

TOBACCO RÖKFRITT ENDGAME SVERIGE 2025

Stöd för ett nationellt beslut om en utfasningsstrategi för tobaksrökning

Ett kunskapsunderlag med bakgrundsfakta för dig som arbetar
med tobakspreventivt arbete i kommuner*



Yrkesföreningar
mot tobak



*Ett underlag anpassat för landsting och regioner har också tagits fram

Version 150626

Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025 – en bortre parentes för den svenska tobaksepidemin

Ett kunskapsunderlag för dig som vill påverka din kommun att stödja ett nationellt beslut om en utfasningsstrategi för tobaksrökning

Globala aspekter...

Tobaksrökningen är ur medicinsk, social, miljömässig, etisk och samhällsekonomisk synvinkel oacceptabel. Allt fler länder bestämmer sig därför att med hjälp av olika åtgärder sätta stopp för de produkter som under det senaste århundradet dödat fler individer än världskrig och farsoter tillsammans - sex miljoner människor varje år. Denna långdragna hälsokatastrof har startats och underhållits av en global tobaksindustri som, trots samhällets ökande insikt om tobaksbrukets effekter, kunnat förhindra, förminska och försena åtgärder ägnade att långsiktigt minska bruket.

WHO har genom sin [Tobakskonvention](#) (2003)¹ och FN genom sitt NCD-initiativ ([Non Communicable Diseases, icke smittbara sjukdomar](#))(2012)² uppmärksammat problematiken och försett medlemsländerna med en bred strategi med åtgärder som erfarenhetsmässigt visat sig minska tobaks bruket och därmed förbättra folkhälsan.

Några länder har tagit initiativ till en ytterligare skärpning av strategin genom politiska beslut. Ett måldatum har preciserats då tobaksrökning ska ha minskat till "noll eller nära noll". Exempel på sådana länder är Nya Zeeland vars politiska ambition är att vara "essentially smoke-free", alltså praktiskt taget rökfritt år 2025, Irland (2025), Skottland (2034) och Finland (2040). Denna strategi – som fått namnet Tobacco Endgame – innebär ett perspektivskifte som bidrar till ett ökat fokus på kraftfulla åtgärder för ett minskat tobaksbruk.

... och svenska

I Sverige har Tobaksfakta – oberoende tankesmedja och dess medlemsorganisationer (www.tobaksfakta.se)³ tagit initiativet till en svensk version – Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025. Fokus ligger i första hand på cigarettrökningen. Det förebyggande arbetet för att minimera användningen av snus, vattenpipa och e-cigarett ska fortsätta men får ha sin egen tidtabell.

Förslaget innebär att regeringen inom denna mandatperiod (2014-2017) fattar ett principbeslut om ett måldatum (vårt förslag år 2025) då rökning ska ha minskat till mindre än fem procent i den vuxna befolkningen. Denna målsättning bedömer vi som realistisk förutsatt att den åtföljande handlingsplanen omfattar implementering av Tobakskonventionens breda åtgärder (bilaga 1). Någon specifik målsättning för ungdomars rökning har (ännu) inte diskuterats eller fastställts i Tobacco Endgame-sammanhanget.

Bred opinionsbildning nödvändig...

Tre av fyra rökare uppger att de vill komma ur sitt beroende. Inga föräldrar vill att deras barn ska börja röka eller snusa. Opinionsundersökningar visar att en majoritet av svenska folket vill ha ökade begränsningar av tobaksindustrins marknadsföring och ökat skydd mot passiv rökning.

Erfarenheten från senaste decennierna är dock skrämmande. Med hjälp av gigantiska resurser tillämpar tillverkare, marknadsförare och handel demonstrativt sin strategi att förhindra, förminska och försena samhällets försök att införa ett begränsande regelverk till skydd för sina medborgares hälsa. Industrins försåtliga argument om frihet, njutning etc. färgar debatten tillsammans med enskilda debattörers nikotinberoende som beskrivs som medvetna och fria val.

Det är lätt att förstå att politiska församlingar kan känna tveksamhet inför att fatta ett beslut som utmanar denna massiva påverkan. För att ett beslut ska bli möjligt krävs därför en stark opinion från många samhällssektorer.

Därför ska Tobacco Endgame Rökfritt Sverige 2025 i detta stadium ses som ett opinionsbildningsprojekt för att nå ett så starkt stöd som krävs för ett politiskt beslut.

Den nya regeringen har i februari 2015 beslutat om utredning av några av de åtgärder som ingår i Tobakskonventionens arsenal. I detta sammanhang har regeringen också uttryckt ett intresse för endgame-tanken – med utgångspunkt i regeringsförklaringens ambition att ”sluta påverkbara hälsoklyftor inom en generation”. Trots detta är vår bedömning att det kommer att krävas ett mycket starkt stöd för att få till stånd ett beslut om endgame-strategin och en handlingsplan för genomförandet som till största delen innehåller de långsiktiga och juridiskt bindande åtgärderna i Tobakskonventionen (bilaga 1).

... på nationell nivå...

På nationell nivå har i juni 2015 ett 80-tal organisationer ställt sig bakom tanken på en endgame-strategi. De flesta är inte oväntat verksamma inom hälso- och sjukvården – se www.tobaksfakta.se¹ Mobiliseringen av stödjande organisationer i alla samhällssektorer fortsätter!

Att ”ställa sig bakom” Endgame-strategin innebär att man bejakar följande tre punkter:

- **vi förstår bakgrunden till och behovet av att skärpa den tobaksförebyggande strategin;**
- **vi stödjer principen att ett årtal ska preciseras då rökningen ska vara kraftigt begränsad;**
- **vi stödjer en bred opinionsbildning för ett politiskt beslut med den inriktningen**

... och regional nivå!

Sveriges kommuner har betydande uppgifter i det tobaksförebyggande arbetet, t ex tillsyn av handel med tobak (åldersgräns, skyltning och egentillsyn), rökfria miljöer och marknadsföring av tobak på säljställen samt information/utbildning. Omsorg om de som drabbats av sjukdom pga sin rökning utgör också en stor ekonomisk börda för kommunerna. Den politiska ledningen i paraplyorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting har dock inte ännu uttryckt sitt stöd för Endgame-strategin.

Även om två kommuner av tre har beslutat om någon form av rökpolicy, har ingen kommun hittills (juni 2015) genom ett fullmäktigebeslut ställt sig bakom Endgame-strategin. Det är vår bedömning

att ett antal kommuner som fattar liknande beslut kommer att stödja SKL:s beslut i positiv riktning – och därigenom få en betydande inverkan på regeringens agerande.

Detta underlag är avsett att stärka dig när du föreslår din politiska ledning att besluta om att stödja Endgame-strategin. Således är det inte tänkt som ett direkt beslutsunderlag för kommunen.

Varför bör din kommun besluta att stödja tanken på en nationell Tobacco Endgame-strategi?

Av flera lika viktiga skäl – som dessutom hänger ihop ...

i) För att långsiktigt bidra till att minska invånarnas rökvanor, inte minst bland unga, och minska kostnader för omfattande vård-och omsorgsinsatser samt bidra till den egna personalens hälsa..

ii) För att genom sitt eget beslut påverka beslut i SKL och därigenom öka stödet för ett regeringsbeslut om en Tobacco Endgame - strategi. Ett sådant beslut är för övrigt avgörande för framgång med det lokala/regionala förebyggande arbetet!

iii) För att den egna kommunen ska vara förberedd den dag ett nationellt beslut kommer – och då inte behöva riskera att detta uppfattas som ett besvärande beslut ”uppifrån”.

iiii) För att implementera Tobakskonventionen – ratificerad av Sveriges riksdag 2005! Särskilt de inslag som är tillämpbara på regional nivå (bilaga 1).

Vad bör ett politiskt beslut i kommunen innehålla?

i) Att kommunen ställer sig bakom en Tobacco Endgame - strategi, alltså ett nationellt politiskt beslut om ett måldatum, ett effektmål och en handlingsplan för att nå dit.

ii) Att kommunen deltar aktivt i opinionsbildningen tillsammans med kommuner och SKL för ett sådant beslut.

iii) Att kommunen vidareutvecklar eget pågående tobaksförebyggande arbete utifrån Tobakskonventionens åtgärder.

Bakom detta dokument står:

Tobaksfakta – oberoende tankesmedja, kontakt: Göran Boëthius, ordf. - boethius@tobaksfakta.se

Yrkesföreningar mot Tobak, kontakt: Lena Sjöberg, kanslichef. - lana.sjoberg@regionostergotland.se

TobaksPreventiva nätverket Landsting och Regioner, TPLR, kontakt: Ywonne Wiklund, ordf. – ywonne.wiklund@vll.se

Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård, HFS, kontakt: Margareta Kristenson, nationell koordinatör – margareta.kristenson@liu.se

Vidare information kan ges av alla kontaktpersonerna. För uppgift om intresserade medarbetare i ditt län kontakta i första hand Lena Sjöberg



Bilaga 1

Tobakskonventionen – världens första folkhälsokonvention och hur den kan stimulera det tobaksförebyggande arbetet i Sverige. Tobakskonventionen, Rapport 2009:04 Statens Folkhälsoinstitut – kan laddas ned på följande länk: [Tobakskonventionen](#) ¹

Tobakskonventionens mål:

Målet för denna konvention och dess protokoll är att skydda nuvarande och framtida generationer från de förödande hälsomässiga, sociala, miljömässiga och ekonomiska konsekvenserna av tobaksbruk och exponering för tobaksrök, genom att tillhandahålla en ram för parternas genomförande av tobakskontrollåtgärder på nationell, regional och internationell nivå i syfte att fortlöpande och kraftigt minska tobaksbruket och exponeringen för tobaksrök.

Vägledande principer (art 4):

- Informera varje person om hälsokonsekvenserna av tobaksbruk
- Mobilisera starkt politiskt engagemang
- Stödja allsidiga åtgärder på flera områden och samordna dessa
- Förhindra att människor börja använda tobak (i alla former!) och att de exponeras för tobaksrök
- Ta hänsyn till sociokulturella och könsspecifika aspekter i utformningen av åtgärderna för tobakskontroll
- Inkludera det civila samhället i arbetet

Allmänna skyldigheter (art 5):

- Utveckla multisektoriella nationella strategier, planer och program i enlighet med konventionen
- Inrätta och finansiera en stark nationell samordnande funktion för arbetet
- Inför effektiv lagstiftning för att minska tobaksbruket
- Skydda folkhälsopolitiken från påverkan av kommersiella och andra krafter inom tobaksindustrin
- Samarbeta internationellt för att uppnå konventionens mål
- Ta fram finansiella resurser för att genomföra konventionen

Åtgärder för att minska efterfrågan:

- Kontinuerlig prishöjning (över index)
- Skydd mot exponering för tobaksrök
- Reglering av innehåll, information, förpackning, märkning, reklam, marknadsföring, sponsring
- Utbildning, information, allmän upplysning
- Tobaksavvänjning

Åtgärder för att minska tillgången till tobak:

- Olaglig handel
- Försäljning till och av minderåriga
- Stöd till ekonomiskt bärkraftiga alternativa verksamheter

Bilaga 2

Fakta om tobaksrökningens omfattning och effekter – nationellt och regionalt

Se länkar till regionala data som vid behov kan komplettera den power-point-presentation som också bifogas.

Rökningens omfattning

I Sverige

Dagligrökning 10 % (Kv/M; 11/9 %), då och då-rökning 10 % (8/12 %).⁴

Ojämligheten i rökvanor, och därmed i ohälsa, mellan samhällsgrupper är betydande.

Utbildningsnivå: 14 % är dagligrökare i gruppen med förgymnasial och gymnasial utbildning medan 5 % är dagligrökare bland de med eftergymnasial utbildning. När det gäller sysselsättning: 24 % röker bland sjukpenningstagare, 9 % bland yrkesarbetande (2014)⁴

Gravida kvinnor röker vid inskrivning på MVC 5,9 % (2012). Bland barn (0-4 veckor), födda 2012 hade 12 % minst en förälder som rökte.⁵

Bland ungdomar är det 11 % av pojkarna och 17 % av flickorna i årskurs 9 som klassificeras som rökare (både sporadiska och frekventa rökare) och i årskurs 2 i gymnasiet är det 28 % av pojkarna och 29 % av flickorna som röker (2014).⁶

Passiv rökning: 15 % upplever sig exponerade av andras rök. För de med förgymnasial utbildning är andelen 22 %, medan de med eftergymnasial utbildning är 10 % utsatta. Största skillnaden ser man för utsatthet i hemmet, 10 % bland de med förgymnasialutbildning och 3 % bland de med eftergymnasial (2014).⁴

I vårt län

Länkar till Folkhälsomyndigheten:

[Tobaksvanor - regionala resultat, 2014](#)⁴

[Folkhälsodata - faktablad](#)⁷

Konsekvenser för hälsa, miljö och ekonomi

I Sverige

Antal insjuknade årligen av rökning: ca 100 000, 78 % i cancer, lungsjukdom och/eller hjärtkärlsjukdom, flest i lungsjukdom.⁸

Antal avlidna årligen av rökning: ca 12 000, 98 % i samma sjukdomsgrupper som ovan, flest i cancer.⁸

Tobaksrökning kom 2010 på fjärde plats bland de tio riskfaktorer som orsakar störst sjukdomsbörda, betydligt större än alkohol och narkotika. Den övervägande delen av förlorade levnadsår berodde på förtida död i cancer och hjärtkärlsjukdom.⁹

Samhällskostnaden för rökningen har beräknats till 30 miljarder kronor årligen, till allra största delen orsakad av sjukskrivning för rökrelaterad sjukdom.¹⁰

I vårt län

Hänvisning till bilaga 3 med en schabloniserad fördelning per län (efter befolkningsstorlek) av ovanstående nationella data avseende antal insjuknade, antalet döda och samhällskostnad betingade av tobaksrökning.

Omsorgskostnader ökar.

Extra kostnader för rökande personal är 45 000 kr per rökare och år genom åtta extra sjukdagar per år samt rökpauser på 30 min per arbetsdag.¹¹

Förväntade effekter av minskad rökning

I Sverige

En **simuleringsstudie** som utförts på Socialdepartementet visar uppskattade konsekvenser på sjukdomsprevalens, vårdkonsumtion, sjukfrånvaro och förtidspension av en simulerad nedtrappning av rökningen från dagens nivå 2015 till noll 2025.

Resultatet visar att medellivslängden ökar med 0,34 år i hela befolkningen och att 27 500 kvalitetsjusterade levnadsår¹ sparas in om ett rökstopp införs. Vidare leder stoppet till en minskad sjukdomskonsumtion motsvarande 1 miljard kronor per år. En friskare befolkning med färre förtidspensioneringar ger ytterligare 6 miljarder kronor per år i minskade kostnader tack vare minskat produktionsbortfall.¹²

Ytterligare en hälsoekonomisk beräkning tillhandahålls via **Hälsokalkylatorn** som finns på Nätverket Hälsöfrämjande Hälso- och sjukvård (HFS) hemsida. Där tittar man på 11 sjukdomar/sjukdomsgrupper och hur incidensen minskas beroende på minskad prevalens av rökning. Om rökningen minskas från nuvarande nivå till 5 % i alla köns- och åldersgrupper år 2024 skulle totalt över dessa 10 år 49 264 svåra nya sjukdomsfall i dessa 11 grupper förhindras, och av dessa 9 614 fall av hjärtsjukdom, 29 564 fall av KOL och 5 053 fall av lungcancer. Vi skulle få 15 808 friska levnadsår extra och spara 3,1 miljarder kronor i hälso- och sjukvården. Ytterligare stora besparingar sker för kommunerna, 1,5 miljarder och på Försäkringskassan, 2,7 miljarder. Som de flesta andra modeller underskattas även här effekterna. En anledning är att ett ohälsosamt beteende ofta följs av flera andra ohälsosamma beteenden, t.ex. riskbruk av alkohol och fysisk inaktivitet. När man slutar röka, följer ofta flera andra hälsosamma förändringar men beräkningsmodellerna tar inte hänsyn till sådana synergieffekter.¹³

¹**Kvalitetsjusterade levnadsår**, eller QALY efter engelskans "Quality-Adjusted Life Years", är ett mått med vilket man kan väga olika medicinska insatser mot varandra. Idén bygger på att man skall inte enbart ta hänsyn till hur många år extra som olika medicinska insatser kan ge utan också ta hänsyn till kvalitén på dessa år. En fullt frisk person anses ha värdet 1 och en död har värdet 0. Ett år i full hälsa motsvarar 1 QALY.

I vårt län

Prognosdata från **Hälsokalkylatorn** rekommenderas för att ta fram minskad incidens för 11 sjukdomar samt besparingar i hälso- och sjukvården **i länet**. Hälsokalkylatorn finns på HFS hemsida, www.hfsnatverket.se.¹³

Län:				
Antal nya sjukdomsfall som undviks	Antal extra friska levnadsår	Sparas inom hälso - och sjukvården	Sparas inom kommunerna	Sparas på Försäkringskassan

Sparas totalt i länet:

I en **analys av kostnadseffektiviteten vid införande av rökstopp** inför kirurgiska ingrepp har Landstinget Sörmland gjort en ekonomisk beräkning från 2012.¹⁴

Analysen visar bland annat att:

1. 3 089 tkr sparas vid rökstopp – primär ledprotesoperation (höft och knä) vilket blir en nettobesparing per patient på 22 526 kr
2. Maximal budgetpåverkan för rökstoppsprogrammet (interventionskostnaden) – all planerad kirurgi (öppenvård och slutenvård) – beräknas till 4 791 tkr.
3. 11 699 tkr sparas (nettobesparing) vid rökstopp – all planerad kirurgi (öppenvård och slutenvård)

Analysen visar att det är sannolikt att rökstopp inför planerad kirurgi är kostnadseffektivt även då det erbjuds till alla rökare vid alla typer av kirurgi. **Således är rökstopp vid operation en mycket lönsam åtgärd – både mätt i hälsa och pengar!**

En utvärdering av arbetet med att genomföra en tobaksfri organisation kan genomföras genom det verktyg som erbjuds av [ENSH – Global network for tobacco free health care services](#)¹⁵. Detta självvärderingsformulär, översatt till svenska används redan av många landsting/regioner. Formuläret innehåller 10 nyckelfaktorer som mäts med hjälp av 42 frågor.

Bilaga 3 RÖKNINGENS HÄLSOEFFEKTER OCH SAMHÄLLSKOSTNAD

Enligt Socialstyrelsens rapport, Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar, 2014 beräknas årligen 100 000 personer i Sverige insjukna i rökrelaterad sjukdom som kräver sjukhusvård. Antalet personer som avlider av sin rökning uppskattas till 12 000 årligen.

Rökningen har beräknats kosta det svenska samhället 30 miljarder kronor varje år i sjukvård och produktionsbortfall. Bolin K.& Lindgren B. 2004 Rökning: Produktionsbortfall och sjukvårdskostnader.

Nedanstående tabell visar en schablonberäkning av hur insjuknande, dödsfall och totalkostnad fördelar sig på länen med hänsyn endast tagen till länens andel av befolkningen. Ansvarig för beräkningarna är Yrkesföreningar mot Tobak.

Län	Invånare	% av Sveriges befolkning	Antalet insjuknade per år	Antal dödsfall per år	Samhällskostnader miljoner SEK per år
Blekinge län	152 315	1,59 %	1600	210	477
Dalarnas län	276 555	2,89 %	2900	380	867
Gotlands län	57 241	0,60 %	600	80	180
Gävleborgs län	276 637	2,89 %	2900	380	867
Hallands län	304 116	3,18 %	3200	420	954
Jämtlands län	126 201	1,32 %	1300	175	396
Jönköpings län	339 116	3,55 %	3600	470	1 065
Kalmar län	233 548	2,44 %	2450	320	732
Kronobergs län	185 887	1,95 %	1950	255	585
Norrbottnens län	248 637	2,60 %	2600	340	780
Skåne län	1 263 088	13,22 %	13200	1740	3 966
Stockholms län	2 127 006	22,26 %	22300	2938	6 678
Södermanlands	274 723	2,87 %	2900	380	861
Uppsala län	341 977	3,58 %	3600	470	1 074
Värmlands län	273 080	2,86 %	2860	378	858
Västerbottens län	260 217	2,72 %	2720	360	816
Västernorrlands län	241 981	2,53 %	2530	330	759
Västmanlands län	256 224	2,68 %	2680	350	804
Västra Götalands län	1 600 447	16,75 %	16750	2200	5 025
Örebro län	283 113	2,96 %	2960	390	888
Östergötlands län	433 784	4,54 %	4540	600	1 362
TOTALT	9 555 893	100,00 %	100 000	12000 personer	30 miljarder

Referenser:

¹ Statens Folkhälsoinstitut. (2009). *Tobakskonventionen R 2009:04*. Mölnlycke: Statens Folkhälsoinstitut.

² FN:s NCD-initiativ, Non Communicable Diseases, icke smittsamma sjukdomar, 2012.
www.ncdalliance.org

³ Tobaksfakta oberoende tankesmedja. *Tobacco Endgame*. Hämtat från Tobaksfakta.se:
<http://tobaksfakta.se/tema/tobacco-endgame/>

⁴ Hälsa på lika villkor. Nationella folkhälsoenkäten – Tobaksvanor i Sverige 2014.
Folkhälsomyndigheten

⁵ Socialstyrelsen. Graviteter, förlossningar och nyfödda barn. Sveriges officiella statistik, hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen 2013

⁶ Englund A. (red). Skolevers drogvanor 2014. Rapport 146. Stockholm Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2014.

⁷ Folkhälsomyndigheten/Folkhälsodata/Faktablad. Se Folkhälsomyndighetens hemsida:
www.folkhalsomyndigheten.se

⁸ Socialstyrelsen. (2014). *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar*.
www.socialstyrelsen.se, februari 2014.

⁹ Emilie Agardh, med dr, forskarassistent, Ulrika Boman, forskningshandläggare, Peter Allebeck, professor, överläkare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; samtliga institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm. *Läkartidningen* 2015;112:C4TH.

¹⁰ Bolin K.& Lindgren B. 2004 Rökning: Produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Rapport nr R 2004:3. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Uppräkningar till 2009 års penningvärde av B. Lindgren92009-08.

¹¹ Statens folkhälsoinstitut. *Tobaksfritt arbetsliv: idéskrift för arbetsgivare*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.

¹² Brouwers. (2012). *Nollvision 2025 -Simuleringsstudie av en tobaksintervention*. Socialdepartementet. Simuleringsstudien utförd av G Salomón Holmer vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

¹³ HFS & Uppsala University. (2012-2014). *Hälsokalkylator*. Sverige.

¹⁴ Analys av kostnadseffektiviteten vid införande av rökstopp inför kirurgiska ingrepp, Landstinget Sörmland. K O. Engman, M. Engman 2012 landstinget Sörmland

¹⁵ ENSH – Global network for tobacco free health care services. www.ensh.org