

CAN rapport
242

Vanor och konsekvenser 2025

Mats Ramstedt (redaktör)

Användning och beroende av
ANDTS bland vuxna i Sverige

Förord

CAN är Sveriges ledande kunskapscentrum med uppdrag att undersöka, analysera och sprida kunskap om användningen av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

Vår vision är ett samhälle där människor inte far illa av skadligt bruk och beroende. Vi har ett nära samarbete med myndigheter, ideell sektor och forskarsamhället. CAN arbetar för ökad kunskap och vill bidra till välgrundade beslut.

Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS) kan orsaka både försämrad hälsa och sociala problem. Användningen kan även påverka närstående negativt. Beroendeproblem står för en stor del av dessa negativa konsekvenser. Det är viktigt att följa både användning och beroende över tid för att kunna upptäcka och förebygga problem.

Syftet med denna rapport var att kartlägga ANDTS-användning och relaterade beroendeproblem bland vuxna i Sverige under 2025. Analysen bygger på data från CAN:s återkommande undersökning Vanor och konsekvenser. För att belysa aktuella trender jämförs resultaten med motsvarande undersökningar från 2013, 2017 och 2021.

Mats Ramstedt har varit redaktör för rapporten. Fem medarbetare från avdelningen för utredning och forskning har bidragit med innehåll, vilket framgår av respektive kapitel. Rapporten har språkgranskats av Ida Ömalm Ronvall. Till rapporten hör även en tabellbilaga som finns på CAN:s hemsida och som har tagits fram av Julia Ekberg. Arbetet med rapporten har finansierats genom CAN:s basanslag från Socialdepartementet.

Vi vill rikta ett stort tack till Anders Hammarberg från Karolinska institutet som har bidragit med kloka synpunkter på formuläret i sin roll som expert i referensgruppen för Vanor och konsekvenser.

Avslutningsvis vill vi rikta ett stort tack till alla som genom åren har tagit sig tid att delta i undersökningen och därmed gjort denna rapport möjlig.

Stockholm, mars, 2026

Charlotta Rehnman

Direktör CAN

Innehåll

Sammanfattning.....	5
Summary.....	10
Alkohol.....	15
Inledning.....	15
Alkoholvanor.....	16
Alkoholberoende.....	20
Sammanfattning och diskussion	22
Narkotika.....	24
Inledning.....	24
Cannabis.....	27
Övrig narkotika.....	29
Narkotikaklassade läkemedel	30
Narkotikaberoende.....	32
Sammanfattning och diskussion	32
Dopning.....	35
Inledning.....	35
Användning av hormondopningsmedel.....	35
Sammanfattning och diskussion	36
Tobak och nikotin.....	37
Inledning.....	37
Cigarettkonsumtion.....	38
Cigarettberoende	39
Snusanvändning	40
Snusberoende	42
Vejping.....	43
Sammanfattning och diskussion	45
Spel om pengar	47
Inledning.....	47
Spel om pengar de senaste 12 månaderna.....	48
Spelproblem	49

Sammanfattning och diskussion	51
Data och metod	53
Referenser.....	59
Bilaga 1: Frågeformulär	63

CAN – Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Citera gärna som: Ramstedt M (2026). *Vanor och konsekvenser 2025*. Rapport 242.
Stockholm: CAN – Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

ISBN 978-91-7278-386-7
URN urn:nbn:se:can-2026-3

Sammanfattning

Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS) kan orsaka både försämrad hälsa och sociala problem. Användningen kan även påverka närstående negativt. Beroendeproblem står för en stor del av dessa negativa effekter. För att kunna synliggöra och förebygga negativa konsekvenser är det viktigt att följa både användning och beroende över tid.

Syftet med denna rapport är att kartlägga ANDTS-användning och relaterade beroendeproblem bland vuxna i Sverige under 2025 med data från CAN:s undersökning Vanor och Konsekvenser. För att belysa aktuella trender jämförs resultaten med motsvarande undersökningar från 2013, 2017 och 2021. Resultaten bygger på svar från totalt 45 580 personer (18–84 år) där deltagarna besvarat frågor om ANDTS-vanor och relaterade beroendeproblem i en kombinerad pappers- och webbenkät.

Rapporten visar att användning av ANDTS är utbredd i Sverige, men att det finns stora skillnader i nivåer mellan de olika formerna av ANDTS. Alkohol och spel om pengar förekommer hos en majoritet av den vuxna befolkningen, snus hos en betydande del medan cigaretter, e-cigaretter och narkotika förekommer hos en mindre del. Dopning är mycket ovanligt. Utvecklingen skiljer sig också åt. Användning och beroende av alkohol, cigaretter och i viss mån narkotika har minskat. Snus, e-cigaretter och problematiskt spelande om pengar har ökat.

Det finns också betydande skillnader i ANDTS-användning mellan olika grupper. Män använder i regel mer alkohol, narkotika, snus och dopningsmedel samt spelar mer om pengar än kvinnor. Men det finns undantag där användningen är på samma nivå eller högre bland kvinnor; icke-förskriven användning av narkotikaklassade läkemedel, cigaretter, vitt snus och e-cigaretter. Vad gäller åldersskillnader så använder de som är under 50 år oftast mer ANDTS än de över 50 år, med undantag för regelbunden alkoholkonsumtion, användning av narkotikaklassade läkemedel, daglig rökning, användning av tobakssnus och spel om pengar.

Betydande skillnader i aktuella ANDTS-trender finns mellan olika ANDTS-områden och grupper. Användningen av och beroendet av alkohol, cigaretter och i viss mån narkotika minskar, medan användningen av snus, e-cigaretter och problematiskt spel om pengar ökar. Alkohol minskar mer bland män och i grupper yngre än 65 år. Den totala narkotikaanvändningen minskar särskilt bland kvinnor och unga vuxna (18–29 år) och rökningen minskar i samtliga grupper. Snus och e-cigaretter ökar framför allt bland kvinnor och unga vuxna medan andelen problemspelare ökar särskilt bland unga vuxna män.

Sammantaget visar rapporten att ANDTS-användningen är utbredd i Sverige och att både nivåer och utveckling varierar avsevärt mellan olika områden och grupper. Resultaten pekar på behovet av en differentierad och kunskapsbaserad ANDTS-politik som tar hänsyn till att utvecklingen går åt olika håll och att det

finns stora skillnader mellan olika grupper. Resultaten visar också att det finns behov av mer kunskap för att bättre förstå orsakerna till köns- och åldersskillnader i användning och beroende, liksom skillnader i aktuella trender.

Nedan sammanfattas några av rapportens viktigaste fynd inom respektive område.

Alkohol: färre dricker alkohol regelbundet och färre har alkoholberoendeproblem

År 2025 hade 85 procent av befolkningen 18–84 år druckit alkohol det senaste året. Det var något vanligare bland män än kvinnor. Skillnaderna mellan åldersgrupperna var små, med högst andel i gruppen 50–64 år och lägst bland 65–84-åringar. Sedan 2013 har andelen som dricker alkohol minskat från 89 till 85 procent, men minskningen gäller endast personer under 50 år.

39 procent av vuxna svenskar dricker alkohol minst en gång i veckan. Det är vanligare bland män än kvinnor och ökar med ålder, med högst andel i gruppen 65–84 år och lägst bland 18–29-åringar. Sedan 2013 har andelen som dricker varje vecka minskat från 48 till 39 procent men nedgången skedde bara bland de under 65 år. Det är vanligast att dricka alkohol 1–3 gånger per vecka (35 procent), följt av 1–3 gånger per månad (26 procent) och några enstaka gånger per år (20 procent). Minst vanligt är att dricka 4 gånger i veckan eller mer (5 procent). Män dricker oftare än kvinnor och äldre dricker oftare än yngre. I genomsnitt 10 procent i åldersgruppen 65–84 år dricker minst 4 gånger i veckan medan det i övriga åldersgrupper är mellan 3 och 5 procent som gör det. Mellan 2013 och 2025 har det mest frekventa drickandet minskat i alla åldersgrupper.

Drygt hälften (53 procent) av alla vuxna har intensivkonsumerat alkohol det senaste året, det vill säga har vid ett och samma tillfälle druckit en mängd som i ren alkohol motsvarar en flaska vin. Intensivkonsumtion är vanligare bland män (62 procent) än kvinnor (44 procent). Den vanligaste frekvensen är en till några gånger per år (34 procent), medan mer regelbunden intensivkonsumtion (minst 1 gång i månaden) uppges av 19 procent. Unga vuxna och män är de grupper som i störst utsträckning ägnar sig åt intensivkonsumtion.

År 2025 uppfyllde drygt var tionde vuxen svensk kriterierna för minst mildt alkoholberoende, 12 procent av männen och 9 procent av kvinnorna. Förekomsten är högst bland 18–29-åringar (20 procent) och minskar med åldern, till cirka 6 procent bland 65–84-åringar. Åldersmönstret gäller både kvinnor och män, men män har generellt en högre andel med alkoholberoende. Undantaget är i den yngsta åldersgruppen, där andelen alkoholberoende är lika stor för män och kvinnor.

Majoriteten av de med alkoholberoende har mildt beroende (7,7 procent), medan måttligt och svårt beroende förekommer hos 1,9 respektive 0,8 procent. En svag nedgång över tid syns i alla allvarlighetsgrader. Förekomsten av alkoholberoende följer generellt mönstret i alkoholvanor: högre bland män än kvinnor och med tydligare nedgång hos män. Åldersmönstret speglar främst skillnader i intensivkonsumtion.

Narkotika: användningen och andelen med beroende minskar något

År 2025 hade 8 procent i befolkningen använt narkotika under de senaste 12 månaderna. Det var vanligare bland män (9 procent) än kvinnor (7 procent). Män i åldern 18–29 år var den grupp där narkotikaanvändning var vanligast (16 procent), följt av kvinnor i samma åldersgrupp (11 procent). Den totala narkotikaanvändningen i befolkningen har minskat något sedan 2017, men nedgången är bara signifikant bland kvinnor. En nedgång har skett i samtliga åldersgrupper, utom i den äldsta åldersgruppen (65–84 år) där nivån har varit stabil runt 6 procent. Nedgången är dock bara signifikant bland kvinnor i åldern 18–29 år.

Knappt 3 procent av den vuxna befolkningen hade använt cannabis under 2025, och användningen var vanligare bland män och unga vuxna. Det har inte skett någon signifikant förändring sedan 2013, vare sig bland kvinnor eller män. Visserligen sågs en signifikant ökning i åldersgruppen 30–84 år, men den ökningen skedde mellan 2013 och 2017 och därefter har nivån varit oförändrad. De flesta som använder cannabis gör det mer sällan än en gång i månaden, medan ungefär en fjärdedel använder det minst en gång i veckan.

Knappt 2 procent hade använt övrig narkotika (amfetamin, kokain, ecstasy/MDMA, hallucinogener, heroin) under 2025. Detta var vanligast bland män och unga vuxna. I stort var användningen oförändrad över tid men kokain, ecstasy/MDMA och hallucinogener var högre 2025 jämfört med 2013. Uppgången skedde dock mellan 2013 och 2017 och användningen har varit oförändrad sedan dess. Dessa preparat användes mer sällan än cannabis och färre än 10 procent av användarna uppgav veckovis användning.

Narkotikaklassade läkemedel användes på ett icke-förskrivet sätt av 5 procent av den vuxna befolkningen under 2025. Till skillnad från cannabis och annan narkotika fanns här inga skillnader i användning mellan män och kvinnor och olika åldersgrupper. Smärtstillande läkemedel var vanligast, följt av lugnande och sist centralstimulerande läkemedel. Inga signifikanta förändringar hade skett sedan 2017. Frekvent användning (minst en gång i veckan) var betydligt vanligare för narkotikaklassade läkemedel än för cannabis och annan narkotika. Bland kvinnor med erfarenhet av icke-förskrivna användning uppgav 48 procent bruk veckovis eller oftare, jämfört med 39 procent bland män.

Totalt uppfyllde 1,2 procent i den vuxna befolkningen kriterierna för minst mild narkotikaberoende under 2025. Det var vanligare bland män (1,5 procent) än kvinnor (1 procent). Högst var andelen i åldern 18–29 år (3,4 procent), med tydlig övervikt för män i de flesta åldersgrupper. Andelen har minskat signifikant från 1,8 procent år 2017 till 1,2 procent år 2025. Nedgången gäller bara kvinnor.

Dopning: användning av hormondopningsmedel är ovanlig och nivån är oförändrad

År 2025 uppgav 0,6 procent av befolkningen (cirka 48 500 personer) att de någon gång använt hormondopningsmedel, en nivå som varit relativt oförändrad över tid. Användningen förekommer nästan enbart bland män (1,2 procent).

Den totala årsprevalensen för användning av hormondopningsmedel har legat stabilt på 0,1 procent under hela mätperioden 2013–2025.

Tobak och nikotin: fortsatt minskad rökning men mer snus och nya nikotinprodukter

År 2025 rökte 7 procent av befolkningen cigaretter, varav knappt 4 procent dagligen och drygt 3 procent sporadiskt. Rökning var något vanligare bland män och bland yngre, vilket beror på en högre andel sporadiska rökare i dessa grupper. Att röka dagligen var vanligast i åldersgruppen 50–64 år och minst vanligt i gruppen 18–29 år. Under perioden 2013–2025 har andelen som röker i stort halverats bland både kvinnor och män och i samtliga åldersgrupper. Nedgången är större för dagligrökning som minskar med 62 procent medan sporadisk rökning minskar med 36 procent. Rökningen har minskat allra mest bland kvinnor i åldern 18–29 år där den sjönk från 19 till 6 procent. En skattning av beroende av cigaretter visar att beroendet är starkare bland dagligrökare än bland sporadiska rökare och något starkare bland kvinnor och äldre.

År 2025 var det 18 procent i den vuxna befolkningen som snusade, de flesta dagligen (15 procent). Fler män (25 procent) än kvinnor (10 procent) snusar och det är vanligare bland yngre. I åldersgruppen 18–29 år är det 29 procent som snusar och det är vanligare bland männen (36 procent). Under perioden 2013–2025 har andelen snusare ökat från 13 till 18 procent. Uppgången var störst mellan 2021 och 2025 och har framför allt skett bland yngre och bland kvinnor. Andelen dagligsnusare bland kvinnor i åldersgruppen 18–29 år ökade från 6 till 17 procent mellan 2017 och 2025. En skattning av beroende visar att dagligsnusande män har ett starkare beroende än kvinnor och att dagligsnusare skattar sitt beroende som något starkare än dagligrökare.

Brunt snus var fortfarande vanligast totalt sett (50 procent), följt av vitt snus (44 procent), medan 6 procent använde både brunt och vitt snus. Skillnaderna var stora mellan grupper: kvinnor använde främst vitt snus (74 procent) och män brunt snus (62 procent). I åldern 18–29 år dominerade vitt snus (67 procent), särskilt bland kvinnor (93 procent). Användare av brunt snus skattar sitt beroende högre än de som använder vitt snus. Detta gäller bara daglig användning och inga skillnader finns för sporadisk användning.

År 2025 uppgav 2,7 procent av befolkningen 18–84 år att de vejpade. Majoriteten utgjordes av sporadiska användare (2,1 procent) medan daglig användning var ovanligt (0,6 procent). Att vejpa är vanligast bland kvinnor och i gruppen 18–29 år. Av alla svarspersoner uppgav 3,9 procent att de vejpat tidigare men

slutat, medan 93 procent uppgav att de aldrig vejpåt. I stort sett alla som vejpåt, vejpåt med nikotin.

Sedan 2017 har andelen vejpåt ökat från 1,6 till 2,7 procent år 2025. Ökningen syns främst bland kvinnor (1,3 till 3,1 procent) och bara i de yngre åldersgrupperna 18–29 år och 30–49 år. Där har andelarna ökat från 3 till 6,5 procent respektive från 1,4 till 3,1 procent. Störst ökning skedde bland kvinnor i åldern 18–29 år (1,7 till 7,7 procent)

Spel om pengar: andel med spelproblem ökar bland unga vuxna

Under 2025 uppgav 59 procent av den vuxna befolkningen att de hade spelat om pengar under de senaste 12 månaderna, något fler män än kvinnor och fler äldre än yngre.

Andelen med någon grad av spelproblem eller risk för spelproblem skattades till 6 procent år 2025. Andelen var högre bland män (9 procent) än kvinnor (3 procent). Den högsta andelen fanns i åldersgruppen 18–29 år, där den skattades till 11 procent totalt, 19 procent bland män och 3 procent bland kvinnor. I befolkningen som helhet ökade andelen mellan 2021 och 2025, från 4 till 6 procent och ökningen sågs bland både kvinnor och män. Den syns i alla åldersgrupper, men var tydligast bland unga vuxna män (18–29 år), där andelen ökade från 11 till 19 procent.

Summary

Alcohol, narcotics, doping, tobacco, and gambling (ANDTG) can cause both poor health and social issues. Use can also affect friends and family negatively. Addiction issues are behind a large part of these negative effects. To raise awareness of and prevent negative consequences, it is important to track both use and addiction over time.

The purpose of this report is to map ANDTG use and associated addiction issues among adults in Sweden in 2025 using data from CAN's survey Habits and Consequences. To cast light on current trends, the results are compared with those of the corresponding surveys in 2013, 2017, and 2021. The results are based on responses from a total of 45,580 people (aged 18–84 years), who responded to questions on ANDTG habits and associated addiction issues in a combined pen-and-paper and web survey.

The report shows that use of ANDTG is common in Sweden, but that there are large differences in levels between the different kinds of ANDTG. Alcohol and gambling occur in a majority of the adult population, snus in a significant proportion, whereas cigarettes and narcotics are used by a smaller proportion. Doping is very rare. The trends also differ. Use of and addiction to alcohol, cigarettes and, to some extent, narcotics have decreased. Snus, e-cigarettes, and problematic gambling have increased.

There are also significant differences in ANDTG use between different groups. Men generally use more alcohol, narcotics, snus, and doping agents, and gamble more than women. There are also some exceptions, where levels are equal or higher among women: non-medical prescription drug use, cigarettes, white snus (nicotine pouches) and e-cigarettes. As regards age differences, those aged under 50 years generally use more ANDTG than those aged over 50 years, excepting regular consumption of alcohol, non-medical prescription drug use, daily smoking, use of tobacco snuff, and gambling.

Significant differences in current ANDTG trends are seen between different ANDTG areas and groups. Levels of use of and addiction to alcohol, cigarettes, and to some extent, narcotics, are decreasing, whereas those for snus, e-cigarettes, and problematic gambling for money are increasing. Alcohol is decreasing mainly among men and among those below 65 years. Total narcotics use is decreasing in particular among women and young adults (aged 18–29 years), and smoking is decreasing in all groups. Snus and e-cigarettes are increasing primarily among women and young adults, whereas the proportion of problem gamblers is increasing in particular among young adult men.

In summary, the report shows that ANDTG use is widespread in Sweden and that both levels and development vary greatly between different areas and groups. The results indicate the need for a granular and knowledge-based ANDTG policy that takes account of the fact that developments are moving in different directions and that there are large differences between different groups. The results also show that there is a need for more knowledge to better understand the reasons for gender and age differences in use and addiction, as well as the differences in current trends.

Below, some of the most important findings of the report in each area are summarized.

Alcohol: fewer people are drinking alcohol regularly and fewer have alcohol addiction issues

In 2025, 85 percent of the population aged 18–84 years had drunk alcohol within the last year. It was slightly more common among men than women. Differences between age groups were small, with the highest proportion in the age group 50–64 years and the lowest in the age group 65–84 years. Since 2013, the proportion drinking alcohol has decreased from 89 to 85 percent, but the decrease is seen only among people aged under 50 years.

Thirty-nine percent of adult Swedes drink alcohol at least once per week. It is more common among men than women and increases with age, with the highest proportion in the age group 65–84 years and the lowest among 18–29-year-olds. Since 2013, the proportion drinking every week has decreased from 48 to 39 percent, but the decrease occurred only among those aged under 65 years. It is most common to drink alcohol 1–3 times per week (35 percent), followed by 1–3 times per month (26 percent), and a few times per year (20 percent). It is least common to drink 4 times or more per week (5 percent). Men drink more often than women and older people drink more often than younger people. On average, ten percent of the age group 65–84 years drinks at least four times per week, whereas this is seen among between three and five percent in other age groups. Between 2013 and 2025, the most frequent drinking has decreased in all age group.

Just over half (53 percent) of all adults have engaged in heavy episodic drinking (HED) in the past year, meaning they consumed, on a single occasion, an amount of alcohol equivalent to a bottle of wine in pure alcohol. HED is more common among men (62%) than among women (44%). The most common frequency of HED is once or a few times per year (34%), whereas more regular HED (at least once per month) is reported by 19 percent. Young adults and men are the groups that indulge in HED most.

In 2025, every tenth adult Swede fulfilled the criteria for at least mild alcohol use disorder (AUD): 12 percent of men and 9 percent of women. The rate is highest among 18–29-year-olds (20%) and decreases with age, declining to about six percent among 65–84-year-olds. The age pattern is seen among both women and men, but men generally have a higher proportion with AUD. The exception is the youngest age group, where the proportion with AUD is the same among men and women.

The majority of those with AUD have mild AUD (7.7%), whereas moderate and severe AUD are seen among 1.9% and 0.8%, respectively. The occurrence of AUD generally followed the pattern of alcohol habits: higher among men than among women, and with a clearer decrease among men. The age pattern mainly reflects differences in heavy episodic drinking.

Narcotics: use and the proportion with addiction decrease slightly

In 2025, eight percent of the population had used narcotics in the last 12 months. It was more common among men (9%) than among women (7%). Men in the age group 18–29 years was the group where narcotics use was most common (16%), followed by women in the same age group (11%). Total narcotics use in the population has decreased slightly since 2017, but the decrease is significant only among women. A decrease has occurred in all age groups, except in the oldest age group (65–84 years), where the level has been stable at around six percent. However, the decline is only significant among women aged 18–29.

Less than three percent of the adult population had used cannabis in 2025 and use was more common among men and young adults. There has not been any significant change since 2013, among either women or men. Admittedly, a significant increase was observed in the 30–84 age group, but this increase occurred between 2013 and 2017, and since then the level has remained unchanged. Most who use cannabis do so less often than once per month, whereas around a quarter use at least once per week.

Less than two percent had used other narcotics (amphetamine, cocaine, ecstasy/MDMA, hallucinogens, heroin) in 2025. This was most common among men and young adults. Use was largely unchanged over time, but use of cocaine, ecstasy/MDMA, and hallucinogens was higher in 2025 than in 2013. The increase, however, occurred between 2013 and 2017 and use has remained unchanged since then. Other narcotics were used more seldom than cannabis and fewer than ten percent of users reported weekly use.

Non-medical prescription drug use was reported by five percent of the adult population in 2025. Unlike for cannabis and other narcotics, there were no differences between men and women or between different age groups here. Analgesics were most common, followed by sedatives, with central stimulants being least common. No significant changes have occurred since 2017. Frequent

use (at least once per week) was much more common for non-medical prescription drug use than for cannabis and other narcotics. Among women with experience of non-prescribed use, 48 percent reported use weekly or more often, compared with 39 percent among men.

In total, 1.2 percent of the adult population met the criteria for at least substance use disorder in 2025. It was more common among men (1.5%) than among women (1%). The proportion was largest in the age group 18–29 years (3.4%), with the clear majority being men across most age groups. The proportion has decreased significantly, from 1.8 percent in 2017 to 1.2 percent in 2025. The decrease is seen only among women.

Doping: use of hormonal doping agents is rare and levels are unchanged

In 2025, 0.6 percent of the population (around 48,500 people) reported having at some point used hormonal doping agents, a level that has been relatively unchanged over time. Use occurs almost only among men (1.2%).

The total annual prevalence for use of hormonal doping agents has been stable at 0.1 percent during the entire measurement period 2013–2025.

Tobacco and nicotine: continued decrease of smoking but more use of snus and new nicotine products

In 2025, seven percent of the population smoked cigarettes, of which less than four percent did so daily and slightly more than three percent sporadically. Smoking was somewhat more common among men and young people, because of higher levels of sporadic smokers in these groups. Daily smoking was most common in the age group 50–64 years and least common in the age group 18–29 years. During the period 2013–2025, the proportion smoking has been halved among both women and men, and in all age groups. The decrease is greater for daily smoking, which dropped by 62 percent, whereas sporadic smoking dropped by 36 percent. Smoking has decreased the most among women aged 18–29, where it fell from 19 to 6 percent. An estimate of cigarette addiction shows that addiction is stronger among daily smokers than among sporadic smokers and slightly stronger among women and older people.

In 2025, 18 percent of the adult population used snus, most of them daily (15%). More men (25%) than women (10%) used snus, and it was more common among younger people. In the age group 18–29 years, 29 percent used snus and it was more common among men (36%). During the period 2013–2025, the proportion of snus users has increased from 13 percent to 18 percent. The increase was largest between 2021 and 2025 and has mainly occurred among younger people and

among women. The proportion of daily snuff users among women in the age group 18–29 years increased from 6 percent to 17 percent between 2017 and 2025. An estimate of addiction showed that men with daily snuff use had a stronger addiction than women and that daily snuff users estimated their addiction as slightly stronger than daily smokers.

Brown snus was still most common overall (50%), followed by white snus (44%), with six percent using both brown and white snus. The differences were large between groups: women used mainly white snus (74%) and men mainly brown snus (62%). In the age group 18–29 years, white snus dominated (67%), especially among women (93%). This applied only to daily use; there were no differences for sporadic use.

In 2025, 2.7 percent of the population aged 18–84 years reported vaping. The majority were sporadic users (2.1%), whereas daily use was rare (0.6%). Vaping was most common among women and in the age group 18–29 years. Of all respondents, 3.9 percent reported having vaped in the past but having quit, whereas 93 percent reported never having vaped. Almost all those vaping use vapes with nicotine.

Since 2017, the proportion of vapers has increased from 1.6 percent to 2.7 percent in 2025. The increase is seen mainly among women (1.3% to 3.1%) and only in the younger age groups, 18–29 years and 30–49 years. There, the proportions have increased from 3 percent to 6.5 percent and from 1.4 percent to 3.1 percent, respectively. The largest increase was among women aged 18–29 years (1.7% to 7.7%).

Gambling: the proportion with gambling problems increases among young adults

In 2025, 59 percent of the adult population reported gambling in the last 12 months, with this being somewhat more common among men than women and among older people than younger people.

The proportion with some level of gambling problems or risk of gambling problems was estimated at six percent in 2025. The proportion was higher among men (9%) than among women (3%). The highest proportion was seen in the age group 18–29 years, where it was estimated at eleven percent in total: 19 percent among men and three percent among women. In the population as a whole, the proportion increased between 2021 and 2025, from four percent to six percent, and the increase was seen in both women and men. It is seen in all age groups but is clearest among young adult men (18–29 years), where the proportion increased from 11 to 19 percent.

Alkohol

Mats Ramstedt

Inledning

Alkoholkonsumtion är förknippad med risker för negativa konsekvenser på flera nivåer. Medicinskt ökar risken för ett stort antal sjukdomar och skador, däribland leversjukdom, flera cancerformer, hjärt-kärlsjukdom, psykisk ohälsa och olycksfall (WHO, 2023). Alkohol är också kopplat till sociala problem såsom relationskonflikter och våld.

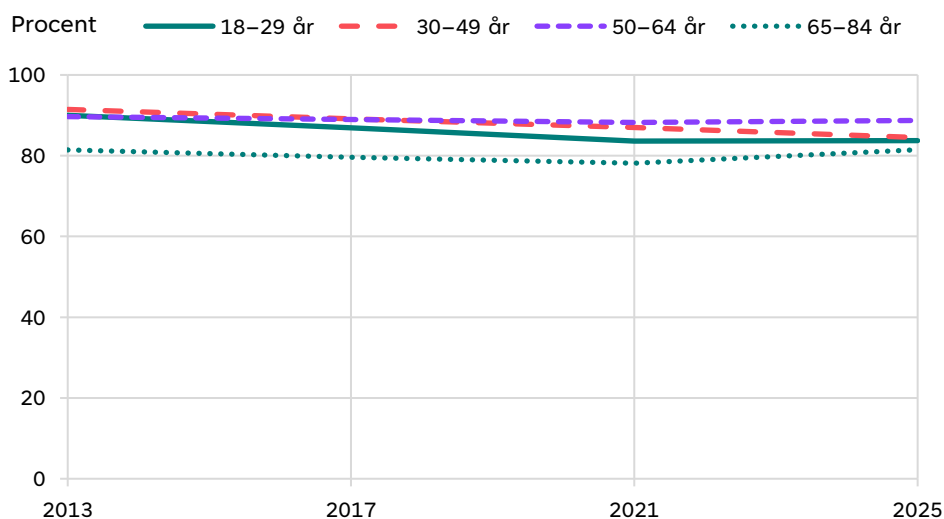
Därutöver drabbar konsekvenserna inte enbart den som dricker, utan även anhöriga och andra i omgivningen, exempelvis genom negativa uppväxtvillkor för barn och våldsutsatthet (Sundin, 2025). På samhällsnivå medför alkoholkonsumtionen betydande kostnader i form av vårdbehov, produktionsbortfall och belastning på rättsväsende och socialtjänst (Ramboll, 2019). Mot denna bakgrund har många länder, inklusive Sverige, som mål att minska alkoholkonsumtionen i befolkningen och på så sätt minska de negativa konsekvenserna (WHO, 2024).

Kunskap om hur alkoholvanor och alkoholrelaterade problem ser ut och förändras över tid är avgörande för att synliggöra utvecklingen och för att identifiera behov av förebyggande åtgärder. Eftersom personer med alkoholberoende står för en stor andel av de alkoholrelaterade problemen i befolkningen (Rehm, 2013) är storleken på denna grupp också av centralt intresse.

I det här kapitlet presenteras uppgifter om alkoholvanor och alkoholberoende bland vuxna i Sverige under 2025 och hur de har förändrats under de senaste 12 åren. Inledningsvis presenteras grundläggande uppgifter om alkoholvanorna i Sverige: hur vanligt det är att dricka, hur ofta det sker och hur mycket som normalt dricks. Utöver att beskriva läget i den vuxna befolkningen som helhet jämförs även kvinnor och män samt olika åldersgrupper. I de flesta fall jämförs resultaten för 2025 med resultat för 2013 och från undersökningarna från 2017 och 2021 för att belysa utvecklingen över tid.

I nästa avsnitt redovisas hur vanligt alkoholberoende är i Sverige, både totalt och i olika grupper. Resultaten jämförs främst med situationen 2017, eftersom alkoholberoende har mätts på samma sätt under dessa år, med klassificeringssystemet DSM-5. Rapporten ger därmed en samlad beskrivning av både alkoholvanor och förekomsten av alkoholberoende i den vuxna befolkningen i Sverige, samt hur dessa har utvecklats över tid.

I den avslutande diskussionen sätts resultaten i relation till andra liknande studier och till övriga data om alkoholvanor och alkoholrelaterade problem i Sverige. Där diskuteras också möjliga förklaringar till de mönster och förändringar som framträder.



Figur 1. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har druckit alkohol minst en gång under de senaste 12 månaderna, uppdelat på ålder. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

Alkoholvanor

Andel som dricker

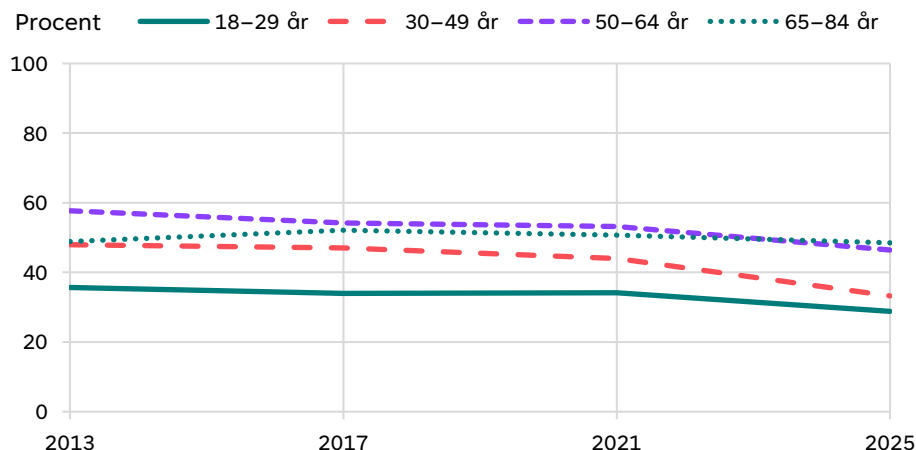
År 2025 uppgav 85 procent av befolkningen 18–84 år att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Det var något vanligare bland män (87 procent) än kvinnor (84 procent) (tabell 2). Variationen mellan åldersgrupper var liten, med högst andel alkoholkonsumenter i gruppen 50–64 år (89 procent) och lägst andel i gruppen 65–84 år (83 procent). Liknande ålderskillnader återfinns bland både kvinnor och män (tabell 3).

Under perioden 2013–2025 har andelen som dricker alkohol minskat signifikant från 89 till 85 procent, en nedgång som gäller både kvinnor och män men bara bland de som är under 50 år (figur 1, tabell 3).

Regelbunden alkoholkonsumtion

Ungefär fyra av tio vuxna svenskar (39 procent) dricker alkohol mer regelbundet, här definierat som minst en gång i veckan. Att dricka varje vecka är vanligare bland män (44 procent) än kvinnor (34 procent) och ökar med stigande ålder. Vanligast är det i åldersgruppen 65–84 år (48 procent) och minst vanligt i åldersgruppen 18–29 år (29 procent). Detta åldersmönster finns bland både kvinnor och män (tabell 4).

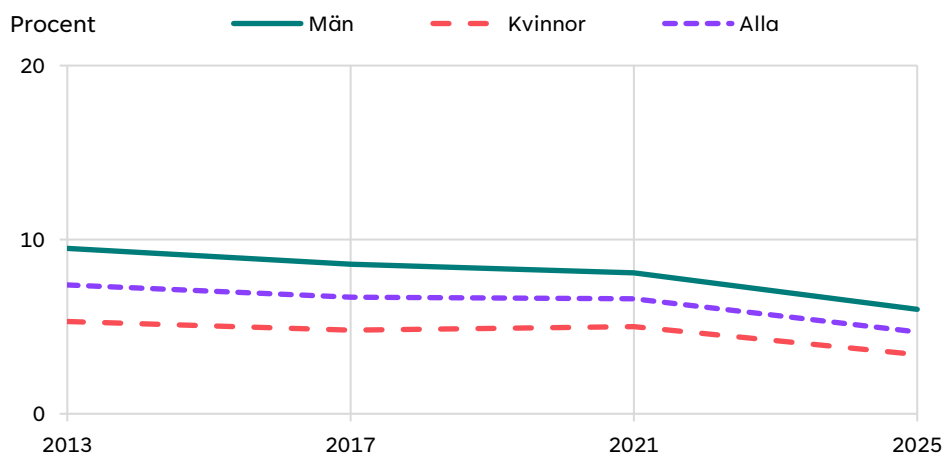
Andelen i befolkningen som dricker varje vecka har minskat mellan 2013 och 2025; från 48 till 39 procent. Det gäller både kvinnor och män (tabell 4) samt alla åldersgrupper. Undantaget är den äldsta gruppen, 65–84 år, där andelen som dricker varje vecka inte minskat. Det har resulterat i att de äldsta nu är i kapp den näst äldsta gruppen. (figur 2, tabell 4)



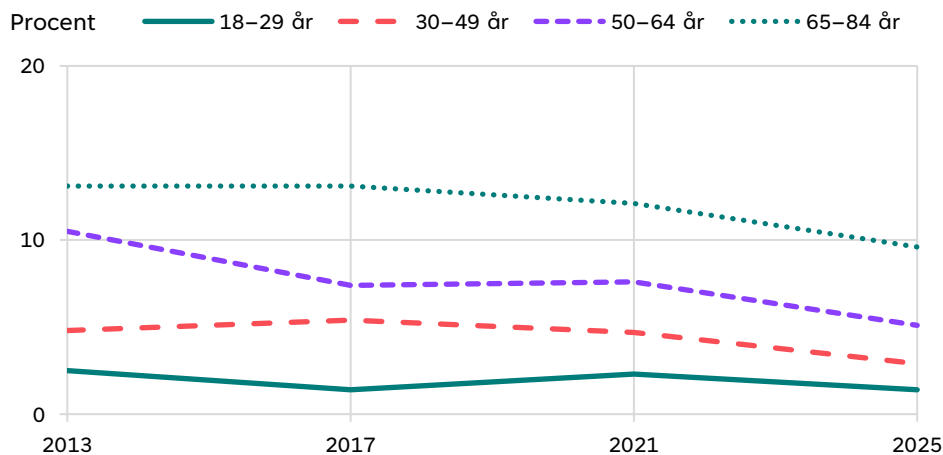
Figur 2. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har druckit alkohol minst en gång i veckan under de senaste 12 månaderna, uppdelat på ålder. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

En mer detaljerad genomgång av hur ofta alkohol konsumeras visar att det är vanligast att dricka 1–3 gånger per vecka (35 procent), medan 5 procent uppger att de dricker 4–5 gånger eller oftare. Drygt var fjärde (26 procent) dricker alkohol 1–3 gånger i månaden och var femte ”1 till några få gånger per år” (20 procent). Män dricker genomgående oftare än kvinnor. När det gäller det högsta alternativet ”4–5 gånger i veckan eller mer” är det ungefär dubbelt så vanligt bland män (6 procent) jämfört med kvinnor (3 procent) (tabell 5).

Över tid har det blivit mindre vanligt att dricka regelbundet eller ofta och vanligare att dricka sällan. Mellan 2013 och 2025 ökade andelen som inte dricker alls eller bara några få gånger under senaste 12 månaderna, från 27 till 35 procent. Storleken på gruppen som dricker 1–3 gånger i månaden är oförändrad. Samtidigt minskar andelen som dricker oftare än så, inklusive de som dricker allra oftast. Gruppen som dricker minst 4 gånger i veckan har minskat från 7 till 5 procent. Dessa förändringar ses hos både kvinnor och män (figur 3) och i samtliga åldersgrupper (figur 4, tabell 6).



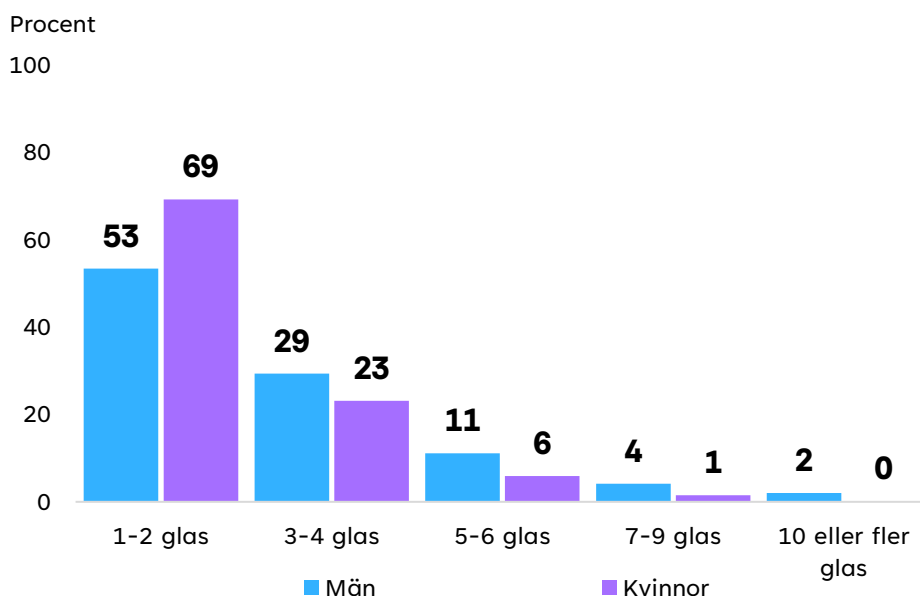
Figur 3. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har druckit alkohol minst 4 gånger i veckan under de senaste 12 månaderna, uppdelat på alla och kön. År 2013, 2017, 2021 och 2025.



Figur 4. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har druckit alkohol minst 4 gånger i veckan under de senaste 12 månaderna, uppdelat på ålder. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

Den typiska mängden

Medan dryckesfrekvensen minskar över tid så är mängden alkohol som normalt konsumeras vid ett dryckestillfälle oförändrad. Det vanligaste är att dricka 1–2 glas, vilket uppges av 61 procent av de som dricker följt av 3–4 glas (26 procent) och 5–6 glas (9 procent). Att dricka större mängder är mindre förekommande och ungefär 4 procent uppges att de vanligtvis dricker minst sju glas vid ett tillfälle. Inga förändringar i dryckesmängder har skett mellan 2017 och 2025 (tabell 7). Könsskillnaderna i hur mycket alkohol man normalt dricker är betydande (figur 5). Av kvinnorna uppges 69 procent att de vanligtvis dricker 1–2 glas, jämfört med 53 procent av männen. Andelen män som dricker större mängder alkohol är högre.



Figur 5. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) efter antal glas en typisk dag man dricker alkohol, uppdelat på kön. År 2025.

Skillnaden ökar med ökande konsumtionsnivåer. Medan 29 procent av männen normalt dricker 3–4 glas är motsvarande andel bland kvinnor 23 procent och medan 2 procent av männen normalt dricker 10 glas eller mer så uppger endast 0,2 procent av kvinnorna det.

Intensivkonsumtion

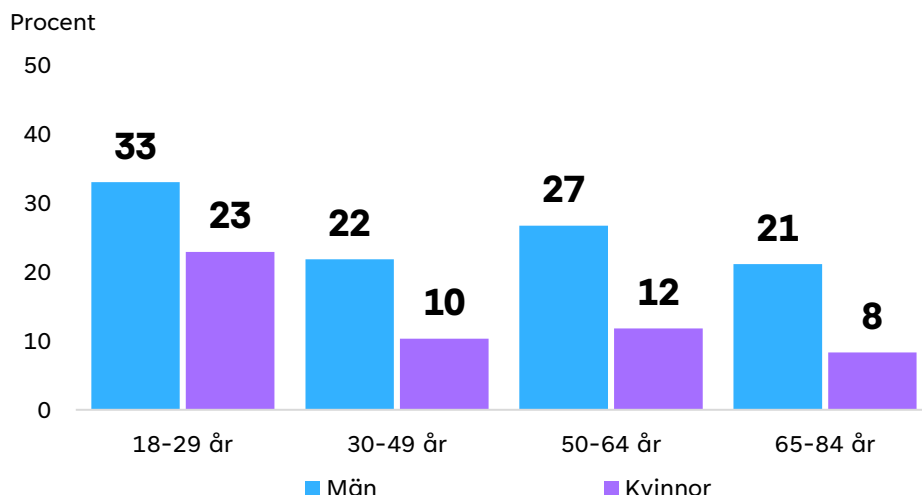
Intensivkonsumtion av alkohol (även kallat berusningsdrickande) definieras oftast i forskning och riktlinjer som att, vid ett tillfälle, dricka fem eller fler standardglas alkohol, vilket ungefär motsvarar en flaska vin. Intensivkonsumtion är en viktig aspekt av dryckesmönstret eftersom den är förknippad med ökad risk för både kortsiktiga problem i form av olyckor och våld och långsiktiga problem i form av sjukdomar (Holder m.fl., 2026). I Vanor och konsekvenser har gränsen för intensivkonsumtion satts till “minst en flaska vin” eller motsvarande mängder i sprit (6 snapsar) eller öl/cider/alkoläsk (6 flaskor 33 cl). Dessa gränser motsvarar cirka 5–6 standardglas och överstiger gränsen för riskkonsumtion enligt Socialstyrelsens riktlinjer, som definierar minst fyra standardglas som riskkonsumtion när det sker varje månad (Socialstyrelsen, 2024). Eftersom frågan som ställdes 2025 är annorlunda än vid tidigare mätningar redovisas i det följande endast situationen för 2025.

Drygt hälften (53 procent) av den vuxna befolkningen har någon gång under de senaste 12 månaderna intensivkonsumerat alkohol. Andelen är högre bland män (62 procent) än kvinnor (44 procent) (tabell 8). En mer detaljerad analys av frekvensen av intensivkonsumtion visar att den vanligaste förekomsten är 1 till några få gånger per år (34 procent). Detta följs av 1–3 gånger i månaden (12 procent), 1–3 gånger i veckan (6 procent) samt minst 4 gånger per vecka (0,5 procent) (tabell 9).

Könsskillnaderna i intensivkonsumtion är tydliga. Medan 40 procent av kvinnor som dricker alkohol uppger att de aldrig intensivkonsumerar, är motsvarande andel bland män 25 procent (tabell 6). Andelen män var dessutom större jämfört med kvinnor i samtliga studerade frekvenser av intensivkonsumtion, inklusive den lägsta nivån som avser en till några få gånger per år.

I figur 6 redovisas uppgifter om mer regelbunden intensivkonsumtion i form av minst 1 gång i månaden. Enligt Socialstyrelsen räknas detta som riskbruk, även vid en lägre gräns för hur mycket alkohol som definieras som intensivkonsumtion. Detta gäller knappt var femte person (19 procent) och är vanligare bland män (25 procent) än bland kvinnor (12 procent).

Ett tydligt åldersmönster framträder här med högst förekomst bland unga vuxna (både kvinnor och män) och små skillnader mellan övriga åldersgrupper (tabell 10). Givet att alkoholkonsumtion underrapporteras och att gränsen för intensivkonsumtion här var närmare 50 procent högre än i Socialstyrelsens riktlinjer står det klart att många vuxna i Sverige har ett riskbruk av alkohol även när endast intensivkonsumtion beaktas.



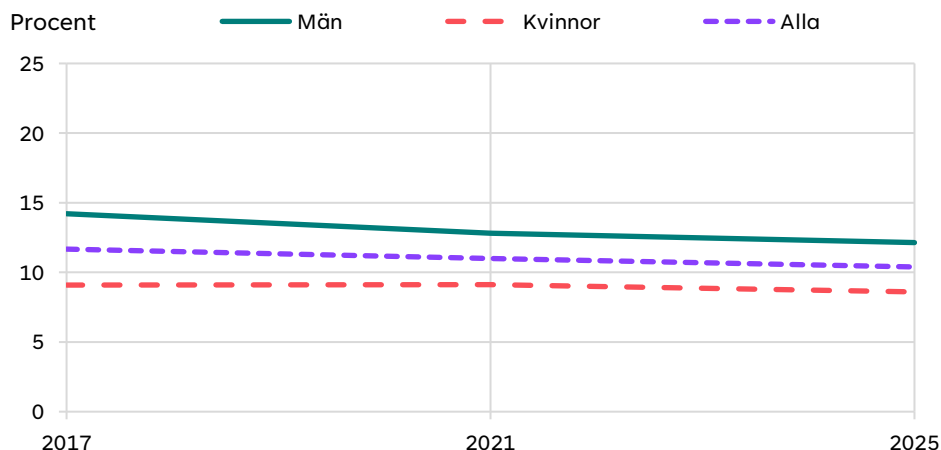
Figur 6. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som intensivkonsumerar alkohol minst 1 gång i månaden, uppdelat på kön och ålder. År 2025.

Alkoholberoende

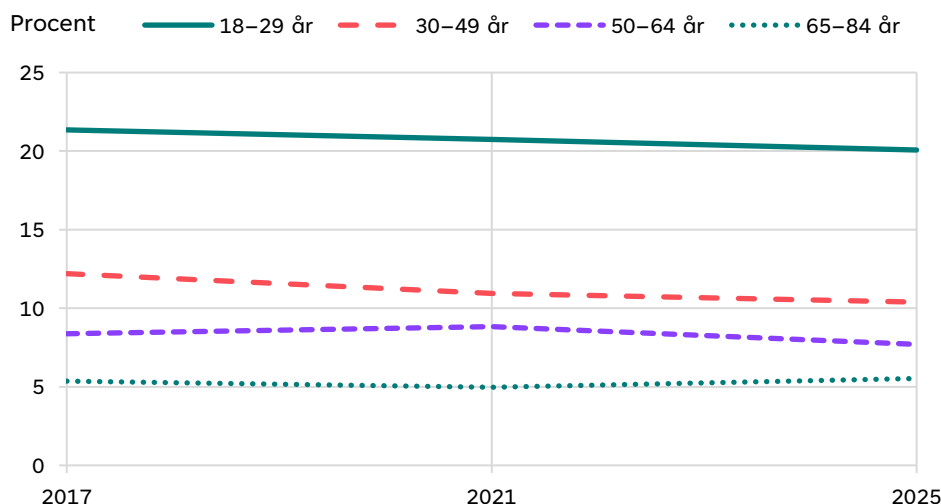
För att fastställa förekomst av alkoholberoende används de beroendekriterier som ingår i DSM-5 för att mäta det som formellt kallas för alkoholbrukssyndrom men som här kommer att benämnas alkoholberoende. En skillnad mot tidigare versioner av DSM är att man bedömer beroendeproblematiken på en skala från mild till svår problematik. Genom att räkna antalet uppfyllda kriterier framkommer ett mått på problemets allvarlighetsgrad: från mildt (2–3 kriterier) över måttligt (4–5) till svårt (6 till 11). För information om vilka kriterier för alkoholberoende som ingår i DSM-5, se avsnittet data och metod.

Drygt var tionde vuxen person uppfyllde under 2025 kriterierna för minst mildt alkoholberoende, något fler män (12 procent) än kvinnor (9 procent). Förekomsten av alkoholberoende är högst i gruppen 18–29 år och minskar med stigande ålder. I gruppen 18–29 år har 20 procent minst mildt alkoholberoende, jämfört med 6 procent bland de som är mellan 65 och 84 år. Detta åldersmönster finns bland både kvinnor och män och män har genomgående en högre andel med alkoholberoende än kvinnor. Ett undantag finns dock; i gruppen 18–29 år är andelen med alkoholberoende lika stor bland kvinnor och män (tabell 11).

En nedgång i minst mildt alkoholberoende från 12 till 10 procent har skett för den vuxna befolkningen mellan 2017 och 2025 (figur 7). Nedgången gäller dock bara män och specifikt män i åldersgruppen 30–49 år där andelen minskat från 17 till 12 procent (figur 8, tabell 11). Inga signifikanta förändringar har skett i andra grupper.



Figur 7. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har alkoholberoende enligt DSM-5 (minst mildt 2+), alla och uppdelat på kön. År 2017, 2021 och 2025.



Figur 8. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har alkoholberoende enligt DSM-5 (minst mildt 2+), uppdelat på ålder. År 2017, 2021 och 2025.

En analys av alkoholberoende enligt den tidigare versionen av DSM-4 som möjliggör en jämförelse mellan 2013 och 2025 ger samma bild; en nedgång totalt som bara gäller män (tabell 12). En klar majoritet av de dryga 10 procenten med alkoholberoende uppfyller bara kriterierna för mildt beroende (7,7 procent) medan andelen som uppfyller kriterierna för måttligt och svårt är 1,9 respektive 0,8 procent. En svag nedgång har skett för samtliga allvarlighetsgrader i alkoholberoende. Dock var endast nedgången i svårt beroende statistiskt signifikant bland män mellan 2021 och 2025 (tabell 13). Sammantaget följer förekomsten av alkoholberoende i olika grupper och förändringar relativt väl mönstret i alkoholvanorna: högre bland män än kvinnor och tydligare nedgång bland män. Åldersmönstret i alkoholberoende speglar dock åldersskillnader mer i intensivkonsumtion än i regelbunden konsumtion. Däremot minskar beroende inte i linje med vad det frekventa drickandet minskar, speciellt inte bland kvinnor.

Sammanfattning och diskussion

De flesta svenskar dricker alkohol. År 2025 uppgav 85 procent av den vuxna befolkningen att de hade druckit alkohol under det senaste året. Det var en något högre andel män än kvinnor, men små skillnader mellan åldersgrupper. Att dricka alkohol har blivit mindre vanligt under senare tid men nedgången syns bara bland personer under 50 år.

Ungefär 4 av 10 vuxna svenskar dricker alkohol minst en gång i veckan. Det är vanligare bland män och äldre. Sedan 2013 har andelen som dricker varje vecka minskat markant i befolkningen utom bland de äldre.

Den typiska mängden per dryckestillfälle har däremot inte ändrats. De flesta dricker 1–2 glas när de dricker och inga förändringar har skett över tid. Män dricker genomgående större mängder än kvinnor, och skillnaden ökar vid högre konsumtionsnivåer. Könsskillnaderna är också tydliga för intensivkonsumtion, som 19 procent ägnar sig åt minst en gång per månad. Det är fler män (25 procent) än kvinnor (12 procent) som gör det. Till skillnad från den generella dryckesfrekvensen är intensivkonsumtion vanligast bland unga vuxna.

År 2025 uppfyllde drygt 10 procent av den vuxna befolkningen i Sverige kriterierna för minst mildt alkoholberoende. I likhet med intensivkonsumtion är förekomsten högst bland unga vuxna och högre bland män än kvinnor, med undantag för den yngsta åldersgruppen där alkoholberoende är lika vanligt bland kvinnor och män. En mindre men signifikant minskning i alkoholberoende har skett men bara bland män.

Den bild av svenskarnas alkoholvanor som framkommit här för perioden 2013 till 2025 bekräftas i stort av andra data. För det första är den generella nedgången i andelen som dricker och i hur ofta man gör det, i linje med skattningar av den totala alkoholkonsumtion som främst baseras på försäljningsstatistik det vill säga skattningar som inte bygger på självrapporterade uppgifter. Mellan 2013 och 2025 minskade den totala alkoholkonsumtionen enligt denna mätning från 9,75 till 8,2 liter ren alkohol per invånare det vill säga med 16 procent (Trolldal, 2026).

Även befolkningsstudier som bygger på självrapporterade uppgifter bekräftar i stort den bild som framkommer här. Guttormsson (2025) redovisar utvecklingen med data från en löpande undersökning med frågor om alkoholvanor under de senaste 30 dagarna. Där syns också nedgångar i andelen som dricker överhuvudtaget och i andelen som dricker varje vecka. Även när det gäller skillnader mellan kvinnor och män samt mellan olika åldersgrupper framträder ett liknande mönster som i denna studie.

Att alkoholberoende har minskat något i befolkningen och främst bland män går delvis i linje med andra indikatorer på alkoholrelaterade problem i befolkningen. Socialstyrelsens uppgifter för perioden 2013 till 2024 om hur många som får vård för alkoholproblem visar också en viss nedgång bland män men inte bland kvinnor (Socialstyrelsens statistikdatabas). Även uppgifter om hur många som dör på grund av alkohol visar en nedgång från 2013 till 2024 bland män men inte bland kvinnor. Trots att dessa uppgifter bygger på helt olika uppgifter pekar de alltså på att alkoholproblem minskar mer bland män än bland kvinnor.

Den minskande alkoholkonsumtionen i befolkningen utgör en fortsättning på en nedgång som började bland unga redan runt år 2000 (Svensson & Guttormsson, 2025) och som sedan setts bland vuxna sedan 2004 (Guttormsson, 2025). Det är inte fastställt vad denna nedgång beror på. Traditionella förklaringsmodeller om att tillgängligheten avgör konsumtionens utveckling tycks inte få stöd under denna period. Tillgängligheten har varit oförändrad eller till och med ökat under perioden. Serveringstillstånden har blivit fler och alkoholpriserna lägre, samtidigt som öppettiderna på Systembolaget varit i stort oförändrade (Indikatorlabbet).

Den aktuella minskningen av alkoholkonsumtionen i befolkningen kan till viss del vara en följd av den mer långsiktiga nedgången i ungdomsdrickandet. De generationer av 15–16-åringar som minskade sitt drickande mellan år 2000 och 2015 är i dag mellan 25 och 40 år gamla, och det är just bland yngre vuxna som minskningen i alkoholkonsumtion har varit tydligast.

Forskningen har hittills inte kunnat ge något entydigt svar på varför unga började avstå från alkohol och dricka mindre. Slutsatsen i ett försök till svar av ledande alkoholforskare pekade på mer hälsoinriktade livsstilar och ökad riskmedvetenhet samtidigt som föräldraengagemanget ökat och ungas umgänge blivit mer digitalt (Pennay m.fl., 2025).

Utöver en möjlig generationseffekt kan det också vara så att även vuxna i dag har ett ökat riskmedvetande kring alkohol, som i allt högre grad kopplas till bland annat ökad cancerrisk och att tidigare budskap om att alkohol kan vara gynnsamt för hälsan i allt större utsträckning har ifrågasatts (Burton m.fl., 2018). Budskapet från bland annat WHO är numera att all alkoholkonsumtion innebär en risk (Anderson m.fl., 2023). Många länder, inklusive Sverige, har skärpt sina riktlinjer för vad som betraktas som riskabel alkoholkonsumtion (Paradis m.fl., 2023; Socialstyrelsen, 2024).

Sammanfattningsvis visar resultaten att Sverige befinner sig i en period av minskad alkoholkonsumtion. Utvecklingen tycks drivas av att färre personer dricker alkohol och att regelbundet och frekvent drickande har minskat. Denna utveckling samvarierar även med att förekomsten av alkoholberoende har minskat något. Trots denna gynnsamma utveckling, visar resultaten också att en omfattande beroendeproblematik och utbredd intensivkonsumtion finns i stora delar av befolkningen. Detta visar att arbetet med att minska alkoholrelaterade skador är fortsatt viktigt.

Narkotika

Isabella Gripe

Inledning

Användning av narkotika är förknippat med hälsorisker så som beroende, och kan också få sociala konsekvenser. Narkotikaanvändning påverkar inte bara den som använder narkotika, utan kan också skapa problem för anhöriga (Sundin m.fl., 2023).

För att kunna hantera och förebygga problem kopplat till användningen av narkotika är det viktigt att ha ett bra kunskapsunderlag om problemets omfattning i befolkningen. Det är viktigt att inte bara veta hur många som använder narkotika, utan också hur ofta den används, vilka preparat som förekommer och hur vanligt det är med beroende. Sverige har en lång tradition av att mäta narkotikaerfarenheten bland skolungdomar (Svensson och Guttormsson, 2025), men länge saknades det mer detaljerade undersökningar av konsumtionen av narkotika i den vuxna befolkningen. Sedan 2013 följer CAN därför konsumtionen av narkotika och narkotikaklassade läkemedel (utan läkares ordination) samt förekomsten av beroendeproblem i befolkningen i undersökningen Vanor och Konsekvenser.

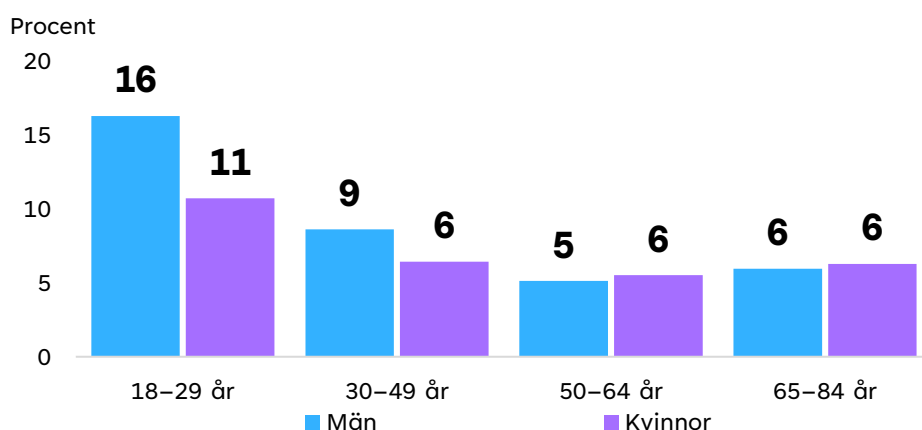
I följande avsnitt redovisas hur vanlig användning av narkotika är i den vuxna befolkningen i Sverige och hur narkotikavanorna har förändrats över tid. Narkotikavanorna har mätts med separata frågor om cannabis, amfetamin, opioider, hallucinogener, ecstasy och kokain samt icke-förskrivna användning av narkotikaklassade sömn- eller lugnande läkemedel, smärtstillande läkemedel och centralstimulerande läkemedel. Fokus ligger på användning under de senaste 12 månaderna bland personer 18–84 år i den senaste undersökningen (2025), men utvecklingen över tid redovisas också. Eftersom vissa frågor har ändrats presenteras utvecklingen i de flesta fall från 2017, men där det är möjligt redovisas den från startåret 2013.

Inledningsvis presenteras den totala narkotikaanvändningen. Med det avses erfarenhet av minst ett av de efterfrågade narkotikapreparaten eller läkemedelstyperna. Därefter beskrivs användningen av cannabis följt av övrig narkotika. Med övrig narkotika menas här antingen amfetamin, opiater, hallucinogener, ecstasy eller kokain. Sedan följer en beskrivning av icke-förskrivna användning av narkotikaklassade läkemedel. Avslutningsvis redovisas hur stor andel i befolkningen som bedöms vara narkotikaberoende enligt kriterierna för substansbrukssyndrom i DSM-5.

Den totala narkotikaanvändningen

År 2025 var det 8 procent i den vuxna befolkningen som svarade att de hade använt minst ett av de efterfrågade narkotikapreparaten eller läkemedelstyperna under de senaste 12 månaderna. Att ha använt narkotika var vanligare bland män (9 procent) jämfört med bland kvinnor (7 procent). Bland både män och kvinnor var erfarenhet av narkotika absolut vanligast i den yngsta åldersgruppen (18–29 år). I denna åldersgrupp hade 14 procent använt narkotika.

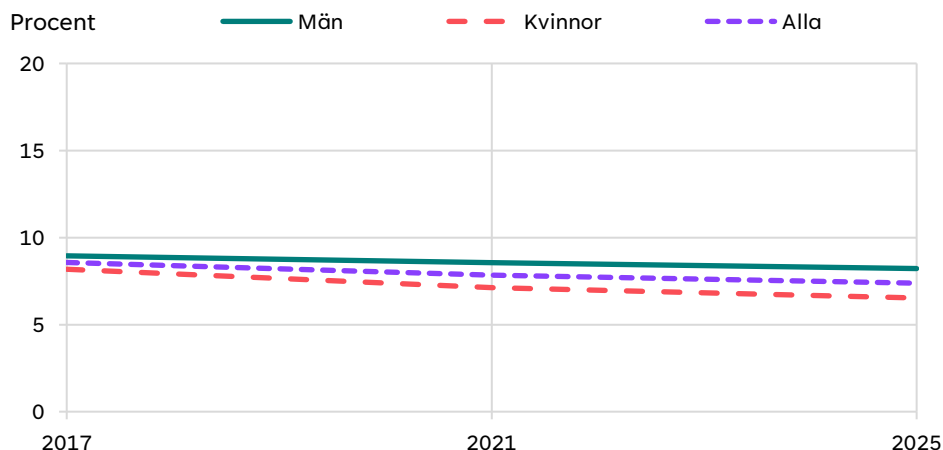
Narkotikaerfarenheten var lägst i åldrarna 50–64 år där 5 procent uppgav att de hade använt narkotika under de senaste 12 månaderna (tabell 14). I figur 9 redovisas narkotikaerfarenhet uppdelat på åldersgrupp och kön. Av figuren framgår tydligt att skillnaderna mellan män och kvinnor var störst i de yngsta åldersgrupperna, medan de var små i de två äldsta åldersgrupperna. Män i åldern 18–29 år var den grupp där narkotikaanvändning var vanligast (16 procent), följt av kvinnor i samma åldersgrupp (11 procent).



Figur 9. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön och ålder. År 2025.

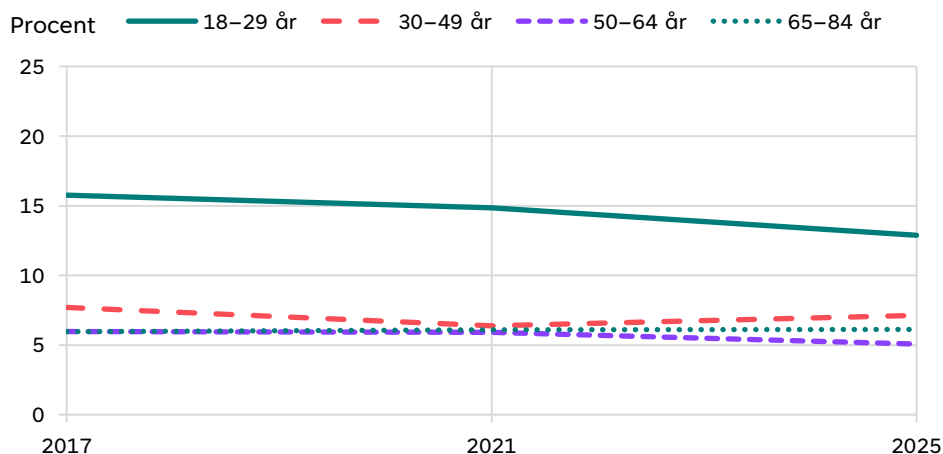
I figur 10 visas narkotikaanvändningen i befolkningen under perioden 2017–2025. Eftersom frågan om narkotikaklassade centralstimulerande läkemedel infördes först 2021 ingår dessa läkemedel *inte* i jämförelsen över tid. I praktiken gör det mycket liten skillnad för nivåerna på den totala narkotikaanvändningen, endast någon tiondels procentenhet (jämför tabell 14 och 15).

Den totala narkotikaanvändningen har minskat signifikant i befolkningen under perioden 2017–2025, från knappt 9 procent till lite drygt 7 procent. När analysen gjordes uppdelat på män och kvinnor framkommer dock att nedgången endast var signifikant bland kvinnor (tabell 15).



Figur 10. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, uppdelat på alla och kön. År 2017, 2021 och 2025.

I figur 11 presenteras utvecklingen över tid uppdelat på åldersgrupper. Narkotikaanvändningen har minskat i samtliga åldersgrupper. Undantaget var den äldsta åldersgruppen (65–84 år) där nivån har varit stabil runt 6 procent. När analysen gjordes uppdelad på ålder och kön var nedgången dock endast signifikant bland kvinnor i åldersgruppen 18–29 år, (tabell 15). Figuren visar också tydligt att narkotikaerfarenhet var nästan dubbelt så vanligt bland personer 18–29 år jämfört med övriga åldersgrupper och att det har sett ut så under hela mätperioden.

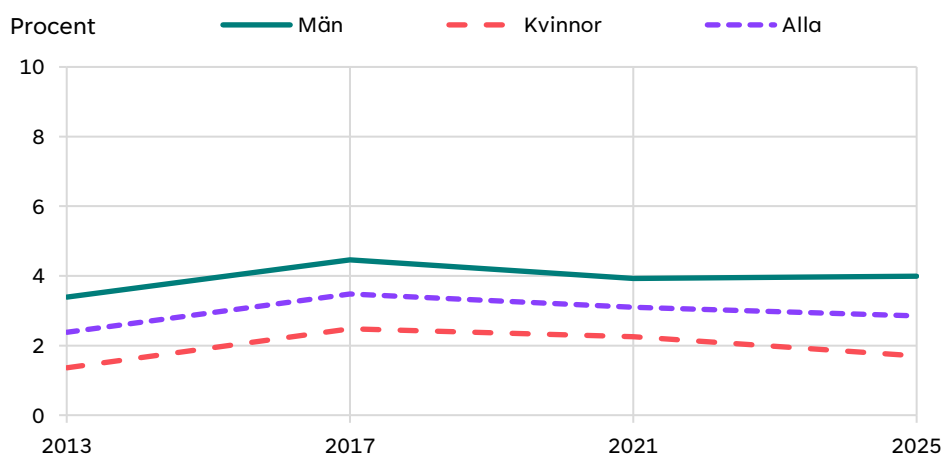


Figur 11. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som använt narkotika under de senaste 12 månaderna, uppdelat på ålder. År 2017, 2021 och 2025.

Cannabis

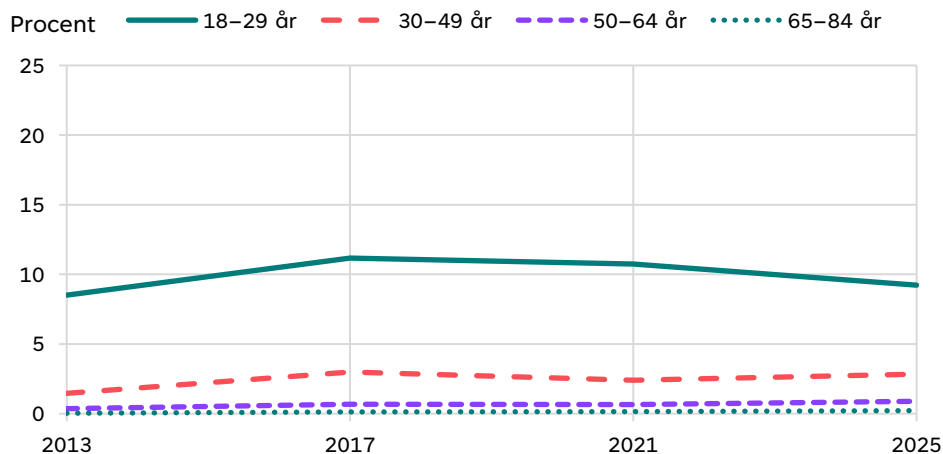
Cannabis var den enskilda narkotikasort som var vanligast i befolkningen. Knappt 3 procent svarade att de hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna år 2025. Att ha använt cannabis var, precis som den totala användningen av narkotika, vanligare bland män (4 procent) än bland kvinnor (2 procent). Störst var andelen med cannabiserfarenhet i den yngsta åldersgruppen, 18–29 år (9 procent) och lägst i den äldsta åldersgruppen, 65–84 år (0,4 procent). Precis som den totala narkotikaanvändningen var cannabisanvändning vanligast bland män i åldern 18–29 år (12 procent) följt av kvinnor i samma åldersgrupp (6 procent). Minst förekommande var cannabisanvändning i gruppen kvinnor 65–84 år där endast 0,1 procent uppgav att de hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna (tabell 17).

Användning av cannabis har följts sedan 2013 och utvecklingen i befolkningen presenteras i figur 12. Mellan åren 2013 och 2017 ökade cannabisanvändningen bland både män och kvinnor, därefter har användningen minskat succesivt bland kvinnor. Bland män skedde en nedgång mellan 2017–2021, men därefter planade kurvan ut. Varken bland män eller kvinnor var nivån 2025 signifikant skild från den som uppmättes 2013 (tabell 17).



Figur 12. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna, uppdelat på alla och kön. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

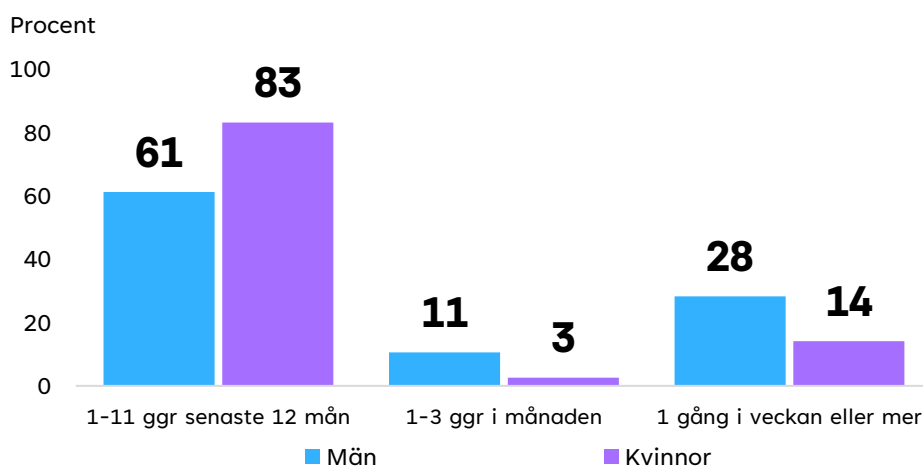
I figur 13 visas skillnader i cannabiserfarenhet mellan olika åldersgrupper över tid. Utvecklingen i de två yngsta åldersgrupperna har följt varandra, med en topp år 2017 i andelen som använt cannabis. I de två äldsta åldersgrupperna var nivåerna betydligt lägre, och där noteras den högsta andelen i stället år 2025. Sett över hela perioden har andelen som använt cannabis ökat 2025 jämfört med 2013 i samtliga åldersgrupper. Ökningen var dock inte signifikant i den yngsta gruppen (tabell 17). Figuren visar också att användningen genomgående varit högst i den yngsta åldersgruppen under hela perioden 2013–2025.



Figur 13. Andel (%) i befolkningen (18-84 år) som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna, uppdelat på ålder. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

Användningsfrekvens

De som svarade att de använt cannabis under de senaste 12 månaderna fick en följdfråga om hur ofta de använt cannabis. I figur 14 redovisas användningsfrekvensen uppdelat på män och kvinnor. De allra flesta hade använt cannabis mer sällan än en gång i månaden under det senaste året. Bland användarna var det 61 procent av männen och 83 procent bland kvinnorna som svarade att de hade använt cannabis 1-11 gånger senaste året. Näst vanligast var att ha använt cannabis en gång i veckan eller oftare. Bland kvinnor hade 14 procent av användarna gjort det och bland män var andelen dubbelt så stor, 28 procent. Minst vanligt var att ha använt cannabis 1-3 gånger i månaden.



Figur 14. Andel (%) bland personer som har använt cannabis under de senaste 12 månaderna, uppdelat på användningsfrekvens och kön. År 2025.

Övrig narkotika

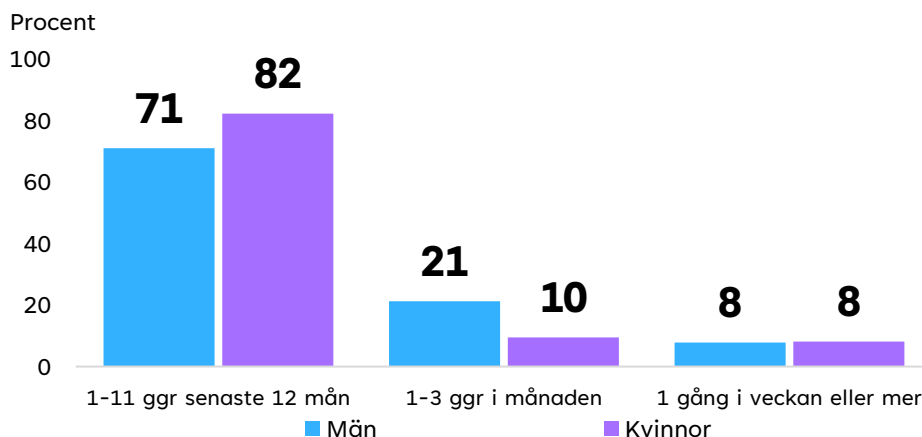
I kategorin övrig narkotika ingår kokain, amfetamin, ecstasy/MDMA, hallucinogener och heroin. 1,7 procent av befolkningen uppgav år 2025 användning av något av dessa preparat under de senaste 12 månaderna. Att ha använt övrig narkotika var vanligare bland män (2,1 procent) än bland kvinnor (1,3 procent) och bland yngre jämfört med bland äldre. I den yngsta åldersgruppen, 18–29 år, hade 4,3 procent använt övrig narkotika de senaste 12 månaderna, att jämföra med endast 0,4 procent i den äldsta åldersgruppen. Precis som för narkotikaanvändning totalt och för cannabis var användningen av övrig narkotika vanligast bland män i gruppen 18–29 år (6 procent). Näst vanligast var det bland kvinnor i samma åldersgrupp där knappt 3 procent uppgav erfarenhet av övrig narkotika. I de äldre åldersgrupperna var skillnaden mellan män och kvinnor liten (tabell 20).

Sett till hela befolkningen har erfarenheten av övrig narkotika under perioden 2017–2025 varit ganska oförändrad, runt knappt två procent. Uppdelat på ålder och kön framkommer dock att det har skett en signifikant minskning bland kvinnor i åldern 18–29 år, från 4,9 procent 2021 till 2,6 procent 2025. Även i gruppen kvinnor 30–49 år har det skett en signifikant förändring, men i form av en ökning från 0,7 procent 2017 till 1,7 procent 2025. I övriga grupper var skillnaderna mellan åren inte signifikanta (tabell 20).

Av de efterfrågade preparaten var kokain det som var vanligast bland män (1,4 procent), följt av ecstasy/MDMA (0,8 procent). Bland kvinnor var de olika preparaten ungefär lika vanliga, runt en halv procentenhet. Användning av heroin var sällsynt och uppgavs av mindre än 0,1 procent av befolkningen. Jämfört med nivåerna 2013 var det en signifikant större andel i befolkningen som uppgav 12-månaderserfarenhet av kokain, ecstasy/MDMA och hallucinogener år 2025 (tabell 23).

Användningsfrekvens

Precis som för cannabis så har de som rapporterat användning av övrig narkotika fått svara på en följdfråga om hur ofta de har använt övrig narkotika. I figur 15 redovisas användningsfrekvensen uppdelat på män och kvinnor. De allra flesta hade använt övrig narkotika mer sällan än en gång i månaden under de senaste 12 månaderna. Det var 71 procent bland män och 82 procent bland kvinnor som svarade att de hade använt övrig narkotika 1–11 gånger senaste året. Näst vanligast var att ha använt övrig narkotika 1–3 gånger i månaden, vilket uppgavs av 21 procent av männen och 10 procent av kvinnorna med erfarenhet av övrig narkotika. 8 procent av användarna (samma för män och kvinnor) svarade att de hade använt övrig narkotika en gång i veckan eller oftare.

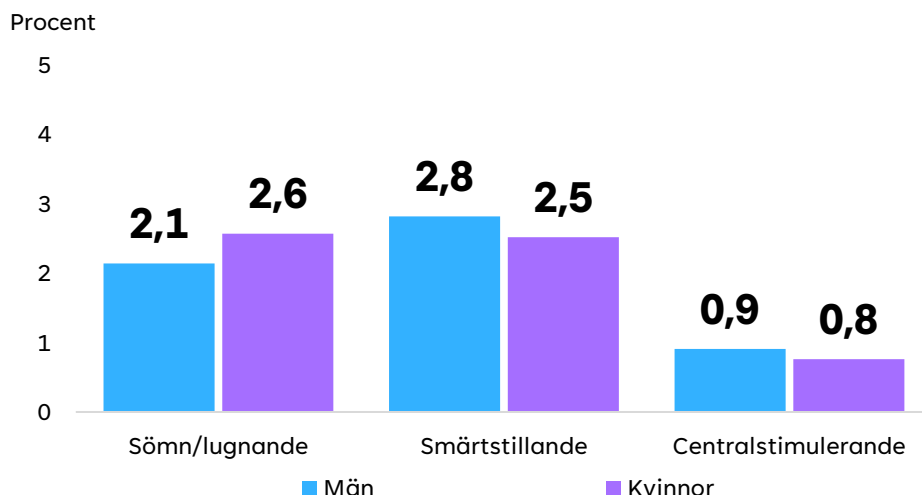


Figur 15. Andel (%) bland personer som har använt övrig narkotika under de senaste 12 månaderna, uppdelat på användningsfrekvens och kön. År 2025.

Narkotikaklassade läkemedel

Läkemedel som kan framkalla rus och beroende klassas som narkotika (Läkemedelsverket, 2019). Dessa läkemedel får därför endast användas efter läkarordination (SFS 1992:860). All annan användning är att betrakta som narkotikaanvändning och är därmed otillåten. I enkäten ställdes därför även frågor om respondenterna hade använt narkotikaklassade läkemedel på ett icke-förskrivet sätt. Det vill säga utan eget recept eller mer eller oftare än vad som var ordinerat av läkaren (se bilaga 1 för exakt frågeformulering). De läkemedelstyper som efterfrågades var smärtstillande medel, sömn-/lugnande medel samt centralstimulerande medel.

Sett till hela befolkningen var det 5 procent som hade använt någon av de efterfrågade läkemedelstyperna på ett icke-förskrivet sätt under de senaste 12 månaderna. Till skillnad från hur det såg ut för cannabis och övrig narkotika var det inga skillnader i nivån mellan män och kvinnor (tabell 24). Sett till hela befolkningen var den vanligaste läkemedelstypen narkotikaklassade smärtstillande medel (2,7 procent) följt av sömn- eller lugnande medel (2,4 procent). Icke-förskriven användning av centralstimulerande läkemedel var minst förekommande. Endast 0,8 procent i den vuxna befolkningen uppgav det. Uppdelat på män och kvinnor framkommer dock att bland kvinnor var sömn- eller lugnande medel vanligast (figur 16).

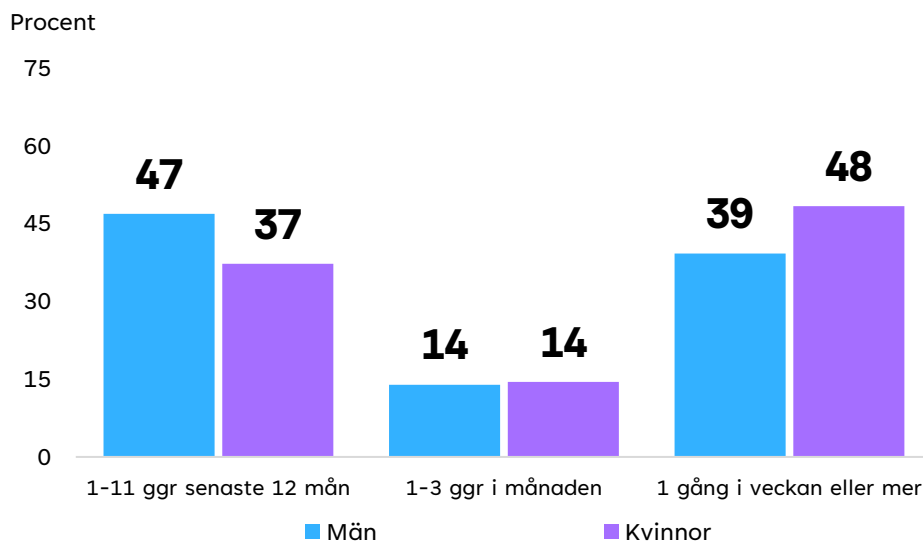


Figur 16. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har använt narkotikaklassade läkemedel under de senaste 12 månaderna, uppdelat på läkemedelstyp och kön. År 2025.

När det gäller användningen i olika åldersgrupper skilde sig mönstret för narkotikaklassade läkemedel jämfört med cannabis och övrig narkotika på så sätt att skillnaderna mellan åldersgrupperna var mindre uttalade. Nivån var högst i den äldsta åldersgruppen, 65–84 år (5,8 procent) och lägst i gruppen 50–64 år (4,3 procent). Jämfört med hur det såg ut år 2021 har användningen av narkotikaklassade läkemedel minskat något i den vuxna befolkningen, men nedgången var inte signifikant. Uppdelat på ålder framkommer dock en delvis annorlunda bild. Det var nämligen endast i de två äldsta åldersgrupperna som det skedde en nedgång och det var endast i gruppen 50–64 år som nedgången var signifikant (tabell 24).

Användningsfrekvens

I figur 17 visas hur användningsfrekvensen såg ut bland dem som hade använt narkotikaklassade läkemedel på ett icke-förskrivet sätt. Jämfört med hur det såg ut för cannabis och övrig narkotika skiljer sig mönstret för narkotikaklassade läkemedel på så sätt att frekvent användning (1 gång i veckan eller oftare) var betydligt vanligare och att det var vanligare bland kvinnor än bland män. Bland kvinnor var det 48 procent av dem med erfarenhet av icke-förskrivna användning av narkotikaklassade läkemedel som uppgav användning 1 gång i veckan eller oftare. Bland män var motsvarande siffra 39 procent. Att ha använt mer sällan än en gång i månaden under det senaste året uppgavs av 47 procent bland männen och 37 procent av kvinnorna med erfarenhet av icke-förskrivna användning av narkotikaklassade läkemedel.



Figur 17. Andel (%) bland personer som har använt narkotikaklassade läkemedel på ett icke-förskrivet sätt under de senaste 12 månaderna, uppdelat på användningsfrekvens och kön. År 2025.

Narkotikaberoende

De respondenter som uppgett att de använt någon typ av narkotika har fått svara på frågor baserade på de elva DSM-5 kriterier som används för att identifiera substansbrukssyndrom (här kallat narkotikaberoende). Enligt DSM-5 är narkotikaberoende graderat i tre allvarlighetsgrader: milt (2–3 kriterier), måttligt (4–5) och svårt (6–11). I befolkningen var det 1,2 procent som uppfyllde kriterierna för minst milt narkotikaberoende. Narkotikaberoende var, precis som användningen generellt, vanligare bland män (1,5 procent) jämfört med bland kvinnor (1 procent). Bland både män och kvinnor var narkotikaberoende vanligast i den yngsta åldersgruppen 18–29 år, där 3,4 procent uppfyllde kriterierna för minst milt narkotikaberoende (tabell 29). I alla åldersgrupper utom den äldsta var narkotikaberoende vanligare bland män än bland kvinnor. Skillnaderna var mest uttalade i den yngsta åldersgruppen och minskade sedan med stigande ålder (tabell 29). Sett till hela befolkningen var milt narkotikaberoende vanligast (0,6 procent) följt av svårt (0,4 procent), minst vanlig var måttligt narkotikaberoende (0,2 procent) (tabell 30). Narkotikaberoende mättes första gången 2017, och då hade 1,8 procent av befolkningen minst ett milt beroende. År 2025 är nivån 1,2 procent, vilket är en signifikant minskning.

Sammanfattning och diskussion

Sammanfattningsvis ligger narkotikaanvändningen i den vuxna befolkningen i Sverige på en relativt stabil nivå. I vissa avseenden har den till och med minskat något under perioden 2017–2025. År 2025 uppgav 8 procent av befolkningen 18–84 år att de använt någon form av narkotika under de senaste 12 månaderna, vilket är samma nivå som vid senaste mätningen 2021. Jämfört med nivån 2017 har det dock skett en signifikant minskning. Nedgången har framför allt skett bland kvinnor.

Det finns tydliga och över tid bestående skillnader mellan män och kvinnor och mellan olika åldersgrupper. Användningen är vanligast bland unga och betydligt högre bland män. För såväl cannabis som övrig narkotika var användningen ungefär dubbelt så vanlig bland män som bland kvinnor. Skillnaderna är särskilt uttalade i den yngsta åldersgruppen och minskar successivt med stigande ålder. Undantaget från detta mönster är narkotikaklassade läkemedel som använts på ett icke-förskrivet sätt. Här syns ett mer jämnt fördelat mönster över åldrar och kön. Dessa skillnader understryker vikten av att analysera olika typer av narkotika separat och att insatser kan behöva anpassas efter olika grupper av användare.

Sett till enskilda preparat var cannabis fortsatt den vanligaste narkotikasorten i befolkningen, vilket var i linje med vad som framkommit i andra befolkningsundersökningar (Folkhälsomyndigheten, 2026a). År 2025 uppgav knappt 3 procent att de använt cannabis under det senaste året. Utvecklingen sedan 2013 visar en ökning fram till 2017, följt av en successiv nedgång, särskilt bland kvinnor. Nivån i befolkningen 2025 skiljde sig inte signifikant från vad som uppmättes 2013, vilket även det är i linje med vad som rapporterats av Folkhälsomyndigheten (Folkhälsomyndigheten, 2026a).

När det gäller övrig narkotika – såsom kokain, amfetamin, ecstasy/MDMA, hallucinogener och heroin – uppgick 12-månadersprevalensen till knappt 2 procent. Över tid har utvecklingen präglats av små förändringar och sett till hela befolkningen har andelen legat på den nivån sedan 2017. Även för övrig narkotika är användningen betydligt vanligare bland män än bland kvinnor och tydligt koncentrerad till yngre åldrar. Sett till utvecklingen för enskilda narkotikasorter har kokain, ecstasy/MDMA och hallucinogener ökat något och användningen ligger på högre nivåer 2025 jämfört med 2013, även om nivåerna i absoluta tal fortsatt är låga.

Mönstret för icke-förskrivna användning av narkotikaklassade läkemedel i befolkningen avviker när det gäller skillnader mellan grupper. Sammantaget är användning av dessa typer av preparat vanligare än bruket av enskilda narkotiska preparat och uppgick till omkring 5 procent i befolkningen. Till skillnad från cannabis och övrig narkotika är könsskillnaderna små och åldersskillnaderna är mindre uttalade. Användningen är till och med något högre i de äldre åldersgrupperna. Även sett till användningsfrekvensen skiljer sig mönstret för narkotikaklassade läkemedel från hur det såg ut för cannabis och övrig narkotika. Att ha använt narkotikaklassade läkemedel frekvent (en gång i vecka eller oftare) var vanligare än att ha gjort det sällan (1–11 ggr senaste året). För cannabis och övrig narkotika var det absolut vanligast att ha använt det sällan. Både svenska studier (Guttormsson & Ramstedt, 2023) och internationella (Callaghan, 2019) som har studerat fördelningen av cannabisanvändning pekar på att det är en liten del av cannabisanvändarna som står för majoriteten av konsumtions-tillfällena. Bland vuxna i Sverige är det ungefär 10 procent av användarna som står för 75 procent av konsumtionen (Guttormsson & Ramstedt, 2023). Resultaten från Vanor och konsekvenser pekar dock på att i befolkningen stämmer detta mönster framför allt för cannabis och övrig narkotika men inte nödvändigtvis för narkotikaklassade läkemedel.

Andelen i befolkningen som uppfyller kriterierna för minst milt narkotikaberoende enligt DSM-5 uppgår till 1,2 procent år 2025. Det är en signifikant minskning jämfört med 2017. Mellan 2017 och 2024 har även den narkotikarelaterade

dödligheten samt antalet slutenvårdade med narkotikadiagnos minskat något (Socialstyrelsen, 2025, Guttormsson, 2025). Även om varken dödlighetsstatistik, slutenvårdsdata eller skattningar av narkotikaberoende fullt ut speglar den faktiska utvecklingen av problematiskt narkotikabruk i befolkningen, indikerar den sammantagna nedåtgående trenden i dessa mått en något förbättrad situation. Beroende är vanligare bland män än bland kvinnor och tydligt koncentrerat till den yngsta åldersgruppen. Att andelen med beroende är avsevärt lägre än andelen som rapporterar användning visar att majoriteten av dem som använder narkotika inte uppfyller kriterier för substansbrukssyndrom. Samtidigt motsvarar 1,2 procent ett betydande antal individer i befolkningen (ca 97 000 personer).

Både beslagsstatistik och prisuppgifter pekar på att narkotika över tid har blivit mer tillgängligt, såväl fysiskt som ekonomiskt (Guttormsson, 2025b). Den allmänna debatten och mediebilderna ger dessutom ofta intryck av en snabbt växande och alltmer utbredd narkotikaanvändning. Mot den bakgrunden kan det framstå som paradoxalt att narkotikaanvändningen i befolkningen inte har ökat, utan snarare varit stabil eller i vissa avseenden minskat. Indikatorer från flera källor pekar dock åt samma håll (Guttormsson, 2025b, Folkhälsomyndigheten, 2026a) och visar på att användningen av narkotika i den vuxna befolkningen som helhet har varit relativt stabil under senare år, och att vissa mått till och med visar på en minskning. Mot bakgrund av det är resultaten från Vanor och Konsekvenser ganska väntade. Det utesluter inte att situationen kan vara allvarlig i vissa grupper eller miljöer, eller att nya substanser och konsumtionsmönster kan innebära nya utmaningar.

Avslutningsvis är det viktigt att poängtera att resultaten som presenteras här baseras på självrapporterade uppgifter om användning. Eftersom narkotika är olagligt att använda är det troligt att det förekommer underrapportering och att storleken på underrapporteringen kan variera i olika grupper och mellan olika undersökningar. I en svensk metodstudie från 2023 användes en indirekt svarsmetod som antogs stärka känslan av anonymitet, för att skatta underrapporteringen av cannabis bland unga vuxna, 18–29 år. Författarna kom fram till att årsprevalensen av cannabis var ungefär dubbelt så hög enligt den indirekta metoden, jämfört med den traditionella enkätmetoden (Andersson et al., 2023). Ett annat rimligt antagande är att narkotikaanvändare är överrepresenterade i bortfallet i de befolkningsundersökningar som görs, framför allt personer med mer problematisk och omfattande konsumtion (Zhao et al., 2009). Sammantaget gör det att resultaten från befolkningsundersökningar som Vanor och Konsekvenser ska tolkas med viss försiktighet och att nivåerna som rapporteras i första hand ska ses som minsta-nivåer på andelen narkotikaanvändare. Å andra sidan kan man anta att effekten av underrapporteringen är ganska stabil över tid, vilket gör att undersökningen ger en bra bild av utvecklingen.

Dopning

Julia Ekberg

Inledning

Användning av hormondopningsmedel kan medföra negativa konsekvenser för individens fysiska, psykiska och sociala hälsa (se tex. Börjesson, 2021; Folkhälsomyndigheten, 2025). Med dopning avses handlingar som genom otillåtna medel förbättrar prestationen på ett sätt som inte är förenligt med säker och rättvis idrott (WADA, 2026).

I Vanor och Konsekvenser mäts användning av hormondopningsmedel genom frågan ”Har du någon gång använt anabola androgena steroider eller tillväxthormoner utan läkares ordination?”. Frågeformuleringen har varit oförändrad sedan 2013 och syftar till att fånga in användning av de substanser som omfattas av lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel.

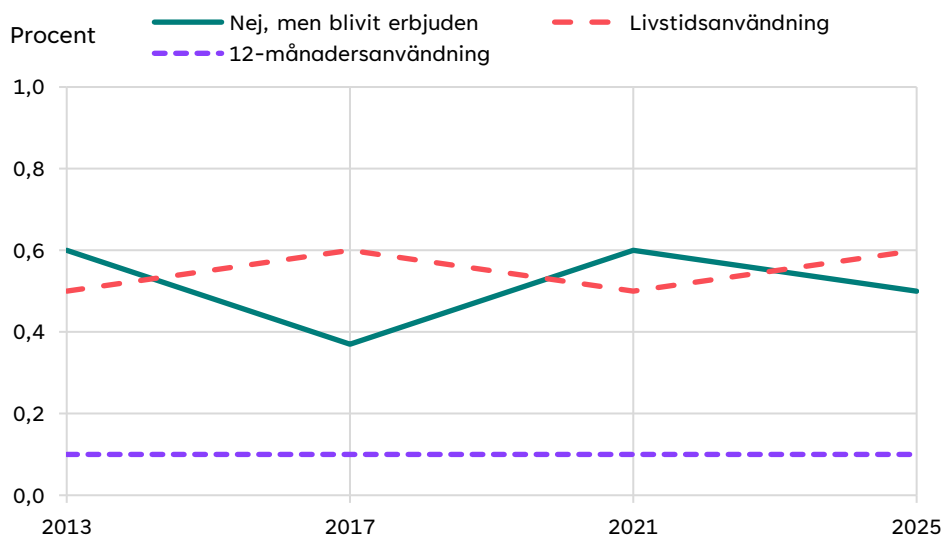
Användning av hormondopningsmedel

År 2025 svarade 0,5 procent av svarspersonerna i åldrarna 18–84 att de någon gång hade erbjudits hormondopningsmedel, men utan att ha tackat ja till erbjudandet. Andelen är något lägre än 2021, och precis som tidigare år är det i princip enbart män som fått sådana erbjudanden.

I figur 18 framgår att det år 2025 var totalt 0,6 procent i befolkningen som uppgav att de någon gång hade använt hormondopningsmedel. Det motsvarar ungefär

48 500 personer i den aktuella populationen. Omfattningen har varit relativt oförändrad jämfört med tidigare år. Det var praktiskt taget inga kvinnor som rapporterade sådana erfarenheter, medan cirka 1,2 procent av männen uppgav att de någon gång använt hormondopningsmedel (tabell 31).

Den totala årsprevalensen för användning av hormondopningsmedel har förblivit konstant under hela mätperioden 2013 till 2025, och låg fortsatt stadigt på 0,1 procent. Motsvarande siffra för månadsprevalensen har konsekvent varit mycket låg (ej redovisat i tabell). När uppgifterna specificeras efter kön framträder ett tydligare mönster. Användningen bland kvinnor är konsekvent obefintlig, med en 12-månadersprevalens på 0 procent. Prevalensen bland män uppgick till totalt 0,2 procent (tabell 31). Som tidigare är erfarenhet av hormondopning nästan uteslutande kopplad till män, primärt i de yngre åldersgrupperna. I åldersgruppen 18–29 år uppgår 0,7 procent av männen att det använt hormondopningsmedel under de senaste 12 månaderna (ej redovisat i tabell).



Figur 18. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som har använt anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan eget recept. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

Sammanfattning och diskussion

Resultatet tyder på att hormondopningsanvändning fortsatt förekommer i en begränsad omfattning i den vuxna befolkningen i Sverige. Det är i huvudsak män som rapporterar erfarenheter av hormondopningsmedel, särskilt i de yngre åldersgrupperna. Den här bilden bekräftas av andra befolkningsstudier som också rapporterar låga nivåer (se t.ex. Eske m.fl., 2024; Guttormsson, 2024).

Även om vissa mindre variationer kan observeras över perioden 2013–2025 är förändringarna små och pekar inte mot några tydliga trendförskjutningar. Den stabila utvecklingen överensstämmer även med vad som framkommer i andra datakällor, såsom tullens och polisens beslag (CAN, under arbete).

Samtidigt bör det framhållas att självrapporterade data om dopning påverkas av både innehav och användning omfattas av straffrättslig reglering. Med de tillgängliga uppgifterna är det inte möjligt att säga något om storleken på en eventuell underrapportering, eller om mönstret skiljer sig från det som ibland ses vid frågor om narkotikaanvändning. Trots det ger resultaten en samstämmig bild av att förekomsten i befolkningen är låg och att situationen i huvudsak varit oförändrad över tid.

Tobak och nikotin

Martina Zetterqvist

Inledning

Användningen av tobak och nikotin är utbredd i Sverige. Tidigare utgjordes användningen till stor del av cigaretter och brunt snus, men under de senaste tio åren har det skett stora förändringar inom området.

Nya nikotinprodukter, såsom vitt snus och vejps har börjat utgöra en allt större del av användningen bland framför allt unga (Zetterqvist, 2025; Ramstedt, 2025; Svensson & Guttormsson, 2025). Det har även skett förändringar inom Sveriges tobakspolitik där målet inte längre är att minska själva användningen, utan att minska de medicinska och sociala skadorna som tobak och nikotin orsakar. Det har därmed blivit större fokus på att de olika tobaks- och nikotinprodukterna orsakar olika stor skada och därför bör regleras olika (Regeringen, 2024).

Medan kunskapen om cigarettrökningens hälsoeffekter är väl kända, vet vi desto mindre om snus och de nya nikotinprodukterna. Såväl brunt snus som de nya nikotinprodukterna innehåller dock nikotin, vilket på kort sikt bland annat kan höja blodtrycket och försämra blodkärlens funktioner. Detta kan i längden bidra till en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar (Folkhälsomyndigheten, 2024). De långsiktiga hälsoeffekterna av de nyare nikotinprodukterna är ännu inte kända, men det finns studier som visat på att vejping bland annat kan öka risken för vissa lungsjukdomar (Karolinska Institutet, 2025). Ännu mindre är känt om det vita snuset, men det finns uppgifter om att nikotinhalten kan vara högre i vitt snus än i motsvarande tobaksprodukter (Galanti m.fl., 2025). Att nikotin är starkt beroendeframkallande är väl belagt och att leva med ett beroende innebär ofta en nedsatt livskvalitet.

Flera undersökningar har visat att cigarettrökningen länge varit på nedåtgående och nu är nere på historiskt låga nivåer (Zetterqvist, 2025; Ramstedt, 2025; Folkhälsomyndigheten, 2025). Under de senaste åren har dock användningen av vitt snus och vejps ökat kraftigt i den yngre delen av befolkningen (Svensson & Guttormsson, 2025). Enligt försäljningsstatistik har mängden vitt snus som säljs ökat med 180 procent mellan 2021–2024 och mängden e-vätska (vätskan till vejps/e-cigaretter) med 640 procent under samma period (Ramstedt, 2025). Det är alltså produkter som på kort tid fått stort genomslag i Sverige.

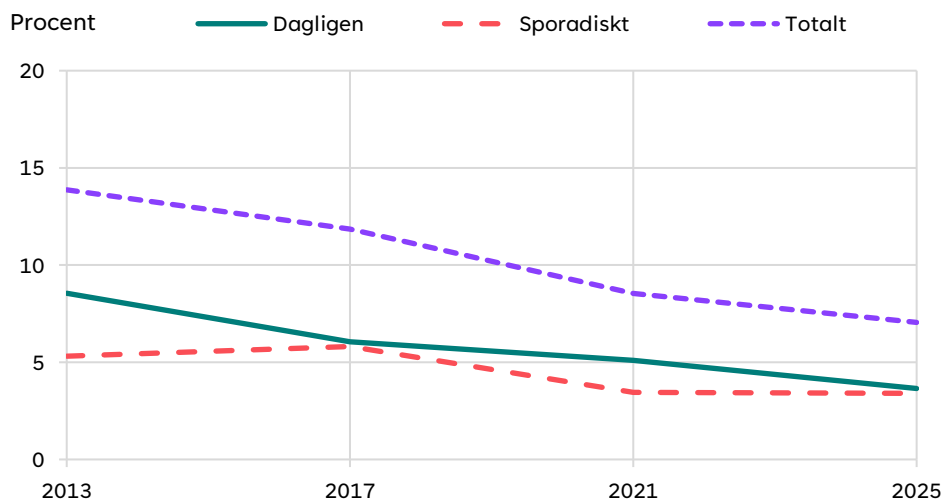
I följande avsnitt redovisas hur vanligt användandet av cigaretter, snus och vejps är i Sveriges befolkning 18–84 år och hur detta har utvecklats under perioden 2013–2025. I avsnittet redovisas även den självs kattade beroendenivån av cigaretter och snus och hur den skiljer sig mellan olika grupper och över tid. I årets rapport redovisas för första gången hur beroendenivån skiljer sig åt mellan användare av vitt och brunt snus.

Cigarettkonsumtion

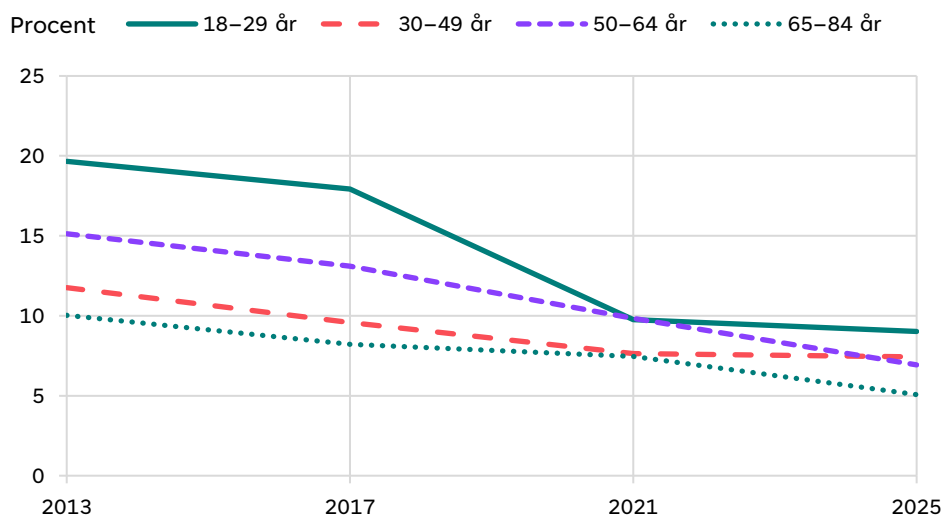
År 2025 uppgav 7 procent av befolkningen 18–84 år att de rökte. Det var ungefär lika vanligt att röka dagligen (3,7 procent) som sporadiskt (3,4 procent). Av alla svarspersoner uppgav 30 procent att de rök tidigare men slutat och 63 procent att de aldrig hade rök. Vad gäller könsskillnader var det något vanligare med rökning bland män (8 procent) än bland kvinnor (6 procent), vilket beror på att fler män rökte sporadiskt (tabellerna 32–33).

I tabellerna 34–36 visas förekomsten av rökning bland personer i olika åldersgrupper år 2025. Det var vanligast att personer i åldersgruppen 50–64 år rökte dagligen (4,4 procent) och minst vanligt i den yngsta åldersgruppen 18–29 år (2,9 procent). Den sporadiska rökningen är i motsats vanligast bland personer i den yngsta åldersgruppen (6 procent) och minst vanlig i den äldsta åldersgruppen 65–84 (1,4 procent). I den yngsta åldersgruppen är det ungefär dubbelt så vanligt att röka sporadiskt som dagligen. I de äldsta åldersgrupperna är mönstret det omvända.

Under perioden 2013–2025 har andelen som röker halverats (figur 19). Det har skett en nedgång både i den dagliga och den sporadiska användningen, men nedgången i den dagliga rökningen har varit störst. Andelen dagligrökare har minskat från 9 till 3,6 procent och andelen sporadiska rökare från 5 till 3,4 procent. År 2025 skedde dock ingen ytterligare nedgång för den sporadiska rökningen. Andelen som uppgav att de slutat röka minskade något fram till 2021, men år 2025 ökade andelen signifikant från 27 till 30 procent (tabell 33).



Figur 19. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som röker dagligen, sporadiskt och totalt. År 2013, 2017, 2021 och 2025.



Figur 20. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som röker (dagligen eller sporadiskt), uppdelat på ålder. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

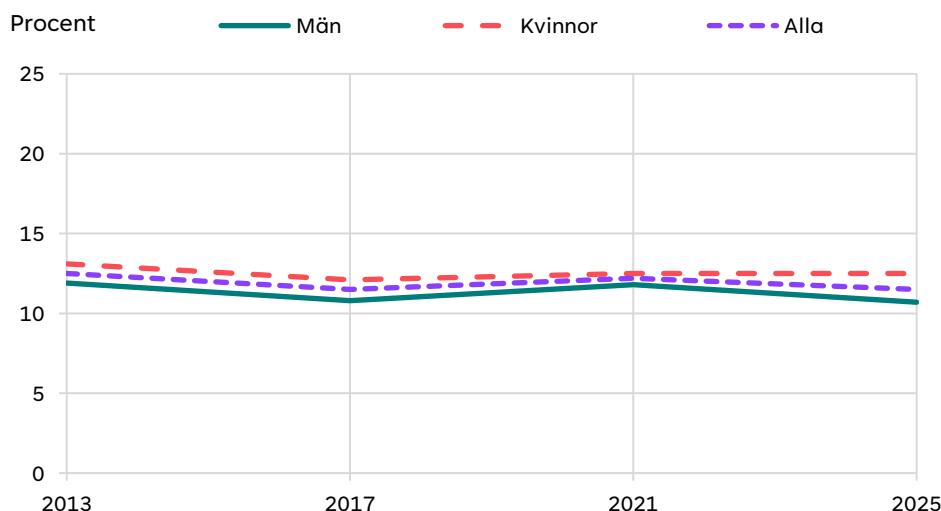
Rökningen har minskat signifikant bland både män och kvinnor och i samtliga åldersgrupper under perioden 2013–2025 (figur 20, tabell 32). Störst har nedgången varit i åldersgrupperna 18–29 år och 50–64 år, där andelen mer än halverats.

Cigarettberoende

I detta avsnitt redovisas graden av cigarettberoende mätt med Cigarette Dependence Scale 5 (CDS-5) (Etter et al., 2003). Skalan är en kortversion av CDS-12 och består av fem frågor om cigarettberoende, där varje fråga ger 1–5 poäng. Det sammanlagda värdet kan därmed variera mellan 5 och 25 poäng. Eftersom det saknas etablerade gränsvärden för när en person klassas som beroende i den allmänna befolkningen redovisas resultaten som medelvärden. Medelvärdena möjliggör jämförelser över tid samt skillnader mellan olika grupper när det gäller hur beroende man känner sig av cigaretter.

År 2025 var medelvärdet för cigarettberoende 11,5 bland rökare totalt. Beroendet var högre bland dagligrökare (15,4) än bland sporadiska rökare (7,3). Vad gäller könsskillnader skattade dagligrökande kvinnor sitt beroende som något starkare (15,9) än män (14,9). Personer i de äldre åldersgrupperna skattade också sitt beroende starkare än de yngre. Detta gäller för både dagliga och sporadiska rökare. I den äldsta åldersgruppen 65–84 år var medelvärdet bland dagligrökarna 16,2. Det kan jämföras med 14,6 i den yngsta åldersgruppen 18–29 år (tabellerna 37–40).

Under perioden 2013–2025 har medelvärdet bland samtliga rökare varierat mellan 12,5 och 11,5 utan någon tydlig trend (figur 21). I 2025 års undersökning skedde dock en liten, men signifikant nedgång jämfört med året innan. Det beror på att rökande män skattade sitt beroende lägre år 2025. Generellt sett har kvinnor under hela tidsperioden skattat sitt beroende som något starkare än män. Vad gäller ålderskillnader så har medelvärdet under perioden 2013–2025 minskat något i samtliga åldersgrupper förutom i den äldsta (tabell 38).



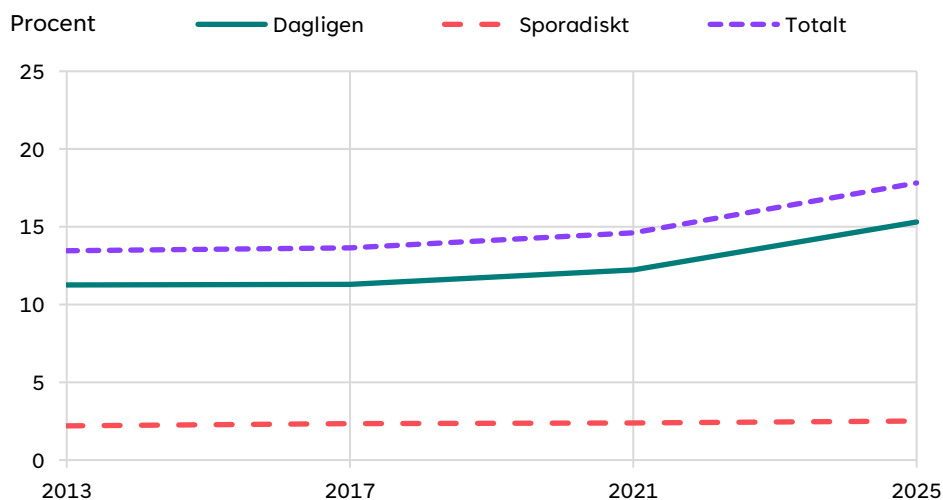
Figur 21. Cigarettberoende enligt CDS-5 (medelvärde) bland rökare (dagligen eller sporadiskt), uppdelat på kön i befolkningen 18–84 år. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

Snusanvändning

År 2025 uppgav 18 procent av personerna i åldrarna 18–84 år att de snusade. Majoriteten som snusar gör det dagligen (15 procent) medan sporadisk användning är mindre vanligt (2,5 procent). Av alla svarspersoner uppgav 11 procent att de snusat tidigare men slutat. 71 procent svarade att de aldrig hade snusat (tabellerna 41–42).

Det var betydligt vanligare att män snusade (25 procent) jämfört med kvinnor (10 procent). Skillnaden beror främst på att män snusar dagligen i större utsträckning. Vad gäller ålderskillnader är såväl daglig som sporadisk användning vanligast i den yngsta åldersgruppen (18–29 år). I denna åldersgrupp snusade 29 procent. Bland män i dessa åldrar var det 36 procent. Andelen minskar sedan med stigande ålder och bland kvinnor i den äldsta åldersgruppen (65–84 år) snusade endast 2,9 procent (tabellerna 41–45).

År 2025 ställdes för första gången en följdfråga till snusarna om vilken typ av snus de huvudsakligen snusar. Totalt sett var det vanligast att snusa brunt snus, vilket 50 procent av snusarna uppgav. Vitt snus uppgavs av 44 procent och 6 procent snusade de olika sorterna i ungefär lika stor utsträckning. Det fanns dock stora könsskillnader. Bland snusande kvinnor var vitt snus den absolut vanligaste sorten (74 procent) medan brunt snus var vanligast bland män (62 procent). Det fanns även stora ålderskillnader. I den yngsta åldersgruppen 18–29 år snusade majoriteten vitt snus (67 procent) medan brunt snus var vanligast i övriga åldersgrupper. Allra vanligast var vitt snus bland kvinnor i den yngsta åldersgruppen där 93 procent av snusarna uppgav detta (tabellerna 46–49).

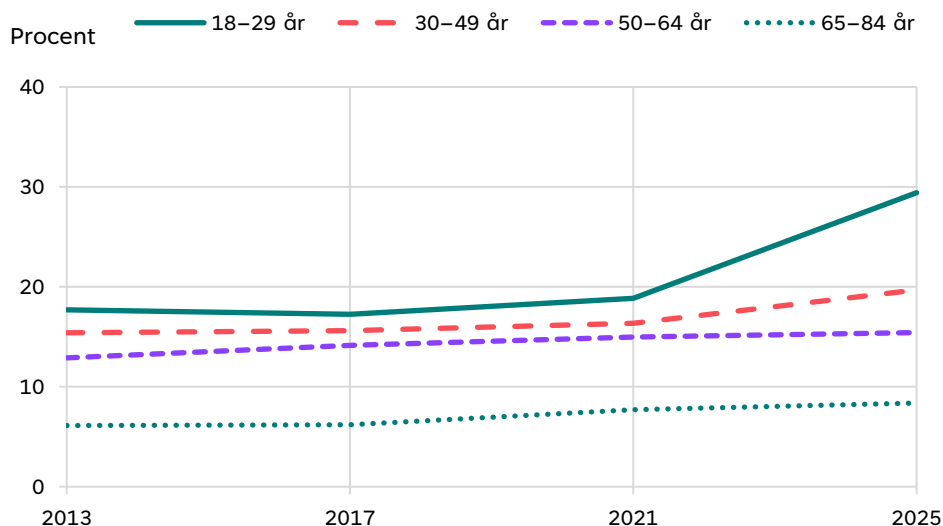


Figur 22. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som snusar dagligen, sporadiskt och totalt. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

Under perioden 2013–2025 har andelen snusare ökat signifikant från 13 till 18 procent. Uppgången har framför allt skett mellan 2021 och 2025 (figur 22) och beror på att andelen dagliga användare har ökat; från 11 till 15 procent. Samtidigt har den sporadiska användningen i stort sett varit oförändrad omkring 2 procent. År 2025 ökade andelen som slutat snusa från 9 till 11 procent medan andelen som aldrig snusat minskade från 76 till 71 procent. Skillnaderna var statistiskt signifikanta.

Vad gäller könsskillnader har snusandet ökat signifikant bland både män och kvinnor under perioden 2013–2025. Uppgången har varit störst bland kvinnor där andelen fördubblats från 5 till 10 procent. Bland män låg andelen stabilt på omkring 22 procent fram till 2021, för att sen öka signifikant till 25 procent år 2025 (tabell 41).

Uppgången har skett i samtliga åldersgrupper (figur 23). Störst har uppgången varit i åldersgruppen 18–29 år där andelen snusare ökat från 18 till 29 procent under perioden 2013–2025. Bland kvinnor i denna åldersgrupp har andelen dagliganvändare mer än tredubblats; från 5,5 till 17 procent (tabell 44).



Figur 23. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som snusar (dagligen eller sporadiskt), uppdelat på ålder. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

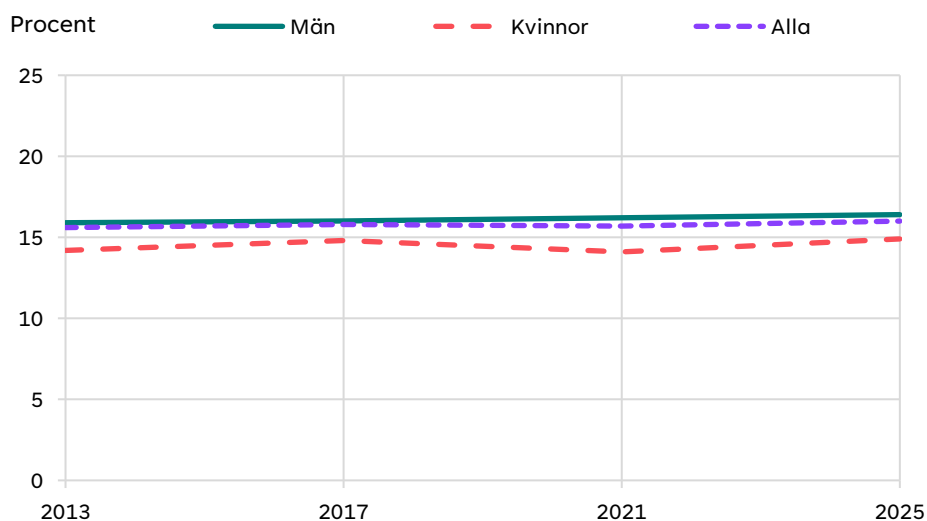
Snusberoende

I detta avsnitt redovisas graden av snusberoende mätt med en kortversion av skalan STDS-12 (Rydell et al., 2016). Skalan bygger på CDS-12 och dess kortversion CDS-5 (Etter et al., 2003). Den består av fem frågor om snusberoende, där varje fråga ger 1–5 poäng. Det sammanlagda värdet kan därmed variera mellan 5 och 25 poäng. Resultaten redovisas som medelvärden.

År 2025 var medelvärdet för snusberoende 16,0 bland snusare totalt. Beroendet var högre bland dagligsnusare (17,4) än bland sporadiska snusare (7,5). Generellt sett skattade därmed dagligsnusarna sitt beroende som starkare än vad dagligrökarna gjorde, där medelvärdet var 15,4. Vad gäller könsskillnader skattade dagligsnusande män sitt beroende som något starkare än kvinnor (17,6 jämfört med 16,8). Det fanns även ålderskillnader. Det högsta snusberoendet uppmättes bland dagligsnusare i åldersgruppen 30–49 år (18,1) och lägst nivå i åldersgrupperna 18–29 och 65–84 år (omkring 16,5) (tabellerna 50–53).

Som beskrivits ovan ställdes år 2025 för första gången frågan om vilken typ av snus man huvudsakligen snusar. Det är därför möjligt att jämföra den självskattade beroendenivån mellan brunt och vitt snus. De som uppgav att de huvudsakligen snusar brunt snus uppgav högre nivåer av beroende (17,4) än de som huvudsakligen snusar vitt snus (14,6). De som snusar både vitt och brunt snus intar ett mellanläge med medelvärdet 15,4. Detta beror på att dagligsnusarna av brunt snus uppgav högre nivåer än dagligsnusarna av vitt snus, medan nivån bland de sporadiska användarna inte skiljde sig nämnvärt mellan de olika sorterna (tabell 54).

Under perioden 2013–2025 har medelvärdet bland snusare legat förhållandevis stabilt omkring 16 (figur 24). Det har dock skett en liten, men signifikant, uppgång i den yngsta åldersgruppen år 2025 jämfört med året innan; från 13,6 till 14,7 (tabell 51).



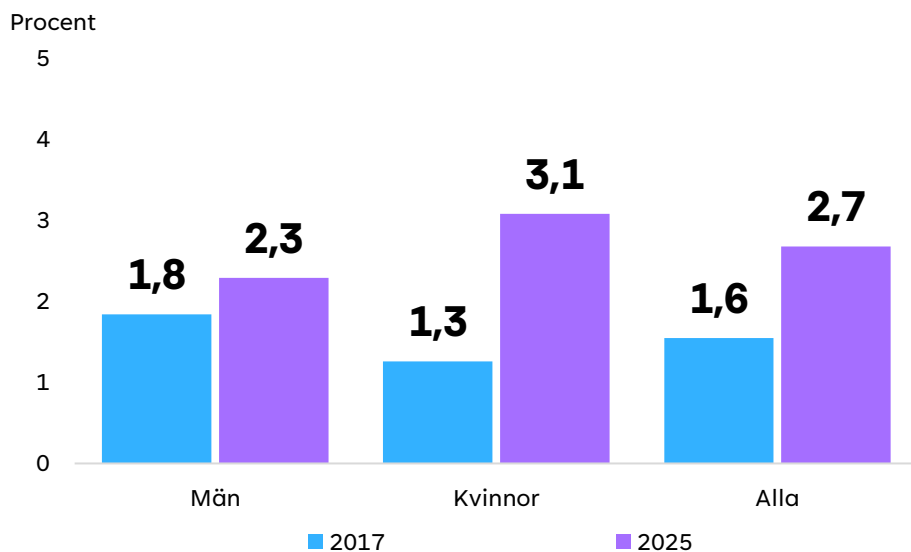
Figur 24. Snusberoende enligt STDS (medelvärde) bland snusare (dagligen eller sporadiskt). Uppdelat på kön i befolkningen 18–84 år. År 2013, 2017, 2021 och 2025.

Vejping

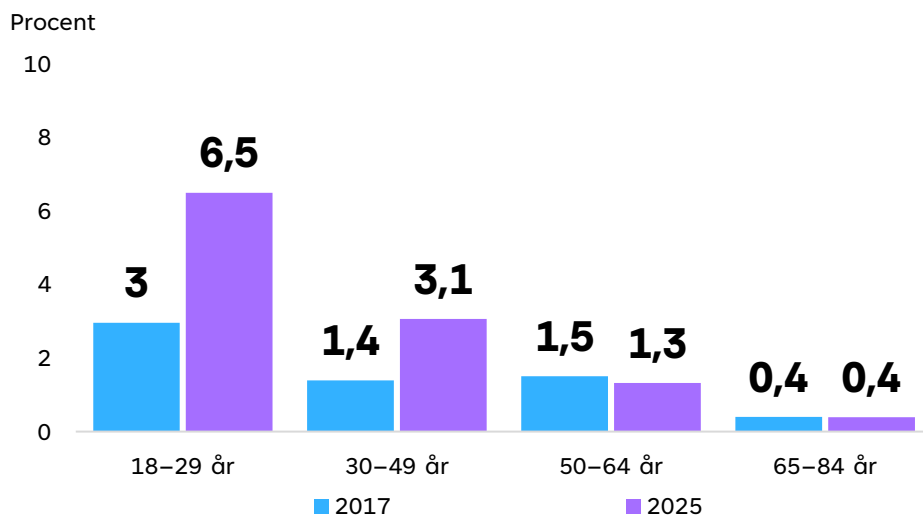
Frågor om användningen av e-cigarett, så kallad vejping, ställdes för första gången 2017 och återkom i 2025 års undersökning. År 2025 uppgav 2,7 procent av befolkningen 18–84 år att de vejpede (figur 25). Majoriteten utgjordes av sporadiska användare (2,1 procent) medan daglig användning var ovanligt (0,6 procent). Av alla svarspersoner uppgav 3,9 procent att de vejpat tidigare men slutat, medan 93 procent uppgav att de aldrig gjort det (tabell 56).

Vad gäller könsskillnader var det något vanligare med vejping bland kvinnor (3,1 procent) än bland män (2,3 procent) (figur 25). Det fanns en tydlig åldersfördelning där vejping var vanligast i den yngsta åldersgruppen 18–29 år (6 procent), för att sen bli mindre vanligt med stigande ålder (figur 26). I den äldsta åldersgruppen 65–84 år är det knappt en halv procent som vejpar. Det är framför allt den sporadiska användningen som är vanlig i den yngsta åldersgruppen (tabell 59).

Sedan 2017 har andelen vejpare ökat signifikant från 1,6 procent till 2,7 procent (figur 25). Det är framför allt bland kvinnor som vejpingen har ökat (från 1,3 till 3,1 procent). Vad gäller utvecklingen i olika åldersgrupper har uppgången framför allt skett i de två yngsta åldersgrupperna 18–29 och 30–49 år (figur 26). I dessa grupper har andelen mer än fördubblats.



Figur 25. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som vejar (dagligen eller sporadiskt), uppdelat på kön. År 2017 och 2025.



Figur 26. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som vejar (dagligen eller sporadiskt), uppdelat på ålder. År 2017 och 2025.

Som en följdfråga får användarna svara på om de huvudsakligen vejar med eller utan nikotin. År 2025 uppgav 70 procent av användarna att de enbart vejar med nikotin, 6 procent enbart utan nikotin och 19 procent vejpade både med och utan nikotin. Drygt 5 procent visste inte om det var med eller utan nikotin. Andelen som enbart vejpat med nikotin har ökat signifikant från 53 procent år 2017 till 70 procent år 2025 (tabell 60).

Sammanfattning och diskussion

Sammanfattningsvis har andelen som röker minskat kraftigt och det gäller framför allt den dagliga användningen. I och med årets siffra på 3,7 procent är det politiska målet om att färre än 5 procent ska röka regelbundet år 2025 uppnått. Cigarrettrökningens minskning bekräftas av flera olika befolkningsundersökningar (Zetterqvist, 2025; Folkhälsomyndigheten, 2025b) samt i försäljningsstatistiken (Ramstedt, 2025). Nedgången i rökning har skett parallellt med att Sverige bedrivit ett brett och långsiktigt tobaksförebyggande arbete (Folkhälsomyndigheten, 2024b). Det har bland annat införts varningstexter, begränsningar i marknadsföring, rökfria miljöer samt ett antal stora skatthöjningar på cigaretter.

En annan aktuell diskussion handlar om huruvida cigarrettrökningen kan ha minskat på grund av att andra nya nikotinprodukter har ersatt den (Medicinsk vetenskap, 2024). Under senare år har till exempel rökningen minskat mest bland unga vuxna, medan snusningen och vejpningen ökat mest i samma grupp. Det är dock viktigt att komma ihåg att rökningen har minskat under en längre tid, långt innan de nya nikotinprodukterna blev vanliga. Dessutom har det tillgängliga vetenskapliga underlaget bedömts vara alltför otillräckligt för att kunna avgöra om vejs eller snus leder till förändrade rökvanor (SBU, 2020).

I tidigare rapporter har vi redovisat ett mått på hur stor andel av befolkningen som klassas som beroende av cigaretter respektive snus (Sundin, 2022). Men i och med att det föreslagna gränsvärdet för när man klassas som beroende är framtagen på en klinisk population, och visat sig vara mindre lämplig för den generella befolkningen, har vi i denna rapport valt att enbart redovisa medelvärdet (Etter m.fl., 2003; Rydell m.fl., 2016). Tittar man på beroendenivån kan man se att de äldre rökarna i snitt uppger att de är mer beroende än yngre, och att detta gäller både dagliga och sporadiska användare. Det har inte skett någon större förändring i beroendenivån bland rökare sedan 2013 när detta började studeras. Detta talar emot en så kallad *hardening*-effekt (Hughes, 2011), det vill säga antagandet om att de som fortsätter röka över tid skulle utgöra en alltmer beroende grupp i takt med att rökningen minskar i befolkningen. Tar man med i beräkningen att allt färre röker så har även den totala beroendenivån i befolkningen minskat.

Vad gäller snuset är det fortfarande vanligare bland män. Men i och med att användningen har fördubblats bland kvinnor sedan 2017 så har könsskillnaderna minskat. Allra störst är uppgången bland kvinnor i åldrarna 18–29 år. I den gruppen är det nästan uteslutande vitt snus som används, medan det bland män i den äldre delen av befolkningen fortfarande är brunt snus som är vanligast. Uppgången i snusandet syns i flera andra undersökningar (Zetterqvist, 2025; Ramstedt, 2025; Folkhälsomyndigheten, 2025b). Uppgången bland unga kvinnor och ungdomar beror framför allt på det vita snuset, som tycks locka en ny grupp av användare. Unga upplever att det smakar gott, är fräscht och mindre skadligt än brunt snus (Folkhälsomyndigheten, 2022).

Vad gäller beroendenivån skattar snusarna sig som mer beroende än rökarna. Det har inte skett någon tydlig förändring i beroendenivån bland snusare under perioden 2013–2025. Men i och med att andelen snusare har ökat så har också den totala beroendenivån i befolkningen ökat. Även om vi fortfarande vet lite om

skadorna kopplade till vitt snus har det lyfts en oro kring den höga nikotinhalten som vitt snus kan innehålla (SOU 2024:23). I den här rapporten kunde vi dock se att de som snusar brunt snus i snitt upplever sig mer beroende än de som snusar vitt snus. Detta gällde både dagliga och sporadiska användare. Om det beror på att de som snusar vitt snus generellt sett är yngre, och inte hunnit utveckla ett lika starkt beroende än, återstår att se i kommande mätningar.

Vejping är fortfarande relativt ovanlig i befolkningen i stort. Andelen som vejpar har dock ökat relativt mycket bland unga kvinnor. Liknande mönster syns bland skolungdomar där vejpingen mer än fyrdubblades år 2022 (Svensson & Guttormsson, 2025). Enligt försäljningsstatistik har försäljningen ökat med 640 procent under åren 2021–2024. Detta har skett samtidigt som utbudet av så kallade engångsvejps ökat drastiskt. Engångsvejps är en typ av e-cigarett som är färdigmonterad, diskret och enkel att använda och finns i en mängd olika smaker, vilket troligtvis attraherar en ung målgrupp. Enligt Folkhälsomyndigheten finns det idag mer än 10 000 olika sorters vejps eller smaker att välja på, jämfört med knappt 300 sorters cigaretter (Folkhälsomyndigheten, 2026). Utbudet är alltså mycket stort.

Vad gäller beroende av e-cigaretter finns det i dagsläget inget mått som har validerats i en svensk kontext och det har därför inte inkluderats i den här undersökningen. En intressant trend som noterades i årets rapport är dock att allt fler vejpar produkter med nikotin, vilket är det beroendeframkallande ämnet i tobak.

Spel om pengar

Johan Svensson

Inledning

För några år sedan presenterade den välrenommerade vetenskapliga tidskriften Lancet en rapport om spel om pengar (Wardle m.fl., 2024). I rapporten pekar författarna på att spel om pengar är en snabbt växande global industri och att en avgörande anledning till dess tillväxt är utvecklingen av de digitala plattformarna och den digitala ekonomin.

Bland de skador de lyfter fram, förutom den uppenbara risken att förlora pengar, finns: arbetslöshet, försämrade eller förlorade sociala relationer, negativa hälsoeffekter och ökad risk för brottslighet. Spel om pengar kan också öka risken för självmord och våld i hemmet. Som antyds ovan drabbar spel om pengar inte bara den som spelar utan kan också få konsekvenser för anhöriga, arbetskamrater och vänner.

Det är relevant att påpeka att den svenska spelmarknaden förändrades år 2019. Dessförinnan hade den svenska spelmarknaden till stor del varit ett monopol för de statliga bolagen Svenska Spel och ATG (Aktiebolaget Trav och Galopp). År 2019 förändrades detta och en licensbaserad marknad infördes. Detta innebär att spelbolagen ansöker om en licens hos Spelinspektionen för att bedriva spel i Sverige. Det kan i sammanhanget nämnas att spelbolag med svensk licens omsatte 27,8 miljarder kronor under 2024, varav 18 miljarder avsåg kommersiellt online spel och vadhållning (Spelinspektionen, 2025). Ett av skälen bakom denna förändring var att andelen som spelade hos de statliga bolagen minskade kraftigt till förmån för spel hos internationella spelbolag. En bakomliggande orsak till denna utveckling var digitaliseringen av spelmarknaden. Samtidigt har staten genom omregleringen velat stärka konsumentskyddet och motverka penningtvätt kopplad till spel om pengar. Ansvarsfördelningen för behandling av spelproblem förtydligades 2018. Kommunerna fick då ansvar för råd och stöd, medan regionerna ansvarar för specialiserad beroendevård vid spelberoende.

Inledningsvis är det också relevant att klargöra några centrala begrepp som används i kapitlet. Med spel om pengar avses aktiviteter där en person satsar pengar eller något annat av värde i syfte att vinna pengar eller andra värdeföremål, och där resultatet styrs av slumpen. Detta omfattar exempelvis lotterier, kasinospel, vadslagning samt kortspel om pengar. I kapitlet studeras även förekomsten av spelproblem som mäts med instrumentet PGSI (Problem Gambling Severity Index). PGSI har tagits fram för att mäta spelproblem i befolkningsundersökningar (McCready & Adlaf, 2006).

Spel om pengar i Sverige följs främst genom Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät som redovisar resultatet som rullande 4-årsmedelvärden sedan

undersökningen började 2004. Under perioden 2004–2007 uppgav i genomsnitt 69 procent av befolkningen i åldern 16–84 år att de hade spelat om pengar under de senaste 12 månaderna. Andelen har därefter successivt minskat och uppgick under åren 2019–2022 till 56 procent. Från och med 2024 förtydligades frågan till att gälla spelande eller lottköp *för eget bruk*, medan tidigare frågor inte specificerade om lotterna köpts till respondenten själv. Denna förändring innebar att köp av lotter till andra inte längre ingick och bidrog till en lägre skattning för 2024 (49 procent). Utifrån denna undersökning från Folkhälsomyndigheten är det alltså oklart hur spelandet har utvecklats i Sverige under senare år. Uppgifter från Spelinspektionen pekar dock på att spelandet har ökat, eftersom spelomsättningen för aktörer med svensk spellicens steg från 26 miljarder kronor 2021 till

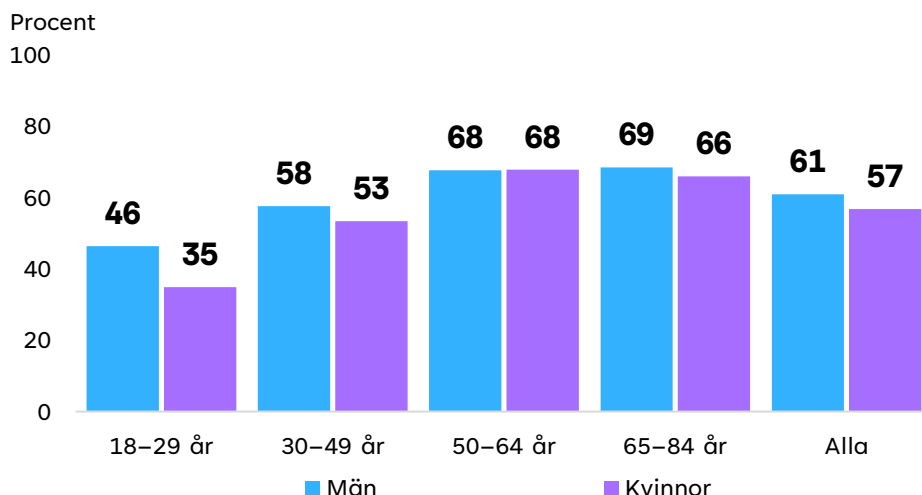
28 miljarder kronor 2025 (Spelinspektionen, 2026). Samtidigt är utvecklingen osäker, eftersom andelen av svenskarnas spelande som sker hos licensierade aktörer – den så kallade kanaliseringsgraden – inte är exakt känd. Befintliga skattningar (Folkhälsomyndigheten, 2025c) tyder på en minskning av spel hos olicensierade aktörer under perioden. Det talar emot att det skulle ha skett en faktisk ökning av det totala spelandet.

Under hela perioden har män spelat om pengar i något större utsträckning än kvinnor, med en relativt stabil skillnad på omkring tre procentenheter. Andelen med riskabelt spelande har samtidigt minskat något, från 3,8 procent av befolkningen under perioden 2015–2018 till 3,4 procent under 2021–2024.

Frågor om spel om pengar har i Vanor och konsekvenser ställts vid två tillfällen, 2021 och 2025. Frågorna har handlat om huruvida respondenten spelat om pengar under de senaste 12 månaderna respektive de senaste 30 dagarna. Under 2025 förtydligades frågan om spelandet på samma sätt som i Folkhälsomyndighetens undersökning. Därför presenteras endast 2025 års siffror för om respondenten överhuvudtaget har spelat om pengar. Vid båda undersökningstillfällena har Problem Gambling Severity Index (PGSI) använts för att mäta andelen med spelproblem i befolkningen. I följande avsnitt presenteras därför spelandet i befolkningen enbart för 2025, medan andelen med spelproblem redovisas för 2025 och 2021.

Spel om pengar de senaste 12 månaderna

Totalt sett var andelen som spelat om pengar de senaste 12 månaderna 59 procent, 61 procent av männen och 57 procent av kvinnorna (tabell 61). Skillnaden mellan könen är statistiskt signifikant. Den åldersgrupp där spel om pengar är mest vanligt är i åldersgruppen 50–64 år (68 procent) och i gruppen 65–84 år (69 procent). Bland männen och kvinnorna är åldersfördelningen likartad. Minst vanligt att spela om pengar var det i den åldersgruppen 18–29 år (46 procent av männen och 35 procent av kvinnorna) (figur 27).



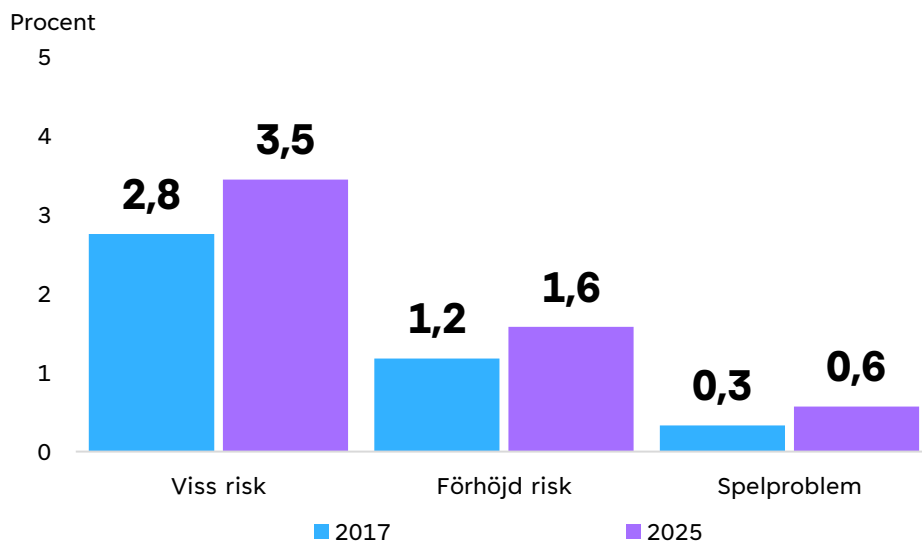
Figur 27. Andel (%) i befolkningen (18–84 år) som spelat om pengar de senaste 12 månaderna, uppdelat på kön. År 2025.

Spelproblem

Spelproblem enligt PGSI mäts med nio frågor om spelrelaterade problem, till exempel skuld känslor, kontrollförlust, ekonomiska och hälsorelaterade problem samt kritik från omgivningen (se frågeformuläret i bilaga 1 för exakta formuleringar). Svaren gäller de senaste 12 månaderna och ges på en fyrgradig skala från aldrig till nästan alltid (0–3 poäng), med en maxpoäng på 27. Resultaten delas in i följande kategorier: 0=inga spelproblem, 1–2=viss risk för spelproblem, 3–7=förhöjd risk för spelproblem och 8–27=spelproblem (Folkhälsomyndigheten, 2016).

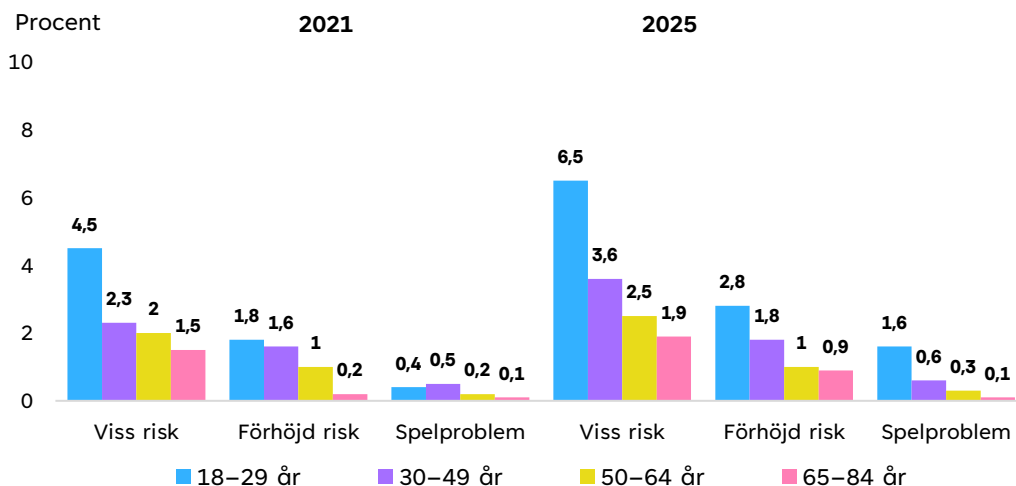
Andelen med någon grad av spelproblem eller risk för spelproblem i den vuxna befolkningen skattas till knappt 6 procent 2025 – 9 procent av männen och 3 procent av kvinnorna (tabell 62). Andelen med *viss risk* uppgår totalt till 3,5 procent, medan andel med *förhöjd risk* respektive med *spelproblem* uppgår till 1,6 respektive 0,6 procent. Andelen med spelproblem på dessa nivåer är mellan 2 och 4 gånger högre bland män.

Andelen med spelproblem eller risk för spelproblem ökar totalt från 4 till 6 procent mellan åren 2021 och 2025 och den ökar något mer bland män än kvinnor. Uppgången sker på alla nivåer: andelen med *viss risk* ökade från 2,8 till 3,5 procent, andelen med *förhöjd risk* ökade från 1,2 till 1,6 procent och andelen med *spelproblem* ökade från 0,3 till 0,6 procent (tabell 62, figur 28). Samtliga ökningarna är statistiskt signifikanta.



Figur 28. Andel (%) i befolkningen (18–84 år), uppdelat på PGSI; viss risk för spelproblem, förhöjd risk för spelproblem och spelproblem. År 2021 och 2025.

Mönstret för utvecklingen mellan 2021 och 2025 är likartat över åldersgrupper: andelen med *viss risk*, *förhöjd risk* och med *spelproblem* ökar i samtliga åldersgrupper utom i gruppen 50–64 år. Störst var ökningen bland 18–29-åringar, där andelen med någon grad av spelproblem eller risk för problem ökade från 7 till 11 procent och främst gruppen med de allvarligaste spelproblemen. Andelen med *viss risk* ökade från 4,5 till 6,5 procent, *förhöjd risk* ökade från 1,8 till 2,8 procent medan andelen med *spelproblem* från 0,4 till 1,6 procent (figur 29, tabell 63).



Figur 29. Andel (%) i befolkningen (18–84 år), uppdelat på PGSI; viss risk för spelproblem, förhöjd risk för spelproblem och spelproblem, fördelat på ålder. År 2021 och 2025.

Motsvarande resultat uppdelat på män och kvinnor presenteras i tabellerna 64 och 65. Könsskillnaden är slående i framför allt åldersgruppen 18–29 år där andelen med någon grad av spelproblem eller risk för spelproblem uppgår till 19 procent bland männen mot 3 procent bland kvinnorna. Även i åldersgruppen 30–49 år är skillnaden stor med 9 procent av männen och 3 procent av kvinnorna medan skillnaden blir mindre i de äldre grupperna. Den höga andelen med spelproblem bland män återfinns i samtliga typer av problem, det vill säga både för *viss och förhöjd risk* och för *spelproblem*.

När den åldersspecifika analysen delades upp på kvinnor och män framkom att det bara var bland unga män som det skett en ökning - från 11 procent med någon grad av spelproblem eller risk för problem 2021 till 19 procent 2025. Även om drygt hälften befinner sig i den minst allvarliga formen av spelproblem (*viss risk*), kan man notera en betydande ökning även för de allvarligare kategorierna: andelen med förhöjd risk nästan fördubblades från 2,6 till 5,2 procent och andelen med spelproblem nästan femdubblades från 0,6 till 2,8 procent.

Sammanfattning och diskussion

Andelen i befolkningen som spelat om pengar under de senaste 12 månaderna uppgick till 59 procent år 2025. Män spelar i högre grad än kvinnor och det är en större andel äldre än yngre som spelar. Andelen med någon grad av spelproblem eller risk för spelproblem uppgick till knappt 6 procent och var tre gånger högre bland män än kvinnor. I kontrast till åldersmönstret för användningen var andelen med spelproblem betydligt högre i den yngsta åldersgruppen.

Andelen med spelproblem ökade mellan 2021 och 2025 bland både män och kvinnor och i de flesta åldersgrupper. Ökningen var tydligast i åldern 18–29 år, där andelen steg från 7 till 11 procent och ökade på alla nivåer: *viss risk* för spelproblem ökade från 5 till 7 procent, *förhöjd risk* från 1,8 till 2,8 procent och andelen med spelproblem från 0,4 till 1,6 procent. Ökningen främst gäller unga män. I denna grupp ökade andelen med någon grad av spelproblem eller risk från 11 till 19 procent. Drygt hälften finns i kategorin *viss risk*, men även de mer allvarliga nivåerna har ökat. Andelen med *förhöjd risk* nästan fördubblades (från 2,6 till 5,2 procent) och andelen med spelproblem ökade från 0,6 till 2,8 procent. Även om nivåerna är relativt låga är ökningen i sig oroande. Det finns dessutom skäl att anta att utvecklingen inte kommer att avta eftersom spelproblem ökar bland ungdomar, särskilt bland pojkar i årskurs 9 och gymnasiets årskurs 2 (Svensson & Guttormsson, 2025). Forskning visar också att spelproblem i unga år är en stark prediktor för spelproblem senare i livet (Dowling et al., 2017).

De olika åldersmönstren för att ha spelat om pengar de senaste 12 månaderna och att ha spelproblem enligt PGSI är tankeväckande. Resultaten visar att det är en större andel bland de äldre som överhudtaget spelar om pengar men att spelproblemen är vanligare bland yngre, trots att färre spelar totalt. Detta pekar i sin tur på att det är viktigare att arbeta förebyggande mot unga trots att de spelar mindre.

I Riksrevisionens granskning av statens arbete mot spelproblem (Riksrevisionen, 2026) konstaterades att Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen behöver utveckla det förebyggande arbetet, särskilt bland barn och unga. Riksrevisionen menar att arbetet mot spel om pengar behöver integreras med annat arbete mot

skadligt bruk och beroende. De behov som Riksrevisionen pekar på är rimliga med tanke på den yngre befolkningens utveckling av spelproblem som visats här och i andra rapporter.

Samtidigt kan man diskutera vissa utgångspunkter som Riksrevisionen gör. En sådan är jämförelsen med andra beroenden. Det är riktigt att spelberoenden har likheter med andra beroenden men det finns också betydande skillnader, exempelvis produktens beskaffenhet. Alkohol och narkotika är fysiska produkter medan spel om pengar till stor del är en digital produkt. Spel om pengars tillgänglighet överskrider därmed vida den för alkohol och narkotika. Frågan är vilka möjligheter det, utöver åldersgränserna, finns att begränsa tillgängligheten för spel om pengar.

Ytterligare en förutsättning som skiljer spel om pengar mot alkohol och narkotika är hur lång tid samhället betraktat det som ett beteende med tillhörande risker. I detta sammanhang är det värt att lyfta fram att det preventiva arbetet mot alkohol, narkotika och tobak har en mycket lång historia. Vad gäller alkohol och narkotika kan som exempel nämnas att regeringen tillsatte Samordningsgruppen för alkoholfrågor (SAMO) år 1980. Enligt direktiven skulle SAMO arbeta med förslag på åtgärder för att påverka attityder kring alkohol och andra droger (Johansson, 2008). På senare tid kom den första ANDT-strategin som gällde under perioden 2011–2015, medan spel om pengar kom in i ANDTS-strategin först 2022. Det preventiva arbetet mot spel om pengar har med andra ord kommit i gång betydligt senare jämfört med de andra områdena. De bakomliggande skälen till det är också rimliga. Den globala digitaliseringen av spel om pengar innebär att spel om pengar finns tillgängligt så länge man har tillgång till sin mobiltelefon.

Spel om pengar har sammanfattningsvis andra preventiva utmaningar än exempelvis alkohol, narkotika och tobak. Mycket tyder också på att medvetenheten om riskerna med spel om pengar är lägre i befolkningen än för andra ANDTS-områden. Det finns därför behov av både kunskapshöjande insatser för allmänheten och riktade åtgärder för riskgrupper och problemspelare. Ett exempel är att se över möjligheterna att ta lån, särskilt så kallade snabb lån.

Data och metod

Erica Sundin och Mats Ramstedt

Nedan följer en mer detaljerad beskrivning av hur studien Vanor och konsekvenser har genomförts, med fokus på datainsamling, urval och bortfall. Avsnittet innehåller även en övergripande redogörelse för frågeformuläret, särskilt de frågor som ligger till grund för resultaten i denna rapport, samt hur variabler har hanterats och analyserna genomförts.

Genomförande

Datainsamling och urval

Precis som vid de tidigare datainsamlingarna 2013, 2017 och 2021 drogs ett slumpmässigt urval på 27 000 personer från Statens personadressregister (SPAR). Urvalet 2025 omfattade personer som fyllde 18–84 år under insamlingsåret (födda 1941–2007). Det är en mindre förändring jämfört med tidigare år, då även personer som fyllde 17 år under insamlingsåret ingick.

Datainsamlingen genomfördes under perioden mars–augusti i linje med tidigare insamlingar som samtliga huvudsakligen skett under våren: 2013: februari–maj 2017: mars–oktober 2017, 2021: mars–juni. Upplägget var i stort sett detsamma vid alla tillfällen. Ett informationsbrev skickades till alla i urvalet med information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att svaren behandlades anonymt. Vid samtliga tillfällen gavs möjlighet att besvara enkäten antingen på webben eller på papper. Nytt för 2025 var att enkäten skickades digitalt till personer med Kivra (42 procent av urvalet) och per post till övriga. Totalt gjordes fyra postala utskick: ett aviseringsbrev, två enkätutskick och en påminnelse. Vid tidigare undersökningar varierade upplägget något. För att öka svarsfrekvensen gavs ekonomisk ersättning i olika omfattning 2013, 2017 och 2021, men inte 2025.

Insamlingarna för 2013 och 2017 administrerades av SKOP och för 2021 och 2025 av Enkätfabriken. Företagen levererade en anonymiserad datafil samt en separat kodnyckel för dem som samtyckt till framtida kontakt.

Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 2024-07005-02).

Bortfall

I tabell 1A redovisas urval och bortfall för undersökningens samtliga år. Efter exkludering av postreturer samt personer som inte kunnat nås på grund av oklar adress, eller som inte haft möjlighet att besvara enkäten (exempelvis på grund av sjukdom, utlandsflytt, bristande svenskkunskaper eller dödsfall), återstod följande nettourval: 26 257 personer år 2013, 26 003 personer år 2017, 26 693 personer år 2021 och 26 640 personer år 2025.

Antalet personer som inte svarade eller tackade nej till att delta har ökat över tid: 10 681 personer år 2013, 14 489 år 2017, 16 874 år 2021 och 16 949 år 2025. Eftersom ett viktigt syfte med Vanor och konsekvenser är att analysera skillnader mellan kön och åldersgrupper räknades personer utan uppgift om kön och/eller ålder som bortfall. Det innebar att ytterligare 65 personer exkluderades 2013, 225 år 2017, 221 år 2021 och 408 år 2025.

Det slutliga analysurvalet uppgick därmed till 15 511 personer år 2013, 11 514 personer år 2017, 9 819 personer år 2021 samt 9 691 personer år 2025. Detta motsvarar svarsfrekvenser på 59,1 procent år 2013, 44,3 procent år 2017, 36,8 procent år 2021 och 36,4 procent år 2025. För att säkerställa jämförbarhet mellan undersökningsåren exkluderades även personer yngre än 18 år i de tidigare datainsamlingarna.

Hur enkäten besvarades har förändrats över tid. År 2013 och 2017 svarade de flesta (80–85 procent) via pappersenkät. År 2021 var fördelningen mellan papper och webben mer jämn, och 2025 svarade en majoritet digitalt (63,2 procent), medan 38,8 procent använde pappersenkät.

Frågeformulär

Frågeformuläret är uppdelat i olika avsnitt:

- bakgrundsinformation
- tobak och nikotin
- alkohol
- narkotiska preparat (cannabis, amfetamin, opiater, hallucinogener, ecstasy, kokain) och icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel (sömn/lugnande medel, smärtstillande medel)
- dopning
- spel om pengar (sedan 2021)

I denna rapport ligger fokus på avsnitten om tobak/nikotin, alkohol, narkotika och spel om pengar, som innehåller frågor om användning/konsumtion samt beroende eller problem. Även frågorna om dopning ingår, men dessa avser enbart användning och erbjudande om att använda. Formuläret innehåller dessutom frågor om hälsa, anhörigproblematik och erfarenheter av vård, men dessa behandlas inte i denna rapport. Hela formuläret finns i bilagan Frågeformulär.

Konsumtion och användning

Tobaks- och nikotinanvändning mättes genom att respondenterna fick ange om de röker respektive snusar, samt om användningen sker dagligen eller då och då. Dessutom ställs frågor om man har rökt/snusat tidigare men slutat. År 2025 infördes mer detaljerade frågor om typ av snus och användning av e-cigarett (e-cigarett mättes även 2017).

Alkoholkonsumtion mättes under samtliga år med två frågor om:

- Dryckesfrekvens, det vill säga hur ofta respondenten druckit minst ett glas alkohol under de senaste 12 månaderna
- Intensivkonsumtion, det vill säga hur ofta personen vid ett och samma tillfälle druckit en mängd som motsvarar minst en flaska vin eller motsvarande mängd i andra alkoholdrycker under de senaste 12 månaderna

Sedan 2017 ingår även en fråga om hur många glas respondenten vanligtvis dricker. År 2025 justerades exemplen på mängder för intensivkonsumtion, vilket innebar att gränsen för sprit och starköl höjdes. Detta resulterade i en lägre uppmätt prevalens, vilket gör att skattningen för 2025 inte är direkt jämförbar med tidigare år, speciellt inte för män som dricker mer sprit och öl.

Frågorna om narkotikaanvändning omfattar cannabis, amfetamin, opiater, psykedelika/hallucinogener, ecstasy och kokain. Respondenterna fick ange om de använt respektive substans under de senaste 12 månaderna och de senaste 30 dagarna. Frågorna om amfetamin och opiater ändrades något efter 2013 och är därför inte helt jämförbara med de tidigaste mätningarna. I denna rapport redovisas dessa preparat därför endast för åren 2017, 2021 och 2025. Även 2025 gjordes mindre justeringar i frågorna om amfetamin, opiater och psykedelika/hallucinogener.

En fråga om hur många gånger cannabis använts under de senaste 12 månaderna ställdes 2017 och 2021. Motsvarande frekvensfråga ställdes även för övriga narkotiska preparat sammantaget. År 2025 ändrades frekvensfrågan så att den liknar den som används för alkohol, det vill säga hur ofta man har använt något med svarsalternativ från "I stort sett varje dag" till "Ingen gång". Den skattade frekvensen för 2025 är därmed inte jämförbar med den från 2021.

Frågeformuläret inkluderade motsvarande frågor om narkotikaklassade läkemedel (sömn/lugnande medel, smärtstillande läkemedel) som använts på ett icke-föreskrivet sätt, det vill säga att respondenten använt läkemedlet mer eller oftare än vad läkaren har ordinerat eller helt utan läkares ordination (ändrat till "utan eget recept" 2025). Dessa frågor har reviderats i enkäten 2017 så pass mycket att de inte anses vara jämförbara med frågorna som ställdes 2013. Därför redovisas endast resultat av användningen av narkotikaklassade läkemedel för perioden 2017 till 2025 i denna rapport. År 2021 ställdes även för första gången en fråga om användning av centralstimulerade läkemedel som också bara kan redovisas för perioden 2021 till 2025.

Liknande frågor ställs om användandet av anabola androgena steroider och tillväxthormon med tillägget att man även frågar om man blivit erbjuden.

Frågorna om spel om pengar avser om respondenten spelat om pengar under de senaste 12 månaderna respektive 30 dagarna. Under 2025 förtydligades frågan om spelandet till att gälla spelande eller lottköp *för eget bruk*, medan tidigare frågor inte specificerade om lotterna köpts till respondenten själv, vilket gör att endast 2025 års siffror presenteras för om respondenten över huvud taget har spelat om pengar.

Frågorna om tobak, alkohol, narkotika och spel om pengar fungerar också som filterfrågor för de mer ingående frågorna om beroendeproblem, substansbrukssyndrom och spelproblem.

Beroende och problem

Cigarettberoende mättes fram till 2021 genom skalan Cigarette Dependence Scale (CDS-12) som består av 12 frågor och täcker i huvudsak täcker beståndsdelarna av DSM-IV:s (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4:e upplagan) och ICD-10:s (The International Classification of Diseases, 10:e upplagan) definition av tobaksberoende. Varje fråga kan ge mellan 1–5 poäng.

Skalan kan totalt ge 12–60 poäng. Det rekommenderade gränsvärdet för cigarettberoende på 43 poäng (Etter m.fl., 2003) tillämpades i den här rapporten. Samma skala och kriterier för beroende används för att mäta snusberoende (Rydell m.fl., 2016).

År 2025 ersättes CDS-12 med CDS-5 för att mäta graden av cigarett- och snusberoende (Etter et al., 2003). Det är en kortversion av CDS-12 och består av fem frågor om cigarett/snusberoende, där varje fråga ger 1–5 poäng. Det sammanlagda värdet kan därmed variera mellan 5 och 25 poäng. Eftersom det saknas etablerade gränsvärden för när en person klassas som beroende i den allmänna befolkningen redovisas resultaten i 2025 års rapport som medelvärden för att jämföra beroendenivån i olika grupper och mellan olika tobaks- och nikotinprodukter.

Frågorna om alkoholberoende är utformade utifrån de frågor som ingår i den diagnostiska manualen MINI (Sheehan m.fl., 2009), vilken utgår från de kriterier för alkoholberoende som beskrivs i DSM-IV (APA, 1994). Tidsperioden för ett pågående beroende avser de senaste 12 månaderna. För att klassificeras som alkoholberoende krävs det att minst 3 av 7 kriterier uppfylls. Från och med 2017 års datainsamling ställdes även frågor om DSM-5:s substansbrukssyndrom. I DSM-5 ersätts beroendediagnoserna med diagnosen substansbrukssyndrom. Denna diagnos innefattar en kombination av de tidigare sju DSM-IV kriterierna för beroende och de fyra kriterierna för missbruk – exklusive kriteriet att ha problem med rättvisan och inklusive det nya kriteriet att känna starkt sug efter substansen. Vidare är diagnosen graderad som mild, måttlig eller svår. Svårighetsgraden av diagnosen skattas som mild om 2 till 3 kriterier är uppfyllda, som måttlig om 4 till 5 kriterier är uppfyllda och som svår om 6 eller fler kriterier är uppfyllda. En studie på området visar att de måttliga och svåra kategorierna av substansbrukssyndrom ungefär motsvarar diagnoskriterierna för beroende i DSM-IV (Compton m.fl., 2013).

Frågorna gällande narkotiska preparat och narkotikaklassade läkemedel är uppbyggda enligt samma princip som för alkoholberoende men baseras endast på de kriterier som ingår i DSM-5. Alla personer som uppgett att de använt minst ett narkotiskt preparat (narkotika och/eller läkemedel) under de senaste 12 månaderna fick svara på frågor baserade på DSM-5 kriterierna. Det går alltså inte att urskilja om substansbrukssyndromet av narkotika rör sig om ett rent narkotika- eller läkemedelsbruk i de fall respondenten använder båda typer av substanser.

Frågor om spelproblem har mätts på samma sätt 2021 och 2025 med måttet Problem Gambling Severity Index (PGSI). PGSI används för att identifiera och klassificera spelproblem och olika risknivåer för spelproblem och består av nio frågor där svarsalternativen är aldrig, ibland, ofta eller nästan alltid under den senaste 12 månaders perioden. PGSI ger följande kategoriseringar: 0=inga spelproblem, 1–2=Viss risk för spelproblem, 3–7=Förhöjd risk för spelproblem, 8 eller mer=Spelproblem (Folkhälsomyndigheten, 2016). I rapporten redovisas personer med minst 1 poäng som att de har *någon grad av spelproblem* eller *risk för spelproblem*.

För exakta formuleringar av de frågor som ligger till grund för skattningarna av beroende och problem – se formuläret i bilaga 1.

Analyser

Resultaten presenteras i form av prevalenser för 2013, 2017, 2021 och 2025 totalt samt uppdelat på kön och åldersgrupper (18–29, 30–49, 50–64, 65–84).

Dataanalyserna utfördes i statistikprogrammen Stata version 16.0. De instrument som ingår i undersökningen har analyserats i enlighet med rekommendationerna för respektive instrument (se beskrivningen i sektionen om Beroende och substansbrukssyndrom). Deskriptiva analyser användes för att ta fram prevalenser för respektive utfall och år. För att undersöka om skillnaden i prevalens av utfallen mellan åren 2013 och 2025 var statistiskt säkerställd genomfördes bivariata logistiska regressionsanalyser med undersökningsår som oberoende variabel. En statistiskt signifikant skillnad i utfall mellan undersökningsåren föreligger om regressionsestimaten för undersökningsår var statistiskt signifikant på minst 5 %-nivå ($p < 0,05$).

Vikter

Resultaten som presenteras i rapporten är viktade, vilket innebär att korrigering utförs av undersökningsgruppens sammansättning så att den bättre speglar befolkningens. Viktningen är gjord med hänsyn till kön och åldersgrupperna 18–29, 30–49, 50–64 och 65–84. Jämförelsesiffror för respektive år är inhämtade från Statistiska centralbyrån.

I tabell 1 kan vi se att det, i jämförelse med befolkningen, var en viss överrepresentation av kvinnor och personer 50 år och äldre som deltagit i undersökningen. Dessa skevheter korrigerades genom viktningsförfarandet och fördelningen är näst intill identisk med befolkningen efter att vikten applicerats.

Tillförlitlighet

Tvärnsnittsundersökningar som bygger på självrapporterade uppgifter har vissa metodologiska begränsningar som är viktiga att beakta vid tolkningen av resultaten. De viktigaste gäller bortfall och svarsbenägenhet gällande känsliga uppgifter.

Bortfallet

Bortfallet är en begränsning eftersom de som inte svarar eller avböjer medverkan kan skilja sig från dem som deltar vilket påverkar resultatens tillförlitlighet. Män och unga vuxna var något underrepresenterade i Vanor och konsekvenser och även om materialet har viktats för ålder och kön finns risk för selektionseffekter, det vill säga att den grupp som deltar konsumerar mindre eller mer av ANDTS än en grupp som är representativ för befolkningen. Även om det är vanligt att de som inte använder ANDTS väljer att inte vara med (Wennberg m.fl., 2011) tyder tidigare studier på att det motsatta är vanligare. Den mängd alkohol som rapporteras i denna typ av undersökning har i svenska studier visat sig uppgå till ungefär hälften av vad som faktisk säljs och konsumeras (Ramstedt & Guttormsson, 2024) och motsvarande för självrapporterade uppgifter om cigaretter och snus är 40 respektive 80 procent (Ramstedt, 2025). Resultaten tyder på att bortfallet kan påverka olika områden på olika sätt och att det är större för mer känsliga substanser som alkohol och cigaretter jämfört med snus. Mot denna bakgrund är det viktigt att tolka resultaten med viss försiktighet och att jämföra dem med andra datakällor, vilket har gjorts i rapporten.

Svarsbenägenhet av känsliga uppgifter

En annan begränsning är att det finns en risk att de svarspersoner som deltar underrapporterar sin konsumtion och användning av ANDTS. Svarsbenägenheten skiljer sig troligen mellan de olika substanserna och spel. Det är sannolikt att olaglig konsumtion som narkotika och dopning är särskilt känsliga för underrapportering och att risken för underrapportering är störst för dessa substanser. Enligt en metodstudie som gjordes inom ramen för Vanor och konsekvenser kan cannabisanvändningen bli dubbelt så hög som i en vanlig undersökning om respondenten får vara i en fullständigt anonym kontext (Andersson m.fl., 2024).

Beroendeinstrumenten

En annan begränsning är att skattningarna av beroende inte bygger på kliniska bedömningar utan på självrapporterade uppgifter om negativa konsekvenser av konsumtionen. Det finns därför risk för både över- och underskattning. Vissa kan felaktigt klassas som beroende, medan andra med beroende kan underrapportera sina problem. DSM-kriterierna som används i studien har exempelvis visat risk för falskt positiva svar bland yngre (Verges m.fl., 2021), vilket kan bidra till att ålderskillnader i beroende överskattas. För cigarett- och snusberoende (CDS-12 och STDS-12) finns i stället risk för underskattning, eftersom instrumenten är utvecklade i populationer med högre konsumtion och mer omfattande nikotinberoende än i Sverige (Etter, 2008; Rydell m.fl., 2016).

Tvärsnitt belyser inte individuella förändringar över tid

En tvärsnittsundersökning beskriver situationen vid en viss tidpunkt och visar inte hur enskilda individer förändras över tid. I ettårsuppföljningen av 2013 års studie såg vi att en oförändrad prevalens av beroende dolde en betydande rörlighet, där många hade gått in och ut ur beroende mellan mättillfällena. Detta gällde främst alkohol- och narkotikaberoende och i mindre utsträckning tobaksberoende (Sundin m.fl., 2015). Sådana förändringar fångas inte i tvärsnittsdata och bör beaktas vid tolkning av resultat över tid.

Slumpmässiga variationer

Vissa utfall har låg prevalens i befolkningen, exempelvis narkotikaanvändning och dopning. Dessa skattningar är mer känsliga för slumpmässiga variationer.

Styrkor

Trots dessa begränsningar bygger rapporten på de fyra hittills mest omfattande nationella befolkningsstudierna om ANDTS-beroende i Sverige. Även om vissa underskattningar kan förekomma, särskilt för olaglig narkotikaanvändning och dopning, bedöms resultaten om utveckling över tid och skillnader mellan grupper vara relativt robusta.

Referenser

Anderson, B. O., Berdzuli, N., Ilbawi, A., Kestel, D., Kluge, H. P., Krech, R., ... & Ferreira-Borges, C. (2023). Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *The Lancet Public Health*, 8(1), e6–e7.

Andersson, F., Sundin, E., Magnusson, C., Ramstedt, M., & Galanti, M. R. (2023). Prevalence of cannabis use among young adults in Sweden comparing randomized response technique with a traditional survey. *Addiction*, 118(9), 1801–1810.

Burton, R., & Sheron, N. (2018). No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet*, 392(10152), 987–988.

Callaghan, R. C., M. Sanches, C. Benny, T. Stockwell, A. Sherk and S. J. Kish (2019). "Who consumes most of the cannabis in Canada? Profiles of cannabis consumption by quantity." *Drug Alcohol Depend* 205: 107587.

Compton WM, Dawson DA, Goldstein RB, & Grant BF. 2013. Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug Alcohol Depend*, 132(1-2), 387-390.

Dowling, N., et al. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 51, 109–124.

Eske M, Bang Borup R, K.Storm R. Omfanget af fitnessdoping i den danske befolkning: Forekomst, årsager og holdninger til brug af fitnessdoping i Danmark. Aarhus: Idrættens Analyseinstitut (Idan); 2024.

Etter, J. F., et al. (2003). A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology*, 28(2), 359–370.

Folkhälsomyndigheten (2016). PGSI Problem Gambling Severity Index.

Folkhälsomyndigheten (2022). Hur ser ungdomar på snus? – Erfarenheter och insikter från ungdomar om snus och snusanvändning.

Folkhälsomyndigheten (2024). Nikotinprodukter och hälsorisker.

Folkhälsomyndigheten (2024b). Vägen till ett rökfritt Sverige.

Folkhälsomyndigheten (2025). Vem använder dopning?

Folkhälsomyndigheten (2025b). Vuxnas bruk av tobaks- och nikotinprodukter.

Folkhälsomyndigheten (2025c). Elektronisk källa:
https://www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/statistik/omsattning-pa-spelmarknaden/Vuxnas_bruk_av_tobaks_och_nikotinprodukter.

Folkhälsomyndigheten (2026a). Den svenska narkotikasituationen 2025. Solna, Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2026). Förteckning över e-cigarett.

Folkhälsomyndigheten. Folkhälsodata, hämtad 2026-02-10.

Galanti, R., Adermark, L., Larsdotter Zwegberg, A., & Fröjdman, A. (2025). Tobaksfria nikotinprodukter – användning och risker. Stockholm: FORTE.

Guttormsson, U. (2025). Självrapporterade alkoholvanor i Sverige 2004–2024. Stockholm: CAN – Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport 237.

Guttormsson, U. (2025b). Narkotikautvecklingen i Sverige. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)

Guttormsson U. Dopningsutvecklingen i Sverige 2024. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN); 2024. Rapport 227.

Guttormsson, U. and M. Ramstedt (2023). Cannabiskonsumtionens fördelning i befolkningen. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)

Hughes, J. R. (2011). The hardening hypothesis: is the ability to quit decreasing due to increasing nicotine dependence? A review and commentary. *Drug and alcohol dependence*, 117(2-3), 111-117.

Holder H, Naimi T, Stockwell T, Andréasson S, Chikritzhs T, Dangardt F. (2026) Berusningsdrickande: Akuta risker och långvariga effekter. Alkoholen och samhället 2026. Stockholm.

Johansson, L. (2008). Staten, supen och systemet: svensk alkoholpolitik och alkoholkultur 1855–2005. Brutus Östlings bokförlag Symposion.

Karolinska institutet (2025). Health effects of new nicotine and tobacco products – A review of the scientific evidence. IMM report 2/2025.

Läkemedelsverket (2019). Narkotikaförklaring av ämnen. Besökt 2026-03-13. <https://www.lakemedelsverket.se/sv/narkotika/narkotikaforklaring-av-amnen>.

Medicinsk vetenskap (2024). Nikotin i ny skepnad – forskningen om vejp och vitt snus. Karolinska Institutet.

McCready, J., & Adlaf, E. (2006). Performance and Enhancement of the Canadian Problem Gambling Index (CPGI): Report and Recommendations. Ottawa: Canadian Centre of Substance Abuse (CCSA).

Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., & the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. (2023). Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

Pennay, A., Caluzzi, G., Fenton, L., Holmes, J., Livingston, M., Raninen, J., & Törrönen, J. (2025). *Young People, Alcohol, and Risk: A Culture of Caution*. Taylor & Francis.

Ramboll (2019). *Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser – En beskrivande samhällsekonomisk studie*. Ramboll Management Consulting AB.

Ramstedt, M. & Guttormsson, U. (2024) Riskbruk av alkohol i Sverige enligt nya riktlinjer. CAN Kortfakta 04.

Ramstedt, M. (2025). *Den totala konsumtionen av cigaretter och snus i Sverige 2003–2024*. Stockholm: CAN. Rapport 238.

Raninen, J., Ramstedt, M., Thor, S., & Törrönen, J. (2023). Mind the gap! Gender differences in alcohol consumption among Swedish ninth graders 1989–2021. *Drug and Alcohol Review*.

Regeringen (2024). *Budgetpropositionen för 2025. Prop. 2024/25:1*. Stockholm: Finansdepartementet.

Rehm, J., et al. (2013). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23(2), 89–97.

Riksrevisionen (2026). *Statens arbete mot problem med spel om pengar*. RiR 2026:1.

Rydell, M., et al. (2016). Measuring tobacco dependence in the general population: Evaluation of the Cigarette Dependence Scale (CDS-12) and its adaptation to smokeless tobacco use (STDS-12) in two Swedish surveys. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(2), 134–142.

SBU. *Samband mellan snus, e-cigaretter och tobaksrökning: en systematisk översikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

SFS 1992:860. *Lag om kontroll av narkotika*. Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartementet.

Sheehan D, & Lecrubier Y. 2009. *Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju*. Svensk version 6.0.0b – DSM-IV (2009-02-20).

Socialstyrelsen (2024). *Insatser vid riskbruk av alkohol*.

Socialstyrelsen (2025). *Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2024* Stockholm, Socialstyrelsen.

SOU 2024:23. *En trygg uppväxt utan nikotin, alkohol och lustgas*. Stockholm 2024.

Spelinspektionen (2025). *Spelmarknaden, kvartalsstatistik år 2024*.

Spelinspektionen (2026) Elektronisk källa: <https://www.spelinspektionen.se/om-oss/statistik/>

Sundin, E. (2023). *Utsatthet för andras användning av alkohol, narkotika och tobak*. CAN Rapport 217. Stockholm, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)

Sundin, E. (2025). Faktablad om negativa konsekvenser av andras alkoholkonsumtion.

Sundin, E. (red.) (2022). Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. Stockholm: CAN. Rapport 209.

Svensson, J., & Guttormsson, U. (red.) (2025). CAN:s nationella skolundersökning 2025. Stockholm: CAN. Rapport 239.

Trolldal, B., & Åkerblad, R. (2025). Alkoholkonsumtionen i Sverige 2001–2024. Stockholm: CAN. Rapport 236.

Wardle, H., Degenhardt, L., Marionneau, V., Reith, G., Livingstone, C., Sparrow, M., ... & Saxena, S. (2024). The Lancet Public Health Commission on gambling. *The Lancet Public Health*, 9(11).

Wennberg, P., Svensson, J., & Ramstedt, M. (2011). The effects of missing data when surveying alcohol habits. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28(1), 43-50.

Verges A, Lee MR, Martin CS, Trull TJ, Martens MP, Wood PK, m.fl. 2021. Not All Symptoms of Alcohol Dependence Are Developmentally Equivalent: Implications for the False-Positives Problem. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(4), 444-457.

WHO (2023). Global report on alcohol, health and treatment of substance use disorders. World Health Organization.

WHO (2024). Global alcohol action plan 2022–2030.

World Anti-Doping Code, International Standard, Prohibited List 2026.
<https://www.wada-ama.org/en/news/wadas-2026-prohibited-list-now-force>
[2026-01-09].

Zetterqvist, M. (2025). Självrapporterade rök- och snusvanor 2003–2024. Stockholm: CAN. Rapport 234.

Zhao, J., T. Stockwell and S. Macdonald (2009). "Non-response bias in alcohol and drug population surveys." *Drug and Alcohol Review* 28(6): 648–657

Vanor och möjliga konsekvenser

Enkät A

C.A.N CENTRALFÖRBUNDET
FÖR ALKOHOL- OCH
NARKOTIKAUPPLYSNING



**Karolinska
Institutet**

Använd gärna kulspetspenna med blå eller svart färg.

Ange endast ett svarsalternativ per fråga om inget annat framgår.

Om du inte vet svaret eller inte vill svara på någon fråga kan du hoppa över den frågan och gå vidare till nästa.

Bakgrundsinformation

Inledningsvis kommer några frågor om dig och din familj.

1. Vilket år är du född?

År

2. Är du?

- Kvinna
 Man
 Annan könsidentitet

3. Var är du född?

- I Sverige
 I ett annat nordiskt land
 I ett annat europeiskt land
 I ett land utanför Europa
 Vet inte

4. Vilken är din högsta avslutade utbildning?

OBS! Ange endast ett alternativ.

- Ej avslutad grundskola
 Grundskola, folkskola, realskola eller liknande
 2-årig gymnasieutbildning
 3 eller 4-årig gymnasieutbildning
 Folkhögskola
 Universitets-, högskoleutbildning eller annan eftergymnasial utbildning kortare än 3 år
 Universitets-, högskoleutbildning eller annan eftergymnasial utbildning 3 år eller längre
 Annan utbildning, **Vilken?**

5. Ungefär hur stor är din egen månadsinkomst före skatt?

tusental kronor före skatt

6. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?

OBS! Ange endast ett alternativ.

- Arbetar som anställd
 Egenföretagare
 Tjänstledig eller föräldraledig
 Studerar eller gör praktik
 Arbetsmarknadsåtgärd
 Arbetslös
 Ålderspensionär
 Sjuk-/aktivitetsersättning (sjuk-/förtidspensionär)
 Långtidssjukskriven (mer än 3 månader)
 Hemarbetande, sköter hushållet
 Annan sysselsättning, **Vilken?**

7. Vilket är/var ditt huvudsakliga yrke?

Om du inte yrkesarbetar nu, ange det yrke som du huvudsakligen har haft.

Försök att lämna ett så detaljerat svar som möjligt. T.ex.: istället för assistent skriv inköpsassistent, i stället för chaufför skriv busschaufför, i stället för ingenjör skriv civilingenjör.

Ditt yrke: Varken har eller har haft ett yrke

8. Vilka personer bor i ditt hushåll, dvs. bor du tillsammans med minst varannan helg?

Fler alternativ kan anges

- Ingen, ensamboende
 Partner (gift/sambo)
 Förälder/adoptivförälder/fosterförälder/styvförälder
 Syskon och/eller styvsyskon
 Egna barn och/eller partners barn 0-17 år
 Egna barn och/eller partners barn 18 år eller äldre
 Annan person, **ange relation:**

Om du bor tillsammans med barn:

9. Hur många barn 0-17 år bor tillsammans med dig?

barn 0-17 år

 Bor inte med barn 0-17 år

10. Hur många barn 18 år eller äldre bor tillsammans med dig?

barn 18 år eller äldre

 Bor inte med barn 18 år eller äldre

Välbefinnande

11. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- Mycket bra
 Bra
 Någorlunda
 Dåligt
 Mycket dåligt

12. Hur bedömer du ditt psykiska välbefinnande?

- Mycket bra
 Bra
 Någorlunda
 Dåligt
 Mycket dåligt

13. Hur bedömer du ditt fysiska välbefinnande?

- Mycket bra
 Bra
 Någorlunda
 Dåligt
 Mycket dåligt

Rökvanor

Frågorna omfattar endast cigaretter (ej vejs/ e-cigaretter)

14. Röker du?

- Ja, jag röker dagligen
 Ja, jag röker då och då
 Nej, jag har tidigare rökt dagligen men har varit rökfri i mindre än 6 månader → Gå till fråga 20
 Nej, jag har tidigare rökt då och då men har varit rökfri i mindre än 6 månader → Gå till fråga 20
 Nej, jag har tidigare rökt dagligen men har varit rökfri i 6 månader eller mer → Gå till fråga 20
 Nej, jag har tidigare rökt då och då men har varit rökfri i 6 månader eller mer → Gå till fråga 20
 Nej, jag har aldrig rökt (eller endast provat enstaka gånger) → Gå till fråga 21

Om du röker

15. På en skala från 0 till 10 hur beroende känner du att du är av cigaretter?

0 betyder inte alls beroende och 10 betyder extremt beroende.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hur många cigaretter röker du i genomsnitt per dag?

- 0-5 cigaretter
 6-10 cigaretter
 11-20 cigaretter
 21-29 cigaretter
 30 cigaretter eller fler

17. Hur många minuter efter att du vaknat på morgonen röker du vanligtvis din första cigarett?

- 0-5 minuter
 6-15 minuter
 16-30 minuter
 31-60 minuter
 Efter mer än 60 minuter

Om du slutat vejsa

24. Senaste gången du slutade vejsa, hur slutade du?

Med hjälp av...

Flera alternativ kan anges.

- Slutade själv utan några hjälpmedel
- Receptfria nikotinläkemedel (t.ex. tuggummin, plåster, sugtabletter)
- Receptbelagda läkemedel (t.ex. Zyban, Champix)
- Professionell rådgivning
- Snus
- Cigaretter
- Upphettade tobaksprodukter/Heat-not-burn (t.ex. IQOS)
- Självhjälp via app/digitalt program/böcker
- Stödnätverk/forum för att sluta vejsa
- Slutade på annat sätt, **vilket?**

Snusvanor

Räkna med både brunt tobakssnus och vitt nikotinsnus

25. Snusar du?

- Ja, jag snusar dagligen
- Ja, jag snusar då och då
- Nej, jag har tidigare snusat dagligen men har varit snusfri i mindre än 6 månader → Gå till fråga 32
- Nej, jag har tidigare snusat då och då men har varit snusfri i mindre än 6 månader → Gå till fråga 32
- Nej, jag har tidigare snusat dagligen men har varit snusfri i 6 månader eller mer → Gå till fråga 32
- Nej, jag har tidigare snusat då och då men har varit snusfri i 6 månader eller mer → Gå till fråga 32
- Nej, jag har aldrig snusat (eller endast provat enstaka gånger) → Gå till fråga 33

Om du snusar

26. Vilken typ av snus snusar du huvudsakligen?

- Vitt snus (med nikotin)
- Brunt snus (med tobak och nikotin)
- Använder båda ungefär lika ofta

27. På en skala från 0 till 10 hur beroende känner du att du är av snus?

0 betyder *inte alls* beroende och 10 betyder *extremt* beroende.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Hur många dosor snus använder du i genomsnitt per vecka?

- Mindre än 1 dosa
- 1-2 dosor
- 3-4 dosor
- 5-6 dosor
- 7-9 dosor
- 10 dosor eller fler

29. Hur många minuter efter att du vaknat på morgonen tar du vanligtvis din första snus?

- 0-5 minuter
- 6-15 minuter
- 16-30 minuter
- 31-60 minuter
- Efter mer än 60 minuter

30. Hur lätt eller svårt känns det för dig att sluta snusa?

- Omöjligt
- Mycket svårt
- Ganska svårt
- Ganska lätt
- Mycket lätt

31. Hur bra eller dåligt stämmer följande påstående in på dig?

Efter några timmar utan att snusa, känner jag ett oemotståndligt sug efter snus.

- Stämmer inte alls
- Stämmer ganska dåligt
- Varken eller
- Stämmer ganska bra
- Stämmer helt och hållet

Om du slutat snusa

32. Hur slutade du snusa senaste gången du blev snusfri?

Med hjälp av...

Flera alternativ kan anges.

- Slutade själv utan några hjälpmedel
- Receptfria nikotinläkemedel (t.ex. tuggummin, plåster, sugtabletter)
- Receptbelagda läkemedel (t.ex. Zyban, Champix)
- Professionell rådgivning
- Vejps/e-cigaretter
- Cigaretter
- Upphettade tobaksprodukter/Heat-not-burn (t.ex. IQOS)
- Nikotinfritt snus (t.ex. Onico)
- Självhjälp via app/digitalt program/böcker
- Stödnätverk/forum för att sluta snusa
- Slutade på annat sätt, **vilket?**

Alkoholvanor

33. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du druckit minst ett glas av något som innehåller alkohol?

Dvs. folköl, starköl, starkcider, alkoläsk, vin, starkvin eller sprit. Räkna ej med alkoholdrycker med en alkoholhalt mindre än 2,8 % som kan köpas i livsmedelsbutiker, t.ex. lättöl och cider.

- I stort sett varje dag
- 4-5 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- Ungefär 1 gång i veckan
- 2-3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i månaden
- 2-11 gånger under de senaste 12 månaderna
- 1 gång under de senaste 12 månaderna
- Jag har inte druckit alkohol senaste 12 månaderna, men har druckit tidigare → Gå till fråga 47
- Jag har aldrig druckit alkohol eller endast smakat enstaka gånger → Gå till fråga 47

34. Hur många "glas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

Dvs. folköl, starköl, starkcider, alkoläsk, vin, starkvin eller sprit.

Räkna ej med alkoholdrycker med en alkoholhalt mindre än 2,8 % som kan köpas i livsmedelsbutiker, t.ex. lättöl och cider.

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller fler



50 cl folköl



33 cl starköl/cider



12-15 cl vin



8 cl starkvin



4 cl sprit

35. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har du vid ett och samma tillfälle druckit alkohol så att det motsvarar minst:

- en flaska vin (75 centiliter) eller
- 6 snapsglas sprit eller
- 6 burkar starköl, starkcider eller alkoläsk eller
- 6 burkar folköl

Tänk på att man ibland kan dricka mindre mängder av flera olika typer av alkohol som sammantaget motsvarar ovanstående dryckesspecifika mängder.

- I stort sett varje dag
- 4-5 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- Ungefär 1 gång i veckan
- 2-3 gånger i månaden
- Ungefär 1 gång i månaden
- 2-11 gånger under de senaste 12 månaderna
- 1 gång under de senaste 12 månaderna
- Aldrig

Nu följer några frågor om konsekvenser som vissa kan uppleva av alkohol.

36. Har du, under de senaste 12 månaderna, druckit mer för att få samma effekt som du fick när du först började dricka alkohol?

- Ja
 Nej

37. Har det, under de senaste 12 månaderna, hänt att du fått skakiga händer, börjat svettas eller känt dig orolig efter att ha minskat ditt drickande?

- Ja
 Nej

38. När du, under de senaste 12 månaderna, drack alkohol brukade det bli så att du drack mer än du hade tänkt från början?

- Ja
 Nej

39. Har du, under de senaste 12 månaderna, försökt minska eller sluta dricka alkohol men misslyckats?

- Ja
 Nej

40. De dagar du drack, under de senaste 12 månaderna, lade du ner avsevärd tid på att skaffa alkohol, dricka eller med att återhämta dig från alkoholeffekterna?

- Ja
 Nej

41. Fick du, under de senaste 12 månaderna, mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra på grund av ditt drickande?

- Ja
 Nej

42. Har du, under de senaste 12 månaderna, fortsatt att dricka fast du visste att alkoholen gav dig kroppsliga eller psykiska problem?

- Ja
 Nej

43. Har ditt drickande, under de senaste 12 månaderna, gjort att du vid upprepade tillfällen inte fullgjort dina skyldigheter på arbetet, i dina studier eller i hemmet?

- Ja
 Nej

44. Har ditt drickande, under de senaste 12 månaderna, vid upprepade tillfällen lett till stor risk för fysisk skada (t.ex. i trafiken)?

- Ja
 Nej

45. Har du, under de senaste 12 månaderna, fortsatt dricka trots att detta orsakar ständiga eller återkommande problem i relation till andra människor?

- Ja
 Nej

46. Har du, under de senaste 12 månaderna, känt ett starkt alkoholsug, eller en stark längtan eller önskan att dricka alkohol?

- Ja
 Nej

Andra personers användning av alkohol

Frågorna 47 till 51 handlar om du har haft negativa erfarenheter av alkoholkonsumtion hos personer i ditt liv.

47. Under de senaste 12 månaderna, har det funnits personer i ditt liv som du anser har druckit för mycket alkohol (det kan vara regelbundet och långvarigt drickande eller vid enstaka tillfällen)?
Exempel på personer i ditt liv: din familj, ex-partner, dina vänner eller arbetskamrater.

Ja

Nej → Gå till fråga 52

48. Har personens/personernas drickande påverkat dig negativt på något sätt under de senaste 12 månaderna?

Ja

Nej → Gå till fråga 52

49. Vilken relation har du till personen/personerna?

Fler alternativ kan anges.

Partner

Förälder

Barn

Syskon

Annan familjemedlem eller släkting

Ex-partner

Arbetskamrat

Vän

Annan person, ange relation:

Vill inte svara

50. Under de senaste 12 månaderna har personens/personernas drickande lett till att...

Om du kryssat i flera personer i frågan innan, tänk på den person som påverkat dig mest negativt.

	Ja, många gånger	Ja, vid enstaka tillfällen	Nej
a) ... du har känt dig sårad eller försummad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... personen har misslyckats göra det som förväntas av familj eller vänner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... personen har haft en negativ inverkan i ett socialt sammanhang du befunnit dig i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... du har slutat träffa personen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... du har blivit utsatt för fysiskt våld (t.ex. avsiktliga slag eller sparkar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. På en skala från 1 till 10 hur mycket har drickandet hos personen/personerna i ditt liv påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

1 betyder lite och 10 betyder mycket.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Frågorna 52 till 53 avser endast negativa erfarenheter av alkoholkonsumtion hos personer som du inte känner närmare.

52. Har du vid något tillfälle, under de senaste 12 månaderna, påverkats negativt av drickandet hos främlingar eller hos personer som du inte känner närmare?

T.ex. inte kunnat sova, blivit förolämpad eller rädd, råkat ut för skada eller våld eller fått egendom förstörd.

Ja

Nej → Gå till fråga 54

53. På en skala från 1 till 10 hur mycket har personens/personernas drickande påverkat dig negativt under de senaste 12 månaderna?

1 betyder lite och 10 betyder mycket.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Läkemedel och narkotika

Har du använt följande narkotikaklassade läkemedel utan eget recept, eller mer eller oftare än vad läkaren ordinerat?

	Nej	Ja, för mer än 12 månader sedan	Ja, under de senaste 12 månader	Ja, under de senaste 30 dagarna
54. Sömnmedel eller lugnande medel? — <i>t.ex. Imovane/zopiklon, Oxascand/oxazepam, Stilnoct/zolpidem, Stesolid/diazepam, Xanor/alprazolam</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Smärtstillande medel? — <i>t.ex. Oxynorm/oxikodon, Citodon/kodein, Tradolan/tramadol, fentanyl, morfin, buprenorfin</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Centralstimulerande medel? — <i>t.ex. ADHD-läkemedel som Ritalin, Concerta, Attentin, Elvanse</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Ungefär hur ofta har du använt något av ovanstående narkotikaklassade läkemedel (sömn/lugnande/smärtstillande/centralstimulerande medel) under de senaste 12 månaderna?

- I stort sett varje dag
- 4-5 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång i veckan
- 2-3 gånger i månaden
- 1 gång i månaden
- 2-11 gånger de senaste 12 månaderna
- 1 gång de senaste 12 månaderna
- Ingen gång

Nu kommer några frågor om olika narkotiska preparat.

58. Har du någon gång använt cannabis? (t.ex. hasch eller marijuana)

- Nej
- Ja, för mer än 12 månader sedan
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, under de senaste 30 dagarna

59. Ungefär hur ofta har du använt cannabis under de senaste 12 månaderna?

- I stort sett varje dag
- 4-5 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång i veckan
- 2-3 gånger i månaden
- 1 gång i månaden
- 2-11 gånger de senaste 12 månaderna
- 1 gång de senaste 12 månaderna
- Ingen gång

Har du någon gång använt något av följande narkotiska preparat?

	Nej	Ja, för mer än 12 månader sedan	Ja, under de senaste 12 månader	Ja, under de senaste 30 dagarna
60. Amfetamin <i>räkna ej ADHD-läkemedel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Heroin, opium, fentanylanaloger, nitazener eller andra liknande preparat <i>räkna ej med läkemedel på recept</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Ecstasy/MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Psykedelika/Hallucinogener <i>t.ex. LSD, svamp (psilocybin), meskalin, DMT</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Kokain <i>t.ex. crack, pulver, kokablad</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Ungefär hur ofta har du använt något av ovanstående narkotiska preparat (räkna inte med cannabis) under de senaste 12 månaderna?

- I stort sett varje dag
- 4-5 gånger i veckan
- 2-3 gånger i veckan
- 1 gång i veckan
- 2-3 gånger i månaden
- 1 gång i månaden
- 2-11 gånger de senaste 12 månaderna
- 1 gång de senaste 12 månaderna
- Ingen gång

Om du inte använt läkemedel eller narkotika (frågorna 54-65) under de senaste 12 månaderna ska du gå till fråga 77.

Nu följer några frågor om konsekvenser som vissa kan uppleva av narkotikaklassade läkemedel, cannabis och/eller annan narkotika.

I frågorna 66-76 ber vi dig tänka på det/de narkotikaklassade läkemedel, cannabis och/eller annan narkotika som du angett i frågorna 54-65. Det räcker med att endast ett preparat stämmer in på frågorna så skall du kryssa "Ja".

66. Har det, under de senaste 12 månaderna, hänt att du behövt använda en större mängd av något preparat för att få samma effekt som du fick när du först började ta det?

- Ja
 Nej

67. Har det, under de senaste 12 månaderna, hänt att du fått abstinenssymptom (t.ex. fått huvudvärk, blivit illamående, känt dig orolig eller retlig) efter att ha minskat ditt intag eller slutat använda något preparat?

- Ja
 Nej

68. Har det, under de senaste 12 månaderna, ofta hänt att du använde mer av något preparat än du egentligen hade tänkt från början?

- Ja
 Nej

69. Har det, under de senaste 12 månaderna, hänt att du försökt använda mindre eller helt sluta använda något preparat men misslyckats?

- Ja
 Nej

70. Har det, under de senaste 12 månaderna, hänt att du under de dagar när du använde något preparat lade ner avsevärd tid (mer än 2 timmar) på att skaffa, använda eller återhämta dig från effekterna eller tänka på preparatet?

- Ja
 Nej

71. Har det under de senaste 12 månaderna, hänt att du fick mindre tid för att jobba, ägna dig åt fritidsintressen eller umgås med andra p.g.a. din användning av något preparat?

- Ja
 Nej

72. Har det under de senaste 12 månaderna, hänt att du fortsatt att använda något preparat fast du visste att det gav dig kroppsliga eller psykiska problem?

- Ja
 Nej

73. Har ditt användande av något preparat, under de senaste 12 månaderna, gjort att du mer än en gång inte har fullgjort dina skyldigheter på arbetet, i dina studier eller i hemmet?

- Ja
 Nej

74. Har ditt användande av något preparat, under de senaste 12 månaderna, i någon situation lett till stor risk för fysisk skada (t.ex. i trafiken)?

- Ja
 Nej

75. Har du fortsatt använda något preparat, under de senaste 12 månaderna, trots att detta orsakade ständiga eller återkommande problem i relation till andra människor?

- Ja
 Nej

76. Har du, under de senaste 12 månaderna, känt ett starkt sug efter något preparat eller en stark längtan eller önskan att använda något preparat?

- Ja
 Nej

Dopning

83. Har du någon gång använt anabola androgena steroider eller tillväxthormon utan läkares ordination?

- Nej → Gå till fråga 85
- Nej, men har blivit erbjuden → Gå till fråga 85
- Ja, men för mer än 12 månader sen
- Ja, under de senaste 12 månaderna
- Ja, under de senaste 30 dagarna

84. Hur har ditt användande av anabola androgena steroider eller tillväxthormon sett ut under de senaste 12 månaderna?

- Jag har prövat en gång
- Jag har prövat ett par gånger
- Jag har "kurat" en gång
- Jag har "kurat" två gånger
- Jag har "kurat" tre gånger eller mer

Spel om pengar

85. Har du någon gång under de 12 senaste månaderna köpt lotter till dig själv eller satsat pengar på spel?

T.ex. trisslott, bingo, lotto, kasinospel, tips, spel på hästar, vadslagning eller liknande spel om pengar.

- Ja
- Nej → Gå till fråga 95

De senaste 12 månaderna...

	Aldrig	Ibland	Ofta	Nästan alltid
86. har du spelat för mer än du verkligen haft råd att förlora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. har du behövt spela med större summor för att få samma känsla av spänning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. har det hänt att du återvänt någon annan dag för att vinna tillbaka det du förlorat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. har du lånat pengar eller sålt något för att ha pengar att spela för?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. har du känt att du kanske har problem med ditt spelande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. har spelandet orsakat dig några problem med din hälsa, inräknat stress eller ångest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. har någon kritiserat ditt spelande eller sagt att du har problem med spelandet, oavsett om du tyckt det varit sant eller inte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. har ditt spelande orsakat några ekonomiska problem för dig eller ditt hushåll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. har du känt skuld över hur du spelar, eller vad som händer när du spelar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vård och behandling

Nu följer några frågor om du har fått hjälp för problem relaterade till din användning av alkohol, narkotika, tobak/nikotin eller spel om pengar.

100. Har du, under de senaste 12 månaderna, fått behandling, rådgivning eller annan organiserad hjälp för problem relaterade till din användning av alkohol, cannabis, annan narkotika, narkotikaklassade läkemedel, tobak/nikotin eller för ditt spelande om pengar?

Flera svarsalternativ kan anges.

- Nej → Gå till fråga 102
- Ja, inom regionens beroendevård
- Ja, på privatmottagning
- Ja, på akutmottagning
- Ja, i primärvård, t.ex. vårdcentral
- Ja, på psykiatrisk mottagning
- Ja, på företagshälsovård
- Ja, på studenthälsomottagning
- Ja, inom socialtjänsten
- Ja, via Internet
- Ja, via telefonrådgivning
- Ja, av AA, NA eller annan stödgrupp
- Ja, på behandlingshem
- Ja, annan insats, **vilken?**

101. Fick du hjälp för din/ditt:

Flera svarsalternativ kan anges.

- Alkoholkonsumtion
- Cannabisanvändning
- Användning av annan narkotika
- Användning av narkotikaklassade läkemedel
- Tobaks-/nikotinanvändning
- Spelande om pengar

Nu följer några frågor om du har fått hjälp för problem kopplade till att någon i ditt liv/närstående använt alkohol, narkotika, narkotikaklassade läkemedel eller spelat om pengar.

102. Har du fått behandling, rådgivning eller annan organiserad hjälp för dig själv för problem som uppstått av en närståendes användning av alkohol, cannabis, annan narkotika, narkotikaklassade läkemedel eller spelande om pengar under de senaste 12 månaderna?

T.ex. hos läkare, psykolog eller anhörigverksamhet.

- Nej → Gå till fråga 104
- Ja, inom kommunen (socialtjänsten), t.ex. hos kurator
- Ja, inom sjukvården, t.ex. hos läkare, psykolog eller kurator
- Ja, stödgrupp för anhöriga (t.ex. Alanon)
- Ja, via en stödlinje på telefon
- Ja, via internet
- Ja, annat (ange vad):

103. Fick du hjälp för problem som orsakades av personens:

Flera svarsalternativ kan anges.

- Alkoholkonsumtion
- Cannabisanvändning
- Användning av annan narkotika
- Användning av narkotikaklassade läkemedel
- Spelande om pengar

Om fortsatt deltagande i studien Vanor och möjliga konsekvenser

Vi planerar en uppföljande studie och även att hämta vissa uppgifter från register. Registerinformation kompletterar dina svar och kan bidra till fördjupad kunskap om konsekvenserna av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS) i befolkningen. Vi behåller därför en förteckning över de personer som godkänner att bli kontaktade igen samt över de som godkänner att vi får hämta registerinformation.

Om du kan tänka dig ett fortsatt deltagande behöver vi hämta ditt personnummer från Statens personadressregister (SPAR). Ditt personnummer behövs för att vi ska kunna kontakta dig igen för en uppföljande studie och för att hämta vissa uppgifter om dig från register.

104. Jag godkänner att:

- a. mitt personnummer hämtas från Statens personadressregister Ja Nej
- b. bli kontaktad och tillfrågad om att delta i en uppföljande studie Ja Nej
- c. registerinformation om mig tas fram (enligt beskrivningen nedan) Ja Nej

INFORMATION OM REGISTERUPPGIFTER

För att få mer kunskap om risker för olika sociala- och hälsomässiga konsekvenser kopplade till ANDTS-användning vill vi samla in registeruppgifter om tidigare och eventuellt framtida sjukhusvård, vad du vårdats för och hur länge (patientregistret). Vi vill även hämta information om vilka läkemedel du har använt, hur mycket du använt och vilka läkemedel du eventuellt kommer använda i framtiden (läkemedelsregistret). Likaså vill vi hämta uppgifter om eventuellt dödsfall och dödsorsak (dödsorsaksregistret). Dessa uppgifter hämtas från Socialstyrelsen. Uppgifter om tidigare och eventuellt framtida sjukskrivning och sjuk- eller aktivitetsersättning samt varför du har varit sjuk och hur länge hämtas från Försäkringskassan. Från Brottsförebyggande rådet hämtas uppgifter om tidigare och eventuellt framtida lagförda brott, vilken typ av brott samt hur många brott (lagföringsregistret). För att ta reda på hur olika konsekvenser kopplade till ANDTS-användningen varierar mellan olika grupper i samhället hämtas från SCB information om födelseort, civilstånd, boendeområde, utbildning, sysselsättning, inkomster, bidrag och sjuk- och aktivitetsersättning.

HANTERING AV DINA UPPGIFTER

Personuppgifterna sparas avskilda från enkätsvaren och annan registerinformation. Inga identitetsuppgifter kommer vara kopplade till materialet under bearbetning och analys. Medverkan är givetvis frivillig och du kan när som helst avsluta din medverkan utan att ange orsak. Se mer under rubriken "HUR DINA UPPGIFTER OCH SVAR BEHANDLAS" i brevet som följde med denna enkät.

Det insamlade materialet kan komma att användas av forskare, myndigheter och andra som tar fram statistik om substansanvändning. Utlämnande av data sker restriktivt och efter särskild prövning. Sådan forskning och statistikverksamhet omfattas också av statistiksekretess.

Tack för din medverkan!

Behöver du hjälp eller stöd?

Via din region eller kommun kan du komma i kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten som tillhandahåller rådgivning. Du kan även söka stöd på webben, t.ex. via www.alkoholhjalpen.se, eller via telefon hos Alkoholhjälpel tel: 020-844 448, Droghjälpen tel: 020-919 191 eller Stödlinjen tel: 020-819 100.

C.A.N

CAN är Sveriges ledande kunskapscentrum med uppdrag att undersöka, analysera och sprida kunskap om användningen av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

Vår vision är ett samhälle där människor inte far illa av skadligt bruk och beroende. Vi arbetar för ökad kunskap och vill bidra till välgrundade beslut.

Använd kunskapen!

CAN – Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning | www.can.se