



**Karolinska
Institutet**

Hur stor del av Sveriges sjukdomsbörda orsakas av alkohol, narkotika och tobaksrökning?

-Kartläggning utifrån "DALY-metoden" 1990-2010

Institutionen för Folkhälsovetenskap

Emilie Agardh, Ulrika Boman och Peter Allebeck

Mars 2014

Förord

I denna rapport beskrivs bidraget av alkohol, narkotika och tobaksrökning för sjukdomsbördan i Sverige under åren 1990, 2005 och 2010. Sjukdomsbörda är ett samlat mått som kombinerar både den tid i år som människor förlorar på grund av för tidig död och sjukdom.

Som en del av Riksdagens samlade strategi för att förebygga användandet av alkohol, narkotika, doping och tobak, den s.k. ANDT-strategin, har man velat ha ett samlat mått på den omfattning och förändring av sjukdomsbördan som orsakas av alkohol, narkotika och tobaksrökning. Karolinska Institutet som tidigare beräknat sjukdomsbörda och betydelsen av riskfaktorer i Sverige har fått i uppdrag att kartlägga den samlade sjukdomsbördan avseende alkohol, narkotika och tobaksrökning över tid. Utgångspunkten är de metoder som framarbetats inom det så kallade globala sjukdomsbördeprojektet, på engelska Global Burden of Disease Project (GBD). Omfattande metodutvecklingar har gjorts inom GBD och Karolinska Institutet har därför påbörjat ett samarbete med Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) i Seattle, USA, som är det institut som koordinerar sjukdomsbördeberäkningar från alla deltagande länder i världen.

Rapporten är i första hand avsedd att utgöra underlag till den projektgrupp som arbetar med uppföljning och utvärdering av ANDT strategin. Projektgruppens bedömning är att en indikator av den samlade omfattningen och förändring av problem till följd av alkohol, narkotika och tobaksrökning är nödvändig för att kunna följa utvecklingen när det gäller det övergripande målet för ANDT politiken. Rapportens syfte är således att utgöra detta underlag och presentera hur sjukdomsbördan avseende alkohol, narkotika och tobaksrökning ser ut i Sverige för åren 1990, 2005 och 2010.

Rapporten har framtagits av Emilie Agardh, Ulrika Boman och Peter Allebeck.

Förkortningar och begrepp

<i>YLL</i>	Years of life lost; Förlorade år på grund av för tidig död. 1 YLL motsvarar 1 förlorat år.
<i>YLD</i>	Years of life lived with any short-term or long-term health loss; Förlorade friska år på grund av tid levd med sjukdom. 1 YLD motsvarar 1 förlorat år.
<i>DALY</i>	Disability-adjusted life years; Funktionsjusterade levnadsår. DALY är summan av YLL och YLD. 1 DALY motsvarar 1 förlorat år.
<i>DW</i>	Disability weight; Funktionsförlustvikt. Ett värde på en skala från 0 (full hälsa) till 1 (död) som representerar den allvarlighetsgrad och inverkan som ett hälsotillstånd har för människors liv.
<i>GBD</i>	Global Burden of Disease, Global sjukdomsörda
<i>GBD 2010</i>	Senaste versionen av Global Burden of Disease projekt som innehåller skattningar för 291 sjukdomar, 11 60 följsjukdomar, 67 riskfaktorer i 20 åldersgrupper för män och kvinnor i 187 länder.
<i>IHME</i>	Institute for Health Metrics and Evaluation

Hur stor del av Sveriges sjukdomsbörda orsakas av alkohol, narkotika och tobaksrökning?

-Kartläggning utifrån "DALY-metoden" 1990-2010

INNEHÅLL

Förord.....	2
Förkortningar och begrepp.....	3
Sammanfattning.....	7
 1. BAKGRUND OCH SYFTE.....	 8
 2. METOD.....	 9
2.1. Sjukdomsbörda.....	9
2.1.1. Förlorade år på grund av död och sjukdom.....	9
2.1.2. Värdering av sjukdom, funktionsförlustvikt.....	10
2.1.3. Beräkning av YLL.....	10
2.1.4. Beräkning av YLD.....	10
2.1.5. Beräkning av DALY.....	11
2.1.6. Datakällor.....	11
2.2. Riskfaktorers betydelse för sjukdomsbörda.....	11
2.2.1. Val av riskfaktorer.....	12
2.2.2. Relativ risk och prevalens.....	12
2.2.3. Andel av sjukdomsbörda som kan tillskrivas en riskfaktor.....	13
2.2.4. Kontrafaktisk fördelning.....	13
2.2.5. Tillskriven sjukdomsbörda.....	14
2.3. Alkohol.....	14
2.3.1. Alkohol som riskfaktor.....	14
2.3.2. Definition av alkoholkonsumtion.....	14
2.3.3. Datakällor.....	15
2.4. Narkotika.....	16
2.4.1. Narkotika som riskfaktor.....	16
2.4.2. Definition av narkotikabruk.....	16
2.4.3. Datakällor.....	16

2.5. Tobaksrökning.....	17
2.5.1. Tobaksrökning som riskfaktor.....	17
2.5.2. Definition av tobaksbruk.....	17
2.5.3. Datakällor.....	18
3. RESULTAT.....	19
3.1. Alkohol och sjukdomsbörda.....	21
3.1.1. Sjukdomsbörda orsakad av alkohol översikt.....	21
3.1.2. Antal DALY, YLL, YLD, och dödsfall orsakade av alkohol.....	22
3.1.3. Andel av sjukdomsbördan som kan tillskrivas alkohol.....	23
3.1.4. Sjukdomsbörda orsakad av alkohol fördelad på åldrar.....	23
3.1.5. Sjukdomsbörda orsakad av alkohol för olika sjukdomsgrupper.....	25
3.1.6. Sammanfattning alkohol.....	26
3.2. Narkotika och sjukdomsbörda.....	27
3.2.1. Sjukdomsbörda orsakad av narkotika översikt.....	27
3.2.2. Antal DALY, YLL, YLD, och dödsfall orsakade av narkotika.....	27
3.2.3. Andel av sjukdomsbördan som kan tillskrivas narkotika.....	28
3.2.4. Sjukdomsbörda orsakad av narkotika fördelad på åldrar.....	29
3.2.5. Sjukdomsbörda orsakad av narkotika för olika sjukdomsgrupper.....	30
3.2.6. Sammanfattning narkotika.....	31
3.3. Tobaksrökning och sjukdomsbörda.....	32
3.3.1. Sjukdomsbörda orsakad av tobaksrökning översikt.....	32
3.3.2. Antal DALY, YLL, YLD, och dödsfall orsakade av tobaksrökning.....	33
3.3.3. Andel av sjukdomsbördan som kan tillskrivas tobaksrökning.....	34
3.3.4. Sjukdomsbörda orsakad av tobaksrökning fördelad på åldrar.....	34
3.3.5. Sjukdomsbörda orsakad av tobak för olika sjukdomsgrupper.....	36
3.3.6. Sammanfattning tobaksrökning.....	37
4. DISKUSSION.....	38
4.1. Huvudfynd.....	38
4.1.1. Alkohol.....	38
4.1.2. Narkotika.....	39
4.1.3. Tobaksrökning.....	39
4.2. Metodologiska aspekter.....	40
4.2.1. Allmänt.....	40
4.2.2. Metodutvecklingar GBD 2010.....	41
4.2.3. Fortsatt arbete.....	42
5. REFERENSER.....	43

Appendix

Tabell 1 a: Redovisning av antal YLL, YLD, DALY och dödsfall för olika diagnoser orsakade av alkohol för män år 1990, 2005, 2010.

Tabell 1 b: Redovisning av antal YLL, YLD, DALY och dödsfall för olika diagnoser orsakade av alkohol för kvinnor år 1990, 2005, 2010.

Tabell 2 a: Redovisning av antal YLL, YLD, DALY och dödsfall för olika diagnoser orsakade av narkotika för män år 1990, 2005, 2010.

Tabell 2 b: Redovisning av antal YLL, YLD, DALY och dödsfall för olika diagnoser orsakade av för kvinnor år 1990, 2005, 2010.

Tabell 3 a: Redovisning av antal YLL, YLD, DALY och dödsfall för olika diagnoser orsakade av tobaksrökning för män år 1990, 2005, 2010.

Tabell 3 b: Redovisning av antal YLL, YLD, DALY och dödsfall för olika diagnoser orsakade av tobaksrökning för kvinnor år 1990, 2005, 2010.

Sammanfattning

År 2011 antog Sveriges riksdag en samlad strategi för att förebygga användandet av alkohol, narkotika, doping och tobak, den s.k. ANDT strategin. För att mäta omfattningen och förändringen av de problem som orsakas av dessa riskfaktorer har en serie indikatorer utarbetats för att följa upp strategin. Som en övergripande indikator skulle sjukdomsbördan för alkohol, narkotika och tobak mätas med DALYs, Disability Adjusted Life Years (på svenska Funktionsjusterade Levnadsår). DALY sammanfattar i ett mått den tid i år som förloras på grund av för tidig död (YLL) och tid spenderad med sjukdom (YLD). Uppdrag gavs åt institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet att kartlägga sjukdomsbördan avseende alkohol, narkotika och tobaksrökning i Sverige över tid. Syftet med denna rapport är således att ange hur stor del av sjukdomsbördan i Sverige som orsakas av alkohol, narkotika och tobaksrökning mätt med DALY, YLL, YLD och antal döda för åren 1990, 2005 och 2010.

Skattingarna för Sverige som presenteras i denna rapport är resultat från den senaste versionen av det s.k. Global Burden of Disease Project (GBD) 2010, eller globala sjukdomsbördeprojektet, och vi har i uppdraget samarbetat med the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) i Seattle, USA. Sedan 1990-talet har det inom WHO skett fortlöpande arbete med att beräkna sjukdomsbörda. GBD 2010 är den mest omfattande uppdatering av sjukdomsbördan hittills med IHME som koordinerande institut. Inför GBD 2010 har omfattande metodutvecklingar gjorts i samarbete med ledande experter i epidemiologi och andra folkhälsoområden runt om i världen, och för att kunna göra meningsfulla jämförelser mellan åren 1990, 2005 och 2010 har samma metoder använts för alla år.

År 2010 orsakade tobaksrökning totalt ca 190 000 DALYs (ca 110 000 för män och ca 80 000 för kvinnor), vilket motsvarar 7.7% av den totala sjukdomsbördan (8.3% för män och 7.1% för kvinnor). I förhållande till andra riskfaktorer såsom till exempel kost och högt blodtryck kom tobaksrökning på fjärde plats. Sjukdomsbördan orsakad av tobaksrökning har gått ner från 1990 bland män då motsvarande andel var 12.6%. För kvinnor har ingen större förändring skett.

Alkohol orsakade totalt ca 84 000 DALYs (ca 66 000 DALYs för män och 18 000 DALYs för kvinnor) år 2010 vilket motsvarar 3.4% av den totala sjukdomsbördan (5% för män och 1.6% för kvinnor). Alkohol var samma år den åttonde största riskfaktorn för sjukdomsbördan. Sjukdomsbördan som orsakas av alkohol har ökat något sedan 1990 då motsvarande andel var 3.2% (4.6% för män och 1.6% för kvinnor), däremot minskat från år 2005 då den totala andelen var 3.7% (5.6% för män och 1.7% för kvinnor).

Narkotikabruk orsakade totalt ca 32 000 DALYs år 2010 (23 000 för män och 8 000 för kvinnor) vilket motsvarar 1.3% av den totala sjukdomsbördan (1.8% för män och 0.7% för kvinnor). Narkotikabruk var den tionde största riskfaktorn år 2010 och det har skett en liten ökning sedan år 1990 då motsvarande andel var 1.0% (0.6% för kvinnor och 1.4% för män) och 2005 då sjukdomsbördan orsakad av narkotika var 1.2% (1.8% för män och 0.6% för kvinnor).

I rapporten redovisas också sjukdomsbördan mätt med DALY, YLL, YLD och antal dödsfall för de olika sjukdomstillstånden som dessa riskfaktorer bidrar till. För alkoholen redovisas 30 olika sjukdomar, för tobak 28 och för narkotika åtta. Det är första gången en sådan systematisk sammanställning av effekterna på så många olika följdtilstånd finns tillgänglig.

1. Bakgrund och syfte

År 2011 antog Sveriges riksdag en samlad strategi för att förebygga alkohol, narkotika, doping och tobak, den s.k. ANDT (alkohol, narkotika, doping och tobak) strategin [1]. Det övergripande målet i denna strategi är ett samhälle fritt från narkotika och doping, samt minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk. För att kunna följa utvecklingen av det förebyggande arbetet har en serie indikatorer utarbetats. Som en övergripande indikator har man velat ha ett mått på den samlade omfattningen och förändringen av sjukdomsbördan till följd av alkohol, narkotika och tobaksbruk.

Det beslutades att den övergripande indikatorn för att beräkna den inverkan alkohol, narkotika och tobaksrökning har på sjukdomsbördan skulle vara DALY, disability adjusted life years, på svenska funktionsjusterade levnadsår. DALY är ett mått som sammanfattar den tid i år som man förlorar på grund av för tidig död (YLL; years of life lost due to premature mortality) och sjukdom (YLD; years of life lived with any long-term or short-term health loss). Detta mått används allt oftare i internationella och nationella sjukdomsbördestudier och har blivit ett både vetenskapligt och policymässigt kraftfullt instrument för att visa den relativa betydelsen olika sjukdomar och riskfaktorer har för folkhälsan [2].

År 2011 fick Karolinska Institutet i uppdrag att kartlägga den samlade sjukdomsbördan mätt med DALYs avseende alkohol, narkotika och tobaksrökning i Sverige över tid. Detta har gjorts utifrån den senaste versionen av det så kallade Global Burden of Disease project (GBD 2010) eller Globala Sjukdomsbördeprojektet, som leds av the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) i Seattle, USA. Omfattande metodutvecklingar har gjorts inför GBD 2010 och i samband med uppdraget påbörjade Karolinska Institutet ett samarbete med IHME.

Syftet med denna rapport är således att presentera hur sjukdomsbördan avseende alkohol, narkotika och tobaksrökning ser ut i Sverige mätt med DALY, YLL, YLD och antal dödsfall för åren 1990, 2005 och 2010, samt hur stor andel av den totala sjukdomsbördan i Sverige som kan förklaras av dessa riskfaktorer.

2. Metod

Metoderbetet som ligger till grund för de svenska beräkningarna i denna rapport baserar sig på skattningar från den senaste uppdateringen inom det globala sjukdomsbördeprojektet, GBD 2010. GBD 2010 är den mest omfattande uppdateringen av sjukdomsbördan hittills och innehåller skattningar för 291 sjukdomar, 1160 följsjukomar, 67 riskfaktorer i 20 åldergrupper för män och kvinnor i 187 länder. I ett specialnummer av The Lancet [3], men även i en mer läsvänlig publikation, "The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy" [2] sammanfattas de bakomliggande metoderna och den analytiska strategin i detalj. I denna rapport beskriver vi översiktligt de komponenter som ligger till grund för beräkningarna med fokus på alkohol, narkotika och tobaksrökning för åren 1990, 2005 och 2010.

2.1 Sjukdomsbörda

2.1.1. Förlorade år på grund av död och sjukdom

DALY är ett mått som används för att beräkna den samlade sjukdomsbördan i en befolkning, där både dödsfall, skador och sjuklighet vägs samman. Det som specifikt mäts är den *tid i år som man förlorar* på grund av för tidig död (YLL) och sjukdom (YLD). Man mäter således gapet mellan verkligheten och ett idealstadium där alla lever med optimal livslängd och är friska. För att kunna mäta detta gap, måste man ta ställning till två frågor; 1) Hur lång är den optimala livslängden? och 2) Hur värderar man allvarlighetsgraden av olika sjukdomar? Som referens för optimal livslängd har man utgått ifrån den högsta observerade medellivslängden för någon nation, nämligen Japan och japanska kvinnor, med en förväntad livslängd vid födseln på 86 år för kvinnor, ett ideal som också gäller för männen. För att värdera allvarlighetsgraden av olika sjukdomar har man skapat funktionsförlustvikter eller disability weights, som baseras på individers uppfattning av den inverkan en viss sjukdom har för människors liv, mätt genom intervjustudier och surveys i ett antal länder runt om i världen. Dessa synsätt är en grundtanke i GBD projektet och medför att alla individer bedöms efter samma måttstock, oavsett social bakgrund, socioekonomisk status, etnicitet eller nationstillhörighet [2].

2.1.2. Värdering av sjukdom, funktionsförlustvikt

Varje sjukdom eller skada som är inkluderad i GBD 2010, allt från mild anemi till schizofreni, har fått en funktionsförlustvikt. Hänsyn har också tagits till allvarlighetsgraden i sjukdomen som till exempel mild eller allvarlig anemi. Funktionsförlustvikterna är satta på en skala från 0 till 1, där 0 motsvarar fullständig hälsa och 1 motsvarar död. Mild anemi har till exempel en vikt på 0.005 medan akut fas av schizofreni har en vikt på 0.756. Detta sätt att värdera ohälsa är inte helt okontroversiellt och har varit föremål för många diskussioner och debatter, som till exempel vem som ska göra dessa värderingar, hur man ställer sig till sjukdomens varaktighet och allvarlighetsgrad, samt om värderingen skiljer sig åt utifrån kulturella och socioekonomiska sammanhang. I GBD 2010 har man på grund av kritiken utvecklat en uppsättning av standardiserade frågeformulär och dels genomfört hushållsundersökningar med intervjuer av 14.000 personer i Bangladesh, Indonesien, Peru, Tanzania och USA, dels gjort en web-baserad undersökning med mer än 16.000 deltagare. I frågeformulären har man utgått ifrån hur begränsande hälsoförlusten kan vara i vardagliga livet, till exempel inskränkning av arbetsförmåga, psykologiska hälsa, smärta, men också utifrån symtom relaterade till varje hälsotillstånd [4].

2.1.3. Beräkning av YLL

Av de 291 sjukdomar och skador som är inkluderade i GBD 2010, så anses 235 utgöra dödsorsak, medan de övriga 56 endast redovisas som YLD, det vill säga den tid som förloras på grund av sjukdom [5]. Skattningar för YLL finns således för 235 dödsorsaker.

För att beräkna YLL utgår man från de antal år som man förlorar på grund av dödsfall under den optimala livslängden på 86 år. Beräkningen för en given diagnos, ålder och kön görs genom att multiplicera antalet döda i en viss sjukdom med den förväntade livslängden vid den tidpunkt döden inträffar. Om till exempel en 20-årig man dör i en bilolycka så förlorar han 66 år, det vill säga den kvarstående livslängden till referensåldern på 86 år [2].

2.1.4. Beräkning av YLD

Av de 291 sjukdomar och skador som är inkluderade i GBD 2010, så orsakar 289 sjuklighet. Två tillstånd, plötslig spädbarnsdöd och aorta aneurysm leder till direkt död och är således inte inkluderade i YLD beräkningarna [6].

För att beräkna YLD utgår man ifrån den tid i år som förloras på grund av varje sjukdom i befolkningen, med hänsyn tagen till sjukdomens allvarlighetsgrad, funktionsförlustvikten. Om till exempel en ung man får anorexia (som har en funktionsförlustvikt på 0.223) som varar under 5 år så kommer mannen ha förlorat 1.115 friska år av sitt liv ($5 \text{ år} \times 0.223$) på grund av sin sjukdom.

2.1.5. Beräkning av DALY

DALY beräknas genom att summera YLL och YLD. En DALY motsvarar ett förlorat år [2].

2.1.6. Datakällor

För att skatta YLL och dödlighet har man använt sig av Socialstyrelsens dödsorsaksregister och för att skatta YLD har man samlat in all tillgänglig information för varje sjukdom och följsjukdom utifrån publicerad och opublicerad litteratur såsom till exempel regeringsrapporter, populationsbaserade register, kliniska data, sjukhusdata, intervjuer, undersökningar och vetenskapliga artiklar. I de fall det funnits brist på tillförlitlig data har man utvecklat ett statistiskt verktyg som kallas DisMod-MR (Disease Modeling-Metaregression). Med detta verktyg kan man modellera olika data för insjuknande, förekomst av sjukdom, sjukdomars varaktighet och tid till tillfrisknade [6].

2.2 Riskfaktorers betydelse för sjukdomsbörda

Comparative Risk Assessment (CRA) är den del av GBD-projektet som syftar till att uppskatta vilka riskfaktorer som orsakar sjukdomsbördan, och därmed hur stor andel av sjukdomsbördan som teoretiskt skulle kunna undvikas om man eliminerar riskfaktorn [7]. I GBD 2010 är 67 riskfaktorer inkluderade och beräkningar har gjorts för varje riskfaktor och den betydelse dessa har för sjuklighet och för tidig död. Många riskfaktorer har också grupperats i så kallade kluster. Till exempel finns det information om tobaksrökning och passiv rökning var för sig, men även tillsammans. Man har också rangordnat riskfaktorerna, som visar den betydelse riskfaktorerna har för sjukdomsbördan i förhållande till varandra [7].

2.2.1. Val av riskfaktorer

Rent teoretiskt finns en mängd olika riskfaktorer för sjukdomsuppkomst. I GBD 2010 har riskfaktorerna valts ut efter följande systematiska överväganden [7];

- Den sannolika betydelsen riskfaktorn har för policy och sjukdomsbörda.
- Tillgänglig eller tillräcklig data om riskfaktorns fördelning i befolkningar.
- Tillgänglig eller tillräcklig information om att den specifika riskfaktorn orsakar viss sjukdom eller skada.
- Vetenskapliga fynd om effekten av olika riskfaktorer som är relevanta för den generella befolkningen.

2.2.2. Relativ risk och prevalens

För att kvantifiera betydelsen av riskfaktorer används begreppet tillskriven andel, som beskrivs mer utförligt nedan. För beräkning av tillskriven andel behövs information om relativ risk och prevalens av exponering.

Relativ risk

Relativ risk är ett mått på den relativa sannolikheten eller risken att bli sjuk eller dö om man är exponerad för en viss riskfaktor, jämfört med om man inte är utsatt för riskfaktorn, alternativt utsatt för en lägre nivå av riskfaktorn.

I GBD 2010 har internationella expertgrupper genomfört systematiska litteratursammanställningar över vilka sjukdomstillstånd som är relaterade till var och en av riskfaktorerna och sedan fastställt den relativa risken för varje riskfaktor och sjukdom eller död genom meta-analyser utifrån givna och strikta kriterier. Detta innebär också att en del riskfaktorer som generellt anses vara relaterade till vissa sjukdomar inte har tagits med eftersom orsakssambandet eller vid den nivå riskfaktorn orsakar en viss sjukdom eller död inte kunnat fastställas utifrån tillgängliga studier.

Den relativa risken, d.v.s. sambandet mellan en riskfaktor och en viss specifik sjukdom eller död, har i GBD-studien antagits vara densamma för alla länder. Om det inte har funnits klara belegg för att riskfaktorn har olika effekt på sjukdom och död, har man antagit att den relativa risken är densamma i de fall information har saknats. Information om varje relativ risk finns publicerade i ett omfattande supplement i tidsskriften JAMA [8].

Prevalens av exponering

Prevalens av exponering är ett mått på i vilken utsträckning populationen är utsatt för en viss riskfaktor. Systematiska sökningar har gjorts för att identifiera olika datakällor för att skatta prevalensen av riskfaktorer för varje land. I de fall data inte varit kompletta så har modelleringar gjorts för att skatta prevalensen av exponering [7]. Till skillnad från den relativa risken som antas vara densamma för alla länder eftersom man antar att till exempel rökning är lika farlig för lungcancer oberoende om man bor i Sverige eller i Kina, så skiljer sig prevalens av exponering mellan länder det vill säga att andelen rökare kan vara högre i ett land jämfört med ett annat.

2.2.3. Andel av sjukdomsbörda som kan tillskrivas en riskfaktor

För att uppskatta den andel av sjukdomsbördan som kan tillskrivas en viss riskfaktor och därmed hur stor del av sjukligheten som teoretiskt skulle kunna elimineras om riskfaktorn avlägsnades har man beräknat tillskriven andel (TA), på engelska, population attributable fraction.

TA har beräknats för varje riskfaktor, och den inverkan den har för sjukdomsbördan. För att kvantifiera betydelsen av riskfaktorer beräknar man effekten av varje enskild riskfaktor, medan man håller alla andra faktorer konstanta [7]. Man tar alltså inte hänsyn till att vissa faktorer är relaterade till varandra som till exempel kost, motion och övervikt, där eliminering av en faktor med stor sannolikhet påverkar de andra riskfaktorerna. Man kan med detta mått inte heller summera den TA för ett par relaterade riskfaktorer för en viss sjukdom eftersom detta kan leda till att TA blir mer än 100% [7].

För att analysera kluster av riskfaktorer har man också utgått ifrån att riskfaktorerna är oberoende av varandra, däremot har man gjort ungefärliga sammanvägda effekter för riskfaktorerna och den kombinerade effekten av kluster är ofta mindre än för varje enskild riskfaktor [7, 9].

2.2.4. Kontrafaktisk fördelning

För att beräkna TA ingår en kontrafaktisk ansats, det vill säga att inverkan av riskfaktorn beräknas med en alternativ fördelning av riskfaktorn som referens. I GBD använder man en så kallad teoretisk minimiriskfördelning. Detta innebär att man använder de exponeringsnivåer som ger ingen eller lägsta möjliga risk för sjukdom i befolkningen oavsett om en sådan nivå är praktiskt uppnåelig eller inte. För många riskfaktorer är denna nivå enkel, såsom till exempel bruk av alkohol, tobak och narkotika, där referensen utgör

inget bruk av dessa substanser. För andra riskfaktorer är detta inte möjligt, som till exempel blodtryck och då är gränsen satt till lägsta möjliga risk.

2.2.5. Tillskriven sjukdomsbörda

Andelen av sjukdomsbördan för en viss diagnos som går att tillskriva riskfaktorn kan multipliceras med den totala sjukdomsbördan för samma diagnos och på så sätt får man den andel av sjukdomsbördan som kan förklaras av en viss riskfaktor.

2.3 Alkohol

2.3.1. Alkohol som riskfaktor

Alkohol har identifierats som en riskfaktor för 30 olika sjukdomar (n=21) och skador (n=9) [10], till exempel infektionssjukdomar, cancer, hjärt-och kärlsjukdomar, neurologiska, psykiska och beteendestörningar, samt självförvållade och icke självförvållade skador (Se tabell 1 a och 1 b i appendix). Alkohol är en riskfaktor både för skada som man drabbas av själv och som tillförs andra. I artikeln som ligger till grund för de valda sjukdomarna listas sammanlagt ca 70 sjukdomstillstånd som helt eller delvis orsakas av alkohol, men för många av dessa finns inte data som möjliggör beräkningar av sjukdomsbördan [10]. Information om varje relativ risk finns som nämnts i referens [8]. För diagnosgruppen alkoholmissbruk/beroende, som per definition beror till 100% på alkohol har man inte beräknat relativa risker.

2.3.2. Definition av alkoholkonsumtion

Effekten av alkoholkonsumtion för sjuklighet och dödlighet bygger på modelleringar av medelvolymer av alkoholkonsumtion i befolkningen och baseras på information om per capita konsumtion och självrapporterad konsumtion [11]. Per capita konsumtion är summan av registrerad och oregistrerad alkoholkonsumtion i ett land, där man också tar bort den alkoholkonsumtion som turister står för. Oregistrerad konsumtion består framförallt av resandeförsel, smuggling och hemtillverkning. Per capita konsumtion kan inte brytas ned i undergrupper (åldrar, män, kvinnor) och kompletteras därför med självrapporterad konsumtion utifrån frågeundersökningar. Eftersom självrapporterade

uppgifter om alkoholkonsumtion ofta är lägre än verklig konsumtion har detta också justerats upp utifrån per capita konsumtion [12].

Medelvolymen mäts som genomsnittlig daglig alkoholkonsumtion av ren alkohol i gram/dag under ett givet år [11]. Alkoholkonsumtion har behandlats som en kontinuerlig variabel som jämförs med ett teoretiskt minimum där alla är nykterister. Vid beräkning av den relativa risken för varje sjukdom kan man således i underlaget för beräkningarna inför GBD utläsa risken för alla nivåer. Nivåerna skiljer sig för män och kvinnor eftersom kvinnor löper högre risk för sjukdom och död vid lägre nivåer av alkoholkonsumtion [11]. Vid presentation av de relativa riskerna har man använt sig av kategorier [8], och definition av alkoholkonsumtion kan göras utifrån nedan indelningar;

- Hög konsumtion= (män >60 gram/dag; kvinnor >40 gram/dag)
- Måttlig konsumtion= (män 40-60 gram/dag; kvinnor 20-40 gram/dag)
- Låg = (män <40 gram/dag; kvinnor <20 gram/dag)

Där 12 gram ren alkohol per dag motsvarar ett standardglas (15 cl vin, eller 4 cl starksprit, eller 33 cl starköl eller 50 cl folköl).

För ischemisk hjärtsjukdom och olyckor har modifieringar gjorts, och man har utöver den genomsnittliga medelvolmen inkluderat andelen i befolkningen med intensivkonsumtion, vilket innebär att man minst en gång i månaden vid ett och samma tillfälle dricker stora mängder alkohol (>60 gram/gång) [10, 13-15].

2.3.3. Datakällor

För att skatta alkoholkonsumtion har man använt sig av data från den svenska Monitorundersökningen som innehåller information om självrapporterad alkoholkonsumtion samt oregistrerad och registrerad konsumtion [16], samt per capita skattningar från World Drink Trends [17] och Global Alcohol Survey [18], som också bygger på svensk alkoholstatistik från bland annat systembolaget. Vidare har data för intensivkonsumtion även skattats utifrån Eurobarameter [19].

2.4 Narkotika

2.4.1. Narkotika som riskfaktor

I GBD 2010 har narkotika identifierats som en riskfaktor för åtta sjukdomar och skador såsom HIV/AIDS, cancer, levercirros (inflammation i levern orsakad av Hepatit B och C), psykiska störningar och beteendestörningar (såsom schizofreni och narkomani) samt självtillfogade skador såsom självmord [20], se tabell 3 a och 3 b i appendix. Trots att många studier har beskrivit relationen mellan narkotika och olika hälsoutfall [21], har det inte varit möjligt att fastställa orsakssambanden för fler än åtta sjukdomar och skador [20].

2.4.2. Definition av narkotikabruk

De preparat som är med i skattningarna över narkotikabruk i GBD 2010 är; beroende av amfetamin, kokain, opiater (ex heroin och morfin) som riskfaktor för självtillfogade skador; cannabisbruk som riskfaktor för schizofreni; och intravenöst bruk som riskfaktor för HIV, Hepatit och cirros från Hepatit B och C [22]. Beroende av amfetamin, kokain och opiater definierades utifrån det internationella klassificeringssystemet (ICD) (DSM-IV) som används för beteendestörningar. För narkomani, som per definition beror på narkotika till 100% har man inte beräknat relativa risker. Cannabis har definierats utifrån bruk varje vecka eller oftare.

Det finns ingen standard för att beräkna den sanna storleken av narkotikabrukare, och underlaget bygger på skattningar och modelleringar från befolkningsundersökningar men även indirekta skattningar och modelleringar av till exempel drogrelaterad vård [20]. Olika modelleringar har används för olika preparat i relation till sjukdom. Effekten av cannabisbruk för schizofreni har till exempel beräknats utifrån att drogen orsakar tidigare uppkomst av sjukdom samt allvarligare grad av sjukdomen och en bestämd relativ risk har satts utifrån detta [20].

2.4.3. Datakällor

Data för skattningarna över narkotikabruket i GBD 2010 [23] är från European Monitoring for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) [24] och The European School Survey Project on Alcohol and Other drugs (ESPAD) [25]. Skattningarna i EMCDDA bygger i sin tur på nationella patientregistret, och data från en stor prevalensstudie initierad av Nationella Folkhälsoinstitutet [26]. Skattningarna i ESPAD bygger på droganvändning bland ungdomar från Centraförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) [27].

2.5 Tobaksrökning

2.5.1. Tobaksrökning som riskfaktor

I GBD 2010 har rökning identifierats som en riskfaktor för 28 sjukdomar, till exempel cancersjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, sjukdomar och infektioner i andningsorganen [8], se tabell 3 a och 3 b i appendix.

2.5.2. Definition av tobaksbruk

Tobaksbruk eller rökning har mätts dels utifrån andelen dagligrökare i befolkningen som jämförs med en teoretisk minimumnivå där ingen är rökare [7, 28], och dels genom en indirekt skattning, smoking impact ratio (SIR) som är baserad på lungcancerdödligheten [7, 9, 29].

SIR använder man eftersom effekten av tobaksbruk på sjuklighet och dödlighet är beroende av en mängd faktorer såsom debutålder, antal cigaretter per dag, graden av inhalation och hur länge man har rökt, och denna typ av data är i praktiken högst begränsad i befolkningsundersökningar. SIR definieras som en populations lungcancerdödlighet överskridande icke-rökarens lungcancerdödlighet, relativt lungcancerdödligheten bland rökare hos en känd referensgrupp. Referensgruppen är hämtad ur American Cancer Society Prevention Study, Phase II (CPS-II) [30]. Exponeringsfaktorn är således ett mått på populationsnivå och inte på individnivå. SIR beräknas utifrån formeln:

$$SIR = \frac{C_{LC} - N_{LC}}{S^*_{LC} - N^*_{LC}}$$

C_{LC} = (ålders- och könsspecifik) lungcancerdödligheten i studiepopulationen (baseras på landspecifik analys).

N_{LC} = (ålders- och könsspecifik) lungcancerdödlighet bland icke-rökare i samma studiepopulation.

S^*_{LC} och N^*_{LC} = (ålders- och könsspecifik) lungcancerdödlighet bland rökare och icke-rökare i referensgruppen.

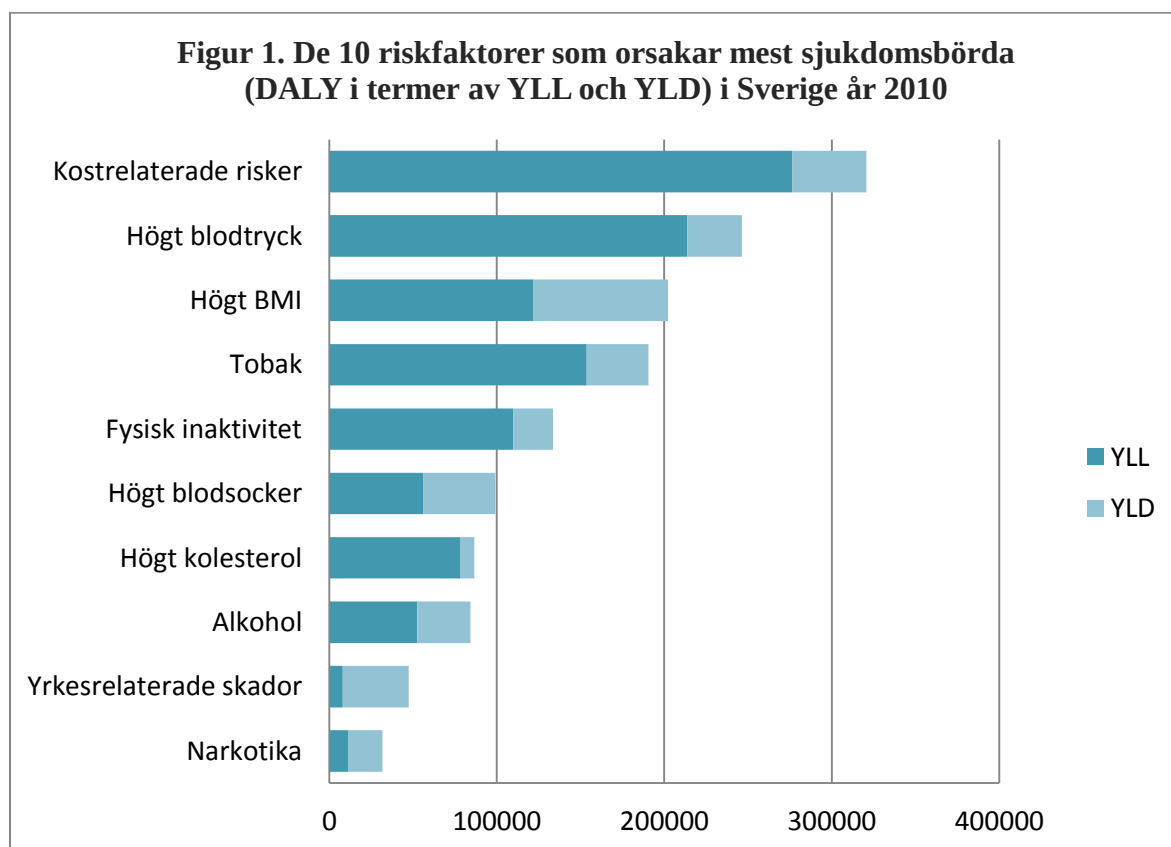
2.5.3. Datakällor

I beräkningsunderlaget för att mäta SIR har man använt data om lungcancerdödlighet från Socialstyrelsens dödsorsaksregister [31]. Dödsorsaksregistret omfattar samtliga avlidna under ett kalenderår som vid tidpunkten för dödsfallet var folkbokförda i Sverige och innehåller individrelaterade uppgifter om dödsorsaker. Data avser antalet döda män och kvinnor i diagnos C34, Malign tumör i bronk eller lunga. Man har även beräknat passiv rökning som grundar sig på andelen av barn och icke-rökare som är exponerade för passiv rökning utifrån befolkningsundersökningar [7]. För att skatta prevalensen av tobakskonsumtionen i Sverige har man använt sig av data från en rad populationsbaserade undersökningar såsom Undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF) från Statistiska centralbyrån [32], Nationella Folkhälsoenkäten [33] och statistik från Health Behaviour in school-aged children (HBSC) [34], som är en internationell undersökning som genomförs i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO), där uppgifter om 13 och 15-åringars hälsa, välbefinnande, levnadsvanor och livsmiljö samlas in var fjärde år.

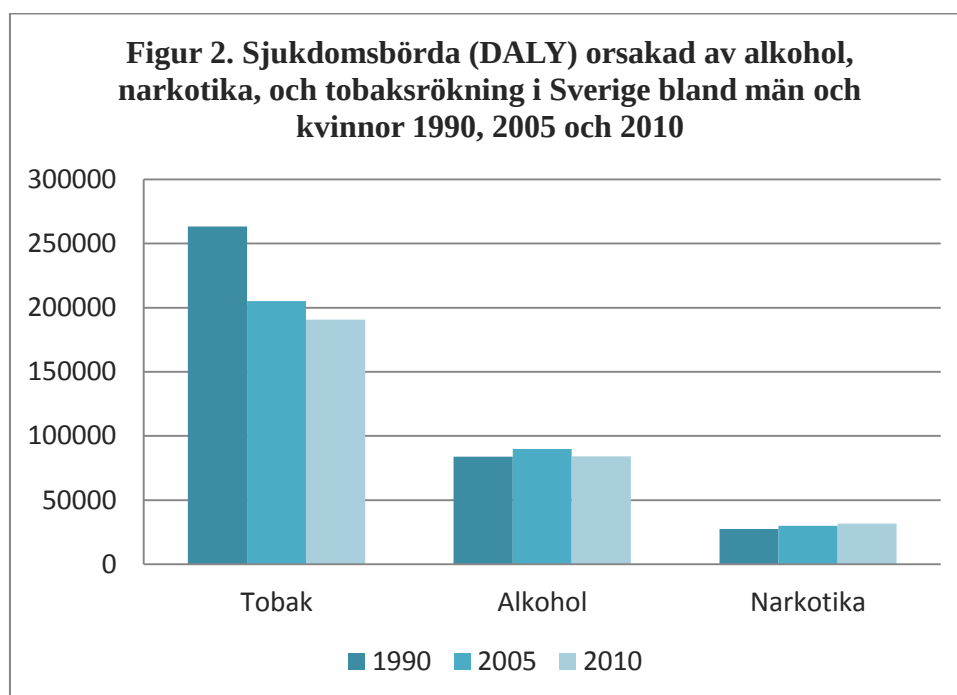
3. Resultat

Vi har tidigare redovisat sjukdomsburden i Sverige år 2002 och 2005, där alkohol, narkotika och tobaksrökning ingick som tre av 10 riskfaktorer [35-37], samt betydelsen av dessa riskfaktorer i två tidigare delrapporter [38, 39]. Underlaget för den här rapporten baseras på senaste tillgängliga data och nya metoder som presenteras i den internationella GBD 2010 studien, där alkohol, narkotika och tobaksrökning ingår som 3 av 67 riskfaktorer [7]. En översikt av de metodutvecklingar som gjorts inför GBD 2010 redovisas mer utförligt i diskussionen. För att kunna göra meningsfulla jämförelser mellan åren 1990, 2005 och 2010 har samma och uppdaterade metoder använts för alla år, varför jämförelser med våra tidigare resultat inte är meningsfull.

Figur 1 illustrerar i rangordning de 10 riskfaktorer som orsakar mest sjukdomsburda DALY (i termer av YLL och YLD) i Sverige bland män och kvinnor år 2010. Kostfaktorer (såsom bland annat lågt intag av frukt och grönsaker och högt intag av salt) orsakar mest sjukdomsburda, medan högt blodtryck och övervikt ligger på andra respektive tredje plats. Tobaksrökning kommer på fjärde plats, alkohol på åttonde plats och narkotika på tionde plats [40].



Figur 2 illustrerar översiktligt sjukdomsbördan (i termer av DALY) orsakad av alkohol, narkotika, och tobaksrökning i Sverige för åren 1990, 2005 och 2010. Tobaksrökning står för den största delen, följt av alkohol och narkotika. Nedan ges en mer utförlig beskrivning av varje riskfaktor var för sig.

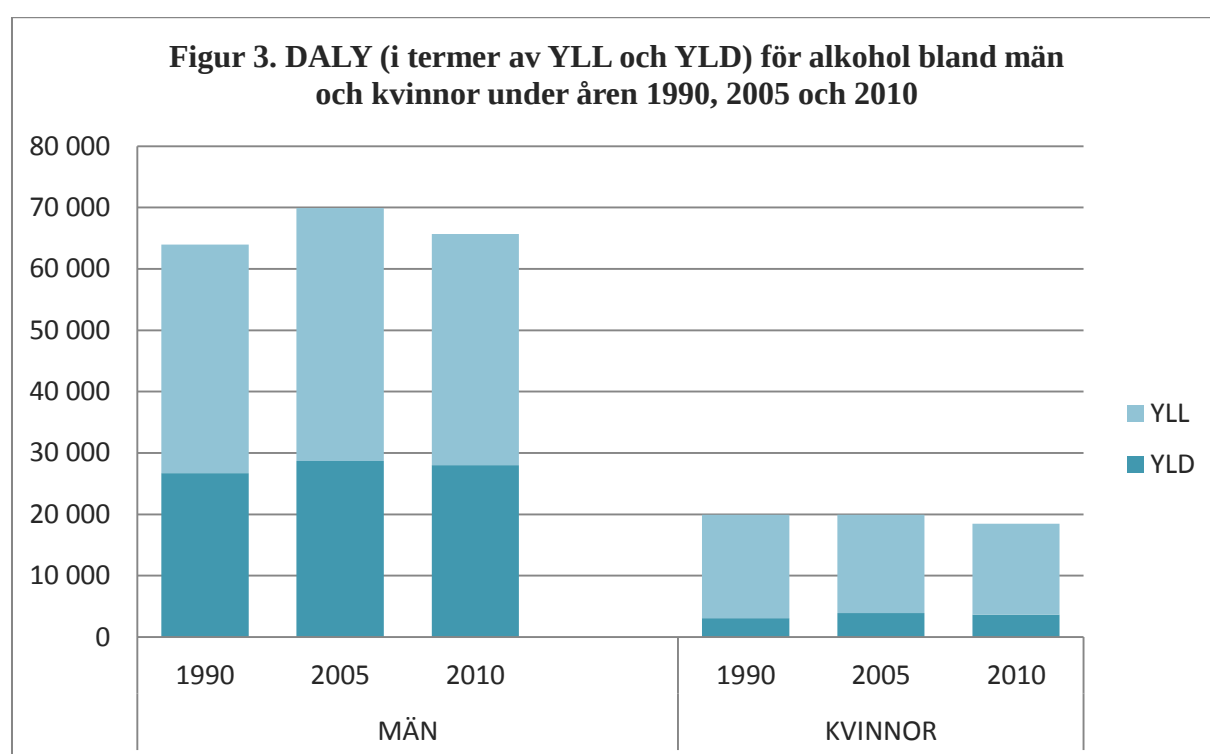


3.1 Alkohol och sjukdomsbörda

3.1.1. Sjukdomsbörda orsakad av alkohol översikt

Figur 3 illustrerar den totala sjukdomsbördan (DALY i termer av YLL, YLD) som orsakas av alkohol i Sverige bland män och kvinnor under åren 1990, 2005 och 2010.

Sjukdomsbördan har legat relativt lika under alla år, med en viss uppgång år 2005 bland män. Den övervägande delen utgörs av män, och alkohol orsakar fler år i för tidig död (YLL) i jämförelse med förlorade år med sjukdom (YLD) för både män och kvinnor.



3.1.2. Antal DALY, YLL, YLD och dödsfall orsakade av alkohol

I tabell 1 redovisas en mer detaljerad bild av sjukdomsbördan som orsakas av alkohol och inkluderar även antal dödsfall. År 2010 förlorades således totalt 84 188 år i för tidig död och sjukdom (DALY) i Sverige på grund av för hög alkoholkonsumtion. Största delen berodde på för tidig död (YLL=52 527), även om många friska år förlorades på grund av tid med sjukdom (YLD=31 656). Denna trend gäller för alla år, 1990, 2005 och 2010. Sjukdomsbördan var något högre år 2005 jämfört med år 2010, det vill säga att fler år förlorades i för tidig död och sjukdom år 2005. Det totala antalet skattade dödsfall orsakade av alkohol i Sverige var 2 129 år 2010.

Tabell 1. Antal totala DALY, YLD, YLL och dödsfall orsakade av alkohol i Sverige under år 1990, 2005 och 2010			
Antal DALY orsakade av alkohol			
	1990	2005	2010
Män	63 954	69 887	65 706
Kvinnor	19 940	19 925	18 482
Totalt	83 894	89 812	84 188
Antal YLD orsakade av alkohol			
	1990	2005	2010
Män	26 707	28 711	28 019
Kvinnor	30 88	3924	3637
Totalt	29 795	32 635	31 656
Antal YLL orsakade av alkohol			
	1990	2005	2010
Män	37 246	41 175	37 683
Kvinnor	16 852	16 001	14 844
Totalt	54 098	57 176	52 527
Antal dödsfall orsakade av alkohol			
	1990	2005	2010
Män	1080	1541	1457
Kvinnor	690	679	672
Totalt	1770	2220	2129

YLL grundar sig på data om dödlighet, men skiljer sig från antal dödsfall eftersom måttet tar hänsyn till den tid i år som man förlorar på grund av att man dör för tidigt utifrån den ideala standarden för ett långt liv. Om man jämför alkoholorsakade YLL med antalet dödsfall så dog 2 129 människor i Sverige år 2010, och 52 527 år av liv förlorades på grund av för tidig död.

3.1.3. Andel av sjukdomsbördan som kan tillskrivas alkohol

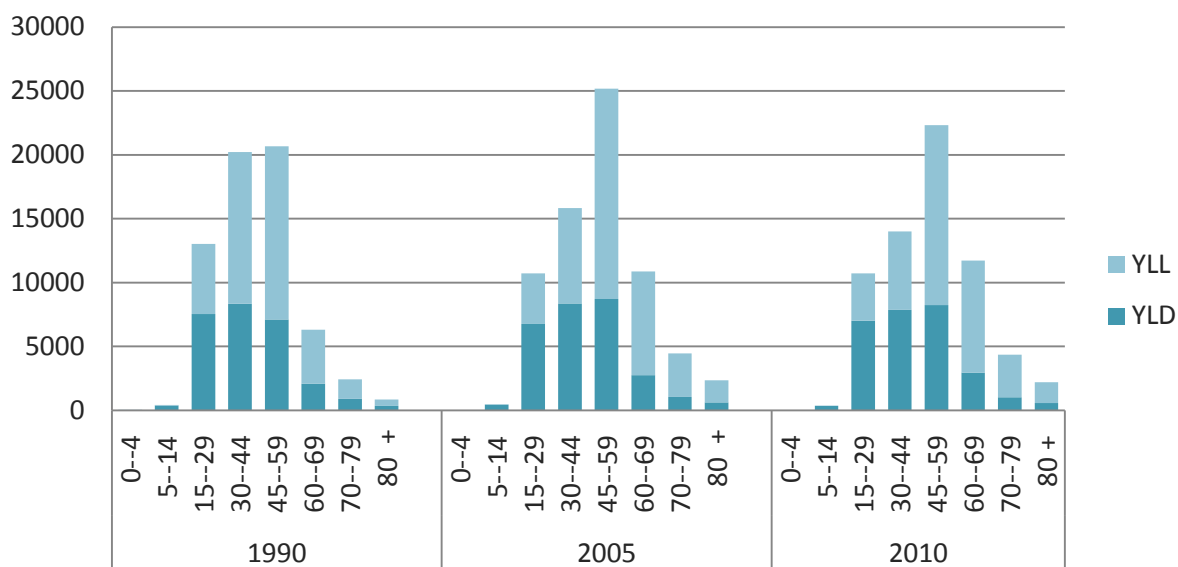
År 2010 orsakade således alkohol 65 706 DALYs bland män och 18 482 DALYs bland kvinnor (tabell 1). Detta motsvarar 5% av den totala sjukdomsbördan för män, 1.6% för kvinnor (tabell 2), och tillsammans 3.4%. Detta innebär att 3.4% av den totala sjukdomsbördan i Sverige kan förklaras av att män och kvinnor dricker för mycket alkohol. År 1990 var motsvarande andel 3.2% och år 2005 3.7%.

Tabell 2. Andelen av den totala sjukdomsbördan som kan förklaras av alkohol, år 1990, 2005 och 2010			
	1990	2005	2010
Män	4.6%	5.6%	5.0%
Kvinnor	1.6%	1.7%	1.6%
Totalt	3.2%	3.7%	3.4%

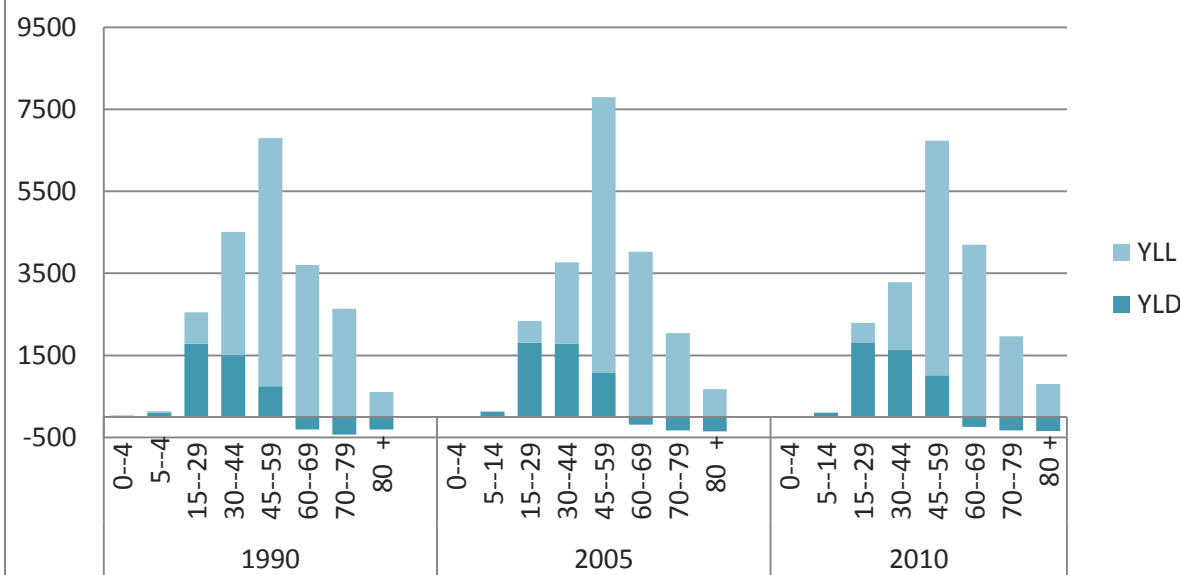
3.1.4. Sjukdomsbörda orsakad av alkohol fördelad på åldrar

Sjukdomsbördan som orsakas av alkohol varierar för olika åldersgrupper och är högst i åldrarna 45-59 år både bland män och kvinnor, år 1990, 2005 och 2010 (se figurer 4 a och 4 b). Anledningen till att YLDs är negativa för kvinnor i åldrarna 60 år och över beror på den skyddande effekt som lätt till måttlig alkoholkonsumtion har visat för ischemisk hjärtsjukdom och diabetes [10, 41], och att den skattade medelkonsumtionen av alkohol för kvinnor i dessa åldrar inte har varit tillräckligt hög. Däremot syns inte detta i den totala sjukdomsbördan där alla sjukdomar ingår för alla åldrar (figur 2) eftersom alkoholkonsumtion i jämförelse med ingen alkoholkonsumtion ökar risken för de andra sjukdomarna. För männen som har en högre skattad genomsnittlig alkoholkonsumtion i alla åldrar, påvisas inga negativa DALYs även om det blir synligt när man studerar sjukdomarna separat (se figur 5 a).

Figur 4 a. DALY (i termer av YLL och YLD) för alkohol uppdelat i åldersgrupper för åren 1990, 2005 och 2010 bland män

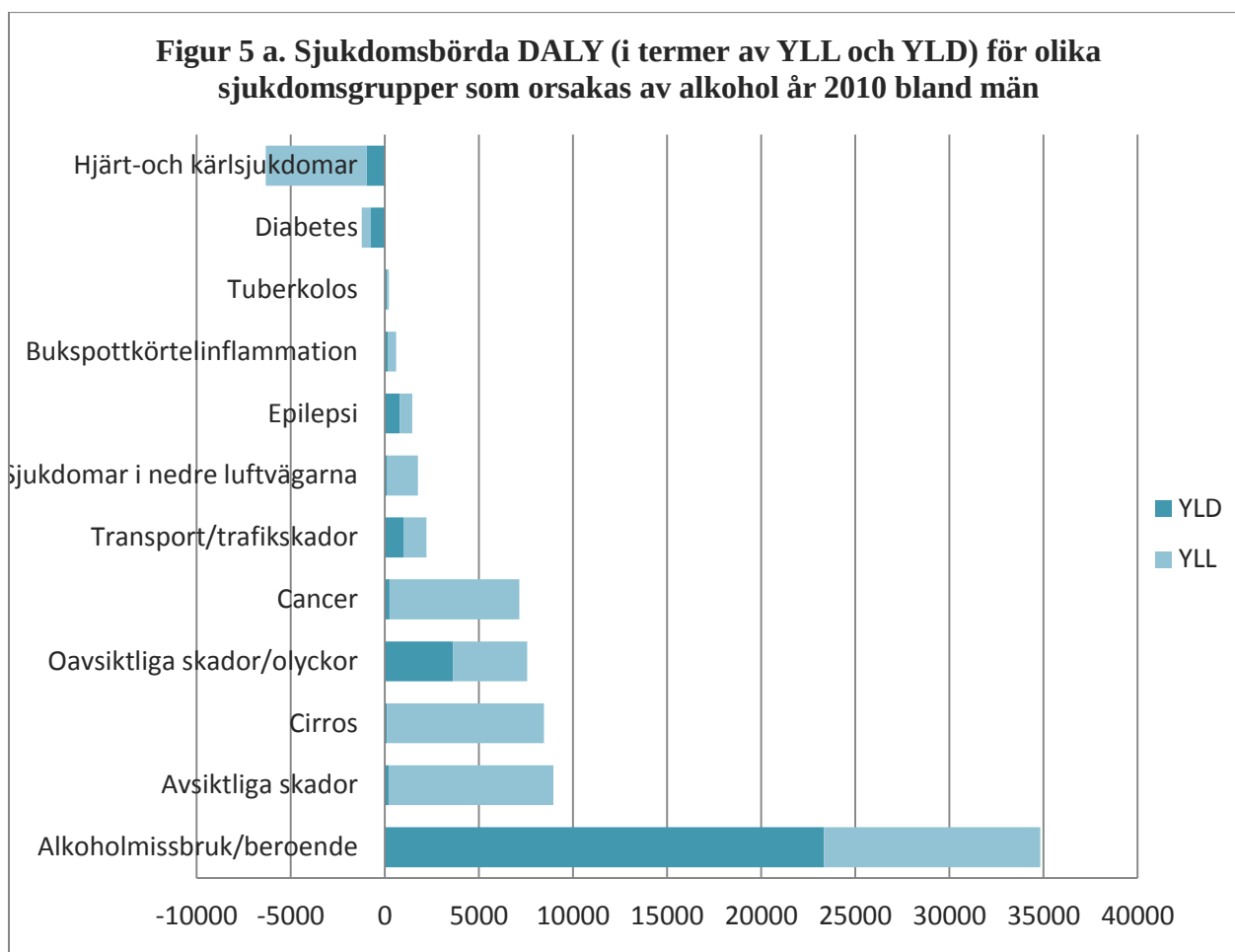


Figur 4 b. DALY (i termer av YLL och YLD) för alkohol uppdelat i åldersgrupper för åren 1990, 2005 och 2010 bland kvinnor

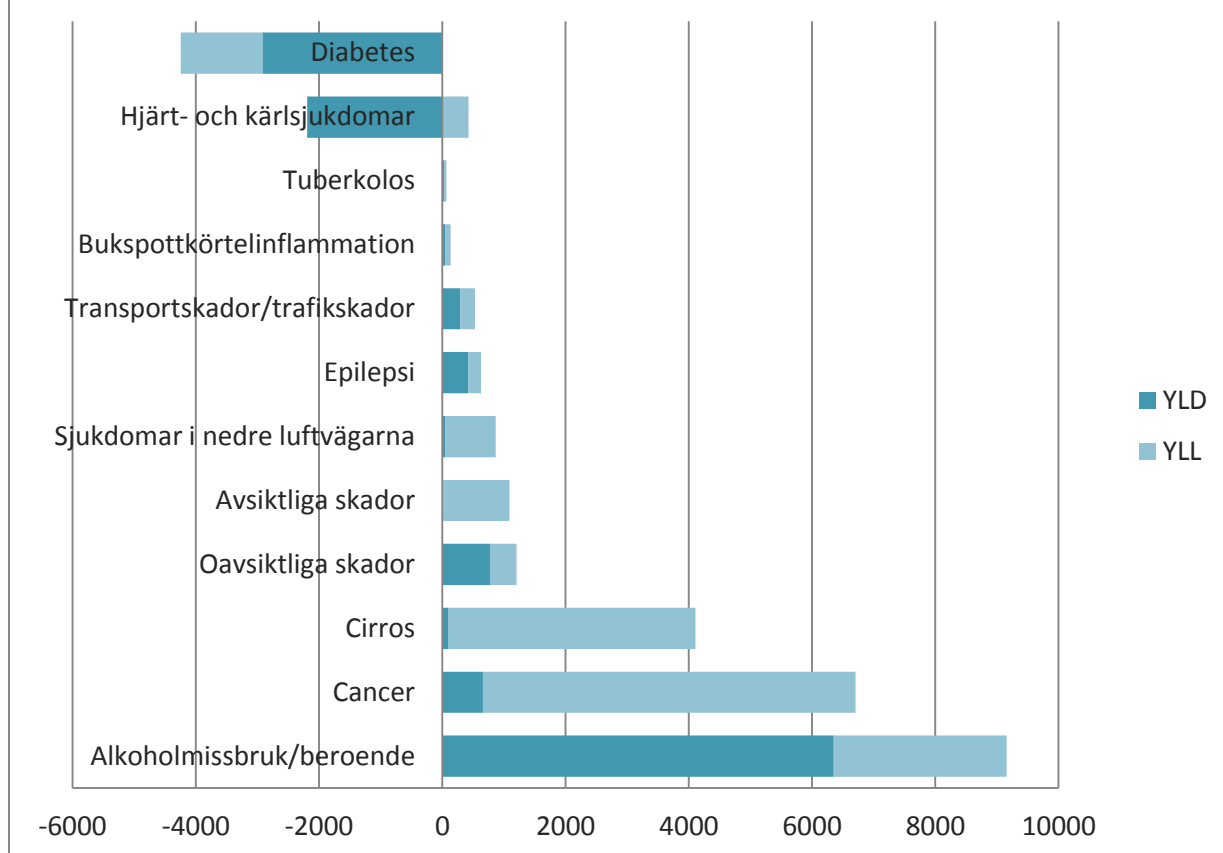


3.1.5. Sjukdomsbörda orsakad av alkohol för olika sjukdomsgrupper

Figur 5 a och 5 b illustrerar sjukdomsbördan för större sjukdomsgrupper som orsakades av alkohol år 2010 för män och kvinnor. För en mer detaljerad nivå av sjukdomsgrupper, samt jämförande siffror för år 1990 och år 2005 hänvisar vi till tabell 1 a och 1 b i appendix. Alkoholmissbruk/beroende orsakade flest DALYs för både män och kvinnor. Som beskrivits ovan är anledningen till negativa DALYs för diabetes och sjukdomsgruppen med hjärt- och kärlsjukdomar sjukdomar bland män och kvinnor den skyddande effekt som lätt till måttlig alkoholkonsumtion har visat för diabetes och ischemisk hjärtsjukdom [10, 41].



Figur 5 b. Sjukdomsbörda DALY (i termer av YLL och YLD) för olika sjukdomsgrupper som orsakas av alkohol år 2010 bland kvinnor



3.1.6. Sammanfattning alkohol

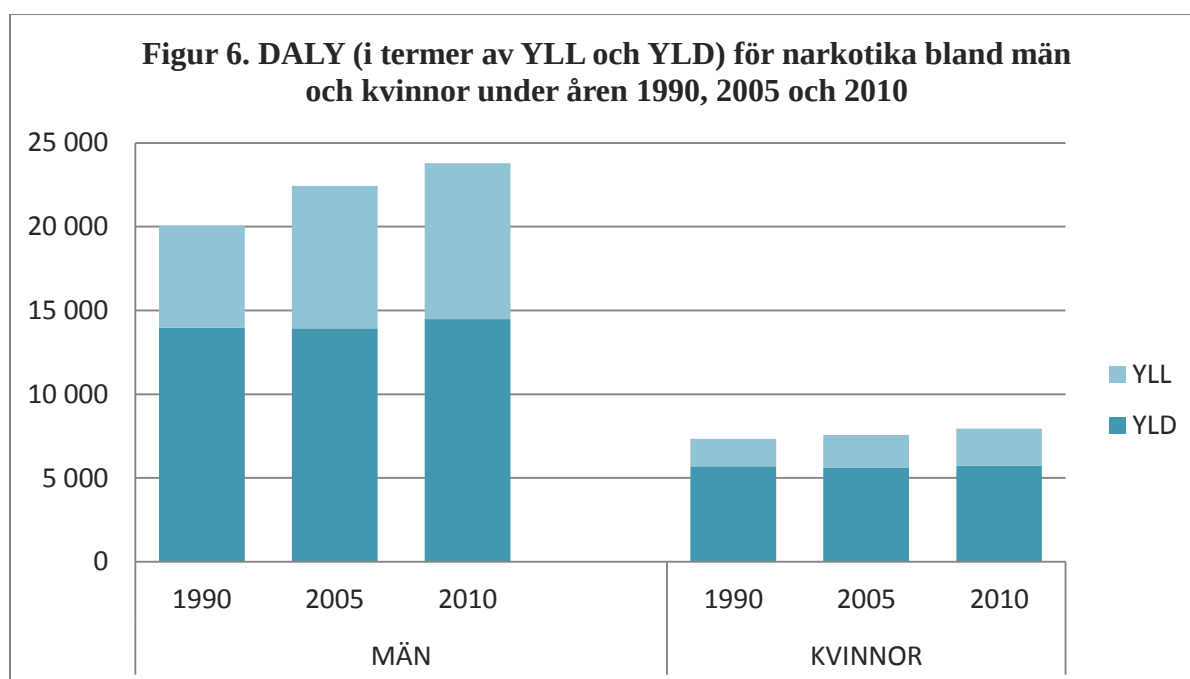
Alkohol är en riskfaktor för 30 olika sjukdomar och skador, och inkluderar både den skada som man drabbas av själv och som tillförs andra. Skattningarna för alkoholkonsumtion bygger på information om både självrapporterad konsumtion och per capita konsumtion. År 2010 förlorade män totalt 65 706 år och kvinnor 18 482 år i för tidig död och sjukdom (DALY), på grund av alkohol, vilket motsvarar 5% och 1.6% av den totala sjukdomsbördan. Detta innebär att 5% av den totala sjukdomsbördan bland män och 1.6% bland kvinnor (eller 3.4% tillsammans) kan förklaras av att befolkningen dricker för mycket alkohol. Sjukdomsbördan var något lägre år 1990 (3.2%) och något högre år 2005 (3.7%) i jämförelse med år 2010.

3.2 Narkotika och sjukdomsbörda

3.2.1. Sjukdomsbörda orsakad av narkotika översikt

Figur 6 illustrerar den totala sjukdomsbördan (DALY i termer av YLL och YLD) orsakad av narkotika i Sverige bland män och kvinnor för åren 1990, 2005 och 2010.

Sjukdomsbördan visar en gradvis ökning från år 1990 till år 2010, särskilt bland män. Den övervägande delen av sjukdomsbördan utgörs av män.



3.2.2. Antal DALY, YLL, YLD och dödsfall orsakade av narkotika

Tabell 3 illustrerar en mer detaljerad version av figur 6 och inkluderar även antal dödsfall. År 2010 förlorades således totalt 31 722 år i för tidig död och sjukdom (DALY) i Sverige på grund av narkotikabruk. Största delen utgjordes av tid spenderad med sjukdom (YLD= 20 204), medan 11 519 utgjordes av för tidig död (YLL). Antal DALY har gradvis ökat något från år 1990 till år 2010. Det totala antalet dödsfall orsakad av narkotika år 2010 var 269 och visar också en gradvis ökning från år 1990. Detta innebär att om 269 personer i Sverige dog år 2010 på grund av narkotikabruk så förlorades 11 519 år av liv i befolkningen på grund av för tidig död.

Tabell 3. Antal totala DALY, YLD, YLL och dödsfall orsakade av narkotika i Sverige under år 1990, 2005 och 2010			
Antal DALY orsakade av narkotika			
	1990	2005	2010
Män	20 071	22 433	23 778
Kvinnor	7347	7566	7944
Totalt	27 418	29 999	31 722
Antal YLD orsakade av narkotika			
	1990	2005	2010
Män	13 971	13 953	14 481
Kvinnor	5695	5593	5723
Totalt	19 666	19 546	20 204
Antal YLL orsakade av narkotika			
	1990	2005	2010
Män	6100	8498	9299
Kvinnor	1652	1972	2220
Totalt	7752	10 470	11 519
Antal dödsfall orsakade av narkotika			
	1990	2005	2010
Män	192	189	211
Kvinnor	40	52	58
Totalt	232	250	269

3.2.3. Andel av sjukdomsbördan som kan tillskrivas narkotika

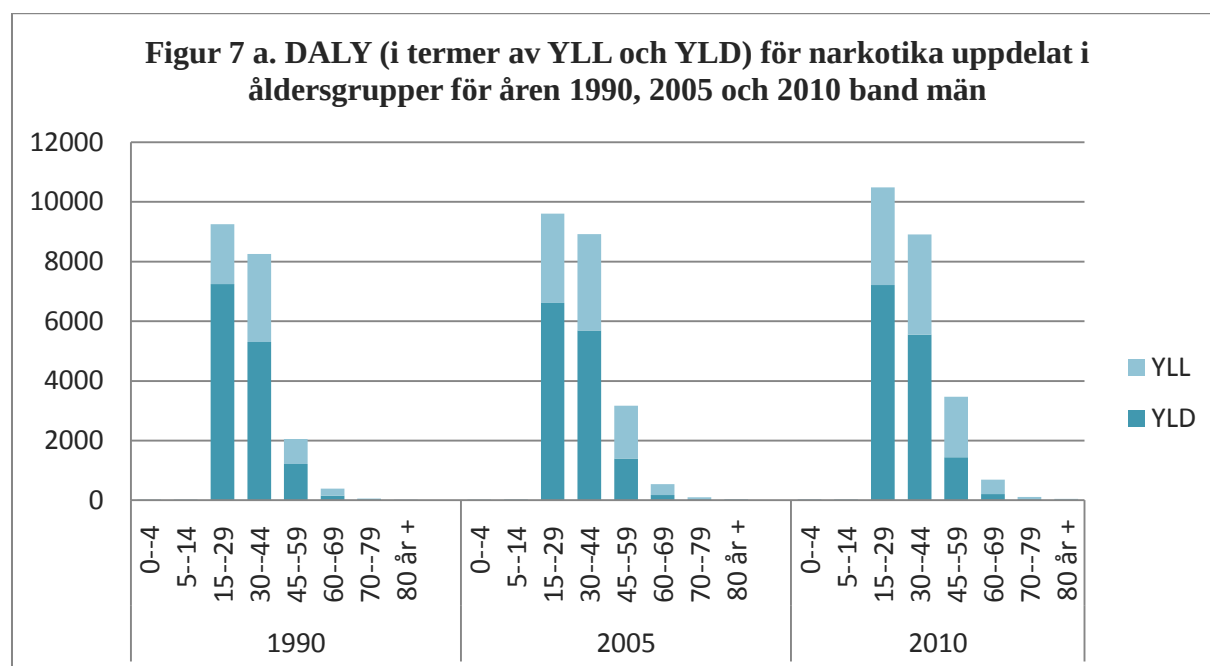
Vid beräkningar av hur mycket av den totala sjukdomsbördan som kan tillskrivas narkotika motsvarar detta 1.8% för männen, 0.7% för kvinnor och 1.3% tillsammans (se tabell 4). Detta innebär att 1.3% av den totala sjukdomsbördan i Sverige kan förklaras av att män och kvinnor använder narkotika av olika slag. År 1990 var jämförande andel 1.0%.

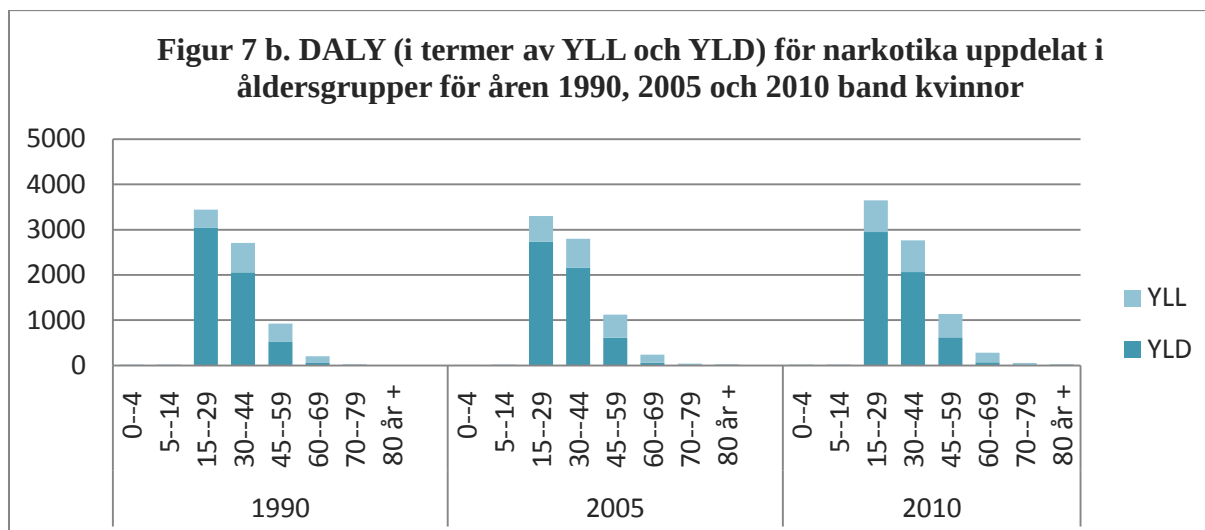
Tabell 4. Andelen av den totala sjukdomsbördan som kan förklaras av narkotika, år 1990, 2005 och 2010

	1990	2005	2010
Män	1.4%	1.8%	1.8%
Kvinnor	0.6%	0.6%	0.7%
Totalt	1.0%	1.2%	1.3%

3.2.4. Sjukdomsbörda orsakad av narkotika fördelad på åldrar

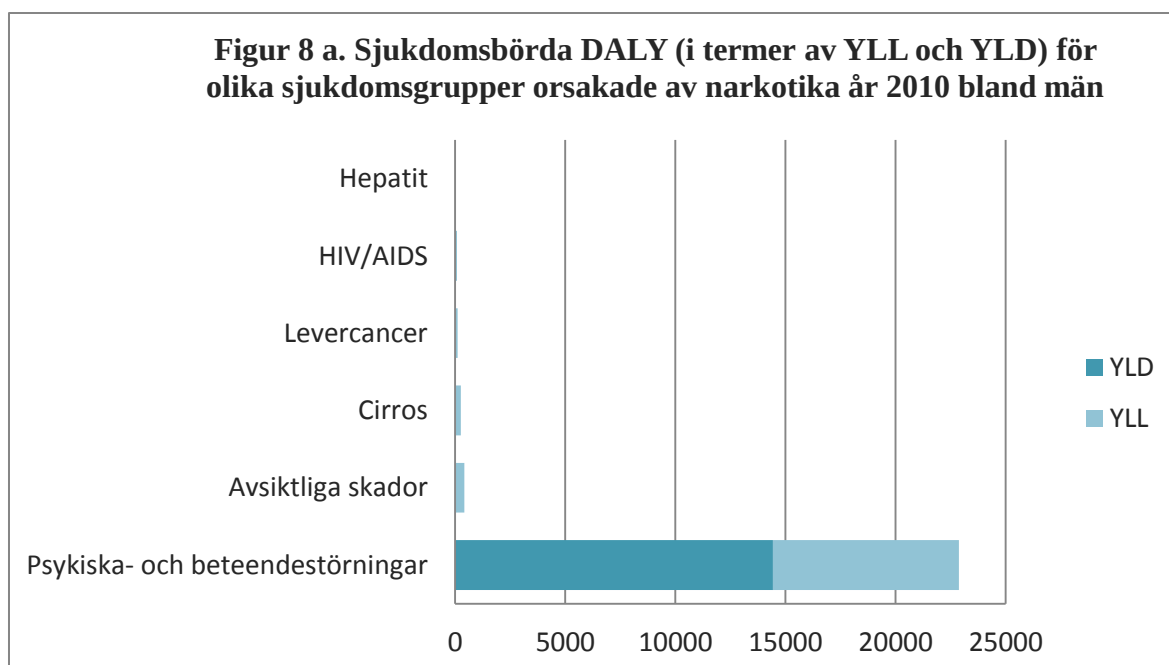
Sjukdomsbördan som orsakas av narkotika varierar för olika åldersgrupper och är högst i åldrarna 15-44 år, både bland män och kvinnor för åren 1990, 2005 och 2010 (figur 7 a och 7 b).

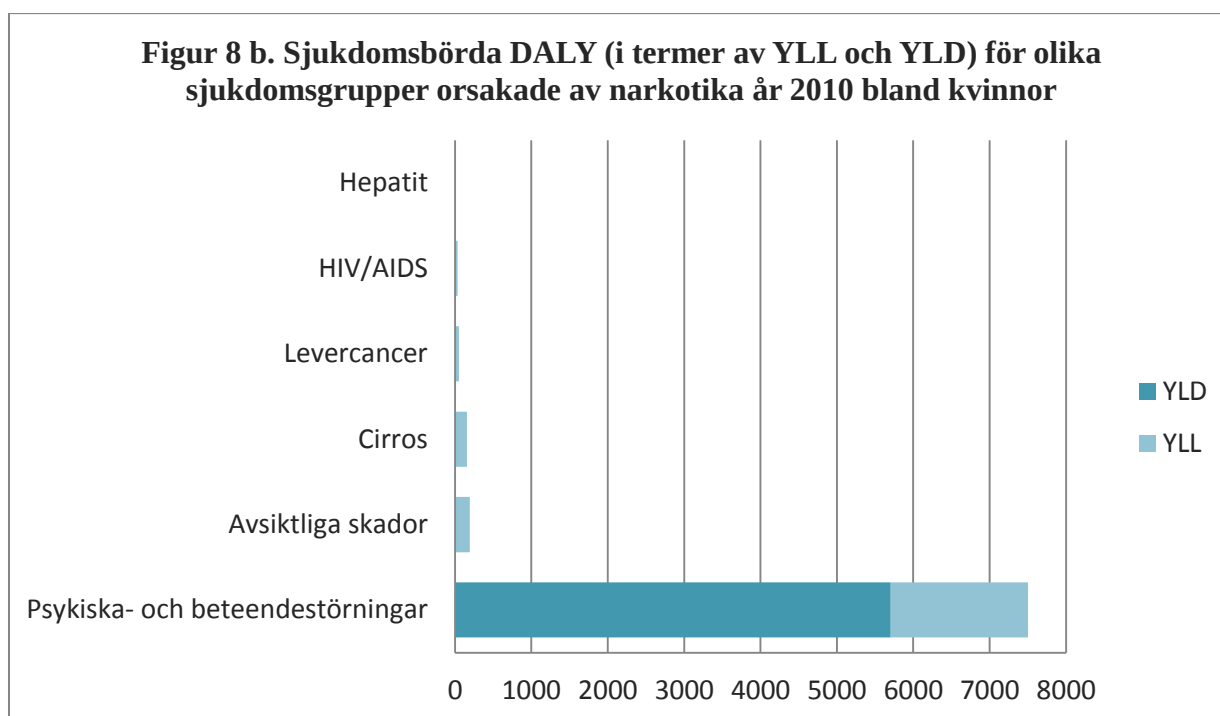




3.2.5. Sjukdomsbörda orsakad av narkotika för olika sjukdomsgrupper

Figur 8 a och 8 b illustrerar sjukdomsbördan för större sjukdomsgrupper som orsakades av narkotika år 2010 för män och kvinnor. För en mer detaljerad nivå av sjukdomsgrupper, samt jämförande siffror för 1990 och 2005 hänvisar vi till tabell 2 a och 2 b i appendix. Psykiska störningar och beteendestörningar (såsom schizofreni och narkomani) orsakar flest DALYs bland både män och kvinnor.





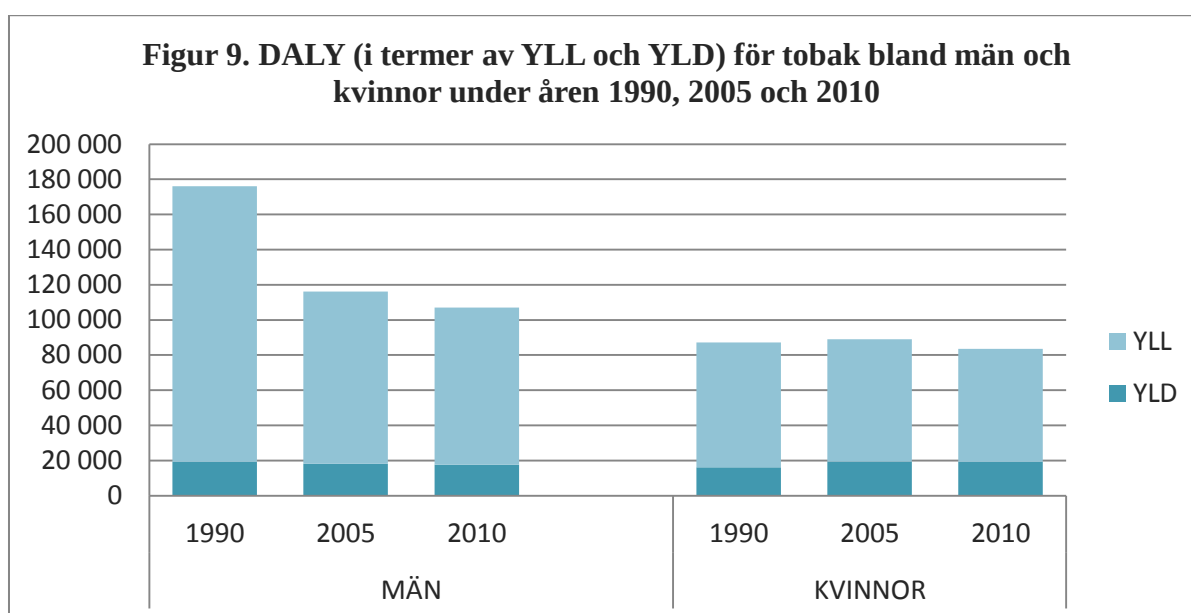
3.2.6. Sammanfattning narkotika

Narkotika är en riskfaktor för åtta olika sjukdomar och skador. Skattningarna för narkotikabruk bygger på information om amfetamin, kokain, opiater, cannabisbruk och intravenöst bruk. År 2010 förlorade män totalt ca 23 000 DALYs och kvinnor ca 8000 DALYs på grund av narkotikabruk, vilket motsvarar 1.8% av den totala sjukdomsbördan för män och 0.7% för kvinnor (totalt 1.3%). Sjukdomsbördan har ökat något dels från 1990 (1.0%) men även från år 2005 (1.2%).

3.3 Tobaksrökning och sjukdomsbörda

3.3.1. Sjukdomsbörda orsakad av tobaksrökning översikt

Figur 9 illustrerar utvecklingen av sjukdomsbördan som orsakades av tobaksrökning i Sverige bland män och kvinnor under åren 1990, 2005 och 2010. Den övervägande delen utgörs av männen och tobak orsakar fler år av för tidig död (YLL) i jämförelse med år av sjukdom (YLD). Sjukdomsbördan på grund av tobaksrökning har minskat bland män med nästan 40% vid jämförelse med år 1990.



3.3.2. Antal DALY, YLL, YLD och dödsfall orsakade av tobaksrökning

I tabell 5 redovisas en mer detaljerad bild av sjukdomsbördan som orsakas av tobaksrökning och inkluderar även antal dödsfall. År 2010 förlorades således totalt 190 629 DALYs i Sverige på grund av tobaksrökning. Största delen berodde på för tidig död (YLL=153 744) även om många friska år förlorades på grund av sjukdom (YLD=36 884). Vid jämförelse med 1990 har sjukdomsbördan minskat avsevärt (DALY 1990=263 174), dock är det männen som står för denna minskning och det är en minskning främst vad gäller YLL, det vill säga att inte lika många år förlorades i för tidig död år 2010 som år 1990. Det totala antalet skattade dödsfall för män och kvinnor var 11 018 år 2010 och är också en minskning från år 1990 då antalet skattade dödsfall var 13 869.

Tabell 5. Antal totala DALY, YLD, YLL och dödsfall orsakade av tobaksrökning i Sverige under år 1990, 2005 och 2010			
Antal DALY orsakade av tobaksrökning			
	1990	2005	2010
Män	176 032	116 089	107 091
Kvinnor	87 142	89 038	83 538
Totalt	263 174	205 127	190 629
Antal YLD orsakade av tobaksrökning			
	1990	2005	2010
Män	19 277	18 153	17 586
Kvinnor	16 087	19 349	19 298
Totalt	35 364	37 502	36 884
Antal YLL orsakade av tobaksrökning			
	1990	2005	2010
Män	156 755	97 936	89 504
Kvinnor	71 055	69 689	64 240
Totalt	227 810	167 625	153 744
Antal dödsfall orsakade av tobaksrökning			
	1990	2005	2010
Män	9142	6180	5944
Kvinnor	4727	5224	5074
Totalt	13 869	11 404	11 018

År 2010 orsakade således tobaksrökning 107 091 DALYs bland män och 83 538 DALYs bland kvinnor (tabell 5). Detta motsvarar 8.3% av den totala sjukdomsbördan för männen och 7.1% för kvinnor (tabell 6), och 7.7% tillsammans. För männen där sjukdomsbördan har minskat över tid var motsvarande andel år 12.6% år 1990 och 9.3% år 2005. För kvinnor var andelen densamma år 1990 med en viss uppgång år 2005 där tobaksrökning kunde förklara 7.6% av den totala sjukdomsbördan.

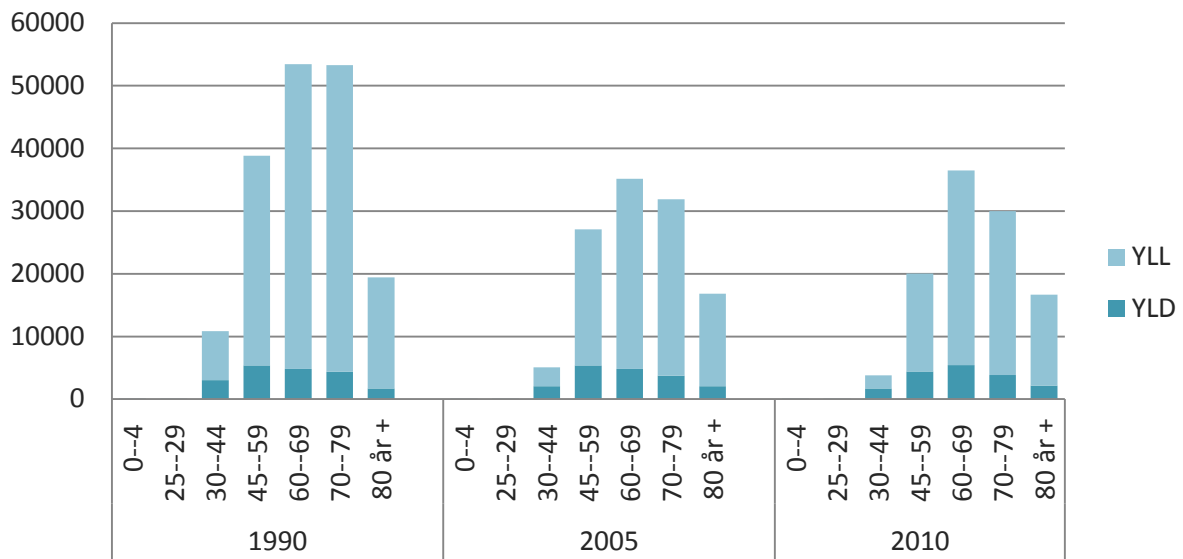
3.3.3. Andel av sjukdomsbördan som kan tillskrivas tobaksrökning

Tabell 6. Andelen av den totala sjukdomsbördan som kan förklaras av tobaksrökning, år 1990, 2005 och 2010			
	1990	2005	2010
Män	12.6%	9.3%	8.3%
Kvinnor	7.1%	7.6%	7.1%
Totalt	10.1%	8.5%	7.7%

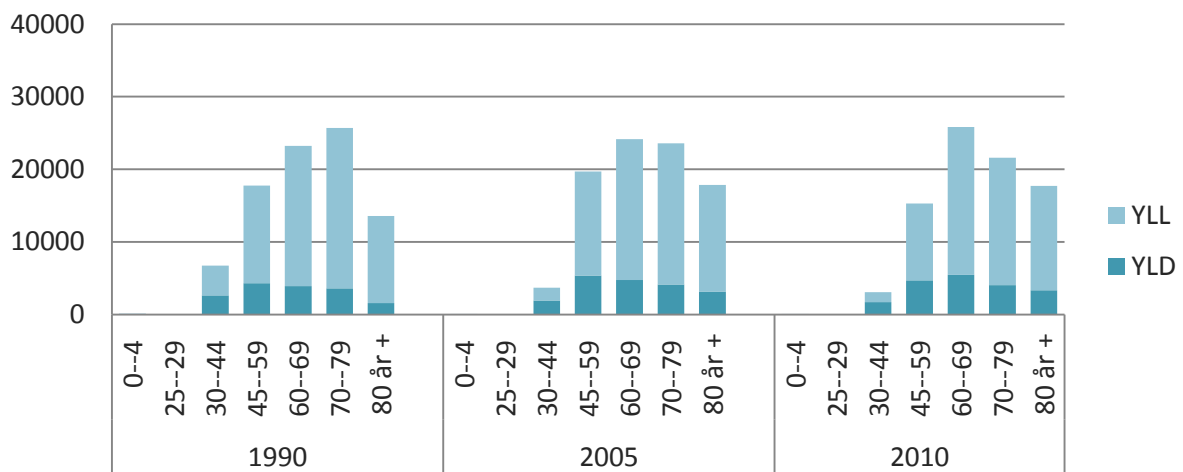
3.3.4. Sjukdomsbörda orsakad av tobaksrökning fördelad på åldrar

Sjukdomsbördan orsakad av tobaksrökning var högst i åldrarna 60-79 år bland både män och kvinnor (figur 9 a och 9 b). Även om sjukdomsbördan minskat från år 1990 för män så kvarstår det åldersmässiga mönstret under 1990, 2005 och 2010.

Figur 10 a. DALY (i termer av YLL och YLD) för tobaksrökning uppdelat i åldersgrupper för åren 1990, 2005 och 2010 band män

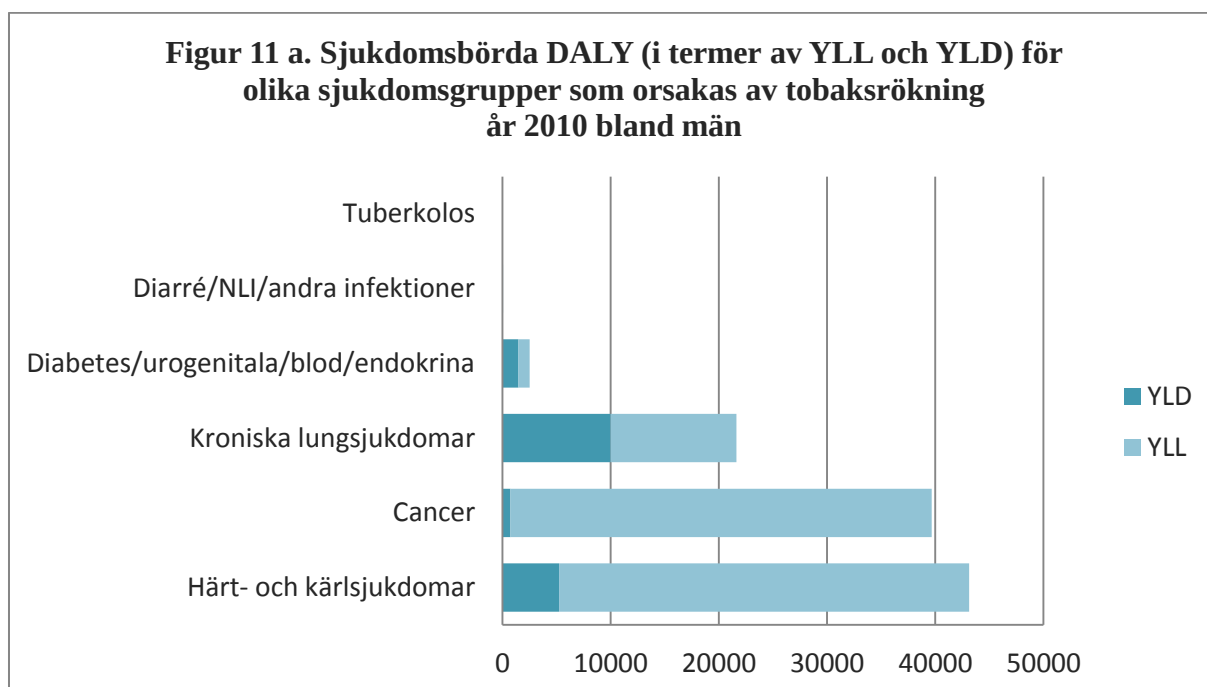


Figur 10 b. DALY (i termer av YLL och YLD) för tobaksrökning uppdelat i åldersgrupper för åren 1990, 2005 och 2010 band kvinnor

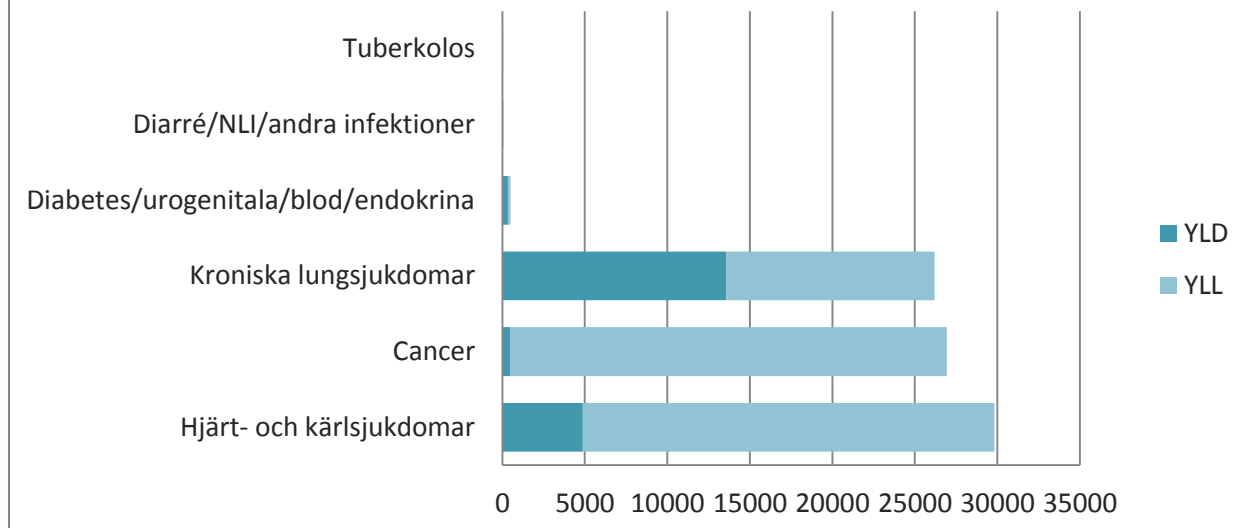


3.3.5. Sjukdomsbörda orsakad av tobaksrökning för olika sjukdomsgrupper

Figur 11 a och 11 b illustrerar sjukdomsbördan för större sjukdomsgrupper som orsakades av tobaksrökning år 2010. För en mer detaljerad nivå av sjukdomsgrupper, samt jämförande siffror för år 1990 och år 2005 hänvisar vi till tabell 3 a och 3 b i appendix. Hjärt- och kärlsjukdomar orsakar flest DALYs för både män och kvinnor och leder i flesta fall till för tidig död (YLL). Cancersjukdomar och kroniska lungsjukdomar bidrar även till största delen av sjukdomsbördan, och vad gäller cancer orsakar tobaksrökningen också flest YLL, medan för kroniska lungsjukdomar beror närmare hälften av alla DALYs på YLD för männen, det vill säga tid spenderad i sjukdom, och mer än hälften av alla DALYs för kvinnor.



Figur 11 b. Sjukdomsbörda DALY (i termer av YLL och YLD) för olika sjukdomsgrupper som orsakas av tobaksrökning år 2010 bland kvinnor



3.3.6. Sammanfattning tobaksrökning

Tobaksrökning är en riskfaktor för 28 sjukdomar. Skattningarna för tobaksbruk bygger dels på antal dagligrökare i en befolkning och dels på en indirekt skattning som baseras på lungcancerdödlighet. År 2010 förlorade män totalt 107 091 år och kvinnor 83 538 år i för tidig död och sjukdom (DALYs), vilket motsvarar 8.3 respektive 7.1% av den totala sjukdomsbördan (tillsammans 7.7%). Sjukdomsbördan, främst i termer av för tidig död (YLL), har minskat för männen från år 1990 då andelen var 12.6% men även från 2005 då andelen var 9.3%. För kvinnor var andelen lika för åren 1990 och 2010, med en ökning år 2005, då 7.6% av sjukdomsbördan kunde tillskrivas tobaksrökning.

4. Diskussion

I denna rapport har vi beskrivit sjukdomsördan som orsakas av alkohol, narkotika och tobaksrökning i Sverige för åren 1990, 2005 och 2010. Detta har gjorts inom ramen för det globala sjukdomsördeprojektet, GBD 2010. Resultaten som presenteras baseras på senaste tillgängliga data och nya metoder från GBD 2010.

4.1 Huvudfynd

4.1.1. Alkohol

Alkohol var i rangordning den åttonde största riskfaktorn för ohälsa i Sverige år 2010 och stod för 3.4% av den totala sjukdomsördan, varav 5% utgjordes av män och 1.3% av kvinnor. Sjukdomsördan var något lägre år 1990 (3.2%) men något högre år 2005 (3.7%) i jämförelse med år 2010, vilket beror på att mer alkohol konsumerades år 2005 i jämförelse med både år 1990 och år 2010 [16].

Andelen av sjukdomsördan som kan tillskrivas alkohol beror dels på omfattningen av alkoholkonsumtion i befolkningen, dels på den relativa risken för skada, som också beror på konsumtionsmönster. För många sjukdomar är risken förhöjd redan vid låga till måttliga nivåer av alkohol [8], vilket är en bidragande faktor till sjukdomsördan som orsakas av alkohol. Anledningen till att sjukdomsördan är negativ för ischemisk hjärtsjukdom och diabetes beror på den skyddande effekt som lätt till måttlig konsumtion har visat sig ha i förhållande till att man inte dricker alls [10, 42, 43]. Den skyddande effekten för ischemisk hjärtsjukdom är fortfarande en omdebatterad fråga [44-46], och invändningar som till exempel mätproblem, oklarheter om referensgrupp (till exempel om icke-konsumenter avstår från alkohol på grund av sjukdom), eller att man inte kontrollerat för andra faktorer som kan påverka den skyddande effekten diskuteras. Eftersom det har visat sig att den skyddande effekten försvinner om låg till måttlig konsumtion kombineras med tillfällena av intensivkonsumtion [47, 48], har man i GBD 2010 använt sig av både medelvolym av alkohol och tillfällena av intensivkonsumtion vid beräkning av ischemisk hjärtsjukdom [10].

4.1.2. Narkotika

Narkotikabruk var den tionde största riskfaktorn år 2010 och stod för 1.3% av den totala sjukdomsbördan, varav 1.8% utgörs av männen och 0.6% av kvinnorna. Sjukdomsbördan har ökat något från 1990 (1.0%) och även från 2005 (1.2%).

Ett dussintals sjukdomar anses vara relaterade till narkotikabruk, men bara åtta sjukdomar och skador är med i GBD 2010 [20]. Mycket arbete kvarstår för att få fram vetenskapligt underlag, dels på magnituden av narkotika som riskfaktor, men även hur användningen ser ut i befolkningar, och sjukdomsbördan orsakad av narkotika anses därför vara ordentligt underskattad [21]. Eftersom droger är olagligt är det också svårt att få fram den sanna användningen av dessa preparat. Vi har i dagsläget diskussioner med IHME om bearbetning och analys av ytterligare datakällor som inte redan har använts skulle kunna förbättra skattningarna för Sverige.

4.1.3. Tobaksrökning

Rökning var i rangordning den fjärde största riskfaktorn för ohälsa i Sverige år 2010 och stod för 7.7% av den totala sjukdomsbördan, varav 8.3% utgörs av män och 7.1% av kvinnor. Sjukdomsbördan har minskat avsevärt sedan 1990 då motsvarande andel var 10.1%. Det är männen som står för denna minskning, då andelen år 1990 var uppe i 12.6%, och kvinnor låg på samma nivå som år 2010 (7.1%).

Förändringen kan nästan enbart härledas till en sänkning av YLL, det vill säga att befolkningen har förlorat färre år på grund av för tidig död, vilket kan förklaras av minskade dödsfall på grund av att män rökte mindre år 2010 i jämförelse med år 1990. Tobaksrelaterade YLD däremot, det vill säga den tid man förlorar på grund av sjukdom, ligger kvar på ungefär samma nivå år 1990 och år 2010.

Det bör också påpekas att även om YLL på grund av ischemisk hjärtsjukdom varit högst rankad både år 1990 och 2010 bland både män och kvinnor, så har det totala antalet YLL gått ned med 46% under dessa år, medan antal YLD är ungefär lika [49]. Det vill säga färre år förlorades generellt på grund av för tidig död i ischemisk hjärtsjukdom år 2010 i Sverige än 1990, men hur mycket av den totala nedgången som kan förklaras av minskad rökning under dessa år är oklar eftersom många faktorer kan vara bidragande orsaker till detta. För kvinnor till exempel så syns inte någon förändring i sjukdomsbördan som orsakas av tobaksrökning mellan de två åren, även om rökningen har minskat en aning [50].

Våra fynd angående antal dödsfall på grund av tobaksrökning är samstämmiga med de som nyligen rapporterats från Stenbeck m fl. [50]. Båda måtten bygger på data från dödsorsaksregistret, men data presenteras för olika år. Sammantaget redovisar de att rökningen orsakade 11 881 dödsfall per år (under åren 2010-2012), medan motsvarande skattning som vi presenterar för år 2010 är 11 019 fall. Vidare har man i Socialstyrelsens rapport visat att antal insjuknade av rökning är 98 603 per år, men motsvarade siffra kan vi inte redovisa eftersom våra skattningar bygger på olika mått.

4.2 Metodologiska aspekter

4.2.1. Allmänt

Även om beräkningen av YLL, YLD och DALY förefaller enkel så består den av 18 distinkta komponenter som var för sig innehåller många analytiska steg men som även är relaterade till varandra. Detta innebär att om man tillför nya data för åldersspecifika dödstal så måste andra beroende komponenter uppdateras såsom till exempel dödsfall för varje orsak, hälsosamma levnadsår och beräkningar av YLL som kan tillskrivas varje riskfaktor.

I de globala beräkningarna av sjukdomsbördan som också ligger till grund för de svenska beräkningarna uttrycks orsakssambandet mellan en riskfaktor och en viss specifik sjukdom i form av relativa risker. De kriterier som har använts för att avgöra vilka riskfaktorer som ska inkluderas i GBD 2010 har kritiserats eftersom en del riskfaktorer inte tagits med i beräkningarna trots att de anses vara relaterade till vissa sjukdomar. Detta beror på att orsakssambandet inte kunnat fastställas utifrån tillgängliga studier, vilket i sin tur kan underskatta sjukdomsbördan. Som exempel kan nämnas alkoholmissbruk och sexuellt överförbara sjukdomar [51], och sambandet mellan alkohol och depressiv sjukdom [10].

Kritik har också riktats mot den analytiska processen. Varje steg kräver en rad statistiska lösningar och komplexiteten i beräkningarna gör att det är svårt att veta vilka beslut som har tagits och vad som händer i varje steg [51]. Detta innebär också att samarbete krävs i nuläget med IHME för att ta del av underlaget från deras programvara med beräkningsmoduler.

4.2.2. Metodutvecklingar GBD 2010

I det globala sjukdomsbördeprojektet sker en fortlöpande metodutveckling och nedan beskrivs några av de huvudsakliga revideringar som gjorts inför GBD 2010 [3].

1. Insamling av data för orsaksspecifik dödlighet som tillsammans summerats till dödlighet för alla orsaker globalt. Anledningen till att man gjort detta var att tidigare blev summan av orsaksspecifik dödlighet som presenterades av olika sjukdomsföreträdare långt högre än antalet dödsfall i världen.
2. Vid tidigare analyser användes diskontering och åldersviktning, som båda är kontroversiella begrepp och föremål för debatt. Diskontering är ett sätt att beskriva tidspreferens, det vill säga att man föredrar att erhålla en hälsovinst idag jämfört med senare i livet. Åldersviktning innebär att mycket unga och äldres liv värderas lägre än unga vuxna. Till följd av de debatter som detta orsakade har man i GBD 2010 valt att inte använda detta längre.
3. Användandet av sakkunniga experter för att värdera sjukdomars allvarlighetsgrad har varit en högst debatterad fråga i tidigare GBD studier. Detta reviderades och i GBD 2010 har man istället vänt sig till hushåll och undersökningar har utförts i olika kulturella, demografiska och språkliga sammanhang. Undersökningarna bygger också på utvecklade och ingående standardiserade undersökningsinstrument som är utvecklade i samråd med medicinska experter, och efter konsultation av filosofer, etiker och ekonomer.
4. För att ta hänsyn till den osäkerhet i beräkningarna som kan förekomma när data varit begränsad så har man beräknat osäkerhetsintervall, det vill säga man angivit intervall som med sannolikhet inkluderar det korrekta estimatet. Ett smalt intervall indikerar att bevisen är starka och ett brett intervall att bevisen är svagare.
5. Insamling av nya validerade data för beräkning av YLD, såsom jämförbara mått på sjukdomars- och skadors förekomst, sjukdomars varaktighet, för ålder och kön i världens 21 regioner. Insamlingen innefattar ett stort antal systematiska litteratursammanställningar utifrån publicerad och opublicerad litteratur.
6. Beräkning av YLD, YLL, dödlighet och DALY för sjukdomar, skador och riskfaktorer i 21 regioner, för män och kvinnor i 20 åldersgrupper för åren 1990, 2005 och 2010. För att maximera jämförbarheten över tid och mellan olika sjukdomar så använder GBD 2010 nya uppdaterade metoder för all data, även för år 1990 och år 2005, och de nya analytiska verktygen är utvecklade av forskargrupper.

4.2.3. Fortsatt arbete

Vi har visat att det är fullt möjligt att göra en uppskattning av sjukdomsördan i Sverige orsakad av alkohol, narkotika och tobaksrökningen och jämföra över tid, baserad på den internationella GBD studien. GBD systemet kommer framöver att göra tätare uppdateringar så mer regelbunden uppföljning än tidigare kommer att vara möjlig. Detta är nu det ledande systemet för att följa sjukdomsördan i olika delar av världen och en mycket omfattande datainsamling ligger bakom och mycket arbete av expertgrupper runt om i världen för att komma fram till korrekta prevalensdata och relativa riskbedömningar. Det är fortfarande ett komplicerat system och framtagningen av skattningarna måste i dagsläget ske i samarbete med IHME. Vi försöker därför verka för att IHME ska ta fram användarvänliga produkter för att göra data mer omedelbart tillgängliga för varje enskilt land och som också ska möjliggöra sjukdomsördeanalyser på regional nivå. Det är angeläget att Sverige följer med i detta arbete och har infrastruktur för att snabbt kunna ta fram dessa data för Sverige.

Referenser

1. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopings och tobakspolitiken.* Regeringens proposition 2010/11:47, 2010.
2. *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy.* Institute for Health Metrics and Evaluation. United States of America, 2013.
3. *The Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet, 2013. **380**(9859): p. 2053-2260.
4. Salomon, J.A., et al., *Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet, 2012. **380**(9859): p. 2129-43.
5. Lozano, R., et al., *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet, 2012. **380**(9859): p. 2095-128.
6. Vos, T., et al., *Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet, 2012. **380**(9859): p. 2163-96.
7. Lim, S.S., et al., *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet, 2012. **380**(9859): p. 2224-60.
8. *The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors.* JAMA, 2013. **310**(6): p. 591-608.
9. Ezzati, M., et al., *Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors.* Lancet, 2003. **362**(9380): p. 271-80.
10. Rehm, J., et al., *The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview.* Addiction, 2010. **105**(5): p. 817-43.
11. Shield, K.D., et al., *Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005--a contribution to the Comparative Risk Assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study.* Addiction, 2013. **108**(5): p. 912-22.
12. Rehm, J., J. Klotsche, and J. Patra, *Comparative quantification of alcohol exposure as risk factor for global burden of disease.* Int J Methods Psychiatr Res, 2007. **16**(2): p. 66-76.
13. Rehm, J., et al., *Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences.* Eur Addict Res, 2001. **7**(3): p. 138-47.
14. Shield, K.D., et al., *Global burden of injuries attributable to alcohol consumption in 2004: a novel way of calculating the burden of injuries attributable to alcohol consumption.* Popul Health Metr, 2012. **10**(1): p. 9.
15. Roerecke, M. and J. Rehm, *Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis.* Am J Epidemiol, 2010. **171**(6): p. 633-44.
16. Ramstedt, M., Boman, U., Engdahl, B., Sohlberg, T., Svensson, J., *Tal om alkohol 2010, en statistisk årsrapport från monitor-projektet.* Stockholms universitet., 2010.
17. *World Drink Trends (WDT) 1961-1998.*
18. *Global Alcohol Survey 1999-2010.*

19. European Commission. (2012): Eurobarometer 72.3 (Oct 2009). TNS OPINION & SOCIAL, Brussels [Producer]. GESIS Data Archive, Cologne. ZA4977 Data file Version 2.0.0, doi:10.4232/1.11140.
20. Degenhardt, L. and W. Hall, *Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease*. Lancet, 2012. **379**(9810): p. 55-70.
21. Degenhardt, L., H. Whiteford, and W.D. Hall, *The Global Burden of Disease projects: what have we learned about illicit drug use and dependence and their contribution to the global burden of disease?* Drug Alcohol Rev, 2014. **33**(1): p. 4-12.
22. Degenhardt, L., et al., *Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet, 2013. **382**(9904): p. 1564-74.
23. Degenhardt, L., et al., *What data are available on the extent of illicit drug use and dependence globally? Results of four systematic reviews*. Drug Alcohol Depend, 2011. **117**(2-3): p. 85-101.
24. <http://www.emcdda.europa.eu/>.
25. <http://www.espad.org/>.
26. Narkotikabruket i Sverige. Statens Folkhälsönsitut. **2010:13**.
27. <http://www.can.se/>.
28. Ng, M., et al., *Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012*. JAMA, 2014. **311**(2): p. 183-92.
29. Peto, R., et al., *Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics*. Lancet, 1992. **339**(8804): p. 1268-78.
30. American Cancer Society Study, Phase II. <http://www.cancer.org/research/researchtopreventcancer/currentcancerpreventionstudies/index>.
31. Dödsorsaksregistret. <http://www.socialstyrelsen.se/register/dodsorsaksregistret>.
32. Undersökningarna om levnadsförhållanden. <http://www.scb.se/ulf/>.
33. Nationella Folkhälsoenkäten. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nationella-folkhalsoenkaten/>.
34. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc2.-who-collaborative-cross-national-study-of-children-aged-1115>.
35. Agardh, E., T. Moradi, and P. Allebeck, *[The contribution of risk factors to the burden of disease in Sweden. A comparison between Swedish and WHO data]*. Lakartidningen, 2008. **105**(11): p. 816-21.
36. Allebeck P, A.E., Moradi T, *Risikfaktors bidrag till DALY. En jämförelse av sjukdomsördan utifrån WHO-data och nya svenska data*. Socialmedicinsk tidsskrift, 2008. **4**.
37. Allebeck P., M.T., Jacobsson A., *Sjukdomsördan i Sverige och dess riskfaktorer: Svensk tillämpning av WHO:s DALY-metod för beräkning av sjukdomsörda och riskfaktorer*. Statens Folkhälsoinstitut, Rapport nr A 2006;4, 2006 April.
38. Agardh E, B.U., Allebeck A, *Kartläggning av sjukdomsördan avseende alkohol, narkotika och tobak. Delrapport, Oktober 2012*. Karolinska Institutet, 2012.
39. Agardh E, B.U., Allebeck A, *Kartläggning av sjukdomsördan i Sverige år 2010 i jämförelse med 1990 samt betydelsen av alkohol, narkotika och tobak. Delrapport, Mars 2012*. Karolinska Institutet, 2013.
40. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/tools/data-visualizations>.

41. Corrao, G., et al., *Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis*. *Addiction*, 2000. **95**(10): p. 1505-23.
42. Ronksley, P.E., et al., *Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ*, 2011. **342**: p. d671.
43. Costanzo, S., et al., *Alcohol Consumption and Mortality in Patients With Cardiovascular Disease A Meta-Analysis*. *Journal of the American College of Cardiology*, 2010. **55**(13): p. 1339-1347.
44. Chikritzhs, T., K. Fillmore, and T. Stockwell, *A healthy dose of scepticism: four good reasons to think again about protective effects of alcohol on coronary heart disease*. *Drug Alcohol Rev*, 2009. **28**(4): p. 441-4.
45. Roerecke, M. and J. Rehm, *The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis*. *Addiction*, 2012. **107**(7): p. 1246-60.
46. Stockwell, T. and T. Chikritzhs, *Commentary: another serious challenge to the hypothesis that moderate drinking is good for health?* *Int J Epidemiol*, 2013. **42**(6): p. 1792-4.
47. Puddey, I.B., et al., *Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors--a review*. *Addiction*, 1999. **94**(5): p. 649-63.
48. Bagnardi, V., et al., *Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis*. *J Epidemiol Community Health*, 2008. **62**(7): p. 615-9.
49. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-arrow-diagram>.
50. Stenbeck, M, K.M., *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar*. Socialstyrelsen 2014. **2014-3-4**.
51. Watts, C, C.S., *Should the GBD risk factor rankings be used to guide policy?* *The Lancet* 2012. **380**(9859): p. 2060-2061.

Appendix

Tabell 1 a: Redovisning av antal DALY, YLD, YLL och dödsfall för olika diagnoser orsakade av alkohol för män år 1990, 2005, 2010

Sjukdom	1990				2005				2010			
	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död
HIV/AIDS & tuberkulos	400,0	154,1	245,9	16,1	238,5	114,1	124,4	9,9	227,9	125,0	102,9	8,6
Tuberkulos	400,0	154,1	245,9	16,1	238,5	114,1	124,4	9,9	227,9	125,0	102,9	8,6
Diarré/NLI/andra infektioner	2802,8	82,2	2720,6	233,4	1956,6	100,8	1855,7	178,6	1771,0	102,2	1668,8	167,1
Nedre luftvägsinfektioner	2802,8	82,2	2720,6	233,4	1956,6	100,8	1855,7	178,6	1771,0	102,2	1668,8	167,1
Cancer	6243,8	195,6	6048,2	313,6	7285,7	241,2	7044,6	385,3	7154,8	246,1	6908,6	381,2
Cancer i matstrupe	1472,2	13,6	1458,6	74,5	1755,6	15,7	1740,0	88,7	1653,6	15,1	1638,5	85,7
Levercancer	955,7	8,5	947,2	52,7	1097,0	8,5	1088,5	59,1	1170,0	9,3	1160,7	63,6
Cancer i struphuvud	417,7	31,8	385,9	20,5	348,7	25,8	322,9	18,1	314,2	25,0	289,2	16,5
Bröstcancer												
Cancer i tjocktarm och ändtarm	1456,7	63,5	1393,2	81,9	1594,7	80,1	1514,5	93,7	1605,4	85,2	1520,2	96,2
Muncancer	1012,3	53,9	958,4	44,4	1410,0	83,4	1326,6	77,9	1336,6	84,0	1252,6	70,5
Cancer i näsahåla	224,6	3,0	221,7	9,1	245,1	3,3	241,8	10,2	233,3	3,1	230,2	9,9
Övrig svalgcancer	704,6	21,3	683,3	30,6	834,6	24,3	810,3	37,5	841,7	24,4	817,3	38,8
Hjärt-och kärlsjukdomar	-13272,7	-1050,5	-12222,2	-732,0	-6856,5	-918,8	-5937,8	-376,6	-6325,5	-957,5	-5368,0	-348,1
Ischemisk hjärtsjukdom	-19814,1	-1699,6	-18114,6	-1100,3	-12960,8	-1820,0	-11140,9	-766,6	-11843,2	-1850,6	-9992,6	-714,9
Stroke	4794,8	190,9	4603,9	263,3	3857,9	287,7	3570,2	231,3	3181,1	266,6	2914,6	191,9
Hypertonisjukdomar	902,6	37,9	864,7	64,1	911,9	56,4	855,5	72,1	869,6	57,0	812,6	71,8
Förmaksflimmer	844,1	420,3	423,8	41,0	1334,5	557,1	777,4	86,6	1467,0	569,5	897,5	103,1
Cirros	8786,7	89,8	8697,0	344,7	8993,7	122,2	8871,6	387,5	8455,4	117,9	8337,5	375,3
Cirros hepatit B	1110,2	12,3	1097,9	45,6	1178,6	14,9	1163,6	52,3	1118,5	14,3	1104,2	51,0
Cirros hepatit C	2631,6	24,8	2606,8	110,8	2832,0	36,3	2795,8	128,3	2699,2	36,5	2662,8	125,6
Cirrhos alkohol	4150,6	43,1	4107,5	158,7	4157,5	57,9	4099,6	176,2	3881,6	55,0	3826,6	169,8
Cirros övrigt	894,4	9,5	884,9	29,6	825,7	13,1	812,6	30,7	756,1	12,2	743,9	28,9
Matsmältningssjukdomar	688,5	101,0	587,5	22,9	683,7	163,8	519,9	23,1	609,2	161,3	448,0	20,9
Inflammation i bukspottkörtel	688,5	101,0	587,5	22,9	683,7	163,8	519,9	23,1	609,2	161,3	448,0	20,9
Neurologiska sjukdomar	1588,6	738,0	850,6	22,2	1532,2	797,3	734,8	22,5	1455,9	788,7	667,2	21,4
Epilepsi	1588,6	738,0	850,6	22,2	1532,2	797,3	734,8	22,5	1455,9	788,7	667,2	21,4
Psykiska & beteendestörningar	34266,9	23286,8	10980,1	345,2	35855,4	23605,4	12250,0	423,0	34827,4	23339,0	11488,4	407,9
Alkoholmissbruk/beroende	34266,9	23286,8	10980,1	345,2	35855,4	23605,4	12250,0	423,0	34827,4	23339,0	11488,4	407,9
Diabetes/urogen/blod/endokr	-1057,0	-594,7	-462,3	-26,1	-1081,4	-646,6	-434,8	-28,9	-1225,1	-733,2	-491,9	-34,5

Tabell 1 a forts: Redovisning av antal DALY, YLD, YLL och dödsfall för olika diagnoser orsakade av alkohol för män år 1990, 2005, 2010

Sjukdom	1990				2005				2010			
	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död
Diabetes	-1057,0	-594,7	-462,3	-26,1	-1081,4	-646,6	-434,8	-28,9	-1225,1	-733,2	-491,9	-34,5
Transportskador	3171,6	906,7	2264,9	49,4	2686,7	1155,0	1531,7	35,3	2213,7	998,3	1215,4	28,0
Trafikolyckor	2902,0	800,6	2101,4	45,9	2367,3	980,1	1387,3	31,9	1950,6	850,1	1100,5	25,2
Övriga transportolyckor	269,6	106,1	163,5	3,6	319,4	174,9	144,5	3,5	263,1	148,2	114,9	2,8
Oavsiktliga skador/olyckor	7388,1	2606,8	4781,3	169,0	8364,6	3764,1	4600,4	212,7	7568,4	3620,3	3948,2	192,6
Fallskador	4033,7	2342,9	1690,8	83,8	5444,3	3483,9	1960,5	130,8	5055,6	3348,2	1707,4	123,6
Drunkningsolyckor	1187,3	14,8	1172,4	32,2	994,2	17,4	976,7	30,7	721,3	15,6	705,8	22,6
Brandolyckor	550,3	76,7	473,6	15,4	518,2	91,8	426,3	16,9	455,0	91,4	363,6	14,8
Förgiftningsolyckor	819,1	14,0	805,1	20,5	723,9	8,6	715,2	17,6	745,9	9,5	736,4	17,7
Mekaniska krafter	797,8	158,4	639,3	17,1	684,0	162,4	521,7	16,7	590,6	155,6	435,0	13,9
Avsiktliga skador	12947,0	192,2	12754,8	321,8	10227,7	213,1	10014,5	268,5	8968,6	210,9	8757,7	236,9
Självttillfogade skador	11775,9	21,2	11754,7	299,6	9241,6	25,4	9216,3	249,8	8105,0	22,5	8082,5	221,0
Interpersonellt våld	1171,1	170,9	1000,2	22,3	986,0	187,7	798,3	18,7	863,6	188,4	675,2	15,8
Alla orsaker totalt	63954,1	26707,8	37246,3	1080,2	69886,7	28711,6	41175,1	1540,8	65701,5	28018,9	37682,7	1457,0

Tabell 1 b: Redovisning av antal DALY, YLD, YLL och dödsfall för olika diagnoser orsakade av alkohol för kvinnor år 1990, 2005, 2010

Sjukdom	1990				2005				2010			
	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död
HIV/AIDS & tuberkulos	115,1	36,3	78,8	5,4	72,6	26,4	46,2	4,2	68,6	30,9	37,7	3,6
Tuberkulos	115,1	36,3	78,8	5,4	72,6	26,4	46,2	4,2	68,6	30,9	37,7	3,6
Diarré/NLI/andra infektioner	1672,5	77,2	1595,3	178,2	1002,7	56,8	945,9	120,8	865,4	52,2	813,2	109,5
Nedre luftvägsinfektioner	1672,5	77,2	1595,3	178,2	1002,7	56,8	945,9	120,8	865,4	52,2	813,2	109,5
Cancer	7197,3	521,0	6676,3	329,1	7059,4	650,5	6408,9	345,8	6705,9	660,2	6045,7	341,7
Cancer i matstrupe	263,8	3,1	260,7	16,1	260,4	3,0	257,4	16,4	243,5	2,9	240,6	15,9
Levercancer	453,2	4,4	448,9	27,0	382,4	3,9	378,5	23,8	392,8	4,2	388,6	26,2
Cancer i struphuvud	35,6	1,7	33,8	1,7	38,4	2,0	36,4	2,0	33,9	1,9	31,9	1,8
Bröstcancer	4696,9	429,5	4267,4	184,0	4456,7	533,8	3922,8	185,3	4136,5	538,6	3597,9	176,6
Cancer i tjocktarm och ändtarm	1244,1	59,9	1184,2	76,4	1258,3	68,6	1189,7	83,4	1253,3	72,4	1181,0	86,2
Muncancer	319,3	17,4	301,9	15,7	441,2	33,0	408,2	24,6	418,8	33,5	385,3	23,9
Cancer i näsahåla	58,9	1,0	57,9	2,4	64,1	1,2	63,0	2,8	62,7	1,1	61,6	2,8
Övrig svalgcancer	125,5	4,0	121,5	5,8	158,0	5,1	152,9	7,6	164,6	5,6	158,9	8,3
Hjärt-och kärlsjukdomar	-1400,9	-2185,2	784,3	-84,9	-1963,6	-2209,7	246,1	-109,7	-1766,4	-2193,4	427,1	-76,6
Ischemisk hjärtsjukdom	-510,2	-2050,8	1540,6	202,1	-1422,1	-2042,9	620,8	120,4	-1394,9	-2020,5	625,6	121,9
Stroke	-1711,9	-374,4	-1337,5	-349,1	-1736,6	-459,9	-1276,8	-350,8	-1545,7	-474,7	-1071,0	-320,4
Hypertonisjukdomar	283,6	18,0	265,6	23,8	308,4	26,7	281,7	30,0	286,2	25,9	260,3	29,0
Förmaksflimmer	537,6	222,0	315,7	38,3	886,8	266,4	620,4	90,7	888,0	275,8	612,2	93,0
Cirros	4290,3	80,3	4210,0	212,8	4586,7	103,3	4483,4	254,4	4108,7	96,0	4012,8	239,2
Cirros hepatit B	751,7	12,5	739,2	38,8	826,0	20,0	806,0	46,7	745,0	17,9	727,1	44,1
Cirros hepatit C	2034,7	38,3	1996,4	107,4	2244,8	48,0	2196,8	130,4	2031,7	44,8	1986,9	123,4
Cirros alkohol	918,0	17,8	900,2	43,9	951,0	21,0	929,9	51,9	843,6	20,1	823,5	48,5
Cirrhosis övrigt	585,9	11,7	574,1	22,9	565,0	14,3	550,7	25,4	488,4	13,2	475,2	23,2
Matsmälningssjukdomar	115,9	26,3	89,7	4,6	134,9	43,5	91,4	5,5	136,9	46,4	90,4	5,7
Inflammation i bukspottskörtel	115,9	26,3	89,7	4,6	134,9	43,5	91,4	5,5	136,9	46,4	90,4	5,7
Neurologiska sjukdomar	632,2	397,6	234,6	6,7	628,7	412,8	215,9	7,5	628,3	423,4	204,9	7,3
Epilepsi	632,2	397,6	234,6	6,7	628,7	412,8	215,9	7,5	628,3	423,4	204,9	7,3
Psykiska & beteendestörningar	7950,9	5793,1	2157,8	69,1	9644,4	6625,6	3018,8	104,1	9155,7	6352,5	2803,2	98,5
Alkoholmissbruk/beroende	7950,9	5793,1	2157,8	69,1	9644,4	6625,6	3018,8	104,1	9155,7	6352,5	2803,2	98,5
Diabetes/urogen/blood/endok	-4111,6	-2594,7	-1516,9	-110,0	-4356,4	-2909,8	-1446,6	-130,2	-4245,0	-2918,0	-1327,0	-128,6
Diabetes	-4111,6	-2594,7	-1516,9	-110,0	-4356,4	-2909,8	-1446,6	-130,2	-4245,0	-2918,0	-1327,0	-128,6
Transportskador	800,3	259,1	541,2	11,6	657,3	330,3	327,0	7,3	529,8	293,6	236,2	5,3
Trafikolyckor	735,4	217,7	517,7	11,1	576,2	271,4	304,8	6,8	461,0	243,3	217,6	4,9
Övriga transportolyckor	64,9	41,4	23,5	0,5	81,1	58,9	22,2	0,5	68,9	50,3	18,6	0,4

**Tabell 1 b forts: Redovisning av antal DALY, YLD, YLL och dödsfall för olika diagnoser orsakade av alkohol för kvinnor
år 1990, 2005, 2010**

Sjukdom		1990				2005					2010			
	DALY	YLD	YLL	död		DALY	YLD	YLL	död		DALY	YLD	YLL	död
Oavsiktliga skador/olyckor	1052,2	659,7	392,5	25,3		1234,6	777,3	457,2	36,9		1203,1	776,8	426,3	36,9
Fallskador	842,3	631,3	211,0	19,5		1023,8	750,4	273,3	29,8		1008,7	750,8	257,9	30,4
Drunkningsolyckor	54,8	2,0	52,9	1,5		50,3	2,1	48,3	1,7		41,5	1,9	39,6	1,4
Brandolyckor	61,4	14,1	47,3	1,9		65,7	14,5	51,2	2,4		58,7	13,5	45,2	2,3
Förgiftningar	64,6	2,1	62,5	1,7		64,6	1,2	63,4	2,0		67,2	1,3	65,8	2,1
Mekaniska krafter	29,1	10,4	18,7	0,6		30,1	9,1	21,1	1,0		27,0	9,3	17,6	0,8
Avsiktliga skador	1626,4	17,0	1609,4	41,8		1223,4	16,5	1206,9	32,3		1090,3	16,6	1073,7	29,0
Självtilfogade skador	1463,9	2,2	1461,8	38,6		1101,9	2,3	1099,6	29,8		981,2	2,3	978,8	26,7
Interpersonellt våld	162,4	14,8	147,6	3,2		121,5	14,2	107,3	2,5		109,2	14,3	94,9	2,3
Alla orsaker totalt	19940,5	3087,6	16852,8	689,6		19924,6	3923,5	16001,2	679,0		18481,5	3637,3	14844,2	671,6

Tabell 2 a: Redovisning av antal DALY, YLD, YLL, och dödsfall för diagnoser orsakade av narkotika för män år 1990, 2005, 2010

Sjukdom	1990				2005				2010			
	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död
HIV/AIDS & tuberkolos	466,1	67,7	398,5	8,9	99,6	39,9	59,7	1,5	84,7	37,4	47,3	1,2
HIV/AIDS	466,1	67,7	398,5	8,9	99,6	39,9	59,7	1,5	84,7	37,4	47,3	1,2
Andra smittsamma sjukd.	14,9	1,7	13,1	0,3	9,3	1,8	7,6	0,2	7,4	1,8	5,6	0,2
Hepatit	14,9	1,7	13,1	0,3	9,3	1,8	7,6	0,2	7,4	1,8	5,6	0,2
Cancer	114,8	0,8	114,0	3,9	103,8	0,7	103,1	3,5	113,6	0,8	112,8	3,9
Levercancer	114,8	0,8	114,0	3,9	103,8	0,7	103,1	3,5	113,6	0,8	112,8	3,9
Cirrhosis	437,8	5,9	432,0	13,3	290,4	5,5	284,8	9,2	267,8	5,6	262,2	8,6
Cirrhosis hepatitis B	14,4	0,2	14,2	0,4	12,4	0,2	12,1	0,4	11,3	0,2	11,1	0,4
Cirrhosis hepatitis C	423,5	5,7	417,8	12,8	278,0	5,3	272,7	8,8	256,5	5,4	251,1	8,3
Psykiska & beteende störningar	18305,3	13892,9	4412,4	88,7	21555,1	13885,5	7669,7	167,1	22882,3	14433,1	8449,2	188,4
Schizofreni	17,5	17,5	0,0	0,0	15,0	15,0	0,0	0,0	16,1	16,1	0,0	0,0
Narkomani	18287,8	13875,4	4412,4	88,7	21540,2	13870,5	7669,7	167,1	22866,3	14417,0	8449,2	188,4
Avsiktliga skador	732,2	2,1	730,1	14,2	374,9	1,8	373,0	7,4	423,8	2,2	421,7	8,4
Självttillfogade skador	732,2	2,1	730,1	14,2	374,9	1,8	373,0	7,4	423,8	2,2	421,7	8,4
Alla orsaker totalt	20071,1	13971,1	6100,0	129,2	22433,0	13935,1	8497,9	189,0	23779,7	14480,9	9298,8	210,7

Tabell 2 b: Redovisning av antal DALY, YLD, YLL, och dödsfall för diagnoser orsakade av narkotika för kvinnor år 1990, 2005, 2010

Sjukdom	1990				2005				2010			
	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död
HIV/AIDS & tuberkulos	133,0	29,6	103,4	2,3	39,0	13,4	25,6	0,6	35,2	12,3	22,9	0,6
HIV/AIDS	133,0	29,6	103,4	2,3	39,0	13,4	25,6	0,6	35,2	12,3	22,9	0,6
Andra smittsamma sjukd.	7,9	1,5	6,4	0,2	5,0	1,4	3,6	0,1	4,0	1,4	2,7	0,1
Hepatit	7,9	1,5	6,4	0,2	5,0	1,4	3,6	0,1	4,0	1,4	2,7	0,1
Cancer	89,5	0,7	88,8	3,0	54,2	0,4	53,8	1,8	50,9	0,4	50,5	1,7
Levercancer	89,5	0,7	88,8	3,0	54,2	0,4	53,8	1,8	50,9	0,4	50,5	1,7
Cirros	263,0	5,3	257,7	7,9	185,8	4,6	181,2	5,9	156,3	4,2	152,1	5,0
Cirros hepatit B	7,6	0,1	7,5	0,2	7,0	0,2	6,8	0,2	5,9	0,2	5,7	0,2
Cirros hepatit C	255,4	5,1	250,3	7,7	178,8	4,4	174,4	5,7	150,4	4,0	146,4	4,8
Psykiska & beteendestörningar	6565,0	5656,5	908,5	21,1	7113,5	5572,7	1540,8	39,9	7505,0	5704,0	1801,0	46,7
Schizofreni	6,2	6,2	0,0	0,0	5,5	5,5	0,0	0,0	5,9	5,9	0,0	0,0
Narkomani	6558,8	5650,3	908,5	21,1	7108,1	5567,3	1540,8	39,9	7499,1	5698,1	1801,0	46,7
Avsiktliga skador	288,4	1,0	287,4	5,6	168,0	0,8	167,2	3,2	192,3	1,1	191,1	3,6
Själv tillfogade skador	288,4	1,0	287,4	5,6	168,0	0,8	167,2	3,2	192,3	1,1	191,1	3,6
Alla orsaker totalt	7346,8	5694,5	1652,3	40,1	7565,5	5593,3	1972,2	51,6	7943,7	5723,4	2220,3	57,7

Tabell 3 a: Redovisning av antal DALY, YLD, YLL och dödsfall för diagnoser orsakade av tobaksrökning för män år 1990, 2005, 2010

Sjukdom	1990				2005				2010			
	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död
HIV/AIDS & tuberkulos	142,5	47,4	95,2	6,2	58,1	21,2	36,9	3,0	50,8	20,1	30,7	2,7
Tuberkulos	142,5	47,4	95,2	6,2	58,1	21,2	36,9	3,0	50,8	20,1	30,7	2,7
Diarré/NLI/andra infektioner	132,9	35,2	97,6	1,2	56,0	29,2	26,8	0,3	62,4	34,5	27,9	0,3
Nedre luftvägsinfektioner	109,3	12,5	96,8	1,1	35,8	9,5	26,3	0,3	38,6	11,2	27,4	0,3
Öroninfektion	23,6	22,7	0,9	<,01	20,3	19,8	0,5	<,01	23,8	23,3	0,5	<,01
Cancer	45829,8	767,9	45061,9	2394,2	39692,8	708,0	38984,8	2235,9	39675,2	752,7	38922,5	2368,9
Cancer i matstrupe	2533,1	23,5	2509,6	129,9	2492,2	23,1	2469,1	131,7	2367,2	23,0	2344,2	132,2
Magcancer	2026,4	37,7	1988,7	111,4	1038,8	20,4	1018,4	61,7	929,9	19,8	910,2	59,3
Levercancer	1405,0	12,6	1392,4	76,6	1263,1	10,2	1252,9	70,8	1322,1	11,1	1311,1	78,4
Lungcancer	29607,2	338,8	29268,3	1543,6	25895,1	303,7	25591,4	1446,7	25890,5	319,0	25571,5	1530,2
Livmoderhalscancer												
Cancer i tjocktarm och ändtarm	1406,1	59,7	1346,4	74,7	1187,2	60,3	1126,9	69,6	1186,8	65,7	1121,2	74,9
Muncancer	971,5	53,9	917,6	43,7	1144,9	72,8	1072,1	66,3	1074,9	74,1	1000,8	62,5
Cancer i näshåla	297,8	4,0	293,8	12,9	285,3	4,0	281,4	12,9	265,2	3,7	261,4	12,6
Cancer i bukspottkörtel	2854,2	16,4	2837,8	146,5	2354,1	13,6	2340,5	127,2	2451,3	14,9	2436,4	141,7
Njurcancer	1570,3	32,9	1537,5	78,5	1311,1	26,7	1284,4	74,0	1422,4	33,0	1389,4	86,6
Cancer i urinblåsa	2084,7	165,9	1918,8	122,0	1826,7	150,8	1675,9	120,9	1848,4	163,4	1685,0	129,2
Leukemi	1073,7	22,6	1051,1	54,3	894,2	22,4	871,8	54,1	916,4	25,0	891,4	61,3
Hjärt-och kärlsjukdomar	104615,0	6394,9	98220,1	5787,1	51519,0	5529,5	45989,5	2856,6	43134,2	5257,8	37876,4	2441,3
Ischemisk hjärtsjukdom	76776,6	3217,1	73559,6	4228,1	34020,9	2448,2	31572,7	1895,3	28163,0	2239,8	25923,2	1608,9
Stroke	18219,2	1543,6	16675,6	1073,2	9953,5	1406,0	8547,5	581,4	8217,0	1424,8	6792,2	480,5
Hypertonisjukdomar	1117,5	48,8	1068,8	67,6	794,7	53,3	741,4	49,6	699,1	49,9	649,2	45,3
Förmaksflimmer	1414,6	768,3	646,3	55,7	1513,9	742,0	771,9	73,5	1552,7	713,9	838,8	80,3
Aorta aneurysm	3244,0	0,0	3244,0	179,1	2138,4	0,0	2138,4	118,9	1840,7	0,0	1840,7	104,9
Perifer kärlsjukdom	278,4	157,9	120,5	9,5	244,3	150,2	94,1	7,8	234,7	143,4	91,4	7,6
Övriga hjärt- kärlsjukdomar	3564,7	659,3	2905,4	173,9	2853,4	729,9	2123,6	130,2	2426,9	686,0	1740,9	113,7
Kroniska lungsjukdomar	22128,5	10240,6	11887,8	873,8	21946,1	10193,4	11752,7	1010,7	21629,8	10018,3	11611,5	1060,1
Kronisk obstruktiv lungsjukdom	18463,4	7969,6	10493,8	786,4	19172,6	8300,0	10872,6	943,7	19061,1	8346,2	10714,8	986,1
Dammlunga	192,0	28,0	164,1	14,7	170,7	32,3	138,3	14,6	175,9	33,9	142,0	16,4
Astma	2762,3	2028,3	733,9	42,4	1880,7	1683,6	197,1	13,3	1629,3	1476,9	152,4	10,9
Interstitiella lungsjukdomar	388,6	20,0	368,6	22,6	463,0	22,9	440,1	31,1	526,6	23,9	502,7	38,6
Andra lungsjukdomar	322,1	194,7	127,4	7,7	259,1	154,6	104,6	8,0	237,0	137,4	99,6	8,1
Diabetes/urogen/blod/endok	3183,4	1790,7	1392,7	79,9	2816,8	1671,9	1144,9	73,8	2538,1	1502,8	1035,3	70,1
Diabetes	3183,4	1790,7	1392,7	79,9	2816,8	1671,9	1144,9	73,8	2538,1	1502,8	1035,3	70,1
Alla orsaker totalt	176032,1	19276,8	156755,3	9142,3	116088,7	18153,2	97935,5	6180,3	107090,5	17586,2	89504,2	5943,5

Tabell 3 b: Redovisning av antal DALY, YLD, YLL och dödsfall för diagnoser orsakade av tobaksrökning för kvinnor år 1990, 2005, 2010

Sjukdom	1990				2005				2010			
	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död	DALY	YLD	YLL	död
HIV/AIDS & tuberkulos	67,8	20,9	46,9	2,8	47,6	13,3	34,3	3,0	39,8	13,6	26,2	2,5
Tuberkulos	67,8	20,9	46,9	2,8	47,6	13,3	34,3	3,0	39,8	13,6	26,2	2,5
Diarré/NLI/andra infektioner	112,6	36,8	75,8	0,9	52,9	31,1	21,8	0,3	58,1	35,4	22,8	0,3
Nedre luftvägsinfektioner	87,3	12,2	75,0	0,9	31,0	9,7	21,3	0,3	32,4	10,2	22,3	0,3
Öroninfektion	25,4	24,6	0,8	<,01	21,9	21,4	0,5	<,01	25,7	25,2	0,5	<,01
Cancer	18835,6	274,6	18561,0	891,9	27255,6	441,7	26814,0	1448,2	26921,3	470,7	26450,6	1560,2
Cancer i matstrupe	646,4	7,3	639,1	36,3	779,4	9,1	770,3	49,0	732,4	9,1	723,3	50,1
Magcancer	605,6	10,2	595,5	29,9	510,1	10,0	500,1	29,9	447,4	9,8	437,6	29,4
Levercancer	391,8	3,5	388,3	19,8	445,0	4,4	440,6	25,9	447,4	4,8	442,6	30,2
Lungcancer	12771,8	136,0	12635,7	593,2	19541,7	222,1	19319,6	1005,5	19473,2	236,1	19237,1	1084,7
Livmoderhalscancer	558,5	11,8	546,7	20,9	539,2	10,7	528,5	24,8	479,6	9,9	469,7	24,8
Cancer i tjocktarm och ändtarm	1094,1	46,2	1047,9	53,6	1506,7	78,5	1428,2	87,6	1490,9	85,8	1405,1	98,1
Muncancer	302,5	15,8	286,7	13,6	510,4	41,1	469,3	29,0	488,9	43,8	445,1	30,6
Cancer i näshåla	70,4	1,2	69,2	2,9	90,1	1,6	88,5	4,3	85,5	1,6	83,9	4,4
Cancer i bukspottkörtel	1501,1	8,5	1492,6	75,5	2157,1	12,8	2144,3	119,9	2126,6	13,7	2112,9	129,0
Njurcancer	362,7	7,6	355,1	17,7	453,1	9,8	443,3	25,3	439,9	10,7	429,3	27,2
Cancer i urinblåsa	413,0	24,4	388,6	23,1	581,1	38,2	542,9	38,8	575,5	41,7	533,9	42,4
Leukemi	117,7	2,1	115,6	5,3	141,8	3,4	138,4	8,3	133,9	3,6	130,3	9,1
Hjärt-och kärlsjukdomar	50959,9	5090,4	45869,5	3386,6	35013,0	5086,5	29926,6	2637,3	29825,7	4871,9	24953,9	2262,6
Ischemisk hjärtsjukdom	31649,3	2451,3	29197,9	2160,3	19102,9	2202,0	16900,9	1490,0	16259,5	2089,3	14170,2	1276,9
Stroke	14483,9	1339,9	13144,1	974,3	10592,3	1424,6	9167,7	808,5	8883,0	1404,1	7478,9	682,4
Hypertonisjukdomar	628,2	40,3	587,9	48,5	594,1	50,2	544,0	54,6	524,5	45,7	478,7	50,1
Förmaksflimmer	814,3	416,9	397,4	39,6	1216,3	479,4	736,8	93,1	1129,4	466,5	662,9	84,0
Aorta aneurysm	819,1	0,0	819,1	49,2	769,3	0,0	769,3	49,2	644,9	0,0	644,9	42,5
Perifer kärlsjukdom	225,2	141,9	83,3	7,3	283,5	150,0	133,5	14,4	275,2	147,4	127,8	13,7
Övriga hjärt- kärlsjukdomar	2340,0	700,1	1639,9	107,5	2454,6	780,3	1674,4	127,6	2109,4	718,9	1390,4	113,2
Kroniska lungsjukdomar	16600,6	10302,3	6298,3	431,5	26114,4	13406,1	12708,3	1119,7	26200,7	13567,4	12633,3	1235,7
Kronisk obstruktiv lungsjukdom	13569,9	8165,7	5404,2	381,3	23468,0	11287,5	12180,5	1078,5	23717,0	11581,2	12135,8	1193,4
Dammlunga	14,1	7,7	6,4	0,4	19,8	11,6	8,2	0,8	21,4	12,9	8,4	1,0
Astma	2577,1	1919,1	658,0	36,2	2144,7	1933,4	211,3	17,1	1965,1	1807,3	157,8	13,4
Interstitiella lungsjukdomar	162,5	12,5	150,0	8,9	237,8	22,4	215,4	15,8	267,2	23,3	243,9	20,0
Andra lungsjukdomar	277,0	197,2	79,8	4,7	244,1	151,2	92,9	7,4	230,1	142,7	87,4	7,9
Diabetes/urogen/blod/endok	565,3	361,9	203,4	13,2	554,6	370,4	184,2	15,5	492,6	339,2	153,5	13,6
Diabetes	565,3	361,9	203,4	13,2	554,6	370,4	184,2	15,5	492,6	339,2	153,5	13,6
Alla orsaker totalt	87141,7	16086,8	71054,9	4726,9	89038,1	19349,0	69689,1	5224,0	83538,2	19298,0	64240,2	5074,9

