåret 2001 ökat med hela 25 procent. Den största delen av ökningen skedde emellertid redan under hösten 2001, men har sedan dess ytterligare förstärkts (72).

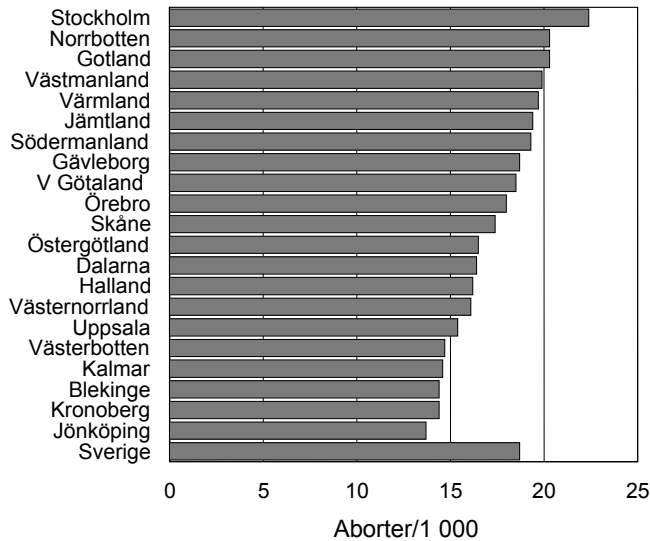


Figur 5:1. Antal aborter per 1 000 kvinnor, 1980–2001. I åldersgruppen 15–19 år ingår samtliga aborter under 20 år och i åldersgruppen 40–44 år ingår samtliga aborter 40 år och äldre. Källa: EpC/Socialstyrelsen.

Regional fördelning

Medan aborttalen är högst i de tre största städerna, ökar antalet tonårsaborter mest utanför storstäderna. Speciellt stora ökningar ses i Kronoberg, på Gotland, i Blekinge, Halland, Västra Götaland och Norrbotten.

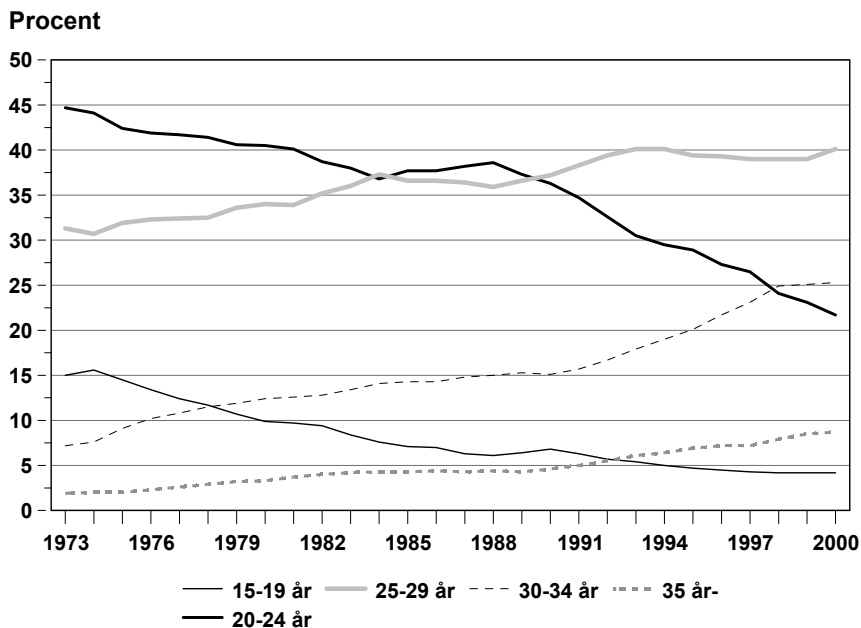
En jämförelse av aborttalen i olika län år 2001 visade att dessa låg högst i Stockholm, Norrbotten och på Gotland (22, 20 och 20). De län som hade de minsta aborttalen var Jönköping, Kronoberg och Blekinge som samtliga låg kring 14 (figur 5:2). Aborttalen varierar kraftigt mellan landets kommuner. De som har lägst aborttal ligger under 10 och de som har högst ligger strax kring 29 per 1 000 kvinnor.



Figur 5:2. Antal aborter per 1 000 kvinnor, 15–44 år i Sveriges län, 2001.
Källa: EpC/Socialstyrelsen.

Andelen tonårsmödrar minskar

Det har skett stora förskjutningar i åldersfördelningen hos barnafödande kvinnor, med en minskning av andelen kvinnor yngre än 25 år och en ökning av barnaföderskor över 30 år (74). Vanligast är att kvinnor föder barn när de är mellan 25 och 29 år. År 1973 var 15 procent av förstföderskorna tonåringar medan tonåringarna under senare år endast utgjort mindre än 5 procent av kvinnorna som fött barn (figur 5:3). Denna omfördelning avspeglas i en kraftig ökning av mammans ålder vid första barnets födelse, som 1973 låg strax under 24 år och 2000 nästan 28 år.



Figur 5:3. Mödrarnas åldersfördelning hos förstföderskor. Källa: (73).

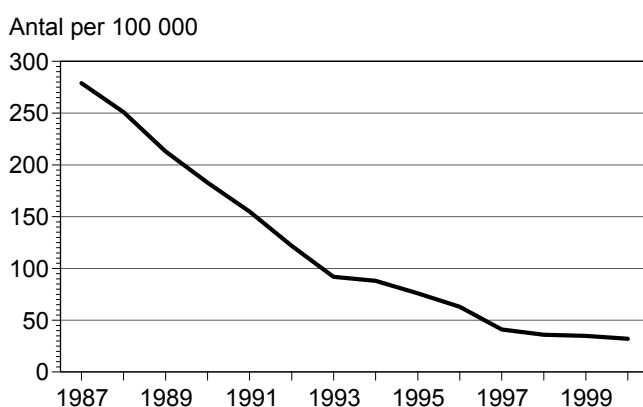
Komplikationer till STI (sexually transmitted infections)

Sexuellt överförda infektioner kan medföra allvarliga konsekvenser för den reproduktiva hälsan. I den nationella handlingsplanen för STI/hivprevention under perioden 2000–2005 (74) finns några mål kring komplikationer till STI. Dessa är:

- Antalet fall av äggledarinflammation ska årligen minska med 10 procent.
- Antalet fall av utomkvedshavandeskap ska minska varje år.
- Antalet fall av livmoderhalscancer ska minska varje år.

Socialstyrelsen samlar på nationell nivå uppgifter som finns registrerade inom hälso- och sjukvården. Ett av de grundläggande epidemiologiska hälsodataregister som finns på Socialstyrelsens epidemiologiska centrum (EpC) är det så kallade patientregistret, som ska tillhandahålla data om vårdutnyttjande. Från 1987 finns information om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård vid offentligt drivna sjukhus. Registret omfattar för de senaste årgångarna cirka 1,5–1,7 miljoner vårdtillfällen per år.²⁴ Insamling av öppenvårdsdata från så kallad dagkirurgisk verksamhet påbörjades från och med verksamhetsåret 2000. Data före år 2000 ska således bedömas utifrån den vetenskapen.

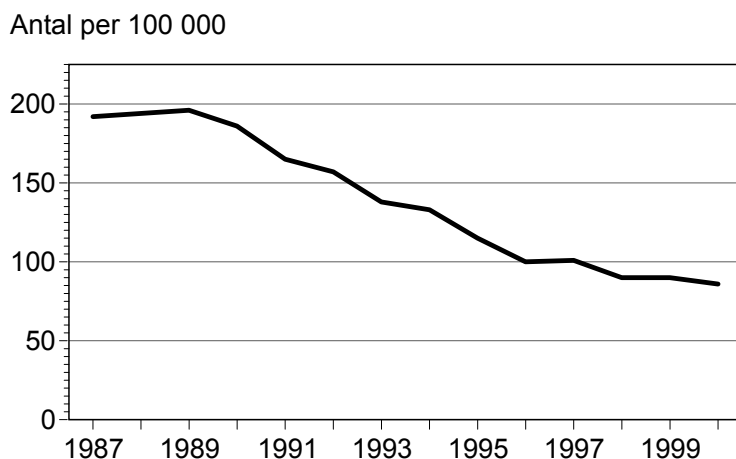
Som figur 5:4 illustrerar har incidensen av äggledarinflammation i åldrarna 15–34 minskat stadigt det senaste årtiondet. År 2000 var incidensen 32 fall per 100 000 kvinnor i åldrarna 15–34, att jämföra med 183 fall 1990. I genomsnitt har antalet fall av äggledarinflammation i åldrarna 15–34 minskat med 16 procent per år mellan 1990–2000.



Figur 5:4. Äggledarinflammation, 15–34 år, 1987–2000. Antal vårdade per 100 000 kvinnor, 15–34 år. Källa: Patientregistret, EpC/Socialstyrelsen.

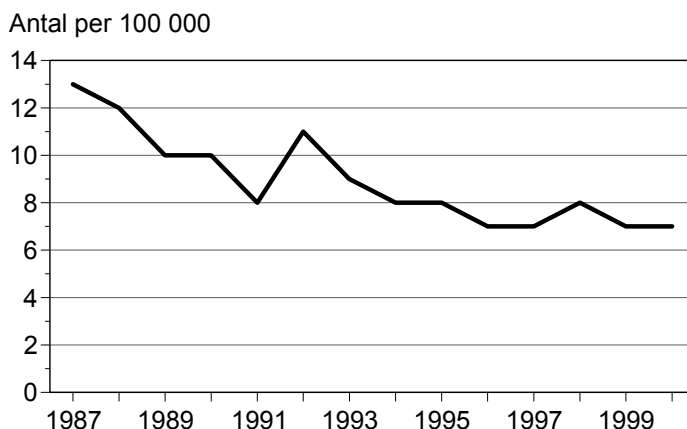
År 2000 var incidensen av utomkvedshavandeskap 86 fall per 100 000 kvinnor mellan 15–34 år, en minskning med 54 procent jämfört med 1990 då incidensen var 186 per 100 000 i motsvarande åldersgrupp (figur 5:5). I åldersgruppen 15–19 år har dock antalet fall av utomkvedshavandeskap ökat med 54 procent, från 28 fall år 1996 till 43 fall år 2000.

²⁴ Socialstyrelsen: www.sos.se/epc/par/index.htm 2002-08-22.



Figur 5:5. Utomkvedshavandeskap, 15–34 år, 1987–2000. Antal vårdade per 100 000 kvinnor, 15–34 år. Källa: Patientregistret, EpC/Socialstyrelsen.

År 2000 var incidensen av livmoderhalscancer 7 fall per 100 000 kvinnor i åldrarna 15–34, att jämföra med 10 fall per 100 000 år 1990 (figur 5:6). Av samtliga fall upp till 34 år återfanns 75 procent i åldersgruppen 30–34 år, och 24 procent i åldersgruppen 25–29 år.



Figur 5:6. Malign tumör i livmoderhalsen, 15–34 år, 1987–2000. Antal nya fall per 100 000 kvinnor, 15–34 år. Källa: Cancerregistret, EpC/Socialstyrelsen.

Hiv och övriga sexuellt överförda infektioner

Huvudmålet är enligt den nationella handlingsplanen (74) att smittspridningen av och antalet allvarliga komplikationer till STI/hiv ska minska.

Enligt gällande smittskyddslag är gonorré, hivinfektion, klamydiainfektion, syfilis och ulcus molle samhällsfarliga och anmälningspliktiga sjukdomar. Den läkare som diagnostiserar dessa sjukdomar hos en patient ska anmäla fallet till Smittskyddsinstitutet (SMI) och smittskyddsläkaren i länet.

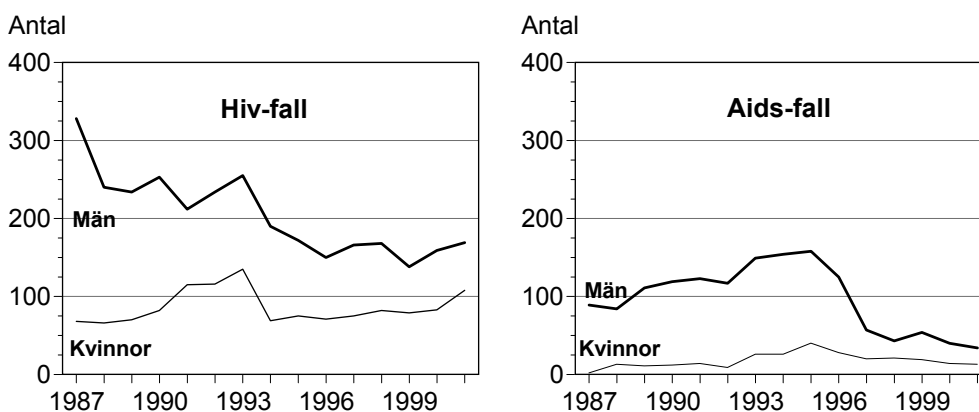
Anmälan innehåller epidemiologiska uppgifter om kön, trolig smittväg och smittort. Läkaren har också möjlighet att lägga till uppgifter av epidemiologisk betydelse. SMI sammanställer uppgifter över antalet nyanmälda fall varje halvår med kommentarer om utvecklingen. Varje år sammanställs dessutom en årsrapport över föregående års anmälda fall av smittsamma sjukdomar. Sex till tolv månader efter hiv-anmälan erhåller diagnostiserande klinik ett kompletterande frågeformulär specifikt för hiv. De samlade epidemiologiska informationerna kommer därför vanligtvis att vara klara tidigast ett år efter att anmälan skett.

Till skillnad från övriga sjukdomar som rapporteras enligt smittskyddslagen, anmäls STI och hiv av sekretesskäl med rikskod och inte med full identitet. SMI:s register över hiv-anmälningar är således inte ett personregister utan ett incidensregister. Därmed försvåras möjligheten att följa insjuknande i aids och dödlighet bland känt hivinfekterade över tid (75). I rapporteringssystemet ingår inte obligatorisk laboratorieanmälan av antalet provtagna för hiv och STI. För STI rapporterar laboratorierna för närvarande frivilligt antalet provtagna och positiva individer, medan denna information saknas för hiv.

Hiv/aids

Enligt handlingsplanen för STI/hiv ska antalet nydiagnostiserade fall av hiv minska kraftigt och antalet fall av aids och hivrelaterade dödsfall bland hivinfekterade minska årligen med 10 procent.

Totalt har 5 646 personer anmälts med hivinfektion till och med 2001 (76). Av dessa är 4 184 (74 %) män och 1 462 (26 %) kvinnor. Man uppskattar antalet hivpositiva som i dag lever med hiv till cirka 3 000 personer.²⁵ Under år 2001 anmäldes sammanlagt 272 personer med hivinfektion. Ökningen under år 2001 utgörs av fler hivsmittade nyinvandrade och fler diagnostiserade intravenösa missbrukare. Ungefär en tredjedel av de nydiagnostiserade de senaste åren är smittade i Sverige. Utvecklingen av antalet fall av hiv och aids framgår av figur 5:7.



Figur 5:7. Antal nyanmälda fall av hiv och aids, 1987–2001.

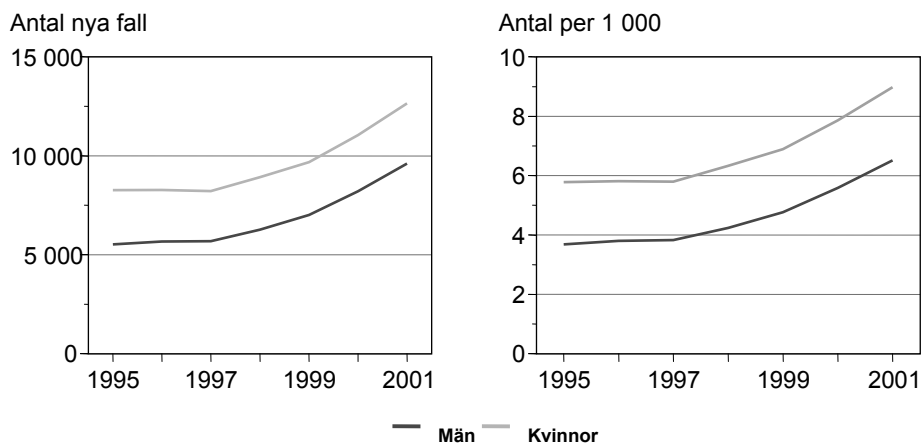
Källa: Smittskyddsinstitutet.

²⁵ Svenska infektionsläkarföreningens verksamhetsenkät, 2001–12–11.

Klamydia

Enligt handlingsplanen för STI/hiv ska antalet nydiagnostiserade fall av klamydia minska varje år, speciellt bland ungdomar.

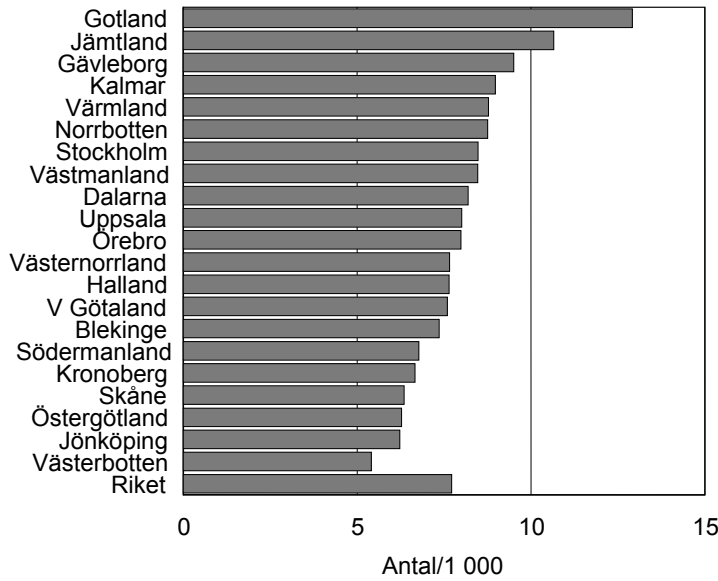
Under år 2000 och 2001 anmäldes 19 284 respektive 22 266 personer med klamydiainfektion (76). Av 2001 års fall var 12 653 (57 %) kvinnor, 9 608 (43 %) män och 5 med ej angivet kön. Antalet rapporterade klamydiafall år 2001 ökade således med 15 procent jämfört med år 2000, eller med 42 procent jämfört med genomsnittet för perioden 1995–1999 (15 669 anmälda fall per år). Incidensen för hela åldersgruppen 15–39 år var 9 fall per 1 000 för kvinnor och 6,5 för män – samma nivå som för tio år sedan. Antalet infektioner bland kvinnor har under år 2001 ökat med 14,5 procent och bland män med 16,9 procent (figur 5:8).



Figur 5:8. Antal registrerade fall av klamydia 1995–2001 samt antal fall per 1000 män och kvinnor i åldern 15–39 år. Källa: Smittskyddsinstitutet.

Regional fördelning

Incidensen för hela landet ökade från 6,7 fall per 1 000 år 2000 till 7,7 fall år 2001. I stort sett alla landsting (utom Södermanland, Gävleborg, Västerbotten och Kronoberg) uppvisade en ökning jämfört med föregående år. Incidensen per 1 000 invånare var högst på Gotland och i Jämtland, följt av Gävleborgs län (figur 5:9). Den största ökningen hittar man i Blekinge (+68 %), på Gotland och i Norrbotten (+38 %), Västmanland och Jönköping (+35 %).



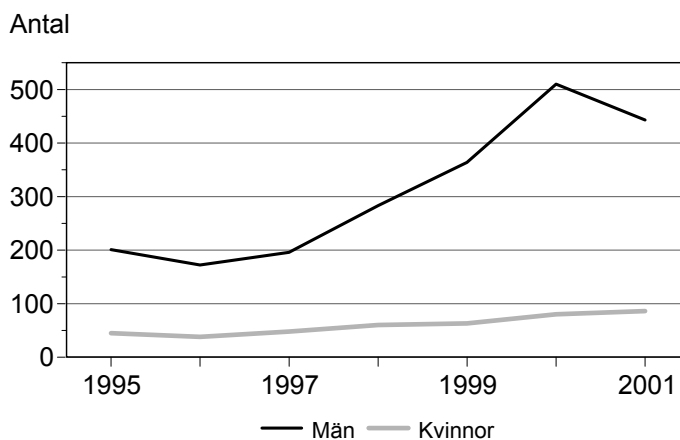
Figur 5:9. Antal registrerade fall av klamydia per 1 000 i åldern 15–39 år.

Källa: Smittskyddsinstitutet.

Gonorré

Enligt handlingsplanen för STI/hiv ska antalet fall av gonorré, smittade vid vistelse utomlands, minska kraftigt.

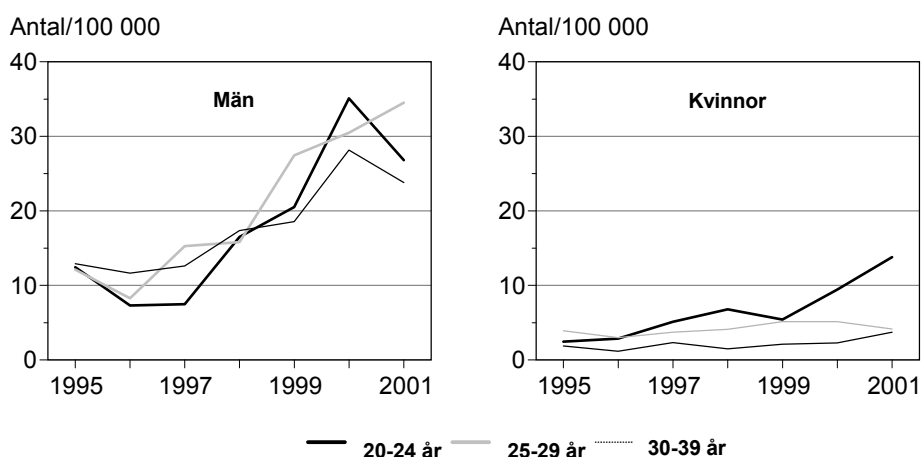
Under år 2001 anmäldes 529 personer med gonorré; 443 (84 %) män och 86 (16 %) kvinnor (76). Av männen hade 261 (60 %) smittats genom heterosexuella kontakter och 170 (40 %) genom homosexuella. Antalet rapporterade fall av gonorré år 2001 minskade med 10 procent jämfört med år 2000, och därmed har incidensökningen som började 1997 brutits. Som figur 5:10 illustrerar ökade antalet fall av gonorré i genomsnitt med 30 procent per år mellan 1996–2000. Jämfört med år 2000 har antalet fall av gonorré bland kvinnor ökat med 7,5 procent under år 2001 och bland män minskat med 13 procent.



Figur 5:10. Antal anmälda fall av gonorré, 1995–2001.

Källa: Smittskyddsinstitutet.

Medelåldern vid diagnos för männen var 33 år medan den för kvinnorna var 25 år, en sänkning för kvinnorna med fyra år jämfört med år 2000. Gonorré är vanligast bland män och kvinnor i åldrarna 20–39, vilka svarar för 77 procent av alla rapporterade fall år 2001 (figur 5:11). Jämfört med år 2000 är ökningen mest påtaglig bland kvinnor i åldersgrupperna 20–24 (+46 %) och 30–39 (+63 %) och minskningen mest påtaglig bland män i åldersgrupperna 20–24 (–24 %) och 30–39 (–15 %).



Figur 5:11. Antal nya registrerade fall av gonorré per 100 000, 1995–2001.

Källa: Smittskyddsinstitutet.

Smittland

Efter att ha haft en ökad inhemsk smittspridning i Sverige sedan 1997, minskade antalet smittade i Sverige till 281 (53 %) under år 2001. 216 personer smittades utomlands under år 2001, vilket motsvarar 41 procent av alla gonorréfall. Uppgift om smittland saknas för 6 procent av fallen. Av de inhemska fallen var minst 43 procent smittade i Stockholm, medan uppgift om inhemsk smittort saknades i 22 procent av de rapporterade fallen. Av de utlandssmittade var 51 procent smittade i Asien, 26 procent i Väst- och Sydeuropa, 9 procent i Nord- och Sydamerika, 7 procent i Östeuropa samt 7 procent i Afrika och Oceanien. Thailand som smittland utgjorde en ökande andel och står nu för 40 procent av alla utlandssmittade.

Regional fördelning

Storstadsregionerna svarade för majoriteten av anmälningarna: 45 procent (239 fall) från Stockholm, 15 procent (78 fall) från Västra Götaland och 9 procent (48 fall) från Skåne (tabell 5:1). Övriga landstingsområden rapporterade färre än 22 fall per landsting. Jämfört med föregående år minskade antalet fall i storstadsregionerna med sammanlagt 22 procent under år 2001. Samtidigt ökade antalet anmälda fall från övriga landsting med 37 procent.

Tabell 5:1. Anmälda fall av gonorré per landsting 1997–2001. Procentsiffran inom parentes anger andelen utlandssmittade.

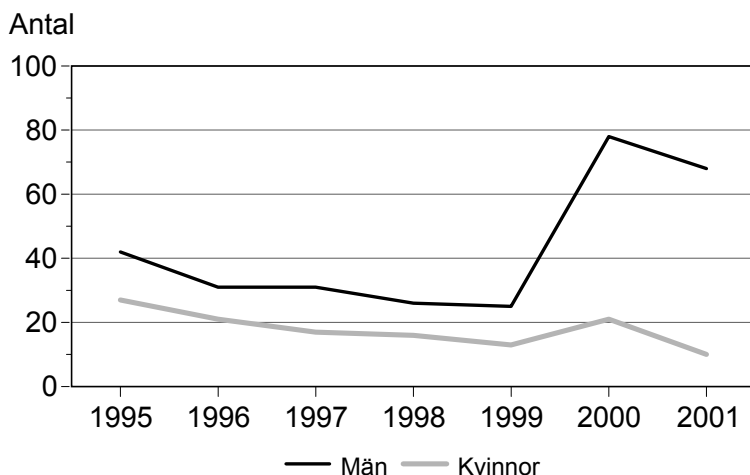
Landsting	1997	1998	1999	2000	2001
Stockholm	104	180	209	283 (29)	239 (32)
Västra Götaland	46	51	61	115 (37)	78 (49)
Skåne	30	29	49	72 (44)	48 (50)
Gävleborg	2	3	7	7 (43)	21 (52)
Östergötland	8	3	6	11 (36)	16 (50)
Uppsala	1	10	11	16 (57)	15 (40)
Västernorrland	4	7	5	7 (57)	13 (38)
Halland	10	6	9	6 (67)	12 (42)
Jönköping	2	4	4	10 (100)	12 (25)
Värmland	3	2	6	7 (43)	12 (67)
Dalarna	8	6	9	12 (25)	11 (36)
Västerbotten	0	3	3	5 (20)	9 (56)
Västmanland	5	4	9	5 (80)	8 (75)
Örebro	10	10	15	7 (43)	8 (62)
Jämtland	4	3	8	4 (57)	6 (0)
Norrbottnen	4	6	1	7 (57)	5 (60)
Södermanland	1	1	3	8 (36)	5 (60)
Gotland	0	3	0	2 (0)	4 (75)
Kalmar	0	4	5	2 (50)	3 (67)
Blekinge	1	1	2	2 (100)	2 (0)
Kronoberg	1	7	5	2 (50)	2 (0)
Riket	244 (48 %)	343 (42 %)	427 (37 %)	590 (37 %)	529 (41 %)
Varav kvinnor	48	60	63	80	86
Varav män	196	283	364	510	443

Källa: Smittskyddsinstitutet.

Syfilis

Enligt handlingsplanen för STI/hiv ska ingen smittspridning av syfilis ske i Sverige.

Under år 2001 anmäldes 77 personer med sexuellt förvärvad syfilis; 67 (87 %) män och 10 (13 %) kvinnor (77). 46 män (75 %) hade smittats via homosexuella kontakter och 15 (25 %) vid heterosexuella. Antalet rapporterade fall av syfilis år 2001 minskade således med 22 procent jämfört med år 2000, då 99 fall rapporterades. Antalet fall av syfilis bland kvinnor har under år 2001 minskat med 50 procent och bland män med 14 procent jämfört med år 2000. År 2001 var medelåldern bland kvinnor med syfilis 34 år och bland män 37 år. Jämfört med genomsnittet för perioden 1995–1999 (50 anmälda fall per år) ökade antalet fall av syfilis med 76 procent under perioden 2000–2001 (88 anmälda fall per år). Figur 5:12 visar en dramatisk ökning av antal rapporterade fall av syfilis bland män år 2000.



Figur 5:12. Antal anmälda fall av syfilis, 1995–2001. Källa: Smittskyddsinstitutet

Kondomanvändning

Enligt handlingsplanen för STI/hiv ska kondomanvändningen öka. Följande delmål finns angivna:

- Kondomanvändningen vid samlag med tillfälliga partner ska öka.
- Kondomer ska finnas lätt tillgängliga för ungdomar.
- Kondomer ska finnas lätt tillgängliga på platser där sexuella kontakter knyts.

Under perioden 1989–2000 ökade tilltron till kondomen som medel att skydda sig mot hiv (77). Denna utveckling motsvarades dock inte av någon ökning av den reella kondomanvändningen. Tvärtom visar undersökningarna att det totalt sett förekommit en minskning av kondomanvändningen under 1990-talet, framför allt i åldersgruppen 25–44 år. De enda grupperna där en tydlig ökning rapporterats är bland män och kvinnor 16–17 år och bland män 20–24 år. Vidare visar 2000 års undersökning inga signifikanta skillnader avseende kondomanvändningen i storstadsregioner och i övriga Sverige.

Samtliga undersökningar under perioden 1989–2000 i Herlitz (2001) rapport (77) visar att kondom i de flesta fall inte hade använts vid samlag med tillfällig partner (60–75 % av fallen). Liknande procentsatser presenteras i RFSU:s undersökningar om unga mäns och kvinnors sexualvanor (1999) (78, 79). Där rapporteras att 55 procent av kvinnorna och 76 procent av männen någon gång under de senaste 12 månaderna hade haft samlag med ny partner utan att använda kondom. Sammantaget visar undersökningarna därmed att detta STI-/hivrelaterade riskbeteende var något mer frekvent i befolkningen år 2000 än år 1989. Särskilt gäller detta män i åldern 20–24 år och kvinnor i åldern 18–19 år.

6. Spelberoende

En internationell jämförelse av spelandet

Singapore är det land som hade den största bruttoomsättningen 2001, om man ser till hur mycket som spelas på lotterier, nummerspel och tips per invånare. Singapore hade mer än dubbelt så hög omsättning som tvåan – USA. Omsättningen i Singapore var USD 482 per invånare och ska jämföras mot USD 234 i USA. Norge låg på en 5:e plats med en omsättning på USD 214 och Sverige på 6:e plats med en omsättning på USD 205. De fem nordiska länderna återfanns 2001 bland de tolv främsta, vilket de även varit tidigare år.²⁶ I denna internationella jämförelse ingår inte alla spelformer. Lotteriinspektionen beräknar att den totala omsättningen i Sverige år 2001 var 3 760 kr/invånare.²⁷ Sverige har sammanfattningsvis ett omfattande spelande.

Internationellt ökade omsättningen av spel mellan 1991 och 2001 med cirka 75 procent. Tillväxten var högst i mitten på 1990-talet och har sedan mattats. År 2000 minskade omsättningen med cirka 4 procent. Sett över hela perioden är tillväxten avsevärd. Knappast någon annan bransch kan uppvisa liknande siffror.

Spelandet i Sverige

Under de senaste tio åren har spelandet i Sverige ökat med cirka 10 miljarder, en uppgång med mer än 50 procent (figur 6:1). Ökningen följer den internationella utvecklingen i liknande länder.

Under år 2001 spelade det svenska folket för cirka 33,5 miljarder kr, vilket är en ökning med 5 procent i förhållande till år 2000. Den totala omsättningen efter utbetalda vinster, vilket enkelt uttryckt är det belopp som spelarna har "förlorat" på sitt spelande, uppskattades till cirka 13,5 miljarder kr.

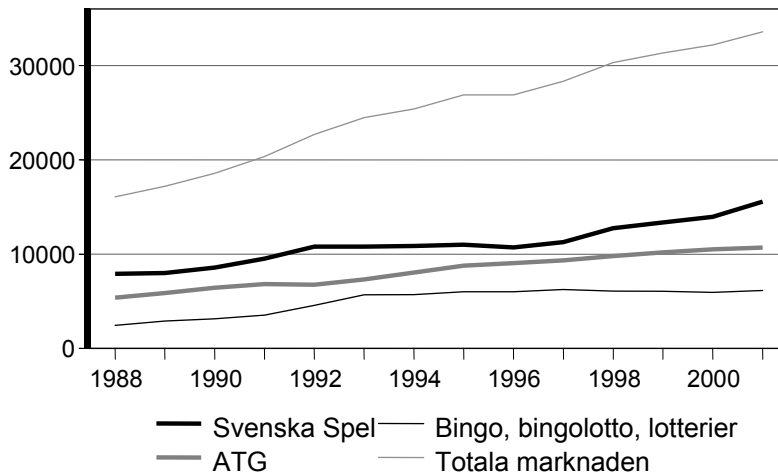
I genomsnitt använder svenska folket över 3 procent av sin disponibla inkomst till spel och lotterier. Under perioden 1998–2000 minskade spelandets andel av den disponibla inkomsten något. Om man studerar utvecklingen under en 10-årsperiod visar det sig dock att spelandets andel av den disponibla inkomsten har ökat mer än konsumentpriserna. Om spelandet från 1991 och framåt skulle ha ökat i samma takt som konsumentpriserna, skulle spel- och lotterimarknaden år 2000 endast ha haft en omsättning på drygt 23 miljarder kr brutto.²⁸

²⁶ Spelvärlden, nr 2, juni 2002.

²⁷ Lotteriinspektionen. Prognos över spelmarknaden år 2001.

²⁸ Lotteriinspektionen.

Miljoner kronor



Figur 6:1. De stora aktörernas årliga omsättning, miljoner kr, löpande priser.
Källa: Lotteriinspektionen.

Fördelas spelutgifterna på landets alla invånare från 18 år och uppåt spelar varje person för drygt 4 600 kr årligen. Om vi överför siffrorna på nettokostnader innebär detta att varje person i genomsnitt ”förlorar” cirka 1 500 kr per år på sitt spelande. Spelandet är ojämnt fördelat. I en studie (80) år 1997 uppgav 6 procent att de spelade för mer än 500 kr per månad och ytterligare 3 procent att de spelade för mer än 1 000 kr per månad. Dessa 9 procent av den vuxna befolkningen (15–74 år) svarade för över hälften (52 procent) av den totala spelomsättningen.

Hur många är spelberoende?

Spelberoende är en klinisk definition av ett tillstånd där spelaren inte längre kan kontrollera sitt spelande och där spelandet fått allvarliga negativa konsekvenser.

Den som får problem på grund av sitt spelande undviker oftast att berätta om det. Möjligheterna att få stöd och hjälp mot ett spelberoende är också ytterst begränsade. Det kan därför på goda grunder antas att spelberoende många gånger är ett dolt problem. Problemet omfattning går inte att avläsa genom efterfrågan på vård eller i någon officiell statistik. En indikation på spelproblemets omfattning är hur stor del av sina ekonomiska resurser den enskilde använder till spel. På ett mer övergripande plan finns det dock inget enkelt och klart samband mellan omsättningen på spel och omfattningen av spelberoende.

Den kunskap vi i dag har om spelberoendets omfattning bygger på resultat från enkät- och intervjuundersökningar. På grundval av den kliniska definitionen av spelberoende i DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association) har olika instrument utarbetats, främst SOGS (South Oaks Gambling Screen) och Fischer DSM-IV. I undersökningar där dessa frågeformulär använts brukar vanligtvis två grupper med spelproblem redovisas. Dessa är patologiska spelare och problemspelare. Som troliga patologiska spelare (spelberoende) karakteriseras personer som har uppenbara svårigheter att avhålla sig från spel och vars spelande har fått flera

allvarliga konsekvenser. Som problemspelare karakteriseras personer som har fått mer än enstaka problem på grund av sitt spelande, men som inte helt når upp till kriterierna för spelberoende.

I Sverige genomfördes en stor prevalensstudie 1997–1998 (80). De uppgifter som presenteras i tabell 6:1 härstammar från denna och avser de värden som uppnått då klassificering gjorts enligt den reviderade versionen av SOGS. Om man använder den strängare definitionen enligt DSM-IV blir värdena ungefär hälften så stora. Någon ny stor prevalensstudie har därefter inte genomförts i Sverige. Däremot genomför bland andra Svenska Spel spelvane- och marknadsundersökningar där det också förekommer frågor om spelberoende. Resultaten från dessa undersökningar stämmer i stort sett överens med prevalensstudien från 1997–1998.

Tabell 6:1 Andel problemspelare och spelberoende i Sverige, 1997–1998, 15–74 år.

Totalt	Problemspelare	Spelberoende	Totalt
Totalt	1,4	0,6	2,0
Män	2,1	0,9	3,0
Kvinnor	0,6	0,2	0,8
15–17 år	4,2	0,9	5,1
18–24 år	2,0	1,3	3,3
25–44 år	1,8	0,6	2,4
45–64 år	0,7	0,4	1,1
65–74 år	0,4		0,4

Källa: (80).

Totalt innebär det att mer än 100 000 personer har någon typ av spelproblem i Sverige. Gruppen som betecknas som spelberoende bedöms omfatta minst 25 000 personer. Flertalet av dem skulle behöva hjälp för att bryta spelvanorna.

Andelen med problem är större hos ungdomar och invandrare. Spelberoende drabbar i större utsträckning underprivilegierade grupper, som lågutbildade, låginkomsttagare, personer med psykiska besvär och sjukdomar, missbrukare av olika slag, kriminella, liksom personer som enkelt kan komma åt pengar eller varor som de kan omsätta på spel (81).

Internationellt är bilden likartad. Undersökningar från andra samhällen av västerländsk typ visar att mellan 1 och 3 procent av den vuxna befolkningen under det senaste året haft problem förorsakade av spel.

Forskningsrapporter från USA tyder på att antalet problemspelare har ökat signifikant under 1990-talet (82). Flera forskare har beskrivit och pekat på en oroväckande ökning av de spelberoende. De hävdar att under 1990-talet har antalet vuxna med spelproblem årligen ökat med cirka 3 procent och antalet med allvarliga spelproblemen med omkring 1 procent.²⁹ Det finns flera skäl till den förmodade ökningen, bland annat att spel blivit alltmer socialt accepterat, att legala spel används alltmer för att få resurser till angelägna

²⁹ Louisiana Compulsive Gambling Study Committee, 1996; Volberg, 1996.

ändamål, att spelindustrin strävar efter att öka sin omsättning och att ett växande antal människor dras till spel på grund av emotionella eller andra personliga skäl.³⁰

Orsaker till spelberoende

Som vid allt missbruk finns ett stort antal omständigheter som påverkar att enskilda utvecklar ett beroende. Det finns därför en rad orsaker till att människor blir spelberoende eller får negativa effekter av överdrivet spelande. Olika former av spel har funnits långt tillbaka i tiden, vilket tyder på att spel svarar mot djupt mänskliga behov av spänning och lek. Drömmen om möjligheten till ett annorlunda liv eller en lust att fly från vardagens bekymmer är andra motiv till att spela. Forskningen har inte visat några entydiga orsaker till att vissa individer utvecklar ett problemspelande.

I studier där spelberoende personer har jämförts med personer som spelar utan att få några nämnvärda problem har man funnit relativt små skillnader i sociala förhållanden, även om man i vissa undersökningar kan se signifikanta skillnader på gruppnivå. I de preliminära resultaten från den svenska prevalensstudien fas II uppvisar gruppen spelberoende en signifikant högre grad av felaktiga föreställningar om sina möjligheter att påverka vinstchanserna i jämförelse med en kontrollgrupp. De spelberoende anser i högre grad att skicklighet kan göra att de vinner. En annan signifikant skillnad är att de menar att en ökning av antalet spelställen medför att de ökar sitt spelande, något som inte gäller för jämförelsegruppen.³¹

Blaszczynsky (83) observerade tre olika typer av spelproblematiker. Den första gruppen har under uppväxten vant sig vid spel. Deras spelberoende kan ges en inlärningspsykologisk förklaring. En annan grupp har en psykologisk sårbarhet ofta i kombination med en besvärlig familjebakgrund. I en tredje grupp förekom personlighetsstörningar som trolig orsak till spelandet. De två senare grupperna har med stor sannolikhet också en rad andra problem, varav de mest frekventa torde vara depression, tvångstankar och tvångshandlingar, ångeststörningar och andra missbruk.

Skadeverkningar av spelberoende

Ett spelberoende och problemspelande medför olika allvarliga sociala effekter. Ett överdrivet spelande kan också leda till ett antal hälsoproblem såsom stressrelaterade sjukdomar och olika psykiska sjukdomssymptom. Forskningen visar att det bland problemspelare är dubbelt så vanligt att förlora sin anställning jämfört med dem som inte har spelproblem. Bland de spelberoende är det ännu vanligare. Det förekommer tre gånger så ofta att problemspelare har mottagit ekonomiskt stöd från samhället eller att de blivit arresterade jämfört med dem som spelar utan problem (82).

Flera forskare har påvisat att spelberoende personer ofta också har andra psykosociala problem, som troligen kan förvärras av ett intensivt spelande. I en undersökning redovisades till exempel impulskontrollförlust hos 35 procent av de spelberoende. Motsvarande andel i en kontrollgrupp var 3 procent (84).

³⁰ Rönnerberg Sten, Ett diskussionsinlägg om utformningen av en ansvarsfull spelpolitik i Sverige.

³¹ Jonsson et al., Preliminära resultat från fas 2.

I ett antal forskningsrapporter och andra undersökningar redovisas en ökad risk för självmord och självmordsförsök hos spelberoende (85). Om den ökade risken beror på spelberoendet eller på en samtidig annan psykisk störning är dock inte klarlagt. I vittnesmål inför den amerikanska spelkommissionen har det amerikanska nationella rådet för problemspel (National Council on Problem Gambling) framfört att uppskattningsvis var femte spelberoende begår självmord och att rådets uppfattning är att självmordsfrekvensen för spelberoende är högre än för andra beroendetillstånd. En studie (86) visar att Las Vegas har USA:s högsta dödlighetstal i självmord. De som är fast bosatta i Las Vegas har nästan 60 procent högre självmordsfrekvens än genomsnittet för städer i USA. För personer som vistas tillfälligt i Las Vegas är självmordsfrekvensen 156 procent högre än genomsnittligt. Företrädare för spelbranschen i USA har dock hävdade att de höga självmordstalen i Las Vegas huvudsakligen beror på stadens geografiska läge och demografiska struktur.³²

Bland spelberoende som deltar i behandling har man konstaterat att 30 till 70 procent ofta har andra problem som exempelvis alkoholberoende eller beroende av andra droger. Sådana höga siffror hittar man självfallet inte i en normalbefolkning (87). Här bör påpekas att det kan vara lättare för en person att få vård och behandling om han eller hon också har andra problem än spelproblem.

I den svenska prevalensforskningens fas II har man kunnat påvisa några signifikanta skillnader mellan de spelberoende och en kontrollgrupp utan spelproblem. I den spelberoende gruppen var 15 procent lindrigt deprimerade och 4 procent måttligt deprimerade. Motsvarande siffror för de ej spelberoende var 3 procent respektive 1 procent. Skillnader hittades också avseende alkoholproblem. Av de med spelproblem hade 38 procent riskabla alkoholvanor jämfört med 30 procent i kontrollgruppen. I gruppen med spelproblem hade 15 procent svåra alkoholproblem jämfört med 2 procent i kontrollgruppen (88).

Den som är spelberoende påverkar ett stort antal personer i sin omgivning. En undersökning från Maryland uppskattar att i medeltal 17 personer påverkas negativt av den spelberoende. Särskilt drabbade är självfallet de närmaste: make eller maka, barn, föräldrar och syskon. Annan forskning³³ uppskattar att fem personer är påverkade av varje problemspelare.

Överskottet från spel och lotterier minskar i förhållande till omsättningen

Spel och lotterier i Sverige genererade ett överskott år 2001 på 8,2 miljarder kr, vilket är samma nivå som år 2000. Spelandet förstärker statens inkomster med drygt 4,5 miljarder kr. Det motsvarar en procent av statens totala inkomstskatter.³⁴ ATG:s överskott var år 2001 drygt 1,3 miljarder kr, vilket är en ökning med cirka 2 procent jämfört med föregående år. ATG:s skatt enligt avtal med staten har ökat med cirka 25 miljoner under 2001 och uppgick till 11,3 procent av omsättningen. Folkrörelsernas behållning var 2,3

³² National Gambling Impact Study Commission final report.

³³ Productivity Commission 1999, Australia's Gambling Industries, AisInfo, Canberra.

³⁴ Statlig inkomstskatt 2002 455,7 miljarder kr, skatt på varor och tjänster 277 miljarder kr, totala skatteintäkter 1 165,5 miljarder kr., statens skatteintäkter 649,2 miljarder kr.

miljarder år 2001, vilket är en ökning med 15 procent i förhållande till året före (tabell 6:2).

Staten har under år 2001 fått en mindre andel av överskottet från spelandet, medan en större andel har gått till folkrörelserna. Förändringen kan i sin helhet hänföras till den ökade omsättningen (+51,2 %) på värdeautomaterna Jack och Miss Vegas, vars överskott i sin helhet tillfaller folkrörelserna.

Tabell 6:2. Överskott i miljoner kr från spel och lotterier för staten, folkrörelserna och trav- och galoppsporten fördelat efter olika aktörer.

Aktör	2001			2000		
	Staten	Folk- rörelserna	Trav- och galoppsporten	Staten	Folk- rörelserna	Trav- och galoppsporten
ATG	1 207		1 349	1 181		1 324
Svenska Spel	3 297	509		3 561	310	
Premieobligationer ³⁵				31		
Vinstsparande	22			26		
Restaurangkasino	40			96		
Bingolotto		1 202			1 020	
Bingo		277			280	
Övriga föreningslotter		305			340	
Varuspel					37	
Totalt	4 566	2 293	1 349	4 895	1 987	1 324

Källa: Lotteriinspektionen.

Mycket talar för att spelandet kommer att öka ytterligare de närmaste åren. Under 2003 är kasinoverksamheten och värdeautomaterna i full drift samtidigt som folkrörelserna har fått ett utökat handlingsutrymme på lottmarknaden. Sammantaget kan det leda till ett ytterligare nettotillskott till folkrörelserna. Osäkert är dock vilken inverkan spel på internationella spelbolag via Internet och andra elektroniska media kan komma att få på den svenska marknaden. Omsättningen på dessa ökar snabbt och spelöverskottet redovisas aldrig i Sverige.

Jämförs överskottet från spel och lotterier mot omsättningen har det procentuella överskottet minskat under de senare åren. En anledning är ökningen av vinståterbetalningen, en annan är högre kostnader för att anordna spel. Vid en avkastning av spelandet på en lika hög nivå som i början av 1990-talet skulle för år 2000 spelandet ha genererat 1,5 miljard kr mer än vad som blev det verkliga utfallet.

Vad kostar spelberoendet?

En uppskattning av de totala kostnaderna för spelmissbruket är närmast omöjlig att göra och inga beräkningar har heller gjorts för Sverige. Det finns flera skäl att genomföra en sådan kostnadsanalys. Den kan dels ge underlag för en bedömning av de samhälls-ekonomiska effekterna av spel och lotterier, dels kan en analys visa att åtgärder mot spelberoende också kan vara ekonomiskt betydelsefulla.

³⁵ Skatt på premieobligationer borttagen, sista dragningen med skatt 2000.

Internationella studier har undersökt de direkta kostnader som härrör sig till behandling av personer med spelproblem, men även indirekta kostnader som exempelvis frånvaro från arbetet, sjukvårdskostnader eller kostnader för kriminalitet. I studierna varierar kostnadsuppskattningarna mellan 130 000 kr och 350 000 kr per person och år (89). Den nationella undersökningen (90) i USA kom fram till avsevärt lägre siffror, ungefärligen 12 000 kr årligen för varje spelberoende och 7 000 kr för varje problemspelare. Överförs den amerikanska beräkningen på det förmodade antalet spelberoende och problemspelare i Sverige blir de årliga kostnaderna cirka 825 miljarder kr. Att kostnaderna hamnar på denna nivå beror bland annat på att de många problemspelarna och spelare i riskzonen genom sitt större antal utgör en större samhällsekonomisk kostnad än de redan spelberoende.

I USA kan den årliga kostnaden för det totala antalet spelproblematiker uppgå till motsvarande 40 miljarder kr. Om man också inkluderar övriga troliga kostnader kan summan öka till 50 miljarder årligen (82). I Australien (91) beräknades att samhällskostnaderna för spel motsvarade mellan 8 och 28 miljarder kr årligen. Australien har ungefär dubbelt så många invånare som Sverige. Om de australiska beloppen skulle överföras till Sverige innebär det mellan 4 och 13 miljarder i årliga kostnader.

Oavsett variationerna i beräkningar kan det konstateras att kostnaderna för de med spelproblem är tillräckligt stora för att ge anledning till ökade insatser för de spelberoende.

Det ekonomiska stödet i dag

Statens folkhälsoinstitut har i dag ett statsanslag på cirka 4 miljoner kr för att motverka spelberoende. Medlen fördelas i huvudsak på tre områden med vardera omkring 1 miljon kr. Dessa är forskningsprojekt, nationella hjälplinjen och stöd till frivillig sektor. De övriga medlen används bland annat till informationsinsatser och lönekostnader.

Kommunerna har det yttersta ansvaret för alla som vistas i kommunen. I sitt arbete för utsatta personer kommer de i kontakt även med spelberoende. Många gånger får de spelberoende försörjningsstöd från kommunen. Ett mindre antal personer erhåller ekonomiskt bistånd till behandling på behandlingshem. Totalt har 180 personer fått sådana insatser under de senaste åren. De kommunala kostnaderna för dessa kan uppskattas till 10 miljoner kr per år. Till denna summa ska läggas övriga kostnader för stödinsatser till de spelberoende. Hur stort detta belopp är går i dag inte att uppskatta.

7. *Diskussion*

Inledning

Syftet med denna sammanställning av levnadsvanornas utveckling nationellt och regionalt har varit att ge idéer till att förbättra kunskapsunderlaget kring uppföljning av de nationella folkhälsomålen.

Statens folkhälsoinstitut har av regeringen fått i uppdrag att föreslå indikatorer som bör ingå i ett nationellt uppföljnings- och utvärderingssystem för det samlade folkhälsoarbetet. Detta ska göras i samarbete med Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån, AHA-utredningen, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet och berörda myndigheter. Indikatorerna som föreslås, bör kunna redovisas efter kön, ålder, familjetyp, olika geografisk nivå (län, kommun), socioekonomisk grupp och medborgarskap.

Denna rapport för samman och redovisar i stort sett redan befintlig kunskap kring hälso-relaterade levnadsvanor. Ambitionen har varit att då så är möjligt redovisa utvecklingen regionalt (län). Redovisning på kommunnivå är med några enstaka undantag i dag inte möjlig.

Det finns inga register över våra levnadsvanor. För att få kunskap om hälso-relaterade levnadsvanor och dessas fördelning i befolkningen, måste ett representativt urval av befolkningen tillfrågas med surveymetodik. Detta ställer krav på stora urval så att data kan presenteras på läns- och kommunnivå.

I detta kapitel diskuteras det kunskapsunderlag som vi har i dag och vad vi skulle behöva ha mer kunskap om.

Undersökningar om levnadsvanor

Alkohol

Det finns ett stort antal surveyundersökningar om alkohol (se CAN:s rapport om drog-utvecklingen i Sverige (5)). Det gemensamma syftet för många av dessa är främst att följa den totala alkoholkonsumtionen hos befolkningen för män, kvinnor och vissa åldersgrupper. Bland ungdomar följs även intensivkonsumtion. Vanligt är att alkoholfrågor läggs in i olika frågeinstituts omnibusundersökningar där även andra uppdragsgivare har lagt in frågor. Det finns dock en rad olika svagheter i denna typ av undersökningar. Dels innebär urvalsförfarandet att det kan vara svårt att generalisera uppgifterna man får in, dels kommer alkoholfrågorna att befinna sig i olika frågekontext i olika undersökningar. Dessa svagheter gör att trender kan vara svåra att tolka.

SoRAD har av regeringen fått i uppdrag att kartlägga alkoholkonsumtionen i Sverige och hur den förändras månadsvis. Kartläggningen påbörjades i juni år 2000 och kommer att pågå åtminstone till 2004. Som ett led i att kartlägga den totalt möjliga konsumtionen genomförs intervjuer med ett urval av landets befolkning (16–80 år) vid varje

månadsskifte (för att kvantifiera den oregistrerade konsumtionen). Från och med juni 2001 ställs även frågor om konsumtion oavsett om den utgörs av registrerad eller oregistrerad alkohol. Frågorna avser de senaste 30 dagarna och man använder sig av den så kallade kvantitet-frekvensskalan (KF).

Frågor om alkoholkonsumtion ställs även i Levnadsnivåundersökningen (LNU), som görs vid Institutet för social forskning (SOFI). Undersökningen är en panelundersökning som genomförts åren 1968, 1974, 1981, 1991 och 2000 där ett urval av befolkningen intervjuas (15–75 år). Undersökningen möjliggör studier av alkoholkonsumtion vid olika tidpunkter i livet. Frågorna är begränsade till hur ofta alkohol druckits under senaste året och i genomsnitt hur mycket per gång.

I Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden (ULF) ställs vissa år frågor om alkoholkonsumtion. I undersökningen intervjuas varje år ett slumpmässigt urval på cirka 7 000 personer av befolkningen (16–84 år). En del av urvalet utgör en panel som intervjuas vart 7–8:e år. Undersökningen görs varje år och har pågått sedan 1975. Vart 7–8:e år återkommer fördjupningar avseende hälsa, boende–fritid–transporter, sysselsättning–utbildning–ekonomi, samt politiska resurser–sociala relationer–trygghet. Alkoholfrågor har ställts vissa år då hälsa har varit fördjupningsområde (1988–1989 och 1996–1997). Alkoholfrågorna som ställts vid dessa tillfällen har varit olika och de som ställdes 1996–1997 anses vara bättre än de som ställdes tidigare. Frågorna 1996–1997 tar först upp senaste veckans alkoholkonsumtion (måndag–torsdag, fredag, lördag och söndag). Frågor ställs även om hur ofta alkohol konsumerats det senaste året, om senaste veckan var normal eller inte, hur mycket alkohol per gång som brukar konsumeras samt en fråga om tillfällen med hög konsumtion. Nästa tillfälle då alkoholfrågorna kommer att ställas i ULF är 2004–2005.

Regionalt ställs också frågor om alkohol i landstingens folkhälsoenkäter. Dessa är dock sällan möjliga att jämföra då frågor och tidpunkt för undersökningarna är olika.

Skolbarns alkoholvanor går att följa nationellt genom CAN:s skolundersökningar. Dessa går dock inte att redovisa länsvis. Det är vanligt att landstingen antingen ger CAN i uppdrag att göra större urval av skolor i de egna kommunerna eller att göra egna skolundersökningar. Nationellt finns också undersökningen Skolbarns hälsovanor som ingår i ett internationellt samarbetsprojekt inom WHO:s ram. I Sverige är det Statens folkhälsoinstitut som ansvarar för undersökningen. I undersökningarna Ung 96 och Ung 2000 går det att göra vissa begränsade regionala jämförelser. Undersökningarna är totalstudier av årskurserna 7, 9 samt gymnasiets årskurs 2 i områdena Västernorrland, Värmland och Malmö kommun.

Narkotika

De viktigaste återkommande undersökningarna i normalbefolkningen är de surveyundersökningar som årligen görs i grundskolans årskurs 9, mönstringsundersökningarna samt de så kallade ungdoms- respektive vuxenundersökningarna. Mönstringsundersökningarna är totalstudier medan de övriga är urvalsundersökningar.

Brister i surveyundersökningar har nämnts i avsnittet om alkohol, och de gäller i minst lika hög grad för narkotika.

Kommuner och landsting genomför också drogvaneundersökningar, ibland exempelvis med det formulär som används i CAN:s skolundersökningar. Årskurs 9-undersökningen har även en europeisk koppling i ESPAD-undersökningarna, vilka hittills redovisats för 1995 och 1999, den senaste med 30 medverkande länder.

Undersökningar bland tunga missbrukare

Det tunga narkotikamissbruket har undersökts på nationell basis vid tre tillfällen. År 1979 gjordes en inventering i samtliga kommuner. Nyckelpersoner i olika förvaltningar lämnade uppgifter om enskilda (men avidentifierade) missbrukare. Undersökningen upprepades 1992, men endast i hundra kommuner. Den tredje undersökningen gäller 1998. Där hade antalet kommuner ytterligare halverats. Dessa undersökningar visar hur svårt det är att ta reda på missbrukets omfattning. Mörkertalet av dolda missbrukare är betydande. Trots detta tror man att metoden, och den har varit enhetlig, tillåter åtminstone en beräkning av utvecklingstrenden. Trenden pekar på en kontinuerlig ökning. Vid mätningen 1998 uppskattades antalet tunga missbrukare, inklusive mörkertalet, vara 26 000.

Övriga källor

I Stockholm har socialtjänsten vid flera tillfällen räknat antalet missbrukare. Även andra kommuner har gjort sådana undersökningar, men inte med samma regelbundenhet.

Forskningsrapporter, exempelvis uppföljningar av vårdade populationer, etnologiskt fältarbete och så vidare, kan ge ytterligare information om missbruket. CAN har ett lokalt och regionalt rapporteringssystem som syftar till att upptäcka nya trender i missbruksmönster.

Tobaksvanor

Rökvanor

Vuxnas rökvanor går att följa i ULF-undersökningen både nationellt och länsvis. Frågor om rökning ställs varje år och sedan 1988 går det att varje år följa andelen dagligrökare, tillfälliga rökare, tidigare rökare och de som aldrig rökt. Dagligrökare kan följas varje år sedan 1980.

I landstingens folkhälsoenkäter ställs frågor om rökvanor. Resultaten är dock inte jämförbara då frågor och metoder skiljer sig åt.

Skolbarns rökvanor går att följa nationellt genom CAN:s skolundersökningar och via undersökningen Skolbarns hälsovanor. I undersökningarna Ung 96 och Ung 2000 går det att göra vissa begränsade regionala jämförelser.

Snusvanor

Nästan alla undersökningar som kartlägger rökvanor ställer även frågor om snusvanor. I ULF ställs frågor om snusvanor endast de år då hälsa är fördjupningsområde (1980–1981, 1988–1989, 1996–1997). Detta innebär att snusvanor bland vuxna inte kan studeras regionalt. Dessutom går det bara att studera de som snusar dagligen eller då och då.

Skolbarns snusvanor går att följa nationellt genom CAN:s skolundersökningar och via undersökningen skolbarns hälsovanor. I undersökningarna Ung 96 och Ung 2000 går det att göra vissa begränsade regionala jämförelser.

Matvanor

Livsmedelsverket har bland annat ansvar för att följa svenska folkets matvanor. Som ett led i detta ansvar gjordes 1989 den så kallade HULK³⁶-undersökningen och Riksmaten³⁷ 1997–1998. Undersökningen 1989 var mer omfattande än Riksmaten och omfattade även barn. Urvalen i dessa undersökningar är inte tillräckligt stora för visa hur matvanorna skiljer sig mellan olika län. Däremot har resultaten redovisats för så kallade H-regioner.³⁸

En rad olika studier av matvanor har gjorts regionalt i syfte att följa upp och utvärdera förebyggande projekt eller handlingsprogram. Frågor om matvanor förekommer också i vissa av landstingens folkhälsoenkäter. När det gäller dessa senare enkäter så är utrymmet för frågor ofta begränsat och endast ett fåtal frågor kan ställas. Frågorna skiljer sig oftast mellan olika landsting och det kan vara svårt att veta vad man egentligen mäter.

Skolbarns matvanor går i viss utsträckning att följa nationellt genom undersökningen Skolbarns hälsovanor.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet innefattar all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning. Motion och träning utgör endast en del av den fysiska aktiviteten som även består av fysisk aktivitet i vardagen. De frågor man hittills ställt i många suveyundersökningar har gällt motion och träning. Enligt ULF-undersökningen vet vi att motionsaktiviteter är något som ökar. Vi vet också att samtidigt som svenskarna är flitiga motionärer så har Sverige tillsammans med Danmark, Tyskland, Nederländerna och England störst andel personer som inte rör sig så mycket på fritiden. Vi tror oss veta att den fysiska aktiviteten i vardagen har minskat kraftigt det senaste decenniet.

Skolbarns motionsvanor går att följa nationellt genom undersökningen Skolbarns hälsovanor.

Övervikt

Frågor om längd och vikt har ställts i ULF de år då hälsa varit fördjupningsområde (1980–1981, 1988–1989 samt 1996–1997). Sedan 1996 ställs dessa frågor varje år och detta innebär att övervikt går att följa även för länen i Sverige. Frågor om längd och vikt har ställts i ett flertal av landstingens folkhälsoenkäter, men inte i alla. Genom mönstringsundersökningarna kan 18-åriga mäns längd och vikt följas sedan början av

³⁶ HULK – en intervjuundersökning som Livsmedelsverket och Statistiska centralbyrån gjorde 1989.

³⁷ Riksmaten är en kostundersökning som Livsmedelsverket och Statistiska centralbyrån genomförde 1997/98.

³⁸ Begreppet H-region beskriver grad av urbanisering. De sex H-regionerna är: H1 = Stockholm. H2 = Göteborg och Malmö. H3 = Större kommuner med mer än 90 000 invånare inom 30 km radie från kommuncentrum. H4 = Södra mellanbygden vilket innebär kommuner med mer än 27 000 och mindre än 90 000 invånare inom 30 km radie från kommuncentrum samt med mer än 300 000 invånare inom 100 km radie från samma punkt. H5 = Norra tätbygden vilket innebär kommuner med mer än 27 000 och mindre än 90 000 invånare inom 30 km radie från kommuncentrum samt mindre än 300 000 invånare inom 100 km radie från samma punkt. H6 = Norra glesbygden vilket innebär kommuner med mindre än 27 000 invånare inom 30 km radie från kommuncentrum.

1970-talet. Andelen överviktiga har ökat kraftigt det senaste årtiondet och behovet att följa denna utveckling och dess orsaker är stort.

Övervikt bland skolbarn går att följa nationellt genom undersökningen Skolbarns hälsovanor. I undersökningarna Ung 96 och Ung 2000 går det att göra vissa begränsade regionala jämförelser. Genom Socialstyrelsens medicinska födelseregister kan födelsevikt följas över tid.

Sexuell hälsa och smittskydd

I Sverige har två sexualvaneundersökningar, år 1967 och 1996, av ett riksrepresentativt urval av en hel befolkning genomförts. Resultatet från den första undersökningen publicerades 1969 i rapporten, Om sexuallivet i Sverige (SOU 1969:2). År 1998 kom rapporten Sex i Sverige, Om sexuallivet i Sverige 1996 (Folkhälsoinstitutet 1998:11) med resultat och analys av den andra och senaste sexualvaneundersökningen. Det var alltså 30 år mellan de två undersökningarna och i den sistnämnda rapporten görs jämförelser med 1967 års resultat där så är möjligt. Ett av syftena med stora heltäckande undersökningar är att få ett referensmaterial som kan användas vid mer avgränsade studier. Målsättningen med den senaste undersökningen har formulerats av de ansvariga forskarna som:

- att få kunskap om sexuella normer och värderingar, upplevelser och erfarenheter hos den vuxna befolkningen
- att identifiera mönster och mekanismer av väsentlig betydelse för hur människor formar sina sexuella liv
- att identifiera grupper med förhöjd risk att ådra sig oönskade konsekvenser av sexuell aktivitet.

År 1989 genomförde Gunilla Jarlbro en genomgång av forskning från år 1967 inom området sex- och samlevnad. Sammanlagt 120 undersökningar kunde identifieras och mer än hälften av undersökningarna handlade om sexuella beteenden och ungdomar. En stor undersökning av ungdomar och sexuella erfarenheter och beteenden hos 2 000 17-åriga skolungdomar genomfördes 1990 (Edgardh, Karin, Tonåringars sex och samlevnad, Förlagshuset Gothia, 1992. ISBN 91-526-1946X).

För att följa sexuella beteenden och för att kunna svara på förändringar och mönster över tid har Folkhälsoinstitutet genomfört regelbundna undersökningar (cirka vart tredje år) om allmänhetens kunskaper, attityder och beteenden till hiv/aids. I den senaste rapporten görs en jämförelse av resultaten från de fyra senaste undersökningarna (1989, 1994, 1997 och 2000). Frågeområden som täcks in är; kunskaper om hur hiv sprids, personliga riskbedömningar och engagemang i aidsfrågan, förekomst av hivtestning, uppfattningar om framtida möjligheter att bekämpa hivpidemin, attityder till hivsmittade och riskutsatta grupper samt sexualvanor och attityder till sexualfrågor.

Spridningen av sexuellt överförbara infektioner (STI), komplikationer till STI och aborter är indikatorer på negativa konsekvenser av sexualiteten. Uppgifter om anmälda fall av STI sammanställs nationellt varje halvår av Smittskyddsinstitutet. En gång per år analyseras statistiken i en epidemiologisk årsbok. Antalet fall av STI går att följa regionalt genom statistisk från smittskyddsläkaren i respektive landsting eller region. Olika komplikationer till STI går att följa genom data från EpC vid Socialstyrelsen. Även

abortutvecklingen som kan följas per åldersgrupp och ända ner på kommunnivå sammanställs halvårsvis av EpC.

Spelberoende

Det saknas lätt tillgänglig och tillförlitlig statistik som belyser omfattningen och konsekvenserna av spelberoende. En stor prevalensstudie genomfördes 1997–1998 (81) vilken kan utgöra en baslinjeundersökning. Någon ny nationellt omfattande prevalensstudie har inte gjorts därefter. Sedan år 2000 ingår frågor om spelvanor i CAN:s skolundersökningar om ungdomars drogvanor. Uppgifter från dessa kan användas för att belysa i vilken mån delmålet att spel bland ungdomar ska minska uppfylls.

Direkta mått på spelandets omfattning och utveckling kan erhållas genom statistik som sammanställs av Lotteriinspektionen. Denna är dock ej nedbrytbar lokalt, men en redovisning kan göras länsvis. En ökande andel av spelandet sker via Internet på internationella spelbolag, vilket inte speglas i den nationella statistiken.

Uppgifter om totalomsättningen på spel och fördelning på olika spelformer ger en uppfattning om utbudet av spel, men ger inga klara besked om förekomsten av spelberoende. Sambandet mellan den totala omsättningen på spel och förekomsten av problem förorsakade av överdrivet spelande är inte helt klarlagd. Uppgifter om hur mycket den enskilde satsar på spel och lotterier i förhållande till sin disponibla inkomst ger ett bättre underlag för bedömningar om riskbeteende när det gäller spelande. Från marknadsundersökningar och konsumtionsvaneundersökningar kan sådana uppgifter hämtas, men de måste bedömas med stor försiktighet eftersom kvaliteten på dessa undersökningar är varierande. Bland andra Svenska Spel genomför regelbundet sådana studier.

Kunskapsluckor

Alkohol

Det finns många undersökningar där alkoholvanorna kartlagts men få av dessa är jämförbara. Inga undersökningar kan redovisa säkra jämförbara data på läns- eller kommunnivå.

Det är viktigt att kunna följa konsumtionsmönster mer i detalj över tid vilket i dag inte är möjligt. Alkoholkonsumtionen har ökat kraftigt de senaste åren. Det är framför allt vin- och ölkonsumtionen som ökat. Många frågor hopar sig. Är det så att antalet konsumtionstillfällen ökat? Minskar antalet nykterister? Är det de som drack lite som dricker lite mer nu? Har berusningsdrickandet förändrats? Har skadlig alkoholkonsumtion ökat och i vilka grupper? Det är viktigt att kunna besvara dessa frågor och få kunskap om vad denna ökning av alkoholkonsumtionen innebär.

Detta kan säkerligen i viss mån göras framöver via den intervjuundersökning som SoRAD gör varje månad. Denna skulle eventuellt då och då behöva kompletteras med regionala undersökningar för att se om regionala skillnader föreligger.

Narkotika

Narkotikaanvändningen i ett samhälle är mycket svår att beräkna, vilket naturligtvis hänger samman med att all hantering av narkotika är förbjuden (här bortses ifrån vissa läkemedel, som på grund av sina egenskaper har narkotikaklassifikation) och därför undandrar sig insyn.

Statistikunderlag

Ett visst mått av problemets omfattning kan man få genom tullens och polisens beslagsstatistik. Detta mått är emellertid ingen ordentlig värdemätare eftersom den illegala hanteringen inte är statisk, lika litet som kontrollinsatserna är det. Statistiken kan därför lika gärna sägas avspegla insatsernas omfattning (och kvalitet). För övrigt kan tull- och polismyndigheter redovisa hur många personer som är sysselsatta med narkotikabekämpning.

Ett närliggande mått är rättsstatistiken över personer misstänkta för brott mot narkotikalagarna, hur många som lagförs, hur många som godkänt strafförelägganden, och hur många som dömts för narkotikarelaterade brott.

Kriminalvårdsstyrelsen redovisar antalet narkotikamissbrukare i frivård och på anstalt (redovisningen tar även upp alkoholmissbrukare) efter den skattning man gör en gång om året och som avser klienternas situation under de senaste tolv månaderna innan kontakten inleddes.

På motsvarande sätt kan Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse redovisa antalet vårdade (frivilligt respektive med tvång) med missbruksproblem.

Även vårdstatistiken är ofullständig eftersom inte alla narkotikaanvändare har vårdkontakt. Dessutom finns ingen nationell överblick över socialtjänstens öppenvårdskontakter med missbrukare. Detta är därtill den dominerande vårddytan mot missbrukarna. Ett EU-projekt om Epidemiological Key Indicators för att mäta narkotikabrukets omfattning och utveckling har som en av indikatorerna Treatment Demand Indicator, det vill säga vårdstatistik. Praktiskt innebär detta att vi inom några år kommer att ha ett nationellt register över all behandling för narkotikamissbruk (som även inkluderar alkoholmissbruk).

Man kan på nationell nivå även redovisa statistik över morbiditet och mortalitet som anknyter till narkotikamissbruket. Hepatit C, hiv/aids och narkotikarelaterad död är sådana exempel.

Det finns ingen tillförlitlig statistisk källa att utgå ifrån när det gäller att följa narkotikamissbruk. Istället får man utgå från ett antal indikatorer. Dessa kan vara surveyer bland unga och vuxna, undersökningar bland missbrukare, vissa sjukdomsdiagnoser och dödsorsaker, rättsstatistik, vårdstatistik och kanske även uppskattningar av samhällets kostnader för narkotikan.

Tobak

Det finns många undersökningar där tobaksvanor kartlagts men få av dessa är jämförbara. Inga undersökningar kan redovisa säkra jämförbara data på läns- eller kommunnivå (vissa län är så små att även 5-årsmedelvärden från ULF kan vara osäkra). Det

saknas möjligheter att löpande följa det totala tobaksbruket nationellt, regionalt och lokalt. Det är främst snusdata som inte är tillräckligt omfattande.

När det gäller utfallsmått saknas ett samlat mått för de tobaksrelaterade sjukdomarna. Ett sådant är dock under utarbetande inom ett samarbetsprojekt mellan EpC och Statens folkhälsoinstitut och beräknas vara klart i början av nästa år.

Matvanor

Det krävs ett omfattande frågebatteri för att kartlägga intag av fett och fiber. I en folkhälsoenkät kan sådana frågebatterier vara en belastning och påverka möjligheten till att ställa andra viktiga frågor. Matvanorna är en viktig bestämningssfaktor för hälsa och i syfte att framöver kunna följa dessa kommer en valideringsstudie pågå under år 2003 där indikatorfrågor för mättat fett- och fiberintag kommer att tas fram. Dessa frågor kommer att kompletteras med frågor om måltidsordning och eventuellt attitydfrågor. När dessa indikatorfrågor är validerade bör även hälsomässiga konsekvenser i form av kostrelaterad dödlighet och sjuklighet utvecklas och följas.

Fysisk aktivitet

Vi vet i dag mycket litet om den totala fysiska aktiviteten, men misstänker att den minskat och därmed tillsammans med matvanorna bidragit till den ökade andelen överviktiga.

Det är av intresse att kunna skilja på frivilligt vald motion och fysisk aktivitet i vardagen. Denna information är relevant för landstingen som måste ha ett underlag för sina folkhälsoinsatser. Det är också viktigt att veta vilka förutsättningar det finns för fysisk aktivitet i bostadsområdet och dess närhet och i anslutning till arbetsplatsen.

Vi har i dag inget bra frågeinstrument för att fånga upp den fysiska aktiviteten i befolkningen. Inom ramen för den valideringsstudie som nämnts under matvanor kommer även frågeinstrument om fysisk aktivitet att valideras under år 2003.

Övervikt

Möjligheterna att följa utvecklingen av BMI bland vuxna i Sverige bedöms vara god. I takt med att samtliga landsting börjar ställa frågor om längd och vikt så ökar också möjligheterna att följa BMI regionalt och lokalt. Det är viktigt att samtidigt följa matvanor och fysisk aktivitet som är de levnadsvanor som antagligen mest påverkar andelen överviktiga i befolkningen.

Varje ny generation har ett genomsnittligt högre BMI än tidigare generationers. En rapport från Socialstyrelsen (73) visar att barns födelsevikt ökat kraftigt det senaste decenniet. Det är därför viktigt att kunna följa barnens utveckling när det gäller längd och vikt. En viktig studie (ännu inte publicerad³⁹) i detta sammanhang är den som Bo Werner har gjort på 7 000 barn över hela landet (3 500 födda 1973 och 3 500 födda 1981). Det saknas data för att på ett tillfredsställande sätt följa upp övervikt bland barn.

³⁹ Studien finns presenterad i Dagens Medicin nr 47 2002, sid. 6.

Sexuell hälsa och smittskydd

I regeringens proposition om folkhälsomål anges två mål för området; mål 7 ”Gott skydd mot smittspridning” samt mål 8 ”Trygg och säker sexualitet och en god reproduktiv hälsa”. En genomgång av befintliga mål, bestämningsfaktorer och indikatorer görs för närvarande vid Statens folkhälsoinstitut i samverkan med berörda myndigheter. Beroende på dels vilka befintliga indikatorer, dels vilka nya som kommer att föreslås inom målområdena, behöver en djupgående analys göras om aktuell forskning inom området och om vilka samband som finns beträffande olika samhällsfaktorer och smittskyddet samt den sexuella hälsan. Nedanstående beskrivning av kunskapsluckor utgår från de kunskapskällor som redovisats under kapitel 5 ”Sexuell hälsa och smittskydd”.

De sexuellt överförbara infektionerna anmäls till skillnad från de övriga smittsamma sjukdomarna av sekretesskäl utan angivande av identitet. Det medför vissa begränsningar avseende analys av olika faktorer som från folkhälsosynpunkt kan vara av värde som exempelvis socioekonomiska, civilstånd, etnicitet med mera. Det finns också andra problem när anmälningarna är anonyma, exempelvis risk för dubbelanmälningar. För att kunna följa utvecklingen bör man även kunna följa provtagningsfrekvensen och inom vilka grupper provtagning sker. En minskning av antalet rapporterade fall behöver inte medföra att smittspridningen minskar utan kan i stället tyda på att antalet personer som provtas har minskat eller att andra grupper provtas. För vissa STI finns en frivillig laboratorieanmälan om antalet genomförda tester medan för exempelvis hivinfektion saknas en sådan rapportering. Det medför att kvalitén på analys av hivutvecklingen har vissa brister. Det går inte heller att avläsa kommuntillhörighet avseende anmälda STI-fall.

Ett gott skydd mot smittspridning omfattar även kunskap om hur dessa kan förebyggas hos befolkningen. Ansvar för information finns hos många aktörer men det saknas kunskap om vilken information som ges till allmänheten och hur den tas emot. Att enbart följa den epidemiologiska utvecklingen ger ingen kunskap om varför människor smittas med en sexuellt överförbar infektion.

En trygg och säker sexualitet innefattar en sexualitet utan våld och tvång samt utan negativa konsekvenser för den enskilde. Vissa sexuella övergrepp som sexualbrott, exempelvis våldtäkt och sexuellt utnyttjande med mera, kan följas genom befintlig brottsstatistik. Problemet är att det finns ett mörkertal beträffande denna typ av brott. En person kan också ha varit utsatt för en sexuell handling som man inte velat delta i även om det inte förekommit direkt våld eller tvång. Dessa frågeställningar diskuteras i sexualvanestudien Sex i Sverige från 1996. I studien redogörs för konsekvenser för sexuallivet av att ha varit utsatt för olika former av tvång. Studien visar ett klart samband mellan en mindre positiv värdering av sexuallivet liksom en högre förekomst av sexuella problem och erfarenhet av att ha blivit tvingad sexuellt. För att kunna följa utvecklingen krävs ytterligare analyser av samband mellan sexuellt tvång och våld och sexuella problem senare i livet.

Statens folkhälsoinstituts studier om kunskaper, attityder och beteenden till hiv/aids har genomförts med likartade frågor vid fyra tillfällen. Den senaste studien genomfördes år 2000. Undersökningen omfattar 30 olika frågeställningar samt information om respondentens ålder, kön, utbildningsnivå, huvudsakliga sysselsättning och bostadsort (landsbygd, tätort, storstad). Enkäten är helt anonym vilket ger begränsningar avseende

ytterligare möjlighet till bakgrundsdata samt bortfallsanalys. Undersökningarna har frågor inom områdena; kunskaper om hur hiv sprids, personliga riskbedömningar och engagemang i aidsfrågan, förekomst av hivtestning, uppfattningar om framtida möjligheter att bekämpa hiv epidemin, attityder till hivsmittade och riskutsatta grupper samt sexualvanor och attityder i sexualfrågor. Beträffande aspekten ”säker sexualitet” är några av frågeställningarna mer relevanta. Enkäten är av olika skäl begränsad till enbart frågor om hiv/aids vilket gör att det saknas information om kunskapsnivån beträffande mer vanliga STI som exempelvis klamydiainfektion. Enkäten ger inte heller kunskap om sexuell identitet och sexuella relationer med personer från samma kön.

Beträffande befolkningens attityder till användning av preventivmedel saknas regelbundna studier. Det saknas också kunskap om betydelsen av etnisk tillhörighet och sexuell hälsa. Enkätstudierna om allmänheten och hiv/aids samt studien Sex i Sverige bygger på förståelse av det svenska språket vilket exkluderar personer med bristande kunskaper i det svenska språket.

Spelberoende

För att få ett begrepp om omfattningen av spelberoende och skador förorsakade av överdrivet spelande krävs speciellt utformade studier. På grund av spelberoendets ringa prevalens (0,5–2 procent) behövs stora urval och noggrann metodik för att fånga upp prevalensen.

Endast en prevalensstudie av hög kvalitet har genomförts i Sverige. Det är nödvändigt att ytterligare prevalensstudier genomförs, dels för att avläsa eventuella förändringar, dels för att få underlag för att validera andra metoder att uppskatta förekomsten av problemet.

Statens folkhälsoinstitut har i förslaget till handlingsplan för att motverka spelberoende föreslagit att en longitudinell studie om spelberoende och spelproblem påbörjas.

Det är också angeläget att utforma metoder för att på ett objektivt sätt mäta förekomsten av de problem som förorsakas av överdrivet spelande. Exempel på sådana konsekvenser är vårdbehov och vårdefterfrågan, sociala, psykiska och ekonomiska problem på grund av spel samt sjuklighet och dödlighet (självmord) som har samband med överdrivet spelande. För att kunna kartlägga dessa problem krävs särskilda undersökningar samt en ökad kännedom om spelproblem inom vård- och behandlingssektorn. I det förslag till handlingsprogram som lagts ingår åtgärder som syftar såväl till att öka kunskaperna som till att förbättra rapporteringen om problemen.

Ansamling av ohälsosamma levnadsvanor

I Folkhälsorapport 2001 (41) beskrivs sociala skillnader i sjuklighet och dödlighet. En trolig förklaring till dessa skillnader är att flera ohälsosamma levnadsvanor förekommer samtidigt hos samma individer i framför allt vissa socialt utsatta grupper. Vissa ohälsosamma levnadsvanor (bland annat högt energiintag som kan leda till övervikt, rökning och hög alkoholkonsumtion) som i dag är vanligare bland personer med arbetaryrken, var tidigare vanligare bland högre tjänstemän. Det verkar nu som om ohälsosamma levnadsvanor tenderar att ansamlas bland dem som är socialt utsatta. Effekterna på hälsan kan vara beroende av social klass eller påverkas av andra riskfaktorer. Det är därför viktigt att för vissa grupper sådana sociala villkor förbättras som starkt begränsar

handlingsutrymmet att ändra riskfyllda levnadsvanor. Då är det viktigt att veta vilka grupper som totalt sett är mest utsatta.

Vi har i dag alldeles för lite kunskap om hur och i vilka grupper ohälsosamma levnadsvanor ansamlas och hur utvecklingen ser ut över tid.

Hur kan behovet av kunskap tillgodoses?

Varför behövs denna kunskap?

Vi behöver denna kunskap för att följa de indikatorer som kommer att föreslås ingå i det nationella uppföljnings- och utvärderingssystemet för det samlade folkhälsoarbetet.

Vi behöver också denna kunskap för att följa upp förekomst, fördelning, utveckling och ansamling av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen nationellt, regionalt och lokalt.

Frågebanksprojektet och folkhälsoenkäter

Behovet av jämförbara data för riket, länen och kommunerna kommer att på sikt kunna tillgodoses inom ramen för projektet ”frågebanks för folkhälsoenkäter”.

Det finns ett behov av att följa bestämningsfaktorer för hälsa och sjukdom i befolkningen samt fördelning på socialklass, kön och ålder. Majoriteten av landstingen gör i dag enkätundersökningar riktade till den vuxna befolkningen som ska utgöra ett underlag för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Dessa undersökningar använder generellt inte validerade eller standardiserade frågor inom området hälsorelaterade levnadsvanor och självrapporterad hälsa, varför regionala jämförelser är svåra att göra. Vissa landsting har därför valt att samarbeta kring enkäter. Nationellt sett finns ett antal skilda studier men jämförbara trenddata saknas i stort sett.

Folkhälsoinstitutet har i samarbete med Epidemiologiskt centrum (EpC), Statistiska centralbyrån, Statens livsmedelverk, representanter för ett flertal samhällsmedicinska enheter och forskare tagit ett initiativ som syftar till att ta fram en databank med rekommenderade frågor att använda i folkhälsoenkäter på regional och nationell nivå. En sammanställning av de större regionala och nationella studierna i Sverige under 1990-talet har gjorts vid EpC, och kommer att utgöra underlag för det kommande arbetet. I ett första steg pågår arbete med att ta fram frågor inom områdena kost, fysisk aktivitet, tobak och alkohol. Frågor om tobak och alkohol är klara. Då det gäller kost och fysisk aktivitet återstår en större valideringsstudie som kommer att pågå under 2003. En metodgrupp diskuterar metodproblem och diskuterar nu möjligheterna att standardisera hela genomförandeprocessen för folkhälsoenkäter. Metodgruppen har även tagit fram bakgrundsfrågor. Frågor om psykisk och fysisk hälsa, socialt nätverk, socialt kapital, arbetsmiljö etc. kommer även att tas fram i ett andra steg. Separata frågebatterier för barn/ungdom och vuxna, samt i vissa fall för äldre, kommer att tas fram senare.

Ett färdigt frågeformulär för en folkhälsoenkät kommer att vara färdigt i början av år 2004. Statens folkhälsoinstitut planerar då en nationell enkät där landsting och kommuner erbjuds vara med via tilläggsurval.

Referenser

1. Mål för folkhälsan. Regeringens proposition 2002/03:35. Stockholm; 2002.
2. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Natur och Kultur; 2000.
3. Nordenfelt L. On the nature of Health. Dordrecht: D. Reidel Publishing company; 1987.
4. Hälsa på lika villkor - nationella mål för folkhälsan. Slutbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. (SOU 2000:91).
5. Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2002. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2002.
6. Köhlhorn E, Hibell B, Larsson S, Ramstedt M, Zetterberg H. Alkoholkonsumtion i Sverige under 1990-talet. Stockholm: OAS; 1999.
7. Leifman H. Socialklass och alkoholvanor - en empirisk analys av alkoholvanor i olika sociala skikt och implikationer för alkoholpreventionens utformning. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998.
8. Romelsjö A, Lundberg M. The changes in the social class distribution of moderate and high consumption and alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden. *Addiction* 1996;91:1307-23.
9. Olsson O. Totalkonsumtionsmodellen. En forskningsöversikt. Rapport-serie 12. Stockholm: CAN; 1990.
10. Griffith E, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. Alkoholpolitik för bättre folkhälsa. (Översättning av: Alcohol Policy and Public Good. Oxford University Press, 1994). Stockholm: Natur och Kultur; 1996.
11. Holder HD, Köhlhorn E, Nordlund S, Österberg E, Romelsjö A, Ugland T, editors. European Integration and Nordic Alcohol Policies. Changes in alcohol controls and consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980-1997. Aldershot: Ashgate; 1998.
12. Pyörälä E. Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until the 1980s. *British Journal of Addiction* 1990;85:469-77.
13. Svensk alkoholpolitik - bakgrund och nuläge. Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. SOU 1994:25; 1994.
14. Simpura J, (red). Finnish drinking habits. Results from interviewsurveys held in 1968, 1976 and 1984. Helsingfors: Finnish Foundation for Alcoholic Studies; 1987.
15. Simpura J, Karlsson T. Trends in drinking patterns among adult population in 15 European countries, 1950 to 2000: a review. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift (English supplement)* 2001;18:31-53.
16. Backhans M, Leifman H. Vem blir nykterist? Om nykteristen som avvikare. *Sociologisk forskning* 2001(nr 1):58-91.
17. Leifman H, Trolldal B. Svenskens alkoholkonsumtion i början av 2000-talet med betoning på 2001. Stockholm: SoRAD, Forskningsrapport nr. 3, reviderad version.
18. Leifman H. Konsumtionsvanor och alkoholproblem. Internationella jämförelser. In: Andréasson S, editor. Den svenska supen i det nya Europa. Nya villkor för alkoholprevention: en kunskapsöversikt. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
19. Andréasson S, Brandt L. Mortality and Morbidity Related to Alcohol. *Alcohol & Alcoholism* 1997;32:173-8.
20. Sjögren H, Eriksson A, Romelsjö A. Alcoholrelated mortality in Sweden. Stencil. Umeå; 2000.

21. Norström T. Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in 14 European countries. *Addiction* 2001;96(Supplement 1):113-28.
22. Olsson B, Adamsson Wahren C, Byqvist S. Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX-projektet, delrapport 3. Rapport 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2001.
23. Årsrapport över situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen och Norge 2002. Lissabon: Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN); 2002.
24. The 1995 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Stockholm: CAN and Council of Europe/Pompidou Group; 1997.
25. The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Stockholm: CAN and Council of Europe/Pompidou Group; 2000.
26. Hakkarainen P, Hübner L, Laursen L, Ödegård E. Drug use and public attitudes in the Nordic countries. In: Hakkarainen P, Laursen L, Tigerstedt C, editors. *Discussing drugs and control policy. Comparative studies on four Nordic countries.* NAD publication 31. Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD); 1996. p. 125-64.
27. En gräns - en myndighet? Slutbetänkande av utredningen om utvärdering av EU-medlemskapets effekter för Tullverkets dimensionering och organisation. SOU 2000:18; 1998.
28. Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården den 2 april 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
29. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym II. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2001.
30. Årsbok 2001. Stockholm: Statens institutionsstyrelse (SiS); 2001.
31. Gustafsson E. Missbrukare i rättsstaten: en rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare. Lund: Juridiska institutionen, Lunds universitet; 2001.
32. Yohanes L, Angelin A, Giertz A, Swärd H. De kommer ut fräscha och fina. Om tvång och hemlöshet. Forskningsrapport 4/02. Stockholm: Statens institutionsstyrelse; 2002.
33. Social rapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
34. Vägvalet. Den narkotikapolitiska utmaningen. Slutbetänkande från Narkotikakommissionen. SOU 2000:126; 2000.
35. Svensson D. Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner 1987-1994 - en registerstudie. MAX-projektet, delrapport 2. Rapport 58. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.; 2000.
36. Tops D, Silow M. Ny generation heroinmissbrukare i Malmö. *Meddelande* 1997:10. Lund: Lunds universitet; 1997.
37. Kriminalvårdens officiella statistik 2001. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen; 2001.
38. Nationell narkotikahandlingsplan. Proposition 2001/02:91; 2001.
39. De flesta gripna missbrukare har aldrig fått vård. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. www.bra.se; 2002.
40. Hvitfeldt T, Andersson B, Hibell B. Skolelevers drogvanor 2001. Stockholm: CAN; 2001.
41. Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
42. Olsen JH, et al. Avoidable cancers in the Nordic countries. *APMIS*, no 76, vol 105; 1997.

43. Pershagen G, Axelson O, Damber L, et al. Radon i bostäder. Rökning ger mer än additiv riskökning. *Läkartidningen* 1994;91:4628-32.
44. Miljöhälsorapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, Institutet för Miljömedicin och Miljömedicinska enheten, Stockholms läns landsting; 2001.
45. Potter JD. Ökat intag av frukt, rotfrukter och grönsaker - prevention av många tumörsjukdomar. In: *Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention*. SBU: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, SBU-rapport 132.; 1997. p. 97-101.
46. Folkhälsorapport 1997. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
47. Riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom - regionala och sociala skillnader i Sverige. (EpC-rapport 1997:1). Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
48. Jordbruksstatistisk årsbok 2002. Örebro: Statistiska centralbyrån och Jordbruksverket; 2002.
49. Becker W. Svenskarna äter nyttigare - allt fler väljer grönt. *Vår Föda* 1999;1:24-7.
50. Becker W. Vi äter nyttigare - men har blivit tyngre. *Vår Föda* 1999;2:3-7.
51. Blair S. Ökad fysisk aktivitet - prevention av hjärt-kärlsjukdom, cancer och sockersjuka. In: *Längre liv och bättre hälsa - en rapport om prevention*. (SBUrapport nr 132). Stockholm: SBU: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik; 1997.
52. Sätt Sverige i rörelse. Redovisning av ett regeringsuppdrag. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2000.
53. Determinants of the burden of disease in the European Union. (F-serien nr 24). Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1997.
54. Marklund U. Tabellrapport. Health behaviour in School-Aged Children. A WHO Collaborative Study. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1997.
55. Danielson M, Marklund U. Svenska skolbarns hälsovanor 1997/98. Tabellrapport. Health Behaviour in School-Aged Children. A WHO Collaborative Study. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2000.
56. Engström L-M. Motionsvanor i Europa. *Svensk Idrottsforskning* 2000;1:42-8.
57. A PAN-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health: European Commission. Employment & social affairs; 1999.
58. Fysisk aktivitet för nytta och nöje. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1999;8; 1999.
59. Kallings LV. Åtgärder mot fetma. Nationell inventering av pågående studier/projekt avseende fysisk aktivitet och kost för att förebygga övervikt och fetma. Rapport 2002:6. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2002.
60. Wolk A, Rössner S. Rund och god ofta tjock och sjuklig. *Läkartidningen* 1995;92:2577-9.
61. Björntorp P. Fettet ska sitta där man kan sitta på det. *Läkartidningen* 1996;93:33-5.
62. Rössner S. Fetma en folksjukdom. *Läkartidningen* 1996;93:19-22.
63. Sjöström L. TV och stillasittande gör allt fler feta. *Läkartidningen* 1996;93:167-70.
64. Johansson S-E, Qvist J. Fetma en tickande bomb också i Sverige? *Välfärdsbulletinen* 1998;4:14-6.
65. Kuskowska-Wolk A, Rössner S. Varför ökar relativa kroppsvikten? *Läkartidningen* 1994;91:2133-4.
66. Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelskonsumtion. (CMT Rapport 1996:10). Linköping: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 1996.

67. Rasmussen F, Johansson M. Övervikt bland unga män i riket och Stockholms län. Tidstrender samt sociala och geografiska variationer. (Rapport 2, 1997). Stockholm: Epidemiologiska enheten, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 1997.
68. Werner B. Längd- och viktuppgifter från skolhälsovårdsjournaler. (Svensk medicin nr 55). In: Tema: Barn och ungdom. Stockholm: Svenska läkaresällskapet, Spri; 1997.
69. Rasmussen F, Bohman P, Tynelius P, Johansson M. Fysisk aktivitet och övervikt i Stockholms län och riket under de senaste decennierna. Samhällsmedicin, Epidemiologiska enheten, Rapport 1/2000. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2000.
70. Motion & idrott 1997. Idrottsutredningens intervjuundersökning. Rapport till Idrottsutredningen. SOU 1997:188. Stockholm: Fritzes; 1997.
71. Prevention av oönskade graviditeter. Förslag till nationell handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter. För tidsperioden 2002-2007. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2001.
72. Aborter i Sverige 2002 januari-juni. Preliminär sammanställning. Hälsa och sjukdomar 2002:6. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologiskt centrum. Sveriges officiella statistik.; 2002.
73. Fakta om mammor, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973 till 2000. Stockholm: Socialstyrelsen/Epidemiologiskt centrum; 2002.
74. Nationell handlingsplan för STD-/hivprevention under perioden 2000-2005. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2001.
75. Arneborn M, Giesecke J. Smittskyddsinstitutets HIV- och AIDS-statistik. Kommentarer och slutsatser. Smittskydd 1997;3(1):7-8.
76. Smittsamma sjukdomar 2001. Årsrapport från avdelningen för epidemiologi. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2001.
77. Herlitz C. Allmänheten och hiv/aids. Kunskaper, attityder och beteenden 1989-2000. Rapport 2001:18. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 2001.
78. Rogala C, Tydén T. Unga kvinnors sexualvanor; en studie gjord på RFSU-kliniken i Stockholm. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1999.
79. Rogala C, Tydén T. Unga mäns sexualvanor; en studie gjord på RFSU-kliniken i Stockholm. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1999.
80. Rönnerberg S, Volberg R, Abbott M, Moore L, Andrén A, Munck I, et al. Spel och spelberoende i Sverige - rapport nr 3 i Folkhälsoinstitutets serie om spel och spelberoende. Stockholm: International Gambling Research Team of Sweden; 1999.
81. Rönnerberg S. Effekter av behandling och andra åtgärder mot spelberoende. Stockholm; 2000.
82. Volberg RA. When the Chips are Down. New York: The Century Foundation Press; 2001.
83. Blaszczynsky A. Is pathological gambling an impulse control, addictive or obsessive-compulsive disorder? In: NAGS 96, Seventh National Conference of the National Association for Gambling Studies, "Towards 2000: The future of gambling"; 1996; Adelaide; 1996.
84. McCown WG, Chamberlain LL. Best Possible Odds. New York: John Wiley & Sons Inc.; 2000.
85. Oakly-Browne MA, Adams P, Mobberley PM. Interventions for pathological gambling (Cochrane review). In the Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software; 2001.
86. Phillips DP, Welty WR, Smith MM. Elevated suicide levels associated with legalized gambling. Suicide Life Threat Behav. 1997;27:373-378.
87. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C. Understanding and Treating the Pathological Gambler: John Wiley & Sons Ltd.; 2002.

88. Jonsson J, Andrén A, Nilsson T, Kindstedt A, Svensson O, Munck I, et al. Preliminära resultat från fas 2. Stockholm: International Gambling Research Team of Sweden; 2002.
89. Goodman R. The Luck Business: The Devastating Consequences and Broken Promises of America's Gambling Explosion. New York: The Free Press; 1995.
90. Gambling Impact and Behaviour Study. Report to the National Gambling Impact Study Commission: National Opinion Research Center; 1999.
91. Productivity Commission, Australia's Gambling Industries, report No. 10; 1999.