

# Tobaksvanor och tobaksrelaterade sjukdomar

## Sammanfattning

I Sverige röker fortfarande knappt en miljon personer varje dag trots att rökningen har minskat under flera decennier. Numera röker 18 procent bland kvinnor och 14 procent bland män. På 1960-talet rökte omkring varannan man och var fjärde kvinna. Sedan början av 1990-talet har rökning varit vanligare bland kvinnor än bland män. Allt färre röker när de är gravida, men fortfarande röker 6 procent av de blivande mammorna.

Rökningen bland män började minska redan för trettio år sedan, och andelen rökare minskade kraftigt i alla åldersgrupper. Som en följd av den minskade rökningen har lungcancerdödligheten bland män minskat ända sedan början av 1980-talet. Likaså har hjärt- och kärl dödligheten minskat, och det har haft en avgörande betydelse för den snabba ökningen av mäns medellivslängd som skett under de senaste decennierna (se kapitlet Folkhälsan i översikt).

Bland kvinnor fortsätter lungcancerdödligheten att öka. Det beror på att andelen rökare inte har minskat på flera decennier bland kvinnor i åldrarna över 45 år. Dessutom har andelen före detta rökare ökat bland medelålders och äldre kvinnor. Först sedan mitten av 1990-talet syns en viss minskning av andelen rökare i åldern 45–64 år. I åldern 65–84 år har andelen rökare varit oförändrad de senaste tjugo åren.

Bland yngre kvinnor har däremot andelen rökare minskat stadigt de senaste decennierna. Lungcancerdödligheten i åldersgruppen 40–54 år minskar sedan 1997. Lungcancer i denna unga åldersgrupp utgör endast en mindre del av all lungcancer bland kvinnor, men det är ett tidigt tecken på att den uppåtgående lungcancer trenden håller på att brytas. Hjärt- och kärl dödligheten bland kvinnor har minskat stadigt sedan slutet av 1950-talet trots att fler kvinnor var rökare (se kapitlet Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes).

Att sluta röka minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar nästan omgående. Risken för lungcancer minskar också men betydligt långsammare än för hjärt- och kärlsjukdomar. En betydligt vanligare konsekvens av rökning än lungcancer är nedsatt lungfunktion till följd av kronisk obstruktiv lung-

sjukdom (KOL). Sjukdomen går inte att bota men sjukdomsförloppet går att hejda om man slutar röka.

Snusningen har ökat sedan början av 1970-talet. Snusets effekter på hälsan är mindre klarlagda än rökningens, men snusning ökar risken för ett antal cancersjukdomar, bland annat cancer i bukspottkörteln. Betydligt fler män än kvinnor snusar, 19 respektive 4 procent.

Skillnader i rökning har stor betydelse för skillnader i livslängd mellan kvinnor och män och mellan olika sociala grupper. Skillnaden mellan könen har minskat särskilt i dödsorsaker som har samband med rökning. Svenska män har lägst andel rökare i Europa och lägst dödlighet i lungcancer. Troligen bidrar den jämförelsevis låga andelen rökare bland män, även bakåt i tiden, till att svenska mäns medellivslängd är en av de längsta i världen. Svenska kvinnor har däremot i högre grad varit rökare än kvinnor i andra länder.

### Tobakens globala spridning

Under 1900-talet ledde den globala spridningen av tobak, och då särskilt cigaretter, till en utdragen sjukdomsepidemi som länge förblev ouppmärksam. År 1950 kom studier som redovisade starka samband mellan rökning och lungcancer [1, 2]. Men först i och med 1964 års rapport från den amerikanska hälsovårdsmyndigheten [3] blev vidden av hälsokonsekvenserna känd för en bredare allmänhet [4]. En undersökning där drygt 34 000 brittiska läkare blev undersökta, kunde redan 1954 visa att rökning är den främsta orsaken till lungcancer. Vid uppföljning 50 år senare, år 2004, kunde rökningens omfattande skadeverkningar beskrivas i detalj [5]. Dessa studier visade att medicinska, sociala eller

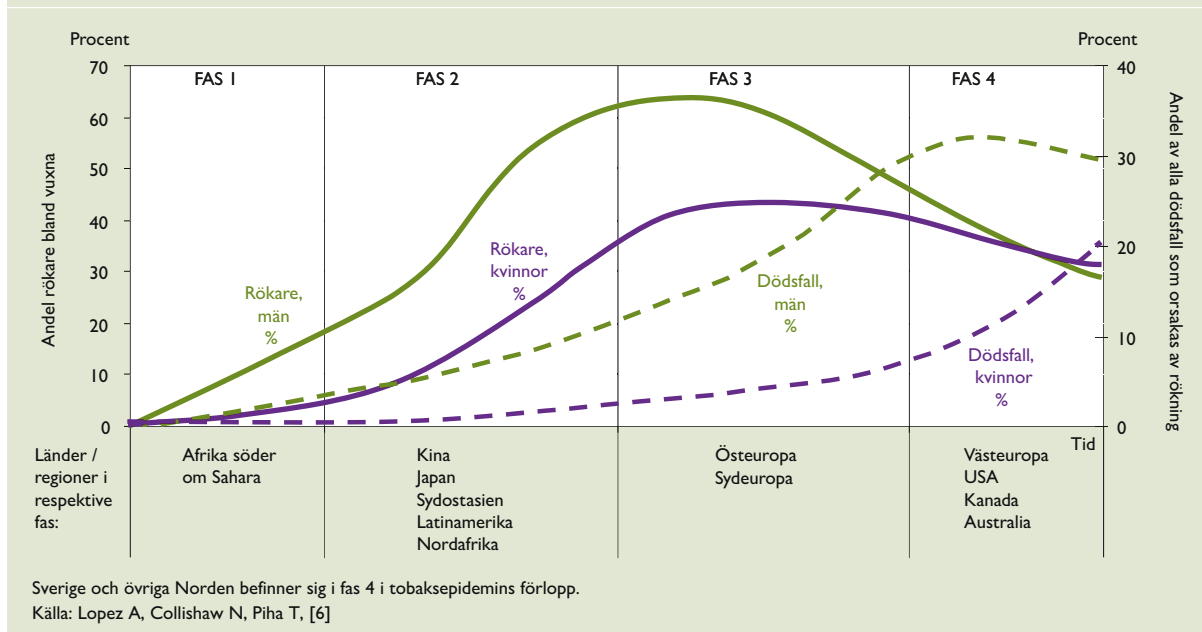
hygieniska framsteg inte kunde lindra skadeverkningarna, utan att det enda sättet att undvika skador är att sluta röka.

Det finns många länder i världen där cigarett-rökningen fortfarande ökar. Tobaksepidemins typiska förlopp kan beskrivas i en modell med fyra faser som visar hur förekomsten av rökning, och nivån på rökningens skadeeffekter utvecklas (figur 1). Hittills har rökningen först fått spridning bland män. Kvinnor har börjat röka senare och har inte rökt i samma utsträckning som män. Andelen rökare bland kvinnor har inte i något land överstigit 50 procent, bland annat som en följd av att rökningens skadeverkningar hunnit bli kända [6].

Modellen illustrerar att ökningen av tobaksrelaterade sjukdomar kom tidigare bland män än bland kvinnor, och att hälsoeffekten av minskad rökning är fördröjd och ännu bara märks bland män. I fas fyra i modellen, där Sverige befunnit sig i flera år, minskar både kvinnors och mäns rökning, men rökningens relaterade dödsfall fortsätter att öka för kvinnor. Men nu finns det tecken på att skadeverkningarna börjar minska även bland kvinnor i Sverige. Lungcancer bland yngre kvinnor minskar sedan 1997 (se vidare nedan) och Sverige håller möjligen på att lämna fas fyra. Vissa länder har dock inte följt utvecklingen som modellen förutsäger. Det beror främst på att andelen rökande kvinnor inte ökat trots en längre tids hög förekomst av rökning bland män, exempelvis i Kina (se nedan) [7].

**Figur 1. Modell över tobaksepidemins förlopp**

Andel (procent) rökare (vänster skala) samt andel av alla dödsfall som uppskattas vara orsakade av rökning (höger skala) i tobaksepidemins fyra olika faser. Kvinnor och män.



## Tobaksförsäljning och tobaksvanor i Sverige

### Cigarettförsäljningen minskar men snuset ökar

Cigarettförsäljningen mer än halverades mellan åren 1977 och 1998 (figur 2). Försäljningen av snus har däremot ökat stadigt sedan början av 1970-talet. Under perioden 1999–2001 ökade cigarettförsäljningen något, men har sedan fortsatt att falla.

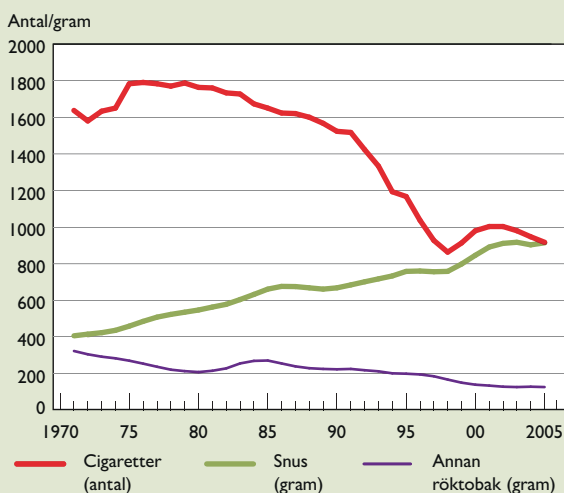
### Rökvanorna i Sverige

Trots att rökningen i Sverige minskat i decennier finns det fortfarande knappt en miljon daglig-

rökare. År 2005 rökte 18 procent av kvinnorna och 14 procent av männen i åldern 16–84 år. Under 1980-talet och större delen av 1990-talet minskade andelen rökare snabbare bland män än bland kvinnor (figur 3). Sedan början av 1990-talet har rökning varit vanligare bland kvinnor än bland män. Under 2000-talet har rökningen minskat i samma utsträckning bland kvinnor som bland män. Män röker något fler cigaretter per dag än kvinnor har så gjort sedan åtminstone 1980-talet. I genomsnitt rökte män två cigaretter mer per dag åren 2004 och 2005 [9]. Antalet tillfällighetsrökare kan uppskattas till ca 750 000 [15].

**Figur 2. Tobaksförsäljning i Sverige**

Årlig försäljningen av cigaretter (antal), snus (gram) och annan röktnobak\* (gram) per person 15 år och äldre, perioden 1970–2006\*\*.



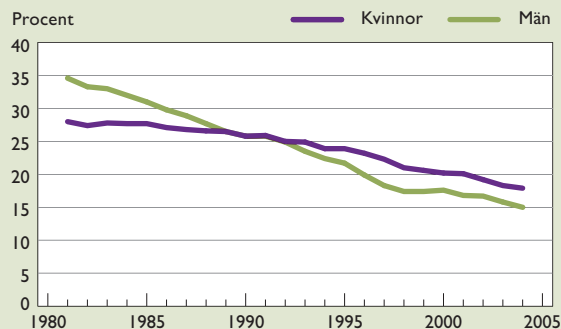
\* Cigarrer, cigariller och pipetobak.

\*\* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [8]

**Figur 3. Daglig rökning**

Andel (procent) som uppgav att de rökte dagligen. Kvinnor och män i åldern 16–84 år, perioden 1980–2005\*. Åldersstandardiserat.



\* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Tobaksepidemin i Sverige nådde aldrig samma nivåer som i flera andra europeiska länder. I exempelvis Storbritannien rökte 80 procent av männen på 1950-talet [10]. I Sverige var andelen rökande män hög under 1940-talet till slutet av 1960-talet (omkring 50 procent) och började sedan minska [11].

Kvinnorna i Sverige började röka i allt större utsträckning först på 1960-talet. I början av 1960-talet rökte ungefär var fjärde kvinna [12], och som mest rökte kvinnorna i mitten av 1970-talet, 37 procent [11]. Därefter har andelen rökare bland kvinnor minskat.

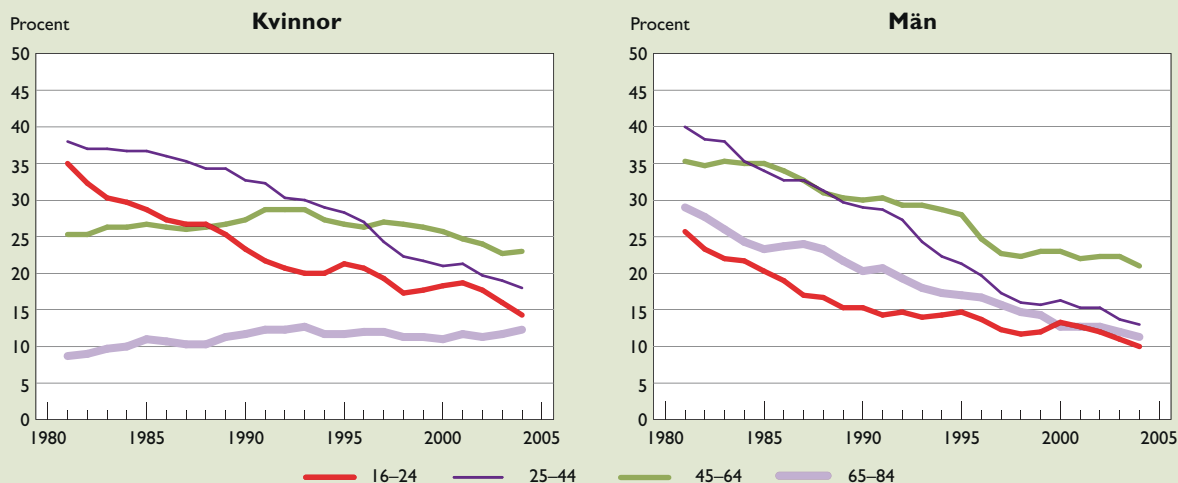
### Bland kvinnor minskar andelen rökare bara bland yngre

Den högsta andelen rökare finns sedan flera år i åldergruppen 45–64 år för både kvinnor och män (figur 4). Deras rökvanor grundlades under en period, från 1950-talet fram till mitten av 1970-talet, då rökningen i Sverige ökade. Som figur 4 visar, har rökningen bland män minskat kraftigt i samtliga åldersgrupper sedan 1980.

Bland kvinnor är det endast i åldrarna under 45 år som andelen rökare minskat kraftigt. I åldern 45–64 år ökade andelen rökande kvinnor fram till mitten av 1990-talet och har därefter minskat något. Bland de äldsta kvinnorna, 65–84 år, har andelen rökare varit ganska oförändrad under de senaste tjugo åren. Det kan trots allt ses som positivt eftersom man har länge befarat att andelen rökare bland de äldsta kvinnorna skulle öka i takt med att senare födda generationer av kvinnor, som rök mer, successivt ersätter tidigare generationer av kvinnor, som rök i mycket liten utsträckning. Minskningen av andelen rökare i olika åldersgrupper beror både på olika generationers benägenhet att börja röka i ungdomsåren, och hur vanligt det är att sluta under vissa perioder.

**Figur 4. Daglig rökning i olika åldersgrupper**

Andel (procent) som uppgav att de rökte dagligen. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 84 år, perioden 1980–2005\*.

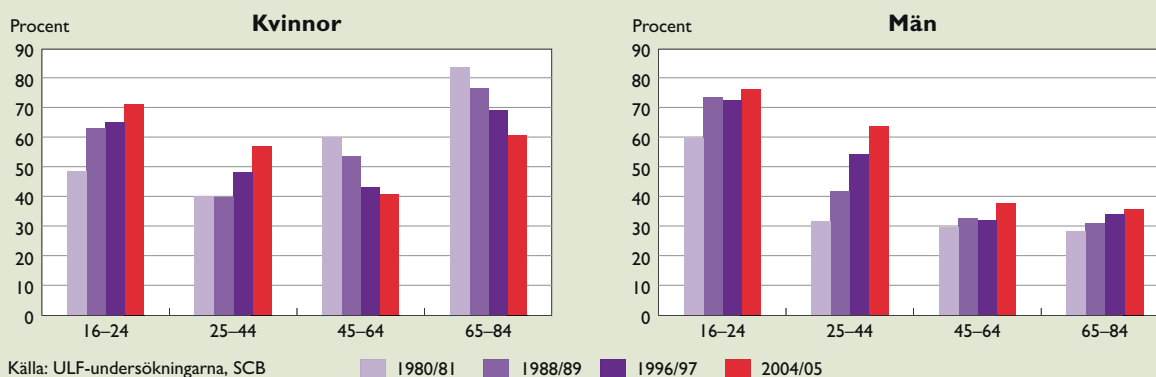


\* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

**Figur 5. Har aldrig röktt i olika åldersgrupper**

Andel (procent) som uppgav att de aldrig har röktt. Kvinnor och män i olika åldersgrupper 16 till 84 år, år 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05.



Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Ur folkhälsosynpunkt är det också intressant att följa andelen som *aldrig* har rökt dagligen (figur 5). Åren 1980–1981 var andelen som aldrig rökt dagligen högst bland kvinnor i åldern 65–84 år, 84 procent. Åren 2004–2005 var det istället bland män i åldern 16–24 år där andelen som aldrig hade rökt var som störst, 76 procent. Bland män har andelen som aldrig har rökt ökat i alla åldersgrupper. Andelen kvinnor som aldrig har rökt ökar också, men bara i åldrarna under 45 år. I åldrarna över 45 år minskar alltjämt andelen som aldrig har rökt.

#### Flest rökare bland 40- och 50-talister

Ett annat sätt att illustrera rökvanornas förändringar är att jämföra andelen rökare i olika födelseårgångar (tabell 1). Högst andel rökare, drygt tjugo procent, finns i dag bland kvinnor och män födda på 1940- och 1950-talet. Rökningen minskade kraftigt mellan 1988/1989 och 2004/2005, i alla födelseårgångar och för båda könen. Största minskningen har skett bland män födda på 1920- och 1930-talet från nivån 25–28 procent till 8–10 procent, det vill säga en minskning med 17 procentenheter. Bland kvinnor i dessa generationer har andelen rökare inte minskat i samma utsträckning. Det innebär att det, till skillnad från 1980-talet, numera är fler kvinnor än män födda på 1930-talet som är rökare. Åren 2004–2005 var andelen rökare högre bland kvinnor än bland män i alla födelseårgångar, utom bland 1940-talister där den var lika hög, 21 procent.

#### Tabell 1. Rökning i olika generationer

Andel (procent) som röker dagligen i olika generationer åren 1988/89 och 2004/05 samt förändringen mellan dessa perioder. Åldersstandardiserat.

Födelse- årgång	Kvinnor			Män		
	88/ 89	04/ 05	Förändring 2004/05– 1988/89	88/ 89	04/ 05	Förändring 2004/05– 1988/89
	Procent	Procent	Procent- enheter	Procent	Procent	Procent- enheter
1900-tal	5			22		
1910-tal	10			22		
1920-tal	19	9	-10	25	8	-17
1930-tal	26	15	-11	28	10	-17
1940-tal	35	21	-14	34	21	-13
1950-tal	34	24	-9	30	21	-10
1960-tal	34	19	-15	22	13	-9
1970-tal		16			12	
1980-tal		16			12	

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

#### Rökning minskar i alla befolkningsgrupper

Den globala tobaksepidemin har inte bara ett typiskt könsmönster utan också ett socialt mönster. Män i socioekonomiskt gynnade grupper var i allmänhet de som började röka först. När kunskapen om rökningens skadeverkningar blev kända var det samma socialt gynnade grupp som snabbast tog till sig informationen och slutade röka [6].

Sedan slutet av 1980-talet har trenden att sluta röka varit mycket stark i de flesta grupper i Sverige (tabell 2).

**Tabell 2. Rökning i olika befolkningsgrupper**

Andel (procent) som röker dagligen i olika befolkningsgrupper åren 1988/89 och 2004/05 samt förändringen mellan dessa perioder. Kvinnor och män 20–84 år. Åldersstandardiserat.

Befolkningsgrupper	Kvinnor			Män		
	1988/89	2004/05	Förändring 04/05– 88/89	1988/89	2004/05	Förändring 04/05– 88/89
<b>Ursprung</b>	<b>Procent</b>		<b>Procent- enheter</b>	<b>Procent</b>		<b>Procent- enheter</b>
Födda utomlands	35	21	-15	42	28	-15
Födda i Sverige, båda föräldrar födda utomlands	40	21	-20	31	13	-18
Födda i Sverige, en förälder född utomlands	36	23	-13	29	13	-16
Födda i Sverige, båda föräldrar födda i Sverige	26	18	-8	26	13	-13
<b>Utbildningsnivå</b>						
Grundskola	26	23	-3	32	20	-11
Gymnasium	33	24	-9	27	16	-11
Eftergymnasial	18	10	-7	21	9	-12
<b>Socioekonomisk grupp</b>						
Ej facklärd arbetare	31	25	-6	34	21	-13
Facklärd arbetare	31	27	-4	28	17	-10
Lägre tjänstemän	31	18	-13	33	15	-18
Tjänstemän på mellannivå	19	12	-7	22	10	-12
Högre tjänstemän	22	7	-15	20	8	-12
Egna företagare	25	19	-5	28	15	-13
Jordbrukare	6	2	-4	13	9	-4
<b>Hushållstyp</b>						
Ensamstående	27	23	-4	32	18	-14
Sammanboende	27	16	-11	25	13	-13
<b>Samtliga</b>	27	18	-9	27	15	-13

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

Av de grupper som finns med i tabell 2 var det utlandsfödda män och kvinnor bland arbetare som hade den högsta andelen rökare åren 2004/2005. Rökvanorna hos utlandsfödda varierar med vilket ursprungsland man kommer ifrån (se även figur 5 i kapitlet Migration och hälsa). Män födda i Sverige, men vars båda föräldrar är födda utomlands,

rökte däremot inte mer än män med sverigefödda föräldrar. Det är stor skillnad på andelen rökare inom olika socioekonomiska grupper. Bland kvinnor rökte 25 procent bland arbetare och endast 7 procent bland högre tjänstemän. Bland män rökte 20 procent bland arbetare mot 8 procent bland högre tjänstemän. I alla socioekonomiska

grupper, utom bland högre tjänstemän och jordbrukare, har rökningen bland män minskat betydligt mer än bland kvinnor de senaste femton åren. Bland kvinnor med enbart grundskoleutbildning i åldern 30–74 år röker över trettio procent och rökning har snarare blivit vanligare under de senaste 25 åren (se figur 20 i kapitlet Folkhälsan i översikt).

I slutet av 1980-talet rökte sammanboende och ensamstående kvinnor lika mycket. Sammanboende kvinnor har minskat sin rökning mer än ensamstående kvinnor och rökning är numera betydligt vanligare bland ensamstående.

Andelen rökare har också minskat något mer i storstäder än på landsbygden. I ULF-undersökningen för åren 2004–2005 fanns det inga skillnader i rökning mellan storstadsområden och övriga kommuner [9]. De regionala skillnaderna i rökning var större på 1980-talet än nu, enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) [8].

### Rökning bland gravida och föräldrar

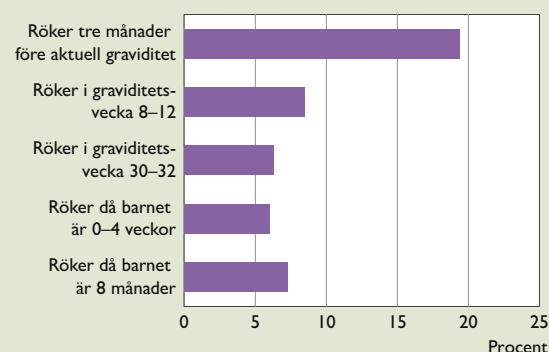
Rökning under graviditeten påverkar fostrets tillväxt och mognad och ökar risken för missfall och för tidig födsel. Det påverkar också fostrets lungtillväxt och kan påverka lungfunktionen hos barnet långt fram i livet. Tobaksrök ökar också risken för plötslig spädbarnsdöd (se vidare allergikapitlet och barnkapitlet).

Av alla kvinnor som fick barn år 2005 rökte 19 procent tre månader innan graviditeten. 6 procent rökte fortfarande i slutet av graviditeten, samt när barnet är nyfött (figur 6). I slutet av amningsperioden, när barnet är åtta månader, hade andelen rökare ökat något till 8 procent. Kvinnorna verkar med andra ord inte återuppta rökningen i någon större utsträckning efter bar-

nets födelse. Graviditet och barnafödande leder alltså till kraftigt minskad rökning bland kvinnor. Det är dock fortfarande en bit kvar till Folkhälsopropositionens mål för år 2014: en rökfri start i livet för alla.

**Figur 6. Rökning före, under och efter graviditeten**

Andel (procent) kvinnor som rökte dagligen före, under och efter graviditeten (barn födda 2005).

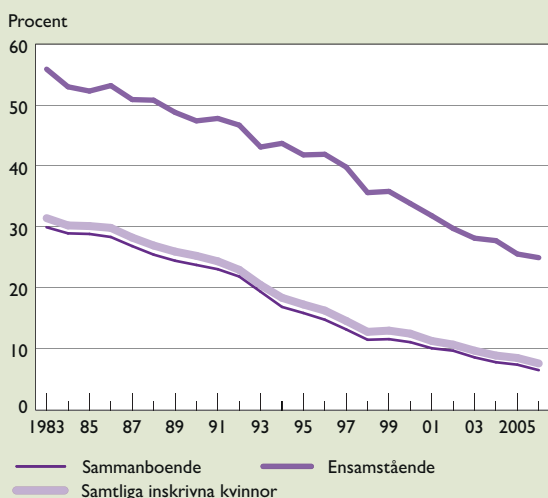


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen [13]

Rökning bland gravida kvinnor har minskat med drygt 20 procentenheter under perioden 1983–2006 (figur 7). Gravida kvinnor som är ensamstående röker i betydligt högre utsträckning (25 procent) än sammanboende (6 procent). Skillnaden mellan dessa båda grupper har dock minskat på senare år.



**Figur 7. Rökning bland blivande mammor**  
Andel (procent) som röker dagligen bland kvinnor vid inskrivningen till mödrahälsovården, indelade efter familjesituation, perioden 1983–2006.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen

Ensamstående mödrar med barn i åldern 0–17 år är dagligrökare i dubbelt så hög utsträckning som såväl ensamstående kvinnor utan barn som sammanboende kvinnor med eller utan barn i jämförbar ålder (se figur 18 i kapitlet Hälsa i förvärvsaktiv ålder).

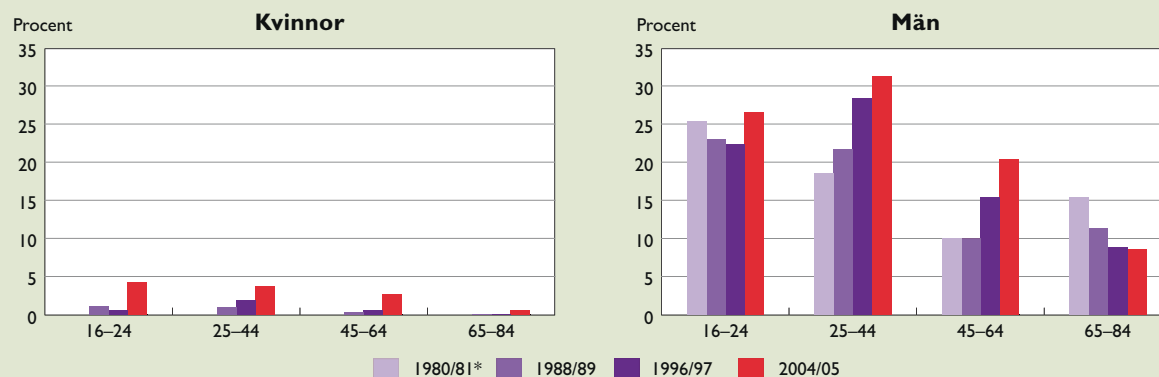
### Allt fler snusar

Att snusa har blivit allt vanligare (figur 8). I dag är det fler män som snusar än som röker. Bland män 16–84 år både snusar och röker 2 procent dagligen, 21 procent snusar enbart och 12 procent röker enbart, enligt ULF-undersökningarna 2004–2005. Snus har också blivit vanligare bland kvinnor, men det är fortfarande bara 3 procent bland kvinnor 16–84 år som snusar.

Snusningen minskade fram till 1960-talet. Tidigare var det mest äldre män som snusade. Efter stora marknadsföringsinsatser under slutet av 1960-talet ökade snusningen kraftigt och har sedan dess fortsatt att öka. Högst andel snusare finns bland män i

**Figur 8. Snusar dagligen**

Andel (procent) som snusar dagligen. Kvinnor och män i olika åldersgrupper, åren 1980/81, 1988/89, 1996/97 och 2004/05.



\* Åren 1980/81 löd frågan "Snusar Ni?" och ställdes bara till män, övriga år löd frågan "Snusar Du dagligen?" och ställdes till båda könen.

Källa: ULF-undersökningarna, SCB

åldern 25–44 år (figur 8), men att snusa har blivit allt vanligare i alla åldersgrupper, utom bland män 65–84 år. Bland kvinnor har snus blivit vanligare framför allt under det senaste decenniet, och ökningen är störst bland ungdomar.

Eftersom snusanvändningen bland män har ökat, har andelen män som använder tobak i någon form inte förändrats de senaste tio åren, utan ligger kvar på 35 procent. Däremot är det färre kvinnor som använder tobak dagligen nu jämfört med för tio år sedan: 21 respektive 27 procent.

En minoritet manliga f.d. rökare rapporterar att de använt snus som medel för att sluta röka [14]. Kunskapsläget är emellertid helt otillräckligt för att dra några slutsatser om vad denna specifikt svenska företeelse kan ha haft för betydelse för folkhälsan.

En annan viktig fråga är om snuset skulle kunna vara en inkörsport till rökning. Enligt BROMS-studien (Barns rökning och miljö i Stockholms län) började en minoritet (6 procent) av snusarna röka före 19 eller 20 års ålder (se kapitlet Ungdomars hälsa). Rekryteringen av nya rökare från gruppen unga snusare var alltså under perioden 1997–2005 närmast marginell.

### Sociala skillnader i snusning minskar

Åren 2004–2005 var det mer än dubbelt så vanligt att manliga facklärdade arbetare snusade, jämfört med män som arbetade som högre tjänstemän: 29 procent jämfört med 12 procent. Skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper har dock minskat sedan slutet av 1980-talet. Det beror på att andelen snusare har ökat mer bland tjänstemän än bland arbetare. Bland kvinnor är snusning så pass ovanligt att det är svårt att uttala sig om socioekonomiska skillnader. [9]

Inrikes födda kvinnor och män snusar i ungefär dubbelt så hög utsträckning som utrikes födda. Detta gäller alla inrikes födda, oavsett om deras föräldrar är födda utomlands eller i Sverige [9]. De flesta börjar vanligen snusa i ungdomsåren, och inte när de flyttat till Sverige som vuxna.

Enligt den nationella folkhälsoenkäten finns det regionala skillnader i snusning för åren 2004–2007 [15]. Snusning är inte lika vanligt i storstadsområden som i övriga kommuner [9]. I de nordliga länen (Jämtlands, Norrbottens och Västernorrlands län) snusar 7–10 procent av kvinnorna jämfört med 2 procent längre söderut (Södermanlands, Jönköpings, Kronobergs, Gotlands, Blekinge, Hallands och Örebro län). Högst andel snusare bland män finns på Gotland, 32 procent, och lägst, 17 procent, i Hallands och Stockholms län.

## Tobaksrelaterad sjuklighet

Hälften av alla rökare beräknas dö till följd av sin rökning, något som i hälften av fallen inträffar redan i medelåldern [4]. I den tidigare nämnda brittiska studien bland läkare fann man att män som var födda mellan 1900 och 1930 och som hade rökt hela sitt liv, dog i genomsnitt 10 år tidigare än sina icke-rökande manliga läkarkollegor [5]. Rökare som slutade röka förbättrade sin överlevnad avsevärt. De som slutade röka före 30 års ålder hade ingen ökad risk att dö i förtid. De som slutade röka vid 40-, 50- eller 60-års ålder levde 9, 6 respektive 3 år längre än dem som fortsatte att röka [5].

Hur många cigaretter man röker har också betydelse. Risken för lungcancer har visat sig vara omkring tre gånger högre om man röker mer än 25 cigaretter per dag, jämfört med om man röker mindre än 5 cigaretter per dag [16]. Det finns dock ingen ofarlig, nedre gräns för rökning – och

även passiv rökning (miljötabaksrök) ökar risken för lungcancer och hjärt- och kärlsjukdom.

Tobaksrök är cancerframkallande. Uppemot en tredjedel av all cancerdödlighet hos män i Sverige under 1990-talet orsakades av tobaksrök. Tobaksrök orsakar dock ännu fler dödsfall i andra sjukdomar än cancer [4]. Det är framförallt hjärt- och kärlsjukdomar och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som förkortar rökarens liv.

De vanligaste cancersjukdomarna, som helt eller delvis orsakas av rökning är cancer i lungor, mage, lever, näsa, mun, luftstrupe, matstrupe, svalg, bukspottkörtel, njurar och urinblåsa. Flera av dessa tobaksrelaterade cancersjukdomar hör till de mest svårbehandlade och dödliga. Risken för bröstcancer och prostatacancer tycks inte öka av tobaksbruk [17]. Man vet inte säkert om rökning påverkar risken att drabbas av tjocktarmscancer. För vissa cancersjukdomar bidrar både rökning och alkohol till ökad risk för insjuknande. Detta gäller exempelvis cancer i luftstrupe, matstrupe och lever. Cigarettrökning är dessutom mycket vanlig bland missbrukare av alkohol.

Tobaksrökning ökar också risken för bland annat benskörhet, hörselnedsättning, struma, magsår, Crohns sjukdom, ledgångreumatism och psoriasis. Dessutom leder tobaksrökning till nedsatt fertilitet.

De flesta som börjar röka gör det före 20 års ålder, men de negativa effekterna kommer vanligen först i äldre medelåldern eller ännu senare i livet. Men det finns betydande skillnader för hur mycket, och hur snabbt, risken för en viss sjukdom minskar efter det att man slutat röka.

### **Rökstopp minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom inom något år**

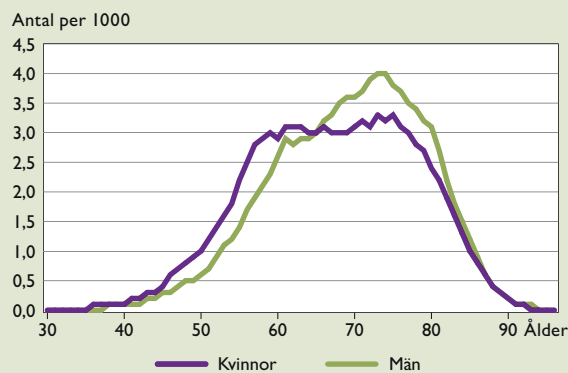
Rökning ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar bland annat genom att blodtrycket ökar, syresättningen minskar, åderförkalkning påskyndas och risken för blodproppar ökar. Rökstopp leder snabbt till minskad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Den som slutar att röka i samband med en hjärtinfarkt kan räkna med att risken för en ny infarkt halveras under det kommande året [18]. Efter fem år är risken lika liten som hos en icke-rökare. Därför har även kortsiktiga förändringar av cigarettkonsumtionen visats påverka dödligheten i hjärtsjukdom i flera europeiska länder, däribland Sverige under perioden 1951–1995 [19]. Förändrade rökvanor har haft större betydelse för hjärtinfarktinsjuknande än förändringar av andra kända riskfaktorer som högt blodtryck och höga blodfetter [20] (se även kapitlet Övervikt, hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes).

### **Risken för lungcancer halveras vid rökstopp i 50-årsåldern**

I dag dör lika många kvinnor av lungcancer som av bröstcancer. Dessa två cancerformer är de två vanligaste orsakerna till cancerdöd hos kvinnor. Bland män är lungcancer den näst vanligaste orsaken till cancerdöd. Prostatacancer är betydligt vanligare. Tobaksrökning orsakar sannolikt lungcancer i lika hög grad bland kvinnor som bland män, och risken är också lika stor bland personer med olika etnisk bakgrund [17]. Figur 9 visar åldersfördelningen vid tidpunkten för diagnos bland dem som fick lungcancer mellan år 2000 och 2006. Upp till 65 års ålder är lungcancer vanligare bland kvinnor och därefter vanligare bland män

**Figur 9. Ålder vid insjuknande i lungcancer**

Antal per 1000 som insjuknat i lungcancer. Kvinnor och män i olika åldrar\*. Genomsnitt för åren 2000–2006.



\* Glidande treårsmedelvärde.

Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen

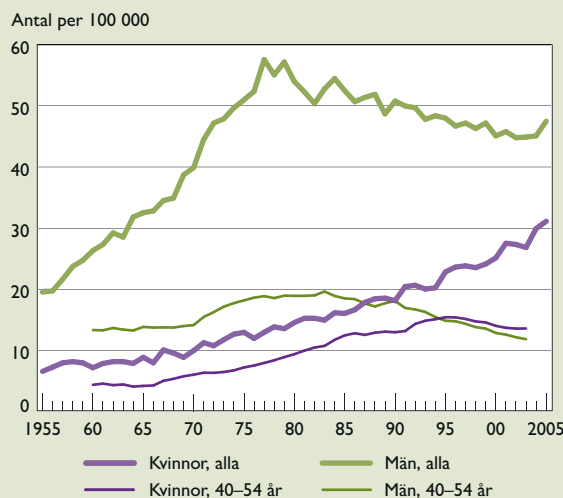
Lungcancer har en dålig prognos. Det var bara 15 procent av kvinnorna och 10 procent av männen som levde fem år efter att diagnosen ställts [21]. Inga större framsteg har gjorts beträffande möjligheterna att bota lungcancer. Det enda verkningsfulla sättet att bekämpa lungcancer är primärprevention, det vill säga att minska rökningen. Tobaksrökning orsakar cirka 80–90 procent av all lungcancer.

Från det att man börjat röka tar det omkring 20–40 år för lungcancer att utvecklas. Slutar man röka avtar risken att insjukna i lungcancer påtagligt, även om effekten inte sker lika omgående som för hjärt- och kärlsjukdomar. Först efter cirka fem år av rökstopp börjar risken för lungcancer att sjunka [17]. Efter 20 års rökstopp är risken nästan lika liten som för en person som aldrig rökt. Ju tidigare man slutar desto bättre, men även vid rökstopp först i 50-årsåldern halveras risken för lungcancer [4].

I figur 10 kan vi se att dödlighet i lungcancer ökade bland män under 1950-, 1960- och 1970-talen. Sedan började dödligheten minska igen. Det avspeglar utvecklingen av mäns rökvanor decennierna innan. Andelen rökande män var hög under 1940-talet och fram till slutet av 1960-talet, och började sedan minska.

**Figur 10. Dödlighet i lungcancer**

Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare och år. Kvinnor och män i totalbefolkningen perioden 1955–2005 samt i åldersgruppen 40–54 år\* perioden 1960–2005. Åldersstandardiserat.



\* Glidande femårsmedelvärde.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Lungcancer bland kvinnor har ökat hela tiden under perioden 1955–2006 trots att andelen rökare har minskat ända sedan mitten av 1970-talet. Det kan bero på att rökning bland kvinnor framför allt har minskat i åldrarna under 45 år, men att rökningen varit i stort sett oförändrad i åldrarna över 45 år (figur 4). En annan anledning kan vara att andelen som aldrig rökt bland äldre kvinnor

minskar (figur 5), det vill säga att andelen före detta rökare fortsätter att öka. I åldern 40–54 år, där endast en mindre andel av lungcancerdödligheten inträffar, har emellertid lungcancerdödligheten minskat sedan 1997. Det kan vara ett första tecken på en vändning bland kvinnor (figur 10).

### Lungcancer vanligast bland män födda 1890–1920

Död i lungcancer var ovanligt bland män som föddes på 1860-talet men blev successivt allt vanligare i generationerna därefter (figur 11). Män födda på 1890-talet och fram till 1920-talet drabbades av den högsta dödligheten i lungcancer. Det är inte sannolikt att någon nu levande generation män kommer att få lungcancer i samma utsträckning. Lungcancerdödligheten bland män har minskat successivt för personer födda år 1910 och framåt.

Lungcancer var ovanligt bland kvinnor födda på 1800-talet men dödligheten ökade successivt för varje födelseomgång. När man jämför kvinnor i olika generationer i åldern 50–60 år, hade kvinnor födda på 1940-talet högst lungcancerdödlighet. Men lungcancerdödligheten ökar inte lika mycket med stigande ålder bland fyrtio- och femtioåringarna som den gjorde för tidigare generationers kvinnor. När rökningen minskade bland kvinnor i allmänhet så kom denna trend tidigare i fyrtio- och femtioåringarnas liv än för generationerna innan. Fyrtio- och femtioåringarna kommer därför sannolikt aldrig att drabbas av lungcancer i så hög utsträckning som kvinnor födda på 1920- och 1930-talen som rökte under en längre period av sina liv. Kvinnor födda på 1920-talet är sannolikt den generation kvinnor som förblir mest drabbad av lungcancer.

### Luftföroreningar och radon ökar risken för lungcancer

Flera studier tyder på att luftföroreningar i stadsmiljö kan öka risken för lungcancer med upp till 50 procent [22]. I Socialstyrelsens Miljöhälso- rapport 2009 uppskattas luftföroreningar orsaka 200–300 lungcancerfall årligen i Sverige. I samma rapport beräknar man att radon i bostäder orsakar 500 lungcancerfall årligen. Av dessa fall inträffar 450 bland rökare och 50 bland personer som aldrig rökt. Omkring 15 procent av all lungcancer anses vara orsakad av radon. Rökare löper större risk än ickeroökare att få lungcancer av luftföroreningar och radon, eftersom de olika skadliga ämnena förstärker varandras effekter.

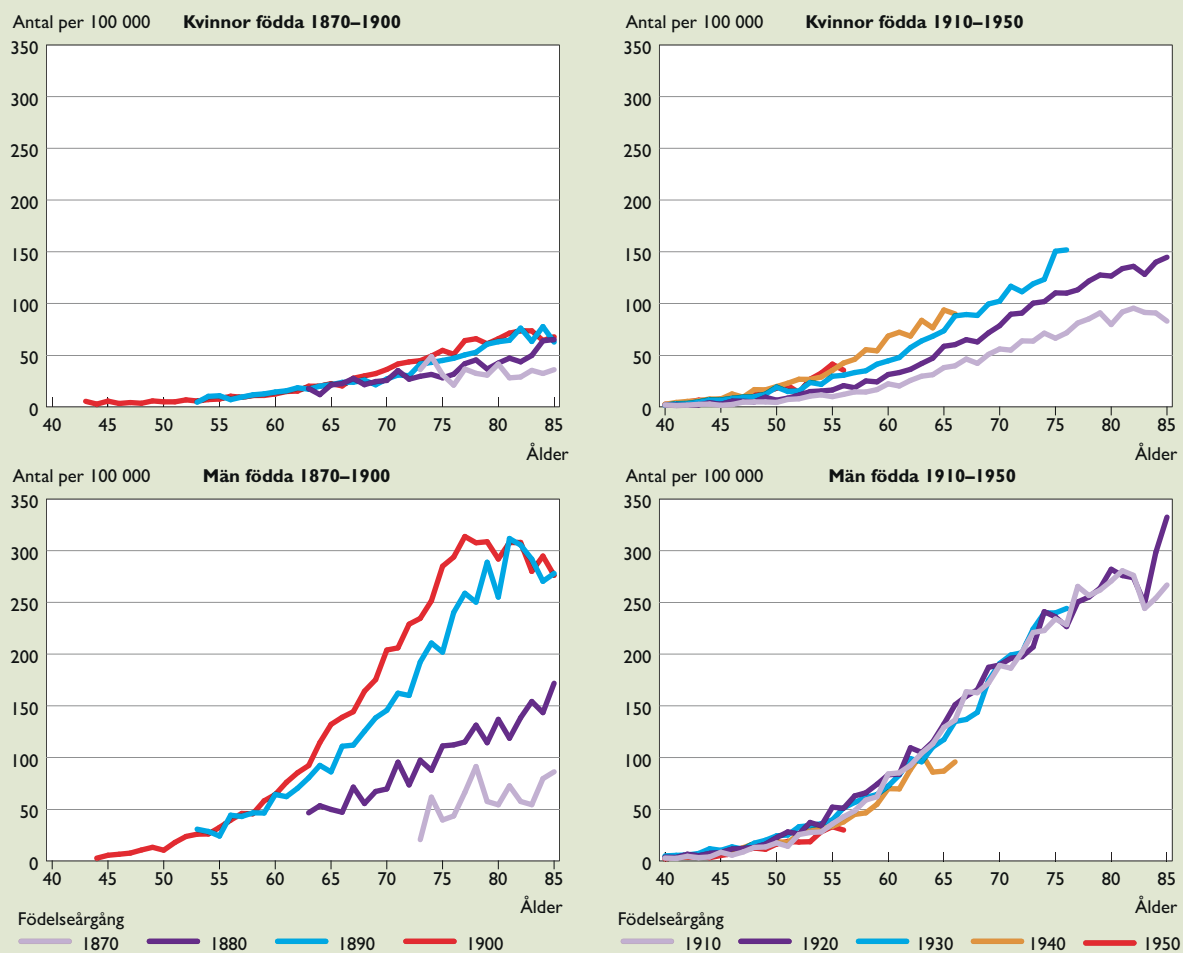
### Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och astma

Kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en betydligt vanligare konsekvens av rökning än lungcancer. Den som har KOL har en nedsatt lungfunktion, och det leder till att personen blir andfådd och trött redan vid begränsad fysisk ansträngning. Vid svår KOL drabbas den sjuke också av avmagring, benskörhet, hjärt- och kärlsjukdomar och depressioner. Sjukdomen går inte att bota, men det går att hejda förloppet om man slutar röka.

Rökande kvinnor insjuknar tidigare i livet än rökande män, och sjukdomen har ett snabbare förlopp bland kvinnor. Hjärt- och lungfonden beräknar att mellan 500 000 och 700 000 personer har KOL. 150 000 av dem har svåra besvär. KOL orsakas nästan uteslutande av rökning. Är man utsatt för andra luftföroreningar utöver tobaksrök, som damm från betong, cement, mineralfiber, eller rök från bränt trä, ökar risken för KOL.

**Figur 11. Dödlighet i lungcancer i olika generationer**

Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare efter ålder och födelseårgång. Kvinnor och män, födda på 1870-talet fram till 1950-talet.



\*Sedan 1952 finns dödsorsaksregistret datoriserat. Dödlighet i lungcancer som finns med i figuren är från år 1952 till 2005. Avgränsningen från 1952 innebär att för äldre födelseårgångar saknas uppgifter om död i lungcancer i yngre åldrar

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

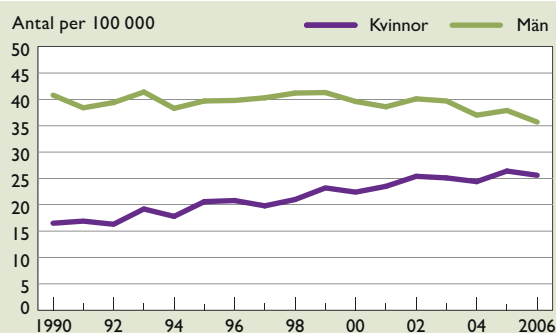
Astma förvärras av tobaksrök, och tobaksrök leder inte bara till att symtomen av befintlig astma förvärras, utan leder också till att astma utvecklas (se allergikapitlet).

Dödligheten i kroniska sjukdomar i andningsorganen har ökat långsamt bland kvinnor och minskat något bland män sedan 1990 (figur 12). Kvinnors risk att dö i dessa sjukdomar har närmast

sig männens och könsskillnaden är bara hälften så stor som den var år 1990.

### Figur 12. Dödlighet i kronisk sjukdom i nedre luftvägarna

Antal avlidna i kronisk sjukdom i nedre luftvägarna\* per 100 000 invånare och år. Kvinnor och män, perioden 1990–2006. Åldersstandardiserat.



\*inkluderar kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), bronkit, emfysem och astma

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

### Hälsokonsekvenser av snus

Snusning ökar risken för munslemhinneförändringar, cancer i bukspottskörtel, matstrupe och magsäck, dödlig hjärtinfarkt, och förhöjt blodtryck [33–37]. Det finns indikationer på att snusning ökar risken för dödlig stroke, diabetes och metabolt syndrom, förtidsbörd, låg födelsevikt och havandeskapsförgiftning [38, 39].

Snusning ger en högre nikotinnivå än rökning. Därför har den som snusar ett högre nikotinberoende än den som röker. Nikotinet i snus har bedömts även öka risken att utveckla andra drogberoenden, exempelvis alkoholmissbruk [40]. Med reservation för det begränsade antalet vetenskapliga studier som finns om snus, står det ändå klart att svenskt snus inte är ofarligt men utgör en avsevärt mindre hälsorisk än tobaksrökning. Snus har

inte samma globala spridning som tobaksrökning, och forskningsstudier om snus är få jämfört med studier om rökning.

### Rökning och skillnader i medellivslängd

I början av 2000-talet var antalet rökningrelaterade dödsfall i världen ungefär 4–5 miljoner per år, en siffra som förväntas öka till 10 miljoner per år fram till år 2030 [4]. Tobaksrökning är orsak till drygt en femtedel av all hjärt- och kärlsjukdom i världen enligt WHO [26], och rökningen är som sagt också den helt dominerande orsaken till lungcancer och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Andelen dödsfall som har orsakats av rökning är högre bland män än bland kvinnor i alla länder. Som högst orsakar rökning drygt en tredjedel av männens dödsfall och en femtedel av kvinnornas [6].

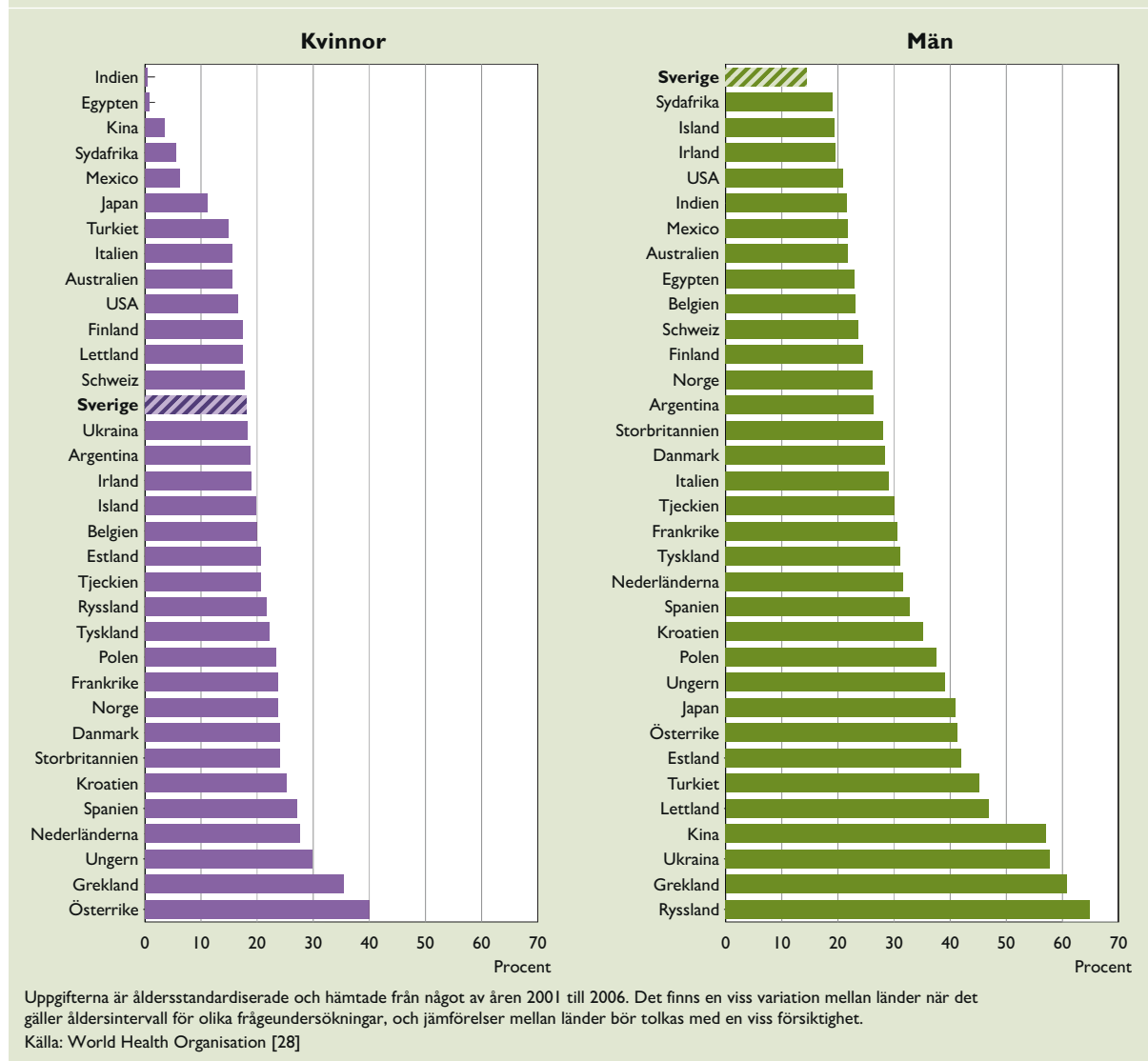
### Svenska män röker minst och har lägst lungcancerdödlighet i Europa

Enligt en rapport från WHO år 2007 [27] finns det i dag fler rökare i Europa än de cirka 215 miljoner som man räknade med i sin prognos år 2002 [26]. Det är främst i länder i östra och södra Europa som rökningen ökar. Dessa länder befinner sig fortfarande i fas 3 i den globala spridningsmodellen (figur 1). Sverige skiljer sig således från genomsnittet i Europa eftersom rökningen minskar sedan långt tillbaka. I Sverige befinner vi oss i fas 4 i den globala spridningsmodellen.

Andelen av befolkningen som röker varierar mycket mellan olika länder (figur 13). Andelen män i Sverige som röker är bland de lägsta i världen. Svenska män är rökare i mindre utsträckning än män i andra europeiska länder, och USA, Japan, Kina, Indien och Australien. Svenska kvinnor har också en mindre andel rökare än i flertalet europeiska länder, men röker i högre utsträckning än kvinn-

**Figur 13. Daglig cigarettbruk i ett urval av länder**

Andel (procent) dagligrökare i ett urval av länder i början av 2000-talet. Kvinnor och män.





or i USA, Japan, Kina och Indien. Att ha en högre andel rökare bland kvinnor än bland män är unikt för Sverige. Island och Irland hade samma andel rökare bland båda könen. I många länder är könsskillnaden stor. I exempelvis Ryssland och Kina rökte mer än hälften av alla män, medan andelen kvinnor som rökte var 19 respektive 3 procent.

En anledning till att Sverige sedan flera år haft den lägsta andelen rökare bland män kan vara att hälsouppllysning om rökningens skadeverkningar kom förhållandevis tidigt i vårt land. Hälsouppllysning är också en förklaring till att rökningen minskat påtagligt i länder som Kanada och USA [7]. Det är okänt i vilken utsträckning tillgången på snus har påverkat rökvanorna i Sverige, eftersom det inte finns många andra länder att jämföra med. Men Sverige är inte unikt vad gäller andelen personer som slutat röka.

Svenska män har lägst lungcancerdödlighet i Europa (figur 14). Bland män är lungcancer vanligt i Öst- och Centraleuropa. Bland kvinnor är lungcancer förhållandevis vanligt i Sverige jämfört med andra europeiska länder. Lungcancer är dock vanligare bland kvinnor i våra nordiska grannländer: Danmark, Island och Norge, men däremot inte i Finland. Lungcancer bland kvinnor är också vanligare i Storbritannien, Holland och Ungern än i Sverige.

### Rökning bidrar till skillnader i medellivslängd

Eftersom rökning är den i särklass viktigaste orsaken till ett flertal vanliga dödliga sjukdomar har befolkningens rökvanor betydelse för medellivslängden. Skillnader beträffande rökningens etablering i olika länder bidrar till att medellivslängden i socialt och ekonomiskt jämförbara länder kan skilja sig åt med flera år. I en jämförande analys av 22 utvecklade länder fanns ett tydligt

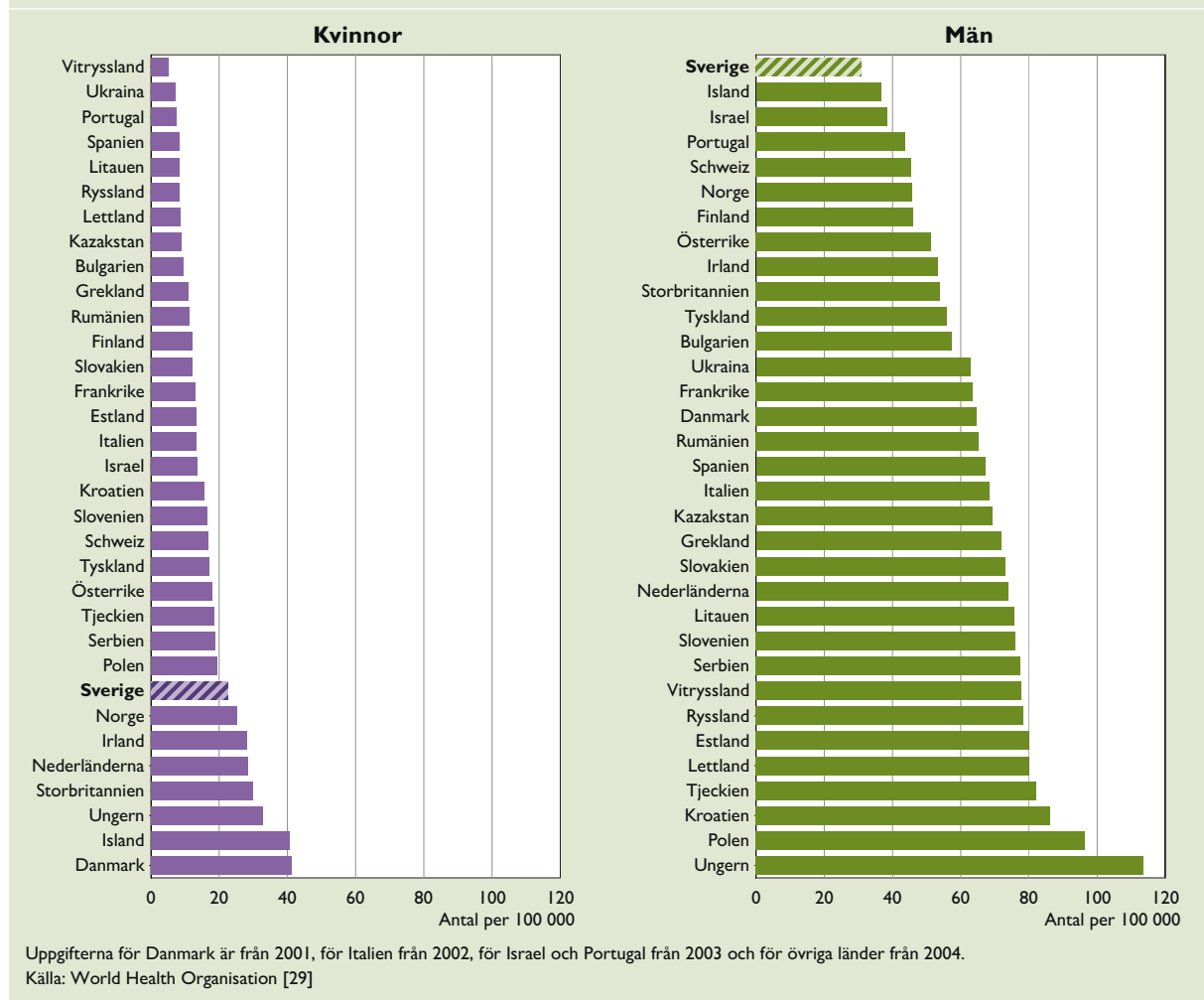
samband mellan lungcancerdödlighet och medellivslängd bland kvinnor [30]. Danmark och USA, som hade den kortaste medellivslängden för kvinnor bland länderna i denna studie, hade också den högsta dödligheten i lungcancer. Skillnader i utvecklingen av befolkningens rökvanor mellan olika länder kan vara en av de främsta orsakerna till att män i Sverige har Europas längsta medellivslängd, men också till att svenska kvinnor inte har en lika framskjuten position.

En sammanställning från WHO visar att mer än hälften av skillnaderna i dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper bland män i Storbritannien, Frankrike och Polen beror på skillnader i rökning [27]. Skillnader i rökning mellan grupper med olika utbildningsnivå är stora i de flesta europeiska länder [31]. I Sverige var andelen rökare nästan lika stor bland arbetare som bland tjänstemän år 1963, 55 respektive 52 procent [11]. Under 1970- och 1980-talet minskade rökningen betydligt mer bland tjänstemän än bland arbetare. De sociala skillnaderna i rökning ökade successivt. Detta kan vara ett av huvudskälen till att skillnader i dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper har varit stora ända sedan 1970-talet.

Rökning är den främsta förklaringen till att skillnaden i medellivslängd mellan kvinnor och män i Sverige ökade under perioden 1945–1980 [32] (se också kapitlet Folkhälsan i översikt). När rökningens långa uppgående trend bröts i slutet av 1970-talet började också dödlighetsskillnaden mellan kvinnor och män att minska. Minskningen av dödsfall till följd av dödsorsaker som har samband med rökning, såsom KOL, lungcancer och hjärtinfarkt, är också de som bidragit mest till att mäns medellivslängd närmade sig kvinnors under senare tid.

**Figur 14. Lungcancerdödlighet i ett antal europeiska länder**

Antal döda i lungcancer per 100 000 invånare och år. Kvinnor och män i ett antal europeiska länder, år 2001–2004. Åldersstandardiserat.



## Referenser

1. Doll R, Hill A. Smoking and carcinoma of the lung. *British Medical Journal*. 1950;221:739–48.
2. Wynder E, Graham E. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma. *JAMA*. 1950;143:329–36.
3. U.S. Public Health Service. *Smoking and health*. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, 1964. PHS Publication No 1103.
4. Vineis P, Alavanja M, Buffler P, Fontham E, Franceschi S, Gao YT, et al. Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004 Jan 21;96(2):99–106.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observation on male British doctors. *British Medical Journal*. 2004 Jun 26;328(7455):1529–33.
6. Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*. 1994;3:242–7.
7. Shafely O, Dolwick S, Guindon G, red. *Tobacco control country profiles (second edition 2003)*. Atlanta, USA: American Cancer Society, Inc., World Health Organization, International Union Against Cancer; 2003.
8. CAN – Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Stockholm: 2007. Rapport nr 107.
9. Statistiska centralbyrån. *Alkohol- och tobaksbruk*. Stockholm: 2007. Levnadsförhållanden Rapport 114.
10. Agerberg M. Han kartlägger den växande tobaksepidemin. Intervju med Richard Peto. *Läkartidningen*. 2008;105(19):1362–5.
11. Nordlund A. *Smoking and cancer among Swedish women. Linköping Studies in Arts and Science No. 174 [Doktorsavhandling]*. Linköping: Linköpings universitet, Institution Tema hälsa och samhälle; 1998.
12. Statistiska centralbyrån (SCB). *Rökvanor i Sverige. En postenkätundersökning våren 1963*. Stockholm: Statistiska centralbyrån, 1965.
13. Socialstyrelsen. *Tobaksvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
14. Galanti, M. R., I. Rosendahl, et al. (2008). “The development of tobacco use in adolescence among “snus starters” and “cigarette starters”: an analysis of the Swedish “BROMS” cohort.” *Nicotine & Tobacco Research* 10(2): 315–23.
15. Statens folkhälsoinstitut. *Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor? Östersund: 2007*.
16. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal*. 2000 Aug 5;321(7257):323–9.
17. Boffetta P, Trichopoulos D. Cancer of the lung, larynx and pleura. I: Adami HO, Hunter D, Trichopoulos D, red. *Textbook of cancer epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2002. Vol 33.
18. Hjärt-Lungfonden. *KOL*. Stockholm: 2007. En temaskrift från Hjärt-Lungfonden. 143.
19. Hemström Ö. Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality. *Addiction (Abingdon, England)*. 2001 Feb;96(Suppl 1):S93–112.
20. Dobson A, Filipiak B, Kuulasmaa K, Beaglehole R, Stewart A, Hobbs M, et al. Relations of changes in coronary disease rates and changes in risk factor levels: methodological issues and a practical example. *American Journal of Epidemiology*. 1996;143:1025–34.
21. Socialstyrelsen; Cancerfonden. *Cancer i siffror 2005. Populärvetenskapliga fakta om cancer — dess förekomst, bot och dödlighet*. Stockholm: 2005.

22. Katsouyanni K, Pershagen G. Ambient air pollution exposure and cancer. *Cancer Causes Control*. 1997 May;8(3):284–91.
23. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: 2005.
24. Luo J, Ye W, Zendejdel K, Adami J, Adami HO, Boffetta P, et al. Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2007 Jun 16;369(9578):2015–20.
26. World Health Organization. *The world health report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Genève: 2002.
27. World Health Organization. *The European tobacco control report 2007*. Köpenhamn: Regional Office for Europe, 2007.
28. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 – The MPOWER package*. Genève: 2008.
29. World Health Organization; Regional Office for Europe. *European health for all database (HFA-DB)* [Databas på Internet]. [citerad maj 2008]. Tillgänglig från: <http://www.euro.who.int/HFADB>.
30. Björk L, Hemström Ö. *Family policy, female labour force participation, fertility and the health of women in 22 OECD countries*. Stockholm: Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholms universitet, Karolinska institutet, 2007. Rapport till projektet The Nordic experience: Welfare states and public health (NEWS).
31. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive medicine*. 2005 Jun;40(6):756–64.
32. Hemström Ö. Explaining differential rates of mortality decline for Swedish men and women: a time-series analysis, 1945–1992. *Social science & medicine (1982)*. 1999 Jun;48(12):1759–77.
33. Zendejdel, K., et al., Risk of *gastroesophageal cancer among smokers and users of Scandinavian moist snuff*. *International journal of cancer*, 2008. 122(5): p. 1095-9.
34. Cnattingius, S., et al., *Hälsorisker med svenskt snus*. 2005, Statens folkhälsoinstitut.
35. Hergens, M., *Swedish moist snuff and the risk of cardiovascular disease*. 2007, Karolinska Institutet: Stockholm.
36. Luo, J., et al., *Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study*. *Lancet*, 2007. 369(9578): p. 2015–20.
37. Boffetta, P., et al., *Smokeless tobacco and cancer*. *The lancet oncology*, 2008. 9(7): p. 667-75.
38. Norberg, M., et al., *Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: a wolf in sheep's clothing?* *Scandinavian journal of public health*, 2006. 34(6): p. 576-83.
39. England, L.J., et al., *Adverse pregnancy outcomes in snuff users*. *Am J Obstet Gynecol*, 2003. 189(4): p. 939-43.
40. Galanti, M.R., S. Wickholm, and H. Gilljam, *Between harm and dangers. Oral snuff use, cigarette smoking and problem behaviours in a survey of Swedish male adolescents*. *European journal of public health*, 2001. 11(3): p. 340–5.