



Folkhälsomyndigheten

Underlag för uppföljning av målet för tobaks- och nikotinpolitiken

Återredovisning av regeringsuppdrag



Om regeringsuppdraget

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram underlag för uppföljning av målet för tobaks- och nikotinpolitiken (regeringsuppdrag S2025/01796). Uppdraget innebär att myndigheterna ska ta fram statistiska mått gällande:

- bruk av tobaks- och nikotinprodukter i olika grupper,
- vårdkontakter för skador och medicinska tillstånd som direkt eller indirekt orsakas av tobaks- och nikotinprodukter,
- relativa risker för insjuknande i cancer och hjärt-kärlsjukdom till följd av tobaksrökning, och tobaksrökningens tillskrivningsfaktor för dessa sjukdomar,
- framskrivningar av framtida undvikbara sjukdoms- och dödsfall baserat på förändringar i tobaksrökning.

Om statistik saknas ska myndigheterna analysera och lämna förslag på hur sådan statistik kan tas fram och tillgängliggöras. Dessutom ska etablerad vetenskaplig kunskap om risker för insjuknande till följd av annan användning av tobaks- och nikotinprodukter än tobaksrökning ska även den redovisas, om sådan kunskap finns. Resultatet från Folkhälsomyndighetens och Socialstyrelsens arbete redovisas i denna rapport. Rapportens riktar sig till Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Folkhälsomyndigheten har samordnat uppdraget.

Innehåll

Underlag för uppföljning av målet för tobaks- och nikotinpolitiken.....	1
Om regeringsuppdraget	3
Innehåll	4
Förkortningar	6
Sammanfattning.....	7
Kunskapsläget om hälsorisker varierar	7
Många barn och unga använder nikotinprodukter	7
Framskrivningar visar vikten av förebyggande insatser	7
Utvecklingsbehov av statistikunderlaget	8
Tobaks- och nikotinsnus kan inte särredovisas bland barn och unga.....	8
Utveckling av data i befintliga register.....	8
Kunskapsunderlaget – en nyckelfaktor	9
Bakgrund	10
Konkretisering av uppdraget.....	10
Kommentar	11
Koppling till andra uppdrag eller strategier	11
Tidsramen för uppdraget.....	12
Redovisning av kunskapsläge, prevalens och framskrivningar.....	13
Etablerad vetenskaplig kunskap om skadeverkningar.....	13
Tobaks- och nikotinanvändning i befolkningen	14
Övergripande resultat	14
Framskrivningar över framtida sjukdoms- och dödsfall till följd av tobaksrökning.....	15
Översiktlig beskrivning av NCDSim.....	15
Risk för sjukdom från daglig tobaksrökning i NCDSim.....	16
Två alternativa scenarier	18
Framskrivning av nya sjukdomsfall.....	18
Framskrivning av framtida dödsfall.....	19
Redovisning av gravidas bruk samt tobaksrelaterade vårdkontakter.....	21
Tobaksanvändning vid graviditet och hälsorisker	21
Risker under graviditet och för det nyfödda barnet.....	22

Antal tobaksrelaterade vårdkontakter	24
Cancer	25
Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).....	29
Hjärt-kärlsjukdomar och diabetes typ 2	30
Förslag på hur statistik kan tas fram och tillgängliggöras	35
Uppgifter om prevalenser för tobaks- och nikotinsnus	35
Uppgifter i medicinska födelseregistret och patientregistret.....	35
Medicinska födelseregistret (MFR).....	35
Patientregistret (PAR)	36
Bedömning av ökad uppgiftsinsamling.....	36
Alternativa tillvägagångssätt.....	37
Behov av förbättrat kunskapsunderlag	37
Referenser	38
Bilagor	39

Förkortningar

ANDTS	Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
HLV	Nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”
ICD	International Classification of Diseases, system för diagnosklassificering
IHE	Institutet för Hälsa- och Sjukvårdsekonomi
KOL	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom
MFR	Medicinska födelseregistret
NCDSim	Non-communicable diseases (icke-smittsamma sjukdomar) simuleringsmodell
PAF	Population attributable fraction, tillskrivningsfaktor
PAR	Patientregistret
RR	Relativ risk
SCB	Statistiska centralbyrån
SGA	Small for Gestational Age

Sammanfattning

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har tagit fram underlag i form av statistiska mått för uppföljning av målet för tobaks- och nikotinpolitiken. Vi har även uppdaterat kunskapsunderlaget om hälsorisker till följd av annan användning av tobaks- och nikotinprodukter än tobaksrökning.

Kunskapsläget om hälsorisker varierar

Kunskapen om tobaksrökningens hälsorisker är väletablerad. När det gäller hälsorisker för tobakssnus och nikotinprodukter har Folkhälsomyndigheten uppdaterat kunskapsunderlaget om hälsorisker genom att kartlägga systematiska litteraturöversikter. Kartläggningen stämmer överens med resultaten i 2023 års återredovisning om skadeverkningar och visar att kunskapsläget om hälsorisker varierar. Detta beror på hur länge produkterna funnits på marknaden, hur omfattande användningen är och det rådande forskningsläget. För att förbättra kunskapsläget behövs mer forskning av god kvalitet. Folkhälsomyndigheten fortsätter att följa kunskapsutvecklingen inom området.

Många barn och unga använder nikotinprodukter

- Användning av snus har ökat, särskilt bland barn och unga och framför allt bland flickor. Totalt uppger 27 procent i år 2 på gymnasiet att de snusar (2025). Skolelever använder i huvudsak nikotinsnus.
- Användning av snus under tidig graviditet har ökat något, särskilt bland kvinnor 24 år eller yngre, och ligger på 3,5 procent (2024).
- Användning av e-cigaretter har ökat kraftigt bland barn och unga, men har minskat något sedan den högsta nivån 2023. Användningen är hög, 21 procent i årskurs 2 på gymnasiet (2025).
- Tobaksrökningen har minskat, men stora skillnader mellan utbildningsgrupper kvarstår. Bland personer med förgymnasial utbildning röker 11 procent dagligen, jämfört med 3,5 procent bland personer med eftergymnasial utbildning (2024).
- Tobaksrökningen är fortsatt hög bland gymnasieelever, 19 procent (2025).

Framskrivningar visar vikten av förebyggande insatser

Framskrivningarna visar att en fördubbling av daglig tobaksrökning jämfört med dagens nivå (6,4 procent i åldern 40–80 år, 2024), beräknas öka antalet kumulativa sjukdomsfall till följd av cancer och hjärt-kärlsjukdomar med ytterligare cirka 100 200 fall fram till 2060, motsvarande cirka 2 900 nya fall per år. Antalet dödsfall skulle öka med cirka 13 100 fall fram till 2060, eller cirka 390 extra dödsfall per år.

Om tobaksrökning elimineras helt från 2024 års nivå, skulle sjukdomsfallen minska med cirka 111 200 fall till 2060, motsvarande cirka 3 300 undvikna fall per

år. Antalet dödsfall som kan undvikas i detta scenario skulle uppgå till cirka 14 600 fram till 2060, eller cirka 430 dödsfall per år.

Utvecklingsbehov av statistikunderlaget

Tobaks- och nikotinsnus kan inte särredovisas bland barn och unga

Det saknas i nuläget möjlighet att i CAN:s nationella skolundersökning följa användning av snus uppdelat på tobakssnus och nikotinsnus, till exempel 12-månadersprevalens och användningsfrekvens. Folkhälsomyndigheten kommer i dialog med CAN undersöka möjligheten och behovet av att ändra frågor om snusning i CAN:s nationella skolundersökning.

Utveckling av data i befintliga register

I det medicinska födelseregistret (MFR) finns uppgifter om gravidas tobaksrökning och snusning. År 2022 föreslog Socialstyrelsen författningsändringar som innebär att registret utvidgas med uppgifter om bland annat användning av nikotinprodukter (1). I dagsläget saknar Socialstyrelsen möjlighet att följa effekterna av olika tobaks- och nikotinprodukter under graviditet. Anledningen är att förordning (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen enbart specificerar att bruk av tobak får samlas in (4 § 1). För att möjliggöra en utökad uppgiftsinsamling till MFR behöver förordningen ändras till att tillåta insamling av och åtskillnad av tobaks- och nikotinbruk.

Socialstyrelsen har inte statistik över antal vårdkontakter orsakade av tobaks- och nikotinprodukter uppdelat per produktkategori. I denna rapport redovisas antalet vårdkontakter för sjukdomar som kan ha samband med tobaksbruk. Däremot saknas kunskap om hur många av dessa vårdkontakter som direkt eller indirekt orsakats av tobaks- och nikotinprodukter. För att kunna redovisa det krävs dels ökad kunskap kring risker och skadeverkningar av tobaks- och nikotinprodukter, och dels uppgifter om i patientregistret om patienternas tobaks- och nikotinbruk, uppdelat per produktkategori.

Vad gäller patientregistret bedömer Socialstyrelsen att en utökad uppgiftsinsamling av tobaks- och nikotinanvändning på individnivå inte är lämplig. Skälen är:

- det skulle innebära en ökad arbetsinsats och administrativ börda för hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket riskerar undantränga tid för vård av patienten.
- tidigare erfarenheter av att samla in uppgifter i form av produktanvändning till hälsodataregistren har visat på risk för bristande datakvalitet.

Socialstyrelsen bedömer därför att det är viktigt att utreda alternativa tillvägagångssätt för att samla in denna typ av uppgifter.

En alternativ lösning till att samla in uppgifter om bruk till patientregistret kan vara att utveckla en statistisk modell för att uppskatta antal vårdkontakter orsakade av tobaks- och nikotinprodukter på en aggregerad nivå. För närvarande är

kunskapsunderlag om hälsorisker till följd av framför allt tobakssnus och andra nikotinprodukter, som krävs för skattningar i en sådan modell, dock begränsad.

Kunskapsunderlaget – en nyckelfaktor

För tobaksrökning finns det ett starkt vetenskapligt stöd om hälsoriskerna. När det gäller kunskapen om hälsorisker med övriga tobaks- och nikotinprodukter är denna begränsad vilket påverkar statistikframställning om skadeverkningar, oavsett om uppgifterna hämtas från hälsoregister eller tas fram genom befolkningsundersökningar.

Bakgrund

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram underlag i form av statistiska mått för uppföljning av målet för tobaks- och nikotinpolitiken. Underlaget ska möjliggöra uppföljning av målet ”Ett samhälle fritt från narkotika och dopning och minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol samt tobaks- och nikotinprodukter”. Uppföljningen ska göras av dels skadeverkningar uppdelat på olika tobaks- och nikotinprodukter, dels bruk uppdelat på olika tobaks- och nikotinprodukter. Uppdraget ska samordnas av Folkhälsomyndigheten. Socialstyrelsen ska bistå med nödvändig statistik i den mån de har sådan till Folkhälsomyndigheten.

Denna rapport avser den myndighetsgemensamma redovisningen av uppdraget.

Konkretisering av uppdraget

Baserat på uppdragstexten ska följande uppgifter redovisas, uppdelat per myndighet:

Folkhälsomyndigheten

1. prevalens för daglig tobaksrökning, daglig tobakssnusning, daglig nikotinsnusning, daglig användning av e-cigarett, samt för barn och unga sporadiskt bruk av olika tobaks- och nikotinprodukter
2. framskrivningar av framtida undvikbara sjukdoms- och dödsfall (cancer och hjärtkärl för sjukdom och all cause för dödsfall) utifrån förändringar i förekomsten av tobaksrökning samt relativa risker och tillskrivningsfaktorer, PAF (som kan användas i NCDSim)
3. etablerad vetenskaplig kunskap om risker för insjuknande till följd av annan användning av tobaks- och nikotinprodukter än tobaksrökning
4. förslag på hur statistik kan tas fram och tillgängliggöras, om den saknas.

Socialstyrelsen

1. antal vårdkontakter med specialiserad öppenvård och slutenvård för skador och medicinska tillstånd direkt eller indirekt orsakade av tobaks- och nikotinprodukter uppdelat per produktkategori
2. prevalens av tobaks- och nikotinanvändning under graviditet
3. förslag på hur statistik kan tas fram och tillgängliggöras, om den saknas och vid behov förslag på nya diagnoskoder för vårdkontakter.

Barnrättsperspektivet, funktionshinderperspektivet och jämställdhetsperspektivet, särskilt det jämställdhetspolitiska delmålet om jämställd hälsa, samt målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen ska beaktas i uppdraget. I enlighet med det ska eventuell statistik som presenteras inom ramen för uppdraget så långt som möjligt redovisas könsuppdelad.

Uppdragets budget uppgick till högst 250 000 kronor per år (2025 och 2026), enligt regeringsbeslut 11:2 (23 oktober 2025, S2025/01796) och 11:8 (25 december 2025, S2025/02147, delvis).

Kommentar

I uppdragets detaljerade beskrivning efterfrågas uppgifter om relativa risker, tillskrivningsfaktorer och framskrivna sjukdoms- och dödsfall för enskilda diagnoser. Detta går inte att uppfylla med den nuvarande framskrivningsmodellen NCDSim. För dessa ändamål redovisas därför:

- antaganden och framskrivningsresultat avseende sjuklighet och dödlighet för hela sjukdomsblocksnivån för cancer och hjärt-kärlsjukdomar.
- all-cause mortality (alla dödsfall oavsett orsak), inom de aktuella sjukdomsgrupperna.

För att illustrera tobaksrökningens hälsorisker för enskilda sjukdomsdiagnoser har vi även sammanfattat relativa risker från vetenskaplig litteratur (se bilaga 1).

Koppling till andra uppdrag eller strategier

1. Regeringsuppdrag: Stödja genomförandet av den förnyade politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021–2025 (ANDTS-politiken) (Folkhälsomyndigheten S2021/03343, delvis; Socialstyrelsen S2021/0334, delvis). Myndigheterna ska beskriva utvecklingen inom de fastställda målen för ANDTS-strategin mål 1–6, inklusive användning och skador till följd av tobaks- och nikotinprodukter. Indikatorerna för tobak och nikotin överlappar delvis. Uppdraget slutredovisas 1 maj 2026.
2. Regeringsuppdrag: Myndighetsgemensam nationell plan för beroendevård och förebyggande arbete (S2025/01284, delvis). Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har, tillsammans med sju andra myndigheter, fått i uppdrag att ta fram en plan som ska innehålla mål, delmål och prioriterade insatser för myndigheternas arbete under de kommande åren. Ett av delmålen handlar om att skapa bättre förutsättningar för ANDTS-uppföljningen på nationell, regional och lokal nivå, där bland annat uppföljning av tobaks- och nikotinbruk ingår. Uppdraget slutredovisas 1 juni 2026.
3. Kunskap om tobaks- och nikotinprodukters skadeverkningar – Återredovisning av regeringsuppdrag 2023 (S2022/01825, delvis). Folkhälsomyndigheten har uppdaterat kunskapsunderlaget för hälsorisker med tobakssnus och nikotinprodukter baserat på den kartläggning av systematiska litteraturoversikter som genomfördes inom ramen för regeringsuppdraget 2023.
4. Redovisning av förändrat arbete enligt det nya tobakspolitiska målet, (S2025/02147, delvis). Folkhälsomyndigheten ska redovisa åtgärder och förändringar i arbetet som förändrats för att nå målet om minskade medicinska och sociala skador orsakade av tobaks- och nikotinprodukter. I åtgärderna ingår hur myndigheten ska arbeta för att följa upp målet. Indikatorerna i denna

rapport, som avser prevalenser av användning av olika tobaks- och nikotinprodukter ingår även i det förändrade arbetet.

Tidsramen för uppdraget

Beslutet om uppdraget fattades den 23 oktober 2025 och Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ska senast den 1 april 2026 lämna en gemensam skriftlig redovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet).

Redovisning av kunskapsläge, prevalens och framskrivningar

I nedanstående avsnitt redovisas Folkhälsomyndigheten delar som gäller etablerad kunskap om skadeverkningar till följd av annan användning av tobaks- och nikotinprodukter än tobaksrökning, samt prevalenser uppdelat på användning av olika tobaks- och nikotinprodukter. Framskrivningar över framtida sjukdoms- och dödsfall till följd av tobaksrökning redovisas för hela sjukdomsblocken, cancer och hjärt-kärlsjukdomar. För dödsfall redovisas alla dödsfall oavsett orsak inom de aktuella sjukdomsgrupperna.

Se separat avsnitt om utvecklingen av statistikunderlaget i slutet av rapporten.

Etablerad vetenskaplig kunskap om skadeverkningar

År 2023 återredovisade Folkhälsomyndigheten ett regeringsuppdrag om tobaks- och nikotinprodukters skadeverkningar. Återredovisningen visade bland annat att kunskapsläget om de olika tobaks- och nikotinprodukternas hälsorisker varierar, bland annat beroende på hur länge produkten funnits på marknaden, hur många som använder den och hur mycket forskning som finns. Det alla tobaks- och nikotinprodukter har gemensamt är att de innehåller nikotin som är akuttoxiskt och starkt beroendeframkallande.

Vi har nu uppdaterat kunskapsunderlaget för hälsorisker med tobakssnus och nikotinprodukter. Uppdateringen har gjorts genom kartläggning av systematiska litteraturoversikter och resultatet är i linje med 2023 års kartläggning, se bilaga 2.

Sammanfattningsvis visar uppdateringen och vår tidigare kartläggning följande:

- Användning av tobakssnus kan öka risken för högt blodtryck, diabetes typ 2 och för att dö efter en hjärtinfarkt eller stroke. Användningen kan även öka risken för enskilda cancerformer. Snusning under graviditeten kan öka risken för komplikationer hos fostret och det nyfödda barnet.
- Det finns viss kunskap om nikotinsnusets påverkan på munhälsan, men forskningen om skadeverkningar, både på kort och på lång sikt, är fortfarande mycket begränsad.
- Det vetenskapliga underlaget är fortfarande otillräckligt för att dra slutsatser om effekter av användning av e-cigarett på lång sikt. På kort sikt kan användningen av e-cigarett påverka hjärtrytm och blodtryck, försämra blodkärlens funktioner och ge luftvägsbesvär.
- Bland personer som använder e-cigarett är det fler som med tiden även börjar röka tobak eller använda andra beroendeframkallande produkter som alkohol och cannabis. Liknande mönster ses bland personer som snusar. Bland de som snusar är det fler som med tiden börjar röka tobak jämfört med personer som inte snusar.

Vår uppdatering visar att det tar tid att bygga upp kunskap om hälsorisker med tobaks- och nikotinprodukter, både för att forskning i sig tar tid och för att det kan ta lång tid för sjukdomar att utvecklas efter en potentiellt skadlig exponering.

Att kunskap saknas eller är mycket begränsad ska inte tolkas som att risker kan uteslutas. Det betyder att det behövs mer forskning av god metodologisk kvalitet för att förbättra kunskapsläget. Folkhälsomyndigheten kommer att fortsätta att följa kunskapsutvecklingen om hälsorisker med bruk av tobaks- och nikotinprodukter.

Tobaks- och nikotinanvändning i befolkningen

Folkhälsomyndigheten redovisar detaljerad information om prevalenser i tabeller, bilaga 3. Då barn och unga är särskilt känsliga för nikotinetns beroendeframkallande egenskaper redovisas även sporadisk användning för denna grupp. Uppgifterna baseras på CAN:s nationella skolundersökning och avser elever i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet och åren 2015–2025. Uppgifterna redovisas för totalen samt uppdelat på kön och skolans socioekonomiska position i tabellbilagan.

Prevalenser för vuxna avser daglig användning av tobaks- och nikotinprodukter. Uppgifterna baseras på den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor och avser befolkningen 16–84 år och åren 2015–2024. Uppgifterna redovisas för totalen samt uppdelat på kön, ålder och utbildningsnivå i tabellbilagan.

Övergripande resultat

- Snus användningen, som tidigare varit relativt oförändrad under en lång tid, har ökat i nästintill alla grupper av befolkningen. Ökningen är särskilt uttalad bland barn och unga: bland elever i årskurs 2 på gymnasiet har andelen ökat från 14 procent 2015 till 27 procent 2025. Flickor står för den största ökningen, från 4 procent till 26 procent under perioden.
- Snusning bland unga avser främst nikotinsnus: bland elever i årskurs 9 och år 2 på gymnasiet som snusat de senaste 12 månaderna och fortfarande snusar använder cirka 75 procent nikotinsnus, cirka 5 procent tobakssnus och cirka 20 procent både tobaks- och nikotinsnus.
- Användning av e-cigarett har på kort tid ökat kraftigt bland barn och unga, från 4 procent 2021 till 22 procent 2023 bland elever i år 2 på gymnasiet. Ökningen var särskilt stor bland flickor, från 4 procent till 27 procent under samma period. Under de senaste åren har användningen minskat något, men ligger fortfarande på en hög nivå (21 procent i årskurs 2 på gymnasiet 2025).
- Användningen av nikotinprodukter som nikotinsnus och e-cigarett är som högst bland barn och unga. År 2023 hade drygt en tredjedel av elever i år 2 på gymnasiet använt nikotinsnus, och nästan hälften använt e-cigarett någon gång under de senaste 12 månaderna. Dessutom hade drygt en femtedel använt e-cigarett mer regelbundet.
- Tobaksrökning har minskat successivt under en längre tid. Minskningen har fortsatt under 2015–2024 i alla grupper: kvinnor och män, äldre och yngre, samt

personer med kort och lång utbildning. Trots detta är andelen vuxna som röker tobak dagligen fortfarande avsevärt högre bland personer med förgymnasial utbildning (11 procent 2024) än bland personer med eftergymnasial utbildning (3,5 procent 2024). Nivån av tobaksrökning är dessutom fortsatt relativt hög bland elever i år 2 på gymnasiet (19 procent 2025).

- Bland vuxna är daglig användning av nikotinsnus och e-cigarett som högst bland personer i åldersgruppen 16–29 år (12,8 respektive 1,2 procent 2024) och som lägst i åldersgruppen 65–84 år (1,3 respektive 0,2 procent 2024).

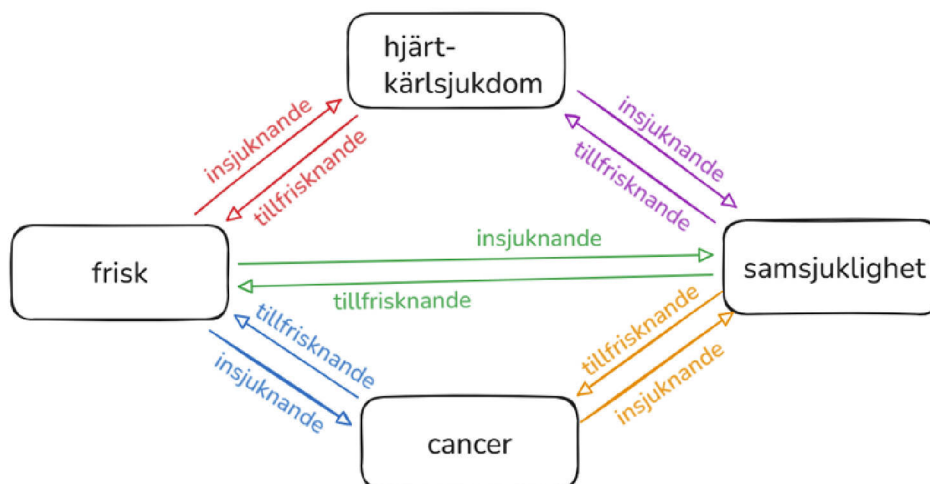
Framskrivningar över framtida sjukdoms- och dödsfall till följd av tobaksrökning

Översiktlig beskrivning av NCDSim

Nedan beskrivs NCDSim översiktligt, med fokus på de delar av modellen som handlar om tillskrivning av nya sjukdomsfall från daglig tobaksrökning.

NCDSim är en systemdynamisk modell, en så kallad stock-and-flow modell. Befolkningen delas upp i fyra grupper ("stockar"), som visas i figur 1 (figurens rutor). Modellens tidssteg är ett år. Varje stock representerar ett tillstånd som modellens individer kan befinna sig i, och hela befolkningen är vid varje tidpunkt fördelad mellan dessa stockar. Modellen har tio flöden (figurens pilar) som representerar insjuknande och tillfrisknande för sjukdomstillstånden hjärt-kärlsjukdomar och cancer, och som illustrerar förflyttning mellan stockarna. Till exempel insjuknar en andel av den friska gruppen i cancer varje år. Observera att "frisk" i detta sammanhang avser att stocken består av individer som inte har cancer eller hjärt-kärlsjukdomar, men som kan ha andra sjukdomar. I modellen simuleras även demografiska händelser som födselar, dödsfall, immigration och emigration, men det visas inte i den förenklade figuren.

Figur 1. Stock-/flödesdiagram för NCDSim.



Befolkningsutvecklingen som simuleras i NCDSim överensstämmer med på Statistiska centralbyråns (SCB) befolkningsprognos från 2025.

Tillskrivningsfaktorn för insjuknande anger hur stor andel av sjukdomsfallen som förklaras av en specifik riskfaktor. I denna modell avser riskfaktorn daglig tobaksrökning, men modellen inkluderar även riskkonsumtion av alkohol, övervikt, fysisk inaktivitet och ett flertal kostfaktorer. Tillskrivningsfaktorn bestämmer intensiteten, det vill säga hastigheten, för insjuknande. Intensiteten kalibreras slutligen mot observerade data, så att modellens simulerade intensitet överensstämmer med den observerade intensiteten, det vill säga att antal simulerade nya fall per kön och ålder, per genomlevt personår i riskpopulationen, överensstämmer med uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.

I NCDSim kan personer inom åldersspannet 40–80 år insjukna i cancer och hjärt-kärlsjukdomar till följd av daglig tobaksrökning. Denna åldersavgränsning baseras på epidemiologiska överväganden om i vilka åldrar det är relevant att tillämpa tillskrivningsfaktorn för insjuknande på grund av tobaksrökning.

Intensiteten i flödena tillfrisknande (bort från sjukdomsstockarna) avgör hur länge individer förblir i sjukdomsstocken. Hastigheten skattas från registerdata, separat för cancer, hjärt-kärlsjukdomar och samsjuklighet, för varje kön och åldersgrupp. NCDSim tar också hänsyn till skillnader i dödlighet mellan personer med respektive utan cancer och/eller hjärt-kärlsjukdomar. Dödlighetsskillnaderna har skattats per kön och ålder med hjälp av registerdata från SCB och Socialstyrelsen. NCDSim använder inte relativa risker för mortalitet direkt för dagligrökare jämfört med övriga. Istället modelleras sambandet mellan mortalitet och daglig tobaksrökning genom risken för insjuknande.

Risk för sjukdom från daglig tobaksrökning i NCDSim

Relativ risk anger hur mycket större risken är att insjukna för personer som exponerats för en riskfaktor, jämfört med personer som inte exponerats.

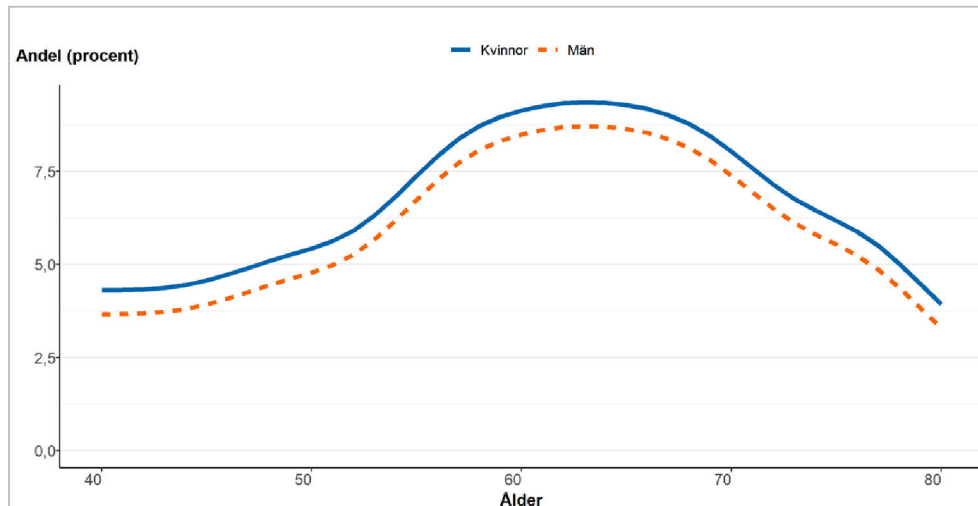
De relativa risker för insjuknande i cancer som används i NCDSim bygger på en studie av Ordóñez-Mena et al. (2). Den relativa risken för dagligrökare att insjukna i malign cancer – oavsett typ eller lokalisation – jämfört med personer som inte exponerats för daglig rökning, beräknas till 1,34 för både män och kvinnor.

Den relativa risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar hämtas från SCORE2 working group (3). Studien redovisar relativa risker för ett antal enskilda diagnoser inom hjärt-kärlsjukdomar. Eftersom NCDSim behöver en relativ risk för hela diagnosblocket, har de enskilda relativa riskerna sammanvägts med hjälp av vikter baserade på registerdata om respektive diagnos andel av hela diagnosblocket. För en utförlig beskrivning av metoden, se bilaga 4. Den relativa risken för personer som röker tobak dagligen att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar jämfört med personer som inte exponerats för daglig tobaksrökning, beräknas till 1,85 för både män och kvinnor.

Vid beräkning av tillskrivningsfaktorer för insjuknande från tobaksrökning behövs uppgifter om prevalensen i befolkningen. Andelen dagligrökare per kön och ålder har skattats från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor. För

åldersgruppen 40–80 år uppgår andelen till 6,4 procent (6,1 procent för män och 6,7 procent för kvinnor), baserat på data från 2024. I Figur 2 visas andelen som röker tobak dagligen uppdelat per kön och ålder, skattat på data från åren 2015–2024 för att utjämna slumpmässiga variationer mellan intilliggande åldrar, men predikerat för år 2024.

Figur 2. Andel dagligrökare per kön och ålder.

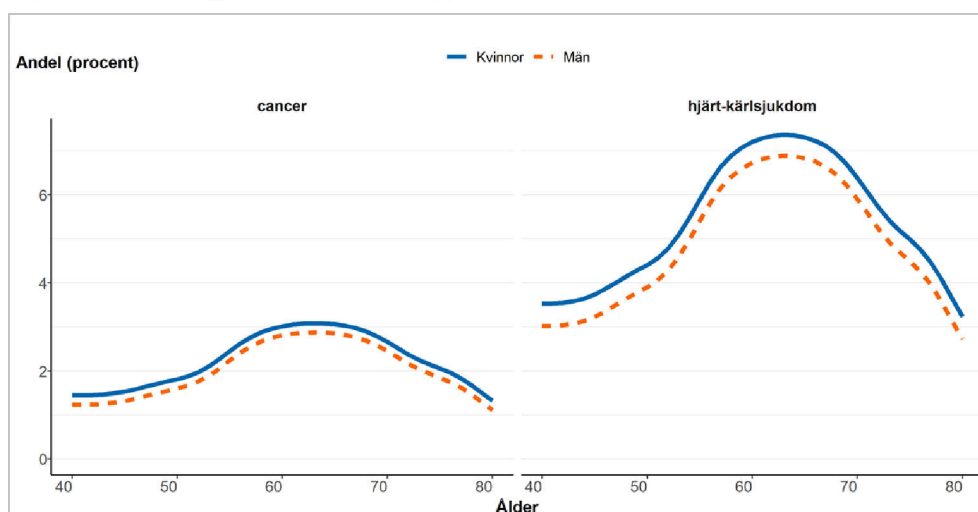


Tillskrivningsfaktorn för daglig tobaksrökning beräknas utifrån relativa risker för insjuknande i sjukdomarna och andelen dagligrökare i befolkningen. För åldersgruppen 40–80 år blir tillskrivningsfaktorn för

- Cancer: 2,0 procent för män och 2,2 procent för kvinnor.
- Hjärt-kärlsjukdom: 4,9 procent för män och 5,4 procent för kvinnor.

I Figur 3 visas tillskrivningsfaktorer uppdelat på kön och ålder.

Figur 3. Tillskrivningsfaktorer för rökning per kön och ålder.



Två alternativa scenarier

Folkhälsomyndigheten har utvecklat två scenarier baserade på utvecklingen av daglig tobaksrökning i befolkningen. Dessa jämförs med ett basscenario, där förekomsten av daglig rökning förblir oförändrad på 2024 års nivåer. Basscenarioet bygger på de demografiska antaganden som används i Statistiska centralbyråns befolkningsprognos från 2025 (4).

De relativa skillnader i dödstal mellan modellens stockar, per kön och ålder, som skattats från registerdata antas vara identiska mellan scenarierna och förändras inte över tid. Eftersom sjukligheten i cancer och hjärt-kärlsjukdom utvecklas olika i basscenarioet jämfört med alternativscenarierna, och dödligheten är högre för individer i sjukdom än för övriga vid en given ålder, påverkas också den genomsnittliga dödligheten i befolkningen olika i de olika scenarierna. Detta leder i sin tur till något olika befolkningsutveckling på lång sikt.

De empiriskt skattade intensitetstalen för tillfrisknande antas vara oförändrade framöver, per kön och ålder.

Basscenario

Prevalensen av daglig tobaksrökning antas förbli oförändrad på dagens nivåer, per kön och ålder. Den genomsnittliga prevalensen i befolkningen kan dock förändras över tid, eftersom befolkningens sammansättning med avseende på kön och ålder förändras. För en given ålder och kön antas dock tillskrivningsfaktorerna vara konstanta över tiden, eftersom både relativa risker för sjukdom och prevalensen av daglig rökning antas förbli oförändrade.

Scenario 1: ingen daglig tobaksrökning

I detta scenario antas att daglig tobaksrökning helt upphör i befolkningen från och med år 2027. Scenariot används för att beräkna antalet sjukdoms- och dödsfall som skulle kunna undvikas om daglig rökning eliminerades. Elimineringen genomförs år 2027, då andelen personer som röker tobak dagligen momentant sjunker från dagens nivåer till noll procent och därefter kvarstår. Scenariot avser inte att avspegla en realistisk intervention, utan visar den maximala potentialen för preventiva åtgärder.

Scenario 2: fördubblad daglig tobaksrökning

I detta scenario fördubblas andelen som röker tobak dagligen och når de nivåer som gällde år 2013–2014, det vill säga 12,8 procent dagligrökare i åldersgruppen 40–80 år. Även här antas förändringen ske momentant år 2027.

Framskrivning av nya sjukdomsfall

Här redovisas skillnaderna i antalet nya sjukdomsfall som förväntas i framtiden mellan basscenarioet och de två alternativa scenarierna. I beräkningarna beaktas cancer, hjärt-kärlsjukdom och samsjuklighet i dessa sjukdomar.

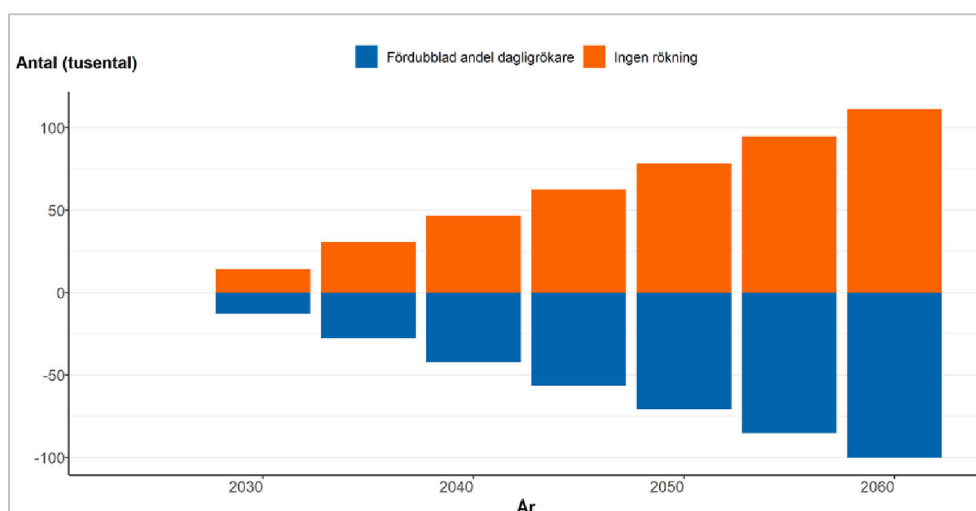
Resultat för scenario 1: ingen daglig tobaksrökning, nya sjukdomsfall

Antalet undvikna nya sjukdomsfall beräknas som den kumulativa skillnaden mellan antalet nya sjukdomsfall i basscenariot och scenariot med 0 procent som röker tobak dagligen från år 2027. Resultatet visas under ”Ingen rökning” i figur 4. År 2060 uppgår det kumulativa antalet nya fall av sjukdom som undviks till cirka 111 200 fall, vilket motsvarar cirka 3 300 undvikna nya fall per år, jämfört med basscenariot

Resultat för scenario 2: fördubblad daglig tobaksrökning, nya sjukdomsfall

I figur 4 visas även den kumulativa skillnaden i nya sjukdomsfall per år mellan basscenariot, med dagens nivåer av daglig tobaksrökning, och i scenariot med fördubblade nivåer från 2027, se ”Fördubblad andel dagligrökare”. År 2060 uppgår det kumulativa antalet ytterligare sjukdomsfall till cirka 100 200 år 2060, vilket motsvarar cirka 2 900 nya fall per år, jämfört med basscenariot.

Figur 4 Kumulativ skillnad i antal framtida fall av sjukdom, basscenario jämfört med alternativa scenarier



Framskrivning av framtida dödsfall

Här redovisas skillnaderna i framtida dödsfall mellan basscenariot och de två alternativa scenarierna. I beräkningarna inkluderas de dödsfall som sker i modellens sjukdomsgrupper cancer, hjärt-kärlsjukdom och samsjuklighet, oavsett dödsorsak. Resultaten avser alltså all cause mortality (dödlighet av alla orsaker) och inte dödsorsaksspecifik dödlighet.

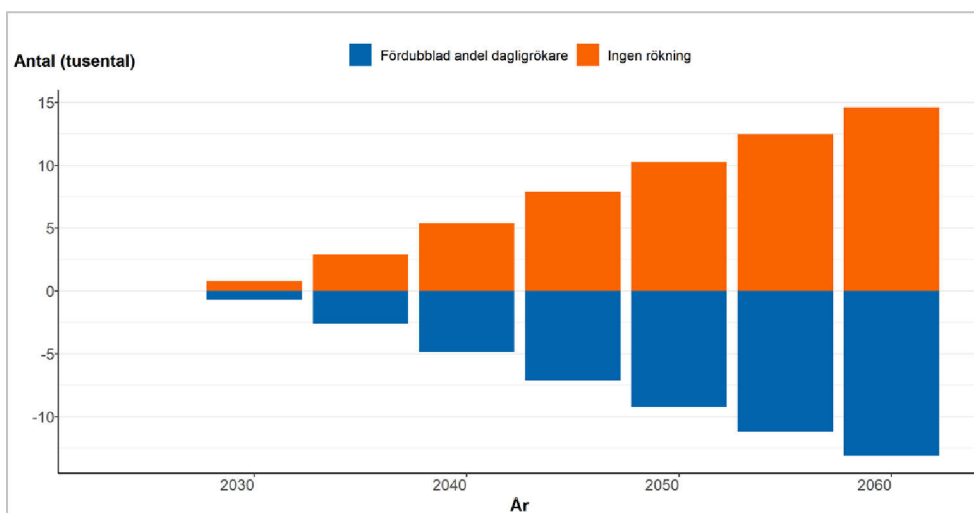
Resultat för scenario 1: ingen daglig tobaksrökning, nya dödsfall

Antalet undvikna dödsfall beräknas som den kumulativa skillnaden i antalet avlidna per år mellan basscenariot jämfört med scenariot med 0 procent i befolkningen som röker tobak dagligen från 2027. Resultatet visas i figur 5, ”Ingen rökning”. År 2026 uppgår det kumulativa antalet undvikna dödsfall till cirka 14 600, vilket motsvarar cirka 430 undvikna dödsfall per år.

Resultat för scenario 2: fördubblad daglig tobaksrökning, nya dödsfall

I Figur 5 visas även den kumulativa skillnaden i årliga dödsfall mellan basscenariot med dagens förekomst av daglig tobaksrökning och scenariot, med fördubblade nivåer från 2027. År 2060 uppgår det kumulativa antalet ytterligare dödsfall till cirka 13 100 dödsfall, vilket motsvarar cirka 390 ytterligare dödsfall per år.

Figur 5. Kumulativ skillnad i antal framtida dödsfall, basscenario jämfört med alternativa scenarier.



Redovisning av gravidas bruk samt tobaksrelaterade vårdkontakter

I nedanstående avsnitt redovisas de delar av uppdraget som Socialstyrelsen ansvarat för som gäller gravidas tobaksrökning och snusning och antal vårdkontakter vid sjukdomar som kan ha samband med tobaksbruk. Socialstyrelsen har inte statistik över antal vårdkontakter orsakade av tobaks- och nikotinprodukter uppdelat per produktkategori, så det finns inte kunskap om hur många av dessa vårdkontakter som är direkt eller indirekt orsakade av tobaks- och nikotinprodukter. För att kunna redovisa detta krävs dels en ökad kunskap kring risker och skadeverkningar av tobak och nikotin dels uppgifter om patienternas tobaks- och nikotinbruk per produktkategori. Nyttan av att samla in uppgift om alla patienters användning av olika tobaks- och nikotinprodukter på individnivå till patientregistret är dock tveksam.

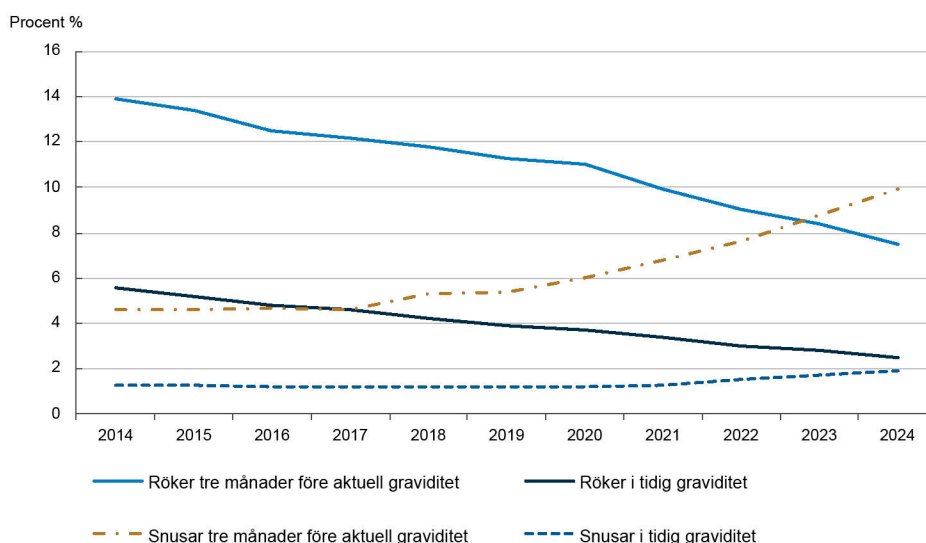
Se separat avsnitt om utvecklingen av statistikunderlaget i slutet av rapporten.

Tobaksanvändning vid graviditet och hälsorisker

Under 2024 rökte 2,5 procent under den tidiga graviditeten, vilket motsvarar drygt 2 200 kvinnor. Andelen kvinnor som röker under tidig graviditet har minskat med tiden, år 2014 rökte 5,6 procent under tidig graviditet. Det är också många som slutar röka när de blir gravida, 2024 var det 13,9 procent som rökte tre månader före graviditet. Andelen som rökte före graviditeten har också minskat över tid.

Under 2024 snusade 1,9 procent under den tidiga graviditeten, vilket motsvarar närmare 1 800 kvinnor. Andelen som snusar under tidig graviditet har ökat något under de senaste åren men det är också många som slutar snusa när de blir gravida. Det är framför allt andelen som snusar före graviditeten som ökat över tid (fig. 1).

Figur 1. Andel (%) gravida som rök eller snusat före och under tidig graviditet, 2014–2024.



Källa: Medicinska födelseregistret (MFR), Socialstyrelsen

Både rökning och snusning är vanligare bland yngre gravida än bland äldre, framför allt bland dem som 24 år eller yngre (tab. 1). Andelen som röker under tidig graviditet har minskat över tid inom alla åldersgrupper, medan andelen som snusar under den tidiga graviditet har ökat något över tid inom alla åldersgrupper.

Tabell 1. Tobaksbruk före och under tidig graviditet 2024, uppdelat på kvinnans ålder.

Ålder	Röker före graviditet		Röker tidig graviditet		Snusar före graviditet		Snusar tidig graviditet	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
-24 år	1 153	17,5	378	5,7	1 016	14,6	246	3,5
25–29 år	1 965	8,9	584	2,6	2 664	11,6	403	1,8
30–34 år	2 137	5,9	702	1,9	3 621	9,5	644	1,7
35–39 år	1 108	5,8	446	2,3	1 605	8,1	389	2
40+ år	293	6,4	108	2,4	261	5,5	84	1,8

Källa: Medicinska födelseregistret (MFR), Socialstyrelsen

Risker under graviditet och för det nyfödda barnet

Kunskapssammanställningen som Folkhälsomyndigheten redovisade 2023

(Kunskap om tobaks- och nikotinprodukters skadeverkningar.

Folkhälsomyndighetens återredovisning av regeringsuppdrag 2023) visade att

tobaksrökning under graviditeten bland annat ökar risken för dödföddhet, missfall och utomkvedshavandeskap. Vidare ökar risken för komplikationer för det nyfödda barnet såsom vissa medfödda missbildningar, nedsatt lungfunktion och låg födelsevikt. Det finns även en ökad risk för plötslig spädbarnsdöd under det första levnadsåret. Sammanställningen visade också att snus användning under graviditeten kan öka risken för komplikationer såsom för tidig födsel eller att fostret dör i livmodern. Snusning under graviditeten kan även leda till störningar i andningsregleringen hos det nyfödda barnet.

Nedan redovisas dödföddhet och låg födelsevikt uppdelat på moderns tobaksbruk under tidig graviditet. För utomkvedshavandeskap och spontanabort redovisas antal vårdkontakter medan plötslig spädbarnsdöd inte redovisas i denna rapportering på grund av små tal i underlaget.

Dödföddhet

Med dödföddhet avses när ett foster dör i livmodern under graviditet eller under förlossningen från och med graviditetsvecka 22. Under de senaste 5 åren har andelen dödfödda foster minskat och år 2024 var andelen omkring 3 per 1 000 födslar, vilket är en mycket låg nivå även i internationellt perspektiv. Den högsta andelen av dödföddhet ses bland mödrar som röker minst 10 cigaretter per dag under graviditeten (cirka 6,7 dödfödda barn per 1 000).

Tabell 2. Dödföddhet och tidig dödlighet uppdelat på kvinnans tobaksvanor. Dödlighet bland barn i relation till kvinnans tobaksvanor vid inskrivning i mödrahälsovård (graviditetsvecka 8–12), 2020–2024

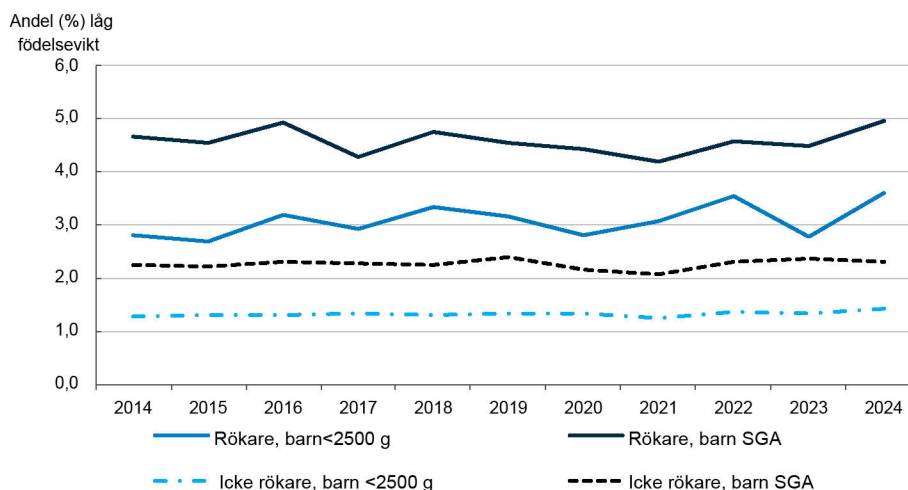
	Dödföddhet, per 1 000 födda	Neonatal dödlighet 0–27 dygn, per 1 000 levande födda	Dödlighet inom ett år, per 1 000 levande födda
Röker 1–9 cigaretter/dag	4,2	2,3	2,9
Röker 10 eller fler cigaretter/dag	9,1	4,4	6,4
Snusar	4,4	0,8	1,9
Varken röker eller snusar	2,9	1,1	1,6

Källa: Medicinska födelseregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

Låg födelsevikt

Under 2024 föddes 4,2 procent med låg födelsevikt (<2500 g), vilket motsvarar ca. 4 000 barn och 2,5 procent (ca. 2 300 barn) var små vid födelsen i förhållande till andra barn och graviditetslängd (SGA – small for gestational age). Det har inte skett några större förändringar i andelen barn sen 2014. Andelen barn med låg födelsevikt och SGA är vanligare bland kvinnor som röker under den tidiga graviditeten jämfört med dem som inte röker (fig. 2).

Figur 2. Andel (%) barn med låg födelsevikt (<2500 g) resp. SGA uppdelat på kvinnans tobaksbruk, 2014–2024.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Den högre andelen barn med låg födelsevikt och som är små i förhållande till andra barn gäller framför allt bland kvinnor som röker 10 eller fler cigaretter per dag (tab. 3)

Tabell 3. Andel (%) barn med låg födelsevikt (<2500 g) och SGA uppdelat på kvinnans tobaksbruk, 2024.

	Låg födelsevikt (<2500 g)	SGA – Small for Gestational Age
Röker inte	1,4	2,3
Röker 1–9 cigaretter/dag	3,3	4,6
Röker 10 eller fler cigaretter/dag	4,8	6,5

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Utomkvedshavandeskap och spontanabort

I detta avsnitt redovisas antal vårdkontakter vid utomkvedshavandeskap och spontanabort som kan ha kopplingar till tobaksbruk men vi vet inte hur många av dessa vårdkontakter som är direkt eller indirekt orsakade av tobaks- och nikotinprodukter.

Under 2024 förekom drygt 2 000 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården och 1 500 vårdtillfällen inom slutenvården vid utomkvedshavandeskap, fördelat på närmare 1 800 patienter. Drygt 10 700 besök och ca. 1 400 vårdtillfällen förekom vid spontanabort, fördelat på drygt 8 600 patienter år 2024. Antal vårdkontakter är flest i åldersgruppen 30–34 år vid såväl utomkvedshavandeskap som spontanabort.

Tabell 4. Antal vårdkontakter vid utomkvedshavandeskap och spontanabort år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård och ålder.

	Besök spec. öppenvård		Vårdtillfällen	
	Utomkvedshavandeskap	Spontanabort	Utomkvedshavandeskap	Spontanabort
-24 år	179	661	128	107
25–29	442	1 831	335	217
30–34	743	3 580	551	474
35–39	525	3 055	378	396
40+ år	164	1 598	131	201
Totalt	2 053	10 725	1 523	1 395

ICD-10 kod: Utomkvedshavandeskap O00, Spontanabort O03

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Antal tobaksrelaterade vårdkontakter

I detta kapitel redovisas antal vårdkontakter för några sjukdomar som kan ha kopplingar till tobaksbruk men vi vet inte hur många av dessa vårdkontakter som är direkt eller indirekt orsakade av tobaks- och nikotinprodukter. De tobaks- och nikotinrelaterade skadeverkningar som redovisas här baseras på kunskapssammanställningen om tobaks- och nikotinprodukters skadeverkningar som Folkhälsomyndigheten redovisade 2023.

Patientregistret (PAR) hos Socialstyrelsen innehåller en stor mängd information om vårdkontakter inom den specialiserade öppenvården (läkarbesök) och slutenvård (vårdtillfällen) orsakade av olika typer av skador och medicinska tillstånd. I PAR finns information om flertalet av de sjukdomar eller medicinska tillstånd som vanligtvis förknippas med en ökad förekomst på grund av tobaksbruk. Några sjukdomar och tillstånd täcks dock mindre bra eftersom PAR idag inte har stöd för att behandla uppgifter om vårdkontakter inom primärvården. Detta gäller till exempel hypertoni och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som är en av de vanligaste sjukdomarna som orsakas av tobaksrökning och där många vårdkontakter sker inom ramen för primärvården.

Det finns relativt mycket kunskap om tobaksrökningens skadeverkningar. Informationen om indirekta effekter av rökning samt hälsoeffekterna av snus och andra nikotinprodukter är dock mer begränsad. Även om det finns tydliga och påvisade kopplingar mellan tobaksrökning och vissa sjukdomar som till exempel lungcancer och kranskärlsjukdomar så finns det ibland vissa oklarheter kring mer exakt vilka andra skador och medicinska tillstånd som har tydliga och vetenskapligt påvisade kopplingar till tobaks- och nikotinanvändning.

Redovisningen av antal vårdkontakter som följer är inte uppdelad på olika tobaks- och nikotinprodukter eftersom denna information inte finns att tillgå i PAR. Antal vårdkontakter på grund av toxiska effekter av tobak och nikotin, beroende och abstinens redovisas inte heller på grund av små tal i underlaget. Det är inte så många patienter som registreras för vård på grund av detta inom slutenvården och den specialiserade öppenvården.

Förändringar i antal vårdkontakter över tid nämns men redovisas inte mer i detalj eftersom eventuella förändringar kan bero på en mängd olika faktorer som inte behöver ha med tobaks- och nikotinanvändningen att göra. För att följa prognoser för insjuknande och dödlighet över tid för olika cancerformer, se Socialstyrelsens analysverktyg – [Cancer i Sverige](#).

Cancer

Tobaksrökning är den enskilt största riskfaktorn för lungcancer och ökar risken även för andra cancerformer. Information om vilka dessa andra cancerformer är kan dock variera. Till exempel anger World Cancer Research Fund (WCRF) 10 olika rökrelaterade cancerformer (5) och Cancerfonden nämner att rökning ökar risken för över 20 olika cancerformer (6). En systematisk litteraturöversikt, utförd av Regionala cancercentrum 2021, visade att sambandet mellan rökning och cancer är starkast vid lungcancer och larynxcancer, följt av andra maligniteter i huvud-halsregionen, urinblåsecancer samt övre gastrointestinala maligniteter (7).

Kunskaps sammanställningen som Folkhälsomyndigheten redovisade 2023 visade att tobaksrökning, utöver lungcancer, även ökar risken för många andra cancerformer såsom cancer i matstrupe, magsäck, tjock-och ändtarm, urinblåsa, njurar och bukspottkörtel. Kunskaps sammanställningen visade också att sambandet mellan snusning och cancer inte är helt entydigt. Några studier tyder på en ökad

risk för enskilda cancerformer, såsom cancer i ändtarm. Personer som snusar tycks också ha en ökad risk för att dö efter en cancerdiagnos jämfört med personer som inte snusar (8).

Under 2024 förekom totalt närmare 48 000 vårdkontakter inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för lungcancer, närmare 15 000 vårdkontakter för cancer i munhåla, svalg eller struphuvud, drygt 37 000 vårdkontakter för cancer i matstrupe, magsäck eller bukspottkörtel, cirka 36 000 vårdkontakter för cancer i urinblåsan och njurar samt närmare 54 000 vårdkontakter för cancer i tjock- och ändtarm.

Tabell 5. Antal vårdkontakter vid rökrelaterade cancerformer år 2024

	Antal besök specialiserad öppenvård	Antal vårdtillfällen i slutenvård	ICD-10 kod
Lungcancer	42 422	5 347	C34
Cancer i munhåla, svalg och struphuvud	12 705	1 975	C00-C14, C32
Cancer i matstrupe, magsäck och bukspottkörtel	31 167	6 108	C15-C16, C25
Cancer i urinblåsa och njurar	31 141	4 856	C67, C64-C65
Cancer i tjock- och ändtarm	44 461	9 316	C18-C20
<i>Totalt</i>	<i>161 896</i>	<i>27 602</i>	

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Jämfört med 2014 har det totala antalet vårdkontakter för framför allt cancer i urinblåsan minskat men även för cancer i munhåla, svalg eller struphuvud. Däremot har det totala antalet vårdkontakterna vid både lungcancer, cancer i matstrupe, magsäck och bukspottkörtel, njurar och cancer i tjock- och ändtarm ökat. Det är särskilt besöken inom den specialiserade öppenvården som ökat medan antalet vårdtillfällen minskat för flera av de rökrelaterade cancerformerna. Dessa minskade respektive ökade antal vårdkontakter kan bero på en mängd faktorer som inte studeras närmare inom ramen för denna redovisning.

Lungcancer

Under 2024 förekom drygt 5 000 vårdtillfällen och drygt 42 000 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på närmare 12 000 patienter ca. 7 000 kvinnor och 5 000 män med lungcancer.

Antalet läkarbesök inom den specialiserade öppenvården är högre för kvinnor än män (drygt 24 500 resp. 17 500 besök), medan antalet vårdtillfällen inom slutenvården inte uppvisar lika stora skillnader mellan kvinnor och män (ca. 3 000 resp. 2 250).

Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen förekommer i åldersgruppen 65–79, följt av åldersgruppen 80 år och äldre. Detta gäller för både kvinnor och män (tab. 6).

Tabell 6. Antal vårdkontakter vid lungcancer år 2024, uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	23	7	30	7	x	9
30–44	260	264	524	26	21	47
45–64	3 258	4 298	7 556	350	508	858
65–79	9 978	14 369	24 347	1 220	1 774	2 994
80+	4 238	5 727	9 965	651	788	1 439
<i>Totalt</i>	<i>17 757</i>	<i>24 665</i>	<i>42 422</i>	<i>2 254</i>	<i>3 093</i>	<i>5 347</i>

X = 5 eller färre vårdkontakter.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Cancer i munhåla, svalg och struphuvud

Under 2024 förekom närmare 2 000 vårdtillfällen och 13 000 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på drygt 3 000 patienter, ca. 1 000 kvinnor och 2 000 män med cancer i munhåla, svalg eller struphuvud. Det är framför allt malign tumör i struphuvudet, tonsillerna och tungbasen som är vanligare hos män jämfört med kvinnor. Både antalet läkarbesök inom den specialiserade öppenvården och antalet vårdtillfällen är högre för män än kvinnor (tab. 7). Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen förekommer i åldersgruppen 65–79, detta gäller för både kvinnor och män.

Tabell 7. Antal vårdkontakter vid cancer i munhåla, svalg eller struphuvud år 2024. Antal vårdkontakter uppdelade efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	72	72	144	10	9	19
30–44	243	134	377	54	23	77
45–64	2 755	1 201	3 956	327	172	499
65–79	3 880	2 174	6 054	585	398	983
80+	1 343	831	2 174	227	170	397
<i>Totalt</i>	<i>8 293</i>	<i>4 412</i>	<i>12 705</i>	<i>1 203</i>	<i>772</i>	<i>1 975</i>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Cancer i matstrupe, magsäck eller bukspottkörtel

Under 2024 förekom drygt 6 000 vårdtillfällen och drygt 31 000 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på drygt 7 500 patienter, ca. 3 200 kvinnor och 4 300 män, med cancer i matstrupe, magsäck eller bukspottkörtel. Ökningen av antal vårdkontakter vid cancer i matstrupe, magsäck eller bukspottkörtel över tid gäller antal besök inom den specialiserade öppenvården, antalet vårdtillfällen inom slutenvården har däremot minskat jämfört med 2014.

Antalet läkarbesök inom den specialiserade öppenvården är högre för män (ca. 17 500 besök) än för kvinnor (ca. 13 600 besök), medan antalet vårdtillfällen inom slutenvården inte uppvisar lika stora skillnader mellan män (3 400 vårdtillfällen) och kvinnor (ca. 2 700 vårdtillfällen). Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen förekommer i åldersgruppen 65–79, gäller för både kvinnor och män (tab. 8).

Tabell 8. Antal vårdkontakter vid cancer i matstrupe, magsäck eller bukspottkörtel år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	27	27	54	4	7	11
30–44	313	370	683	48	61	109
45–64	4 302	3 282	7 584	733	531	1 264
65–79	9 433	7 119	16 552	1 726	1 303	3 029
80+	3 459	2 835	6 294	889	806	1 695
<i>Totalt</i>	<i>17 534</i>	<i>13 633</i>	<i>31 167</i>	<i>3 400</i>	<i>2 708</i>	<i>6 108</i>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Cancer i urinblåsan och njurar

Under 2024 förekom drygt 4 800 vårdtillfällen inom slutenvården och 31 100 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på drygt 13 000 patienter ca. 9 500 män respektive 3 500 kvinnor med cancer i urinblåsan eller njurar.

Antalet besök inom den specialiserade öppenvården är således också högre för män (ca. 22 500) än för kvinnor (ca. 8 600) år 2024. Antalet vårdtillfällen är också fler för män (ca. 3 400) än för kvinnor (ca. 1 400).

Tabell 9. Antal vårdkontakter vid cancer i urinblåsan och njurar år 2024. Antal vårdkontakter uppdelade efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	80	149	229	38	41	79
30–44	284	158	442	45	15	60
45–64	3 841	1 446	5 287	510	197	707
65–79	11 191	4 251	15 442	1 615	631	2 246
80+	7 117	2 624	9 741	1 257	507	1 764
<i>Totalt</i>	<i>22 513</i>	<i>8 628</i>	<i>31 141</i>	<i>3 465</i>	<i>1 391</i>	<i>4 856</i>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen förekommer i åldersgruppen 65–79, gäller för både kvinnor och män (tab. 9).

Cancer i tjock- och ändtarm

Under 2024 förekom drygt 9 300 vårdtillfällen inom slutenvården och närmare 44 500 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på drygt 13 300 patienter ca 7 200 män respektive 6 000 kvinnor med cancer i tjock- och ändtarm.

Antalet besök inom den specialiserade öppenvården är något högre för män (ca. 24 500) än för kvinnor (ca. 20 000) år 2024, likväl som antalet vårdtillfällen (män ca. 4 800 och kvinnor ca. 4 500).

Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen förekommer i åldersgruppen 65–79, vilket gäller för både kvinnor och män.

Tabell 10. Antal vårdkontakter vid cancer i tjock- och ändtarm år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	57	131	188	10	8	18
30–44	858	745	1 603	127	122	249
45–64	6 959	5 735	12 694	1 115	930	2 045
65–79	11 778	8 863	20 641	2 198	1 854	4 052
80+	4 814	4 521	9 335	1 394	1 558	2 952
<i>Totalt</i>	<i>24 466</i>	<i>19 995</i>	<i>44 461</i>	<i>4 844</i>	<i>4 472</i>	<i>9 316</i>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Tobaksrökning är en av de främsta orsakerna till KOL (ICD-10 kod J44). Under 2024 förekom närmare 14 200 vårdtillfällen inom slutenvården och närmare 26 000 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på drygt 19 200 patienter ca. 7 900 män respektive 11 300 kvinnor med KOL.

Antalet besök inom den specialiserade öppenvården är också högre för kvinnor (ca. 15 500) än män (ca. 10 500) år 2024, likväl som antalet vårdtillfällen (kvinnor ca. 8 800 och män ca. 5 300). Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen förekommer i åldersgruppen 65–79, vilket gäller för både kvinnor och män.

Tabell 11. Antal vårdkontakter vid KOL år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	82	53	135	8	6	14
30–44	41	41	82	7	x	9
45–64	1 517	2 096	3 613	456	636	1 092
65–79	5 437	8 189	13 626	2 635	4 270	6 905
80+	3 383	5 119	8 502	2 259	3 914	6 173
<i>Totalt</i>	<i>10 460</i>	<i>15 498</i>	<i>25 958</i>	<i>5 365</i>	<i>8 828</i>	<i>14 193</i>

X=5 eller färre

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Hjärt-kärlsjukdomar och diabetes typ 2

Kunskapssammanställningen som Folkhälsomyndigheten redovisade 2023 visade att tobaksrökning påverkar hjärta och kärl negativt och ökar risken för att utveckla hypertoni (högt blodtryck), hjärtinfarkt och stroke. Tobaksrökning påskyndar dessutom utvecklingen av ateroskleros (åderförkalkning), som i sin tur ökar risken för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar. Dessutom ökar tobaksrökning risken för diabetes typ 2, som är en känd riskfaktor för hjärt-kärlsjukdomar, och personer som snusar kan ha en förhöjd risk att insjukna i diabetes typ 2 jämfört med de som inte snusar. Den ökade risken ses framför allt vid konsumtion av fler än fyra dosor i veckan. Kunskapssammanställningen visade också att personer som inte röker men som utsätts för tobaksrök inomhus har ökad risk för kranskärlsjukdomar (till exempel hjärtinfarkt). Snusning kan påverka hjärta och kärl genom att minska kärlets förmåga att vidgas och höja blodtrycket. Det är dock inte klarlagt om det finns något samband mellan snusning och insjuknande i hjärtinfarkt eller stroke. Däremot tycks personer som snusar ha en ökad risk för att dö inom det första dygnet efter en hjärtinfarkt jämfört med de som inte snusar. De tycks även ha en förhöjd risk för att dö efter en stroke vid en uppföljningstid på i snitt 17 år.

Under 2024 förekom totalt drygt 38 000 vårdkontakter inom slutenvård och/eller specialiserad öppenvård för hypertoni (högt blodtryck), ca. 97 500 vårdkontakter för ischemisk hjärtsjukdom (kranskärlssjukdom), närmare 43 000 vårdkontakter för stroke, 22 300 vårdkontakter för ateroskleros (åderförkalkning) och närmare 80 700 vårdkontakter för diabetes mellitus typ 2.

Jämfört med 2014 har det totala antalet vårdkontakter för framför allt ischemiska hjärtsjukdomar minskat men även för diabetes typ 2, medan vårdkontakterna vid både ateroskleros och stroke inte nämnvärt förändrats. Förändringar av antal vårdkontakter över tid kan bero på en mängd faktorer som inte studeras inom ramen för denna rapport.

Tabell 12. Antal vårdkontakter vid tobaksrelaterade hjärt-kärlsjukdomar samt diabetes typ 2, år 2024

	Antal besök specialiserad öppenvård	Antal vårdtillfällen i slutenvård	ICD-10 kod
Hypertoni	35 595	2 418	I10-I15
Ischemisk hjärtsjukdom	63 185	34 363	I20-I25
Stroke	15 212	27 748	I61, I63-I64
Ateroskleros	16 717	5 584	I70
Diabetes mellitus typ 2	76 584	4 102	E11
<i>Totalt</i>	<i>207 293</i>	<i>74 215</i>	

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Hypertoni (högt blodtryck)

En stor del av vårdkontakterna gällande hypertoni sker inom primärvården och saknas i denna redovisning.

Under 2024 förekom drygt 2 400 vårdtillfällen inom slutenvården och närmare 35 600 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på närmare 28 400 patienter ca 14 500 män respektive 13 900 kvinnor med hypertoni.

Antalet besök inom den specialiserade öppenvården är något högre för män (ca. 18 400) än kvinnor (ca. 17 200) år 2024, medan antalet vårdtillfällen för kvinnor (ca. 1 300) är något högre än för män (ca. 1 000). Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen för män förekom i åldersgruppen 45–64, medan kvinnor har flest antal besök i specialiserade öppenvården i åldern 65–79 och flest antal vårdtillfällen i åldern 80 år eller äldre (tab. 13).

Tabell 13. Antal vårdkontakter vid hypertoni år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	648	570	1 218	21	25	46
30–44	1 645	1 235	2 880	115	72	187
45–64	7 192	4 738	11 930	376	240	616
65–79	6 645	6 842	13 487	328	444	772
80+	2 234	3 846	6 080	246	551	797
<i>Totalt</i>	<i>18 364</i>	<i>17 231</i>	<i>35 595</i>	<i>1 086</i>	<i>1 332</i>	<i>2 418</i>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Ischemisk hjärtsjukdom (kranskärlssjukdom)

Under 2024 förekom drygt 34 300 vårdtillfällen inom slutenvården och närmare 63 200 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på drygt 54 900 patienter ca. 38 800 män respektive 16 000 kvinnor med ischemisk hjärtsjukdom.

Antalet besök inom den specialiserade öppenvården är högre för män (ca. 45 700) än kvinnor (ca. 17 400) år 2024, antalet vårdtillfällen är också högre för män (ca. 24 200) jämfört med kvinnor (ca. 10 100). Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen förekommer i åldersgruppen 65–79 både bland män och kvinnor.

Tabell 14. Antal vårdkontakter vid ischemisk hjärtsjukdom år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	48	24	72	21	10	31
30–44	816	233	1 049	449	105	554
45–64	13 477	4 188	17 665	7 099	1 858	8 957
65–79	22 936	8 540	31 476	11 283	4 369	15 652
80+	8 472	4 451	12 923	5 357	3 812	9 169
<i>Totalt</i>	<i>45 749</i>	<i>17 436</i>	<i>63 185</i>	<i>24 209</i>	<i>10 154</i>	<i>34 363</i>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Stroke

Under 2024 förekom drygt 27 700 vårdtillfällen inom slutenvården och 15 200 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på drygt 24 700 patienter ca 13 400 män respektive 11 300 kvinnor med stroke.

Antalet besök inom den specialiserade öppenvården är något högre för män (ca. 8 600) än kvinnor (ca. 6 600) år 2024, likväl som antalet vårdtillfällen (män ca. 14 900 och kvinnor ca. 12 800).

Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen för män förekommer i åldersgruppen 65–79, medan kvinnor har flest antal besök i specialiserade öppenvården och flest antal vårdtillfällen i åldern 80 år eller äldre.

Tabell 15. Antal vårdkontakter vid stroke år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	193	202	395	129	95	224
30–44	468	300	768	344	220	564
45–64	2 824	1 607	4 431	2 928	1 422	4 350
65–79	3 128	2 155	5 283	6 283	4 634	10 917
80+	2 002	2 333	4 335	5 238	6 455	11 693
<i>Totalt</i>	<i>8 615</i>	<i>6 597</i>	<i>15 212</i>	<i>14 922</i>	<i>12 826</i>	<i>27 748</i>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Ateroskleros (åderförkalkning)

Under 2024 förekom närmare 5 600 vårdtillfällen inom slutenvården och 16 700 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på drygt 9 100 patienter ca 4 900 män respektive 4 200 kvinnor med ateroskleros.

Antalet besök inom den specialiserade öppenvården är något högre för män (ca. 9 200) än kvinnor (ca. 7 400) år 2024, likväl som antalet vårdtillfällen (män ca. 3 000 och kvinnor ca. 2 500). Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen för män förekommer i åldersgruppen 65–79, medan kvinnor har flest antal besök i specialiserade öppenvården och flest antal vårdtillfällen i åldern 80 år eller äldre.

Tabell 16. Antal vårdkontakter vid ateroskleros år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–29	x	15	18	x	7	10
30–44	19	11	30	9	x	11
45–64	877	565	1 442	277	165	442
65–79	4 500	2 982	7 482	1 431	939	2 370
80+	3 861	3 884	7 745	1 334	1 417	2 751
<i>Totalt</i>	<i>9 260</i>	<i>7 457</i>	<i>16 717</i>	<i>3 054</i>	<i>2 530</i>	<i>5 584</i>

X=5 eller färre.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Diabetes mellitus typ 2

Under 2024 förekom drygt 4 100 vårdtillfällen inom slutenvården och 76 500 läkarbesök inom den specialiserade öppenvården, fördelat på närmare 39 000 patienter, 24 300 män respektive 14 600 kvinnor med diabetes typ 2.

Antalet besök inom den specialiserade öppenvården är högre för män (ca. 49 300) än kvinnor (ca. 27 300) år 2024, likväl som antalet vårdtillfällen (män ca. 2 500 och kvinnor ca. 1 500).

Flest antal besök inom specialiserad öppenvård och antal vårdtillfällen för män förekommer i åldersgruppen 65–79, kvinnor har också flest antal besök i specialiserade öppenvården i åldersgruppen 65–79 men flest antal vårdtillfällen i åldern 80 år eller äldre.

Tabell 17. Antal vårdkontakter vid diabetes typ 2 år 2024. Uppdelat efter öppen specialiserad vård och slutenvård, kön och ålder.

Ålder	Besök spec. öppenvård			Vårdtillfällen		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
0–17	139	268	407	6	11	17
18–29	400	436	836	24	19	43
30–44	2 249	1 577	3 826	125	74	199
45–64	16 929	8 423	25 352	550	278	828
65–79	21 943	11 474	33 417	1 064	548	1 612
80+	7 652	5 094	12 746	793	610	1 403
<i>Totalt</i>	<i>49 312</i>	<i>27 272</i>	<i>76 584</i>	<i>2 562</i>	<i>1 540</i>	<i>4 102</i>

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Förslag på hur statistik kan tas fram och tillgängliggöras

Uppgifter om prevalenser för tobaks- och nikotinsnus

CAN:s nationella skolundersökning – som är den huvudsakliga enkäten för att följa tobaks- och nikotinbruk bland skolelever – saknar för närvarande möjlighet att redovisa användningen av snus uppdelat på tobakssnus och nikotinsnus bland barn och unga. Detta gäller exempelvis uppgifter om:

- 12-månadersprevalens (användning de senaste 12 månaderna),
- användningsfrekvens (daglig eller sporadisk användning).

Dialoger med skolelever om frågorna i CAN:s nationella skolundersökning visar att ungdomar:

- har svårt att skilja mellan nikotinsnus och tobakssnus,
- associerar ordet "snus" med nikotinsnus, som är den vanligaste snussorten i denna åldersgrupp (9).

Därför har frågorna om snusning och olika snussorter förtydligats. Sedan 2024 mäts förekomst och användningsfrekvens för alla snussorter samlat i CAN:s nationella skolundersökning. Uppgifter om vilken typ av snus som används ("vitt snus med nikotin", "brunt snus med nikotin" och "nikotinfritt snus") samlas in men frågorna är utformade så att det inte går att särskilja prevalens och användningsfrekvens för de som använder flera snussorter.

För att fånga användningen av de olika produkterna på en mer detaljerad nivå måste frågorna justeras. De behöver även testas på målgruppen. Detta för att säkerställa att de mäter det som avses. Behovet av justeringar bör dock vägas mot en ökning av antalet frågor i formuläret.

Folkhälsomyndigheten kommer inleda en dialog med CAN för att undersöka möjligheten att ändra frågorna om snusning i CAN:s nationella skolundersökning, så att användningen av tobakssnus och nikotinsnus kan särskiljas på en mer detaljerad nivå.

Uppgifter i medicinska födelseregistret och patientregistret

Medicinska födelseregistret (MFR)

I MFR finns idag uppgift om gravida kvinnors tobaksrökning och snusning. Socialstyrelsen föreslog 2022 författningsändringar som innebär att medicinska födelseregistret utvidgas med uppgifter om nikotinprodukter (1). Dessa författningsförslag har dock inte genomförts så i dagsläget har inte Socialstyrelsen möjlighet att följa effekten av olika tobak- och nikotinprodukter under graviditet. Förordning (2001:708) om medicinskt födelseregister hos Socialstyrelsen

specificerar idag 4 § 1 att bruk av tobak får samlas in. För att möjliggöra en utökad uppgiftsinsamling till MFR behöver förordningen ändras till att tillåta insamling av och åtskillnad av tobaks- och nikotinbruk.

Patientregistret (PAR)

I PAR finns idag uppgifter om antal vårdkontakter inom slutenvård och öppenvård specialiserad vård och Socialstyrelsen håller nu på med ett förberedande arbete för att samla in uppgifter även från primärvården. Det finns även uppgifter om vårdkontakter på grund av toxiska effekter av tobak och nikotin, tobaksberoende och abstinens samt rådgivning vid tobaksbruk. Men eftersom det inte är så många patienter som registreras för vård av detta, inom slutenvården och den specialiserade öppenvården, redovisas inte dessa uppgifter i denna rapport.

Bedömning av ökad uppgiftsinsamling

Socialstyrelsen bedömer inte att det finns några behov av att föreslå nya diagnoskoder. I ICD-10 (internationella klassifikationen av sjukdomar) finns endast uppgifter om beroende och abstinens på grund av tobak. I den senaste revideringen av klassifikationen, ICD-11, finns däremot uppgifter om beroende och abstinens även på grund av nikotin. Om vi i Sverige går över från ICD-10 till ICD-11 och om insamlingen till PAR framöver utökas med uppgifter från primärvården ökar möjligheten att även kunna redovisa uppgifter om beroende och abstinens uppdelat på tobak och nikotin. I ICD-11 finns även uppgift om otillräcklig lungfunktion hos nyfödda, vilket riskerar att utvecklas vid tobaks- och nikotinbruk (hos modern), men som idag inte finns i ICD-10 och därmed inte i PAR.

För att kunna redovisa antal vårdkontakter uppdelade på olika tobaks- och nikotinprodukter med patientregistret som källa krävs att hälso- och sjukvårdspersonalen frågar alla patienter och dokumenterar i journalsystemet vilken typ av produkter patienterna använder. För att säkerställa att uppgifter om användning både av tobak och nikotin under graviditet gäller detta även hälso- och sjukvårdspersonalen inom mödravården.

Socialstyrelsen bedömer inte att det är lämpligt att genomföra en utökad uppgiftsinsamling av tobaks- och nikotinanvändning på individnivå till patientregistret eftersom det innebär en ökad arbetsinsats och administrativ börda för hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket riskerar undantränga tid för vård av patienten. Tidigare erfarenheter av att försöka samla in uppgifter i form av produktanvändning till hälsodataregistren har också visat på risk för bristande kvalitet i statistiken. Riskerna för kvalitetsbrister härrör framför allt från att det är svårt att få in den här typen av uppgifter från samtliga patienter både på grund av tidsbrist bland personalen och för att vissa patienter kan uppleva frågorna som integritetskränkande eller har svårt att förstå syftet med frågorna och därmed inte vill svara.

Alternativa tillvägagångssätt

Det är således viktigt att överväga alternativa tillvägagångssätt för att samla in denna typ av uppgifter. Ett alternativ skulle eventuellt kunna vara att patienterna själva uppger detta digitalt i samband med vårdkontakten vid incheckning. Detta alternativ adresserar dock endast till viss del personalens ökade arbetsbörda medan andra risker för bristande kvalitet på uppgifterna kvarstår. Detta alternativ behöver bland annat föregås av en undersökning av tillförlitligheten vid en dylik självregistrering och attityden till detta bland olika befolknings- och patientgrupper.

Socialstyrelsen föreslår att ett annat alternativ som kan övervägas är att inte samla in denna typ av uppgifter på individnivå till hälsodataregistren utan i stället på aggregerad nivå beräkna uppskattat antal vårdkontakter för skador och medicinska tillstånd orsakade av tobaks- och nikotinprodukter. För att kunna uppskatta antal vårdkontakter orsakade av tobak och nikotin behöver en statistisk modell utvecklas baserad på uppgifter om

1. prevalensen av tobaks- och nikotinanvändning i olika befolkningsgrupper uppdelat på produktkategorier t.ex. baserat på befintliga enkätundersökningar som undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) och den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor (HLV),
2. uppgifter om de relativa riskerna för skador och medicinska tillstånd orsakade av tobaks- och nikotinprodukter specificerat på typ av vetenskapligt påvisade skadeverkningar t.ex. olika typer av cancerformer eller specifika hjärt-kärlsjukdomar,
3. antal vårdkontakter i patientregistret för respektive specificerad skadeverkning.

Behov av förbättrat kunskapsunderlag

Utvecklingen av en statistisk modell för att skatta antalet vårdkontakter är beroende av tillgången till vetenskapligt underbyggda skattningar av relativa risker för sjukdomsincidens. Idag begränsas möjligheterna av det vetenskapliga underlaget, särskilt för tobakssnus och andra nikotinprodukter.

Myndigheterna bedömer att det begränsade kunskapsläget om tobakssnus och andra nikotinprodukter påverkar statistikframställning om skadeverkningar av dessa produkter, oavsett om uppgifterna hämtas från hälsoregister eller tas fram genom befolkningsundersökningar. När det gäller tobaksrökning finns det ett starkt vetenskapligt stöd om hälsoriskerna. Det är viktigt att fortsätta följa och kontinuerligt uppdatera kunskapsläget om hälsorisker med tobakssnus och nikotinprodukter.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Förslag på författningsändringar för medicinska födelseregistret. Stockholm; 2022.
2. Ordóñez-Mena JM, Schöttker B, Mons U, Jenab M, Freisling H, Bueno-de-Mesquita B, et al. Quantification of the smoking-associated cancer risk with rate advancement periods: meta-analysis of individual participant data from cohorts of the CHANCES consortium. *BMC Med.* 2016;14:62. DOI:10.1186/s12916-016-0607-5.
3. SCORE2 wg, ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal.* 2021;42(25):2439-54. DOI:10.1093/eurheartj/ehab309.
4. Statistikmyndigheten SCB. Sveriges framtida befolkning 2025-2070. Statistikmyndigheten SCB; 2025 [uppdaterad 2025-04-11; citerad 2026-02-24]. Hämtad från: <https://www.scb.se/publikation/57587>.
5. World Cancer Research Fund (WCRF). Smoking and cancer. World Cancer Research Fund (WCRF); 2026 [uppdaterad 2026; citerad 2026-02-27]. Hämtad från: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/topics/smoking-and-cancer/#which-cancers-are-linked-to-smoking>.
6. Cancerfonden. Statistik tobak. Cancerfonden; 2025 [uppdaterad 2025-10-14; citerad 2026-02-27]. Hämtad från: <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/riskfaktorer/tobak>.
7. Regionalt cancercentrum Mellansverige. Tobaksrökning och cancerbehandling. En systematisk litteraturöversikt och metaanalys med fokus på effekter på behandling och toxicitet. 2021. Hämtad från: https://cancercentrum.se/download/18.1ebb478a198e5fbc6033bf4/1756280512018/tobaksrokning-och-cancerbehandling_rapport_rcc-mellansverige.pdf.
8. Folkhälsomyndigheten. Kunskap om tobaks- och nikotinprodukters skadeverkningar – Återredovisning av regeringsuppdrag. Folkhälsomyndigheten; 2023 [citerad 2026-02-24]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/k/kunskap-om-tobaks--och-nikotinprodukters-skadeverkningar--aterredovisning-av-regeringsuppdrag/>.
9. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). CAN:s nationella skolundersökning 2024 [Internet]. Stockholm: CAN; 2024 [citerad 2026-02-27]. Hämtad från: <https://www.can.se/app/uploads/2024/11/can-rapport-230-cans-nationella-skolundersokning-2024.pdf>

Bilagor

Bilaga 1. Relativa risker för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar och cancer vid tobaksrökning

Bilaga 2. Hälsorisker av andra tobaks- och nikotinprodukter än tobaksrökning

Bilaga 3. Resultat prevalenser för tobaks och nikotinbruk

Bilaga 4. Anpassning av relativa risker för tobaksrökning i NCDSim

En mer detaljerad beskrivning av NCDSim kan beställas via e-post. Ange ärendenummer 04636–2025 och titeln: NCDSim – en simuleringsmodell för den framtida utvecklingen av icke-smittsamma sjukdomar.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. **Östersund** Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

www.folkhalsomyndigheten.se