TOBACCO ENDGAME RÖKFRITT SVERIGE 2025

Ett kunskapsunderlag med bakgrundsfakta för kommuner* som vill medverka till en minskad rökning i Sverige – och därmed en förbättrad folkhälsa

TOBAKSFAKTA
OBERODENDE TANKESMEDJA

Yrkesföreningar mot tobak

tpLr
nätverk för TobaksPrevention i Landsting och Regioner

HFS

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

Reviderad april 2017

Ett kunskapsunderlag för kommuner som vill medverka till en minskad rökning i Sverige – och därmed en förbättrad folkhälsa

Globala aspekter…

Tobaksrökningen är ur medicinsk, social, miljömässig, etisk och samhällsekonomisk synvinkel ett av världens allvarligaste folkhälsoproblem. Och samtidigt ett av de bäst förebyggbara. Allt fler länder bestämmer sig därför att med hjälp av olika åtgärder minska användningen av 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 rad åtgärder som erfarenhetsmässigt visat sig minska tobaksbruket och därmed förbättra folkhälsan. Ett minskande tobaksbruk ingår också i Agenda30-arbetet som nyligen påbörjats i Sverige (SDG).

Några länder har i linje med detta beslutat om ett måldatum som ett förtydligande av målet för tobakskonventionens åtgärder, nämligen ett samhälle fritt från tobak. Ett måldatum har preciserats då tobaksrökning ska ha minskat till mindre än 5 procent av befolkningen – och därmed inte längre utgöra ett dominerande folkhälsoproblem. Exempel på sådana länder är Nya Zeeland vars politiska ambition är att vara ”praktiskt taget” rökfritt år 2025, Irland (2025), Finland (2030) och Skottland (2034). Att genom ett politiskt beslut sätta ett tidsbestämt mål och se innehållet i tobakskonventionen som vägen dit har fått namnet Tobacco Endgame – innebärande 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] 2013 tagit initiativet till en svensk version – Tobacco Endgame - Rökfritt Sverige 2025. Fokus ligger i första hand på cigarettrökningen. Det förebyggande arbetet för att minimera tobaksbruket i stort, alltså också användningen av snus, vattenpipa och e-cigaretter, ska fortsätta – i enlighet med Sveriges åtagande i tobakskonventionen! - men får ha sin egen tidtabell.

Vårt förslag innebär att regeringen inom innevarande mandatperiod (2014-2017) fattar ett principbeslut om ett måldatum - vårt förslag år 2025 - då daglig rökning ska ha minskat till mindre än fem procent i den vuxna befolkningen. Denna målsättning bedömer vi som realistisk förutsatt att en åtföljande handlingsplan omfattar implementering av tobakskonventionens breda åtgärder (bilaga 1).

Parallellt noterar vi i den nya ANDT-strategin 2016-2020 en skärpning av målsättningen för barn och unga: antalet som börjar använda tobak (överhuvudtaget) ska successivt minska – tidigare gällde det att minska tidig debut.

En fortsatt bred opinionsbildning är 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 betydande majoritet av svenska folket vill ha ökade begränsningar av tobaksindustrins marknadsföring och ökat skydd mot passiv rökning.

Erfarenheten från de senaste decennierna är dock skrämmande. Med hjälp av gigantiska resurser demonstrerar tillverkare, marknadsförare och handel 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 ett medvetet och fritt val.

Det är lätt att förstå att politiska församlingar kan känna tveksamhet inför beslut som utmanar denna massiva påverkan. Därför behöver politiken ett brett stöd i befolkningen.

Ambitionen i regeringsförklaringen 2016 - och återkommande 2017 - är att ”sluta påverkbara hälsoklyftor inom en generation”. ”Regeringen ställer sig därför bakom målet om att nå ett rökfritt Sverige till år 2025” (En samlad strategi för ANDT-politiken 2016-2020 (Skr.2015/16:86)).

Det är gott och väl. Men för att nå målet för 2025 krävs en åtföljande handlingsplan, en nationell kraftfull ledning av genomförandet och en adekvat finansiering. Detta har vi (i mars 2017) ännu inte sett konkretiserat. Därför fortsätter Endgame-initiativet som ett opinionsbildningsprojekt för att försöka förmå regeringen att förtydliga sina ambitioner.

Att ”ställa sig bakom” Endgame-strategin innebär att man bejakar följande tre punkter (mars 2017):

- vi förstår bakgrunden och behovet av att skärpa den tobaksförebyggande strategin;
- vi stödjer principen att ett årtal preciseras då rökningen ska vara kraftigt begränsad;
- vi stödjer en bred opinionsbildning för politiska beslut om den process som leder till målet.

Ett ökande stöd…

I mars 2017 har ett 140-tal organisationer uttryckt sitt stöd för Endgame-initiativet. De flesta är inte oväntat verksamma inom hälso- och sjukvården – se www.tobaksfakta.se[3] Men mobiliseringen av stödjande organisationer i alla samhällssektorer fortsätter!

… också från kommunerna

Sveriges kommuner har betydande uppgifter i det tobaksförebyggande arbetet, t ex tillsyn av handel med tobak (åldersgräns, skyltning och egentillsyn), upprätthållande av rökfria miljöer – både egna och vid upphandling av annan utförare - samt information/utbildning. Omsorg om de som drabbats av sjukdom p g a sin rökning utgör också en stor ekonomisk börda för kommunerna.

Vårt första upprop till landets kommuner i mars 2016 om Endgame-initiativet har hittills (mars 2017) resulterat i att drygt 20 kommuner tagit beslut att ställa sig bakom målet 2025. **Den politiska**

ledningen i Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) beslutade i november 2016 att ”ställa sig bakom målet om ett rökfritt Sverige 2025 som innebär att minska rökningen till mindre än 5 % i befolkningen till 2025.” (Meddelande från styrelsen nr 7/2017).

Vi har noterat att **ett ökande antal kommuner har kontaktat sina respektive länsstyrelser i denna fråga - som en del av samarbetet inom ANDT-området**. En tredjedel av länsstyrelserna har hittills fattat stödjande beslut – se www.tobaksfakta.se.

Varför bör kommunen besluta att stödja tanken på ett nationellt måldatum?

Av flera lika viktiga skäl – som dessutom hänger ihop …

i) för att långsiktigt bidra till att minska invånarnas rökvanor och rökrelaterade sjukdomar, inte minst bland unga, och minska kostnader för omfattande vård- och omsorgsinsatser;

ii) för att bidra till den egna personalens hälsa;

iii) för att ett behov av ökade insatser kan förutses p g a rökvanor i vissa grupper av nyanlända;

iv) för att öka stödet för ett regeringsbeslut om en nationell handlingsplan. En sådan är för övrigt avgörande för framgång med det lokala/regionala förebyggande arbetet!

v) 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”.

vi) för att bidra i implementeringen av tobakskonventionen (bilaga 1) – med fokus på de åtgärder som är tillämpbara på regional nivå.

Vad kan ett politiskt beslut i kommunen innehålla?

i) att kommunen ställer sig bakom initiativet Tobacco Endgame – Rökfritt Sverige 2025.

ii) att kommunen deltar aktivt i opinionsbildningen tillsammans med andra kommuner och SKL för att få till stånd en nationell handlingsplan.

iii) att kommunen – utan att invänta nationellt beslut - vidareutvecklar eget pågående tobaksförebyggande arbete utifrån tobakskonventionens åtgärder enligt bilaga 1.

Bakom detta dokument står:

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

Yrkesföreningar mot Tobak, YmT, kontakt: Lena Sjöberg, kanslichef. – lena@ymtkansli.org

TobaksPreventiva nätverket Landsting och Regioner, TPLR, kontakt: Ywonne Wiklund, ordf. – ywonne.wiklund@vll.se. Lista på kontaktperson i varje län finns på: www.luftkonferens.nu

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:

(*= tillämpbara på regional/lokal nivå)

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, regionalt och lokalt

Rökningens omfattning

I Sverige

Dagligrökning 9 % (Kv/M; 10/8 %), då och då - rökning 5 % (5/6 %). [4]

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

Utbildningsnivå: 12 % är dagligrökare i gruppen med förgymnasial utbildning medan 5 % är dagligrökare bland de med eftergymnasial.

Sysselsättning: 19 % röker bland sjukpenningtagare och 8 % bland yrkesarbetande. [4]

Gravida kvinnor röker vid inskrivning på MVC, 6 % (2014). Bland barn (0-4 veckor), födda 2014 hade 11 % minst en förälder som rökte.[5]

Bland ungdomar är det 8 % av pojkarna och 12 % av flickorna i årskurs 9 som klassificeras som rökare (både sporadiska och frekventa rökare) och i årskurs 2 i gymnasiet är det 23 % av pojkarna och 26 % av flickorna som röker. [6]

Andelen barn 2011 med minst en förälder som röker dagligen var bland 8 månader gamla 7,5 procent, bland 4-åringar 9,6 procent och bland 12-åringar 11 procent – genomgående med tydlig skillnad utifrån föräldrarnas utbildningsnivå. [7]

Exponering för andras tobaksrök bland vuxna publiceras i maj 2017 i Folkhälsomyndighetens Miljöhälsoenkät.

I vårt län

Länkar till Folkhälsomyndigheten:

Tobaksvanor – regionala resultat, 2016 Länken innehåller tobaksvanor per län och kommungrupp.[4]

Folkhälsodata – faktablad Länken innehåller bakgrundsfakta bl a om rökvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar samt dödlighet i lungcancer och KOL, sid 18) [8]

Konsekvenser för hälsa, miljö och ekonomi

I Sverige

Antal insjuknade årligen av rökning: ca 100 000, 78 % i cancer, lungsjukdom och/eller hjärtkärl - sjukdom, flest i lungsjukdom. [9]

Antal avlidna årligen av rökning: ca 12 000, 98 % i samma sjukdomsgrupper som ovan, flest i cancer.[9]

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. [10]

Samhällskostnaden för rökningen har beräknats till 30 miljarder kronor årligen, till allra största delen orsakad av sjukskrivning för rökrelaterad sjukdom. [11]

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.

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. [12]

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 levnadsår[1] sparas in om ett rökstopp införs. Vidare leder stoppet till en minskad sjukvårdskonsumtion motsvarande 1 miljard kronor per år. Andelen personer med behov av hemtjänst och särskilt boende minskar. En friskare befolkning med färre förtidspensioneringar ger ytterligare 6 miljarder kronor per år i minskade kostnader tack vare minskat produktionsbortfall. [13]

Ytterligare en hälsoekonomisk beräkning tillhandahålls via **Hälsokalkylatorn** som finns på Nätverket Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård (HFS) hemsida. [14]

[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.

Bilaga 3 Rökningens hälsoeffekter och samhällskostnader

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**	**Samhälls-kostnader 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
Norrbottens 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 2016. Folkhälsomyndigheten

[5] Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Sveriges officiella statistik, hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen 2014

[6] Englund A. (red). Skolelevers drogvanor 2016. Rapport 161. Stockholm Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2016.

[7] Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen

[8] Folkhälsomyndigheten/Folkhälsodata/Faktablad. Se Folkhälsomyndighetens hemsida: www.folkhalsomyndigheten.se

[9] Socialstyrelsen. (2014). *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar.* www.socialstyrelsen.se, februari 2014.

[10] 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.

[11] 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.

[12] Statens folkhälsoinstitut. Tobaksfritt arbetsliv: idéskrift för arbetsgivare. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.

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

[14] HFS & Uppsala University. (2012-2014). Hälsokalkylator. Sverige.