



Statens
folkhälsoinstitut

MÅLOMRÅDE 11

Tobak

Kunskapsunderlag för
Folkhälsopolitisk rapport 2010

MÅLOMRÅDE 11

Tobak

Kunskapsunderlag för
Folkhälsopolitisk rapport 2010

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT, ÖSTERSUND 2011, R 2011:11

ISSN 1651-8624

ISBN 978-91-7257-817-3 (PDF)

ISBN 978-91-7257-818-0 (PRINT)

OMSLAGSFOTO: SANDRA PETTERSSON/FOTOGRAFTINA.SE

FOTO INLAGA: PHOTOS.COM (S. 11, 19, 41) OCH MATTON

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: STRÖMBERG, STOCKHOLM, 2011

Innehåll

- 5 Förord
- 6 Sammanfattning
- 8 Summary
- 11 DEL 1. INLEDNING
 - Målområde 11: Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel 12
 - Syfte 13
 - Tobaksbruket 13
- 15 DEL 2. FAKTORER SOM PÅVERKAR TOBAKSBRUKET
 - Tillstånd 16
 - Effekt och hälsoutfall 17
 - Påverkansfaktorer 17
 - Drivkrafter 18
- 19 DEL 3. SAMBAND MELLAN TOBAKSBRUK OCH HÄLSA
 - Rökning och passiv rökning 20
 - Snusning 20
- 23 DEL 4. UTVECKLINGEN AV TOBAKSBRUKET OCH DESS EFFEKTER PÅ BEFOLKNINGENS HÄLSA
 - Vuxnas tobaksvanor 24
 - Utsatta grupper 25
 - Gravidas och spädbarnsföräldrars tobaksvanor 26
 - Ungdomars tobaksvanor 26
 - Passiv rökning 27
 - Totalt tobaksbruk 27
- 29 DEL 5. HÄLSOSKILLNADER MELLAN OLIKA GRUPPER
- 33 DEL 6. TOBAKSFÖREBYGGANDE ARBETE – ÅTGÄRDER OCH RESULTAT
 - Internationellt 34
 - Åtgärder och resultat i Sverige 36
 - Regionalt och lokalt 39
 - Sammanfattning av kapitel 3 till 5 39

41	DEL 7. TOBAKSBRUK – REKOMMENDATIONER TILL FRAMTIDA ÅTGÄRDER	
	Höja tobaksskatten (artikel 6)	46
	Lagstifta om totalt marknadsföringsförbud för tobaksprodukter inklusive exponeringsförbud (artikel 13)	48
	Lagstifta om fler rökfria miljöer och stödja framtagning av policyer (artikel 8)	49
	Öka tillgängligheten till tobaksavvänjning (artikel 14)	50
	Finansiera det tobakspreventiva arbetet kontinuerligt och långsiktigt (artikel 5)	51
	Skapa en nationell genomförandeplan för det tobakspreventiva arbetet både fram till 2014 och därefter (artikel 4 och 5)	52
	Ge organisationsstöd till ideella organisationer som arbetar med att förebygga tobaksbruk (artikel 4 och 12)	52
	Avsätta mer resurser till forskning om tobak (artikel 20)	53
	Öka andelen undervisning om att förebygga tobaksbruk i högskoleutbildningar (artikel 12)	53
	Utveckla tillgängliga skol- och föräldraprogram med kunskap om att förebygga tobaksbruk	54
	Ge stöd till kommuner att införa tobaksfri skoltid (artikel 3, 4, 8 och 12)	54
	Skapa etiska riktlinjer för myndigheters kontakt med tobaksindustrin (artikel 5.3)	55
	Summering av åtgärdsförslag	55
56	Referenser	

Förord

SVERIGES RIKSDAG ANTOG 2003 den nationella folkhälsopolitiken i propositionen Mål för folkhälsan (2002/03:35). År 2008 presenterades sedan propositionen En förnyad folkhälsopolitik (2007/08:110). Det övergripande målet för folkhälsan är att skapa samhällsliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Statens folkhälsoinstitut har regeringens uppdrag att analysera och följa upp den nationella folkhälsopolitiken. Den senaste utvärderingen gjordes i skriften Folkhälsopolitisk rapport, som utkom i november 2010.

Det finns två huvudsyften med den folkhälsopolitiska rapporteringen. Det första är att ge regeringen överblick över hur folkhälsan har utvecklats och vilket resultat åtgärderna har fått. Det andra är att rekommendera framtida satsningar så att det underlättar för regeringen att göra strategiska val och prioritera bland de föreslagna åtgärderna.

Underlaget för Folkhälsopolitisk rapport 2010 är omfattande och presenteras i flera underlagsrapporter som ger en fördjupad bild av varje enskilt målområde för folkhälsan. Den här rapporten innehåller underlagsmaterial som har tagits fram inom *målområde 11 – tobak*.

Folkhälsopolitiken inom området för tobak berör ett stort antal sektorer och aktörer i samhället. Därför har vi eftersträvat en bred delaktighetsprocess, särskilt när det gäller att identifiera idéer och förslag till framtida åtgärder samt behov av stöd på regional och lokal nivå.

Rapporten har arbetats fram av *Mathias Jansson* vid avdelningen för drogprevention och spel. Vetenskapliga granskare har varit *Ann Post*, med dr, institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet i Stockholm. Rapporten har även granskats av institutets interna sekretariat för Folkhälsopolitisk rapport 2010 och av avdelningschefen *Åsa Domeij*. *Cecilia Birgersson*, utredare vid avdelningen för drogprevention och spel, *Margaretha Haglund*, tobakspolitisk expert och *Åsa Lundquist*, projektledare för Nationella tobaksuppdraget, har alla lämnat värdefulla bidrag till rapporten.

Underlag till rapporten har lämnats från följande externa aktörer: *Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)*, *Statistiska centralbyrån (SCB)*, *Svenskt nätverk för tobaksprevention (SNTP)*, *Tobakspreventiva nätverket i landsting och regioner (TPLR)* samt *Tullverket*.

Östersund, juni 2011

Sarah Wamala
Generaldirektör

Sammanfattning

DENNA RAPPORT ÄR ett kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010a). Vi ger här en fördjupad analys av målområde 11, tobak.

Rökningen har minskat i Sverige ända sedan mitten av 1980-talet och 2009 är andelen dagligrökare i Sverige 13 procent bland kvinnor och 11 procent bland män. Andelen dagligsnusare är 4 procent bland kvinnor och 19 procent bland män. Rökning är i dag vanligast bland personer med låg utbildning och låg inkomst, samt vissa invandrargrupper. Även personer med HBT-identitet (homo-, bi- och trans-) och personer med funktionsnedsättning röker mer än övriga befolkningen. Bland gravida som skrevs in på mödravårdscentralen 2008 var det 6,9 procent som rökte och 1,1 procent som snusade. De senaste åren har andelen rökare ökat bland ungdomar, medan andelen unga snusare har minskat.

Under den senaste femårsperioden har många åtgärder och aktiviteter genomförts för att påverka tobaksbruket och både andelen dagligrökare och dagligsnusare har också minskat. Vad som särskilt har påverkat tobaksvanorna i positiv riktning de senaste åren är skattehöjningarna, införandet av rökfria serveringsmiljöer 2005 samt de pengar som satsats på två nationella tobaksuppdrag vid Statens folkhälsoinstitut åren 2002–2005 och 2008–2010. Dessa regeringsuppdrag har framför allt bidragit till utökade satsningar på regional och lokal nivå samt inom de ideella organisationerna. Vidare har tobaksavvänjningsutbudet ökat och allt fler kommuner har infört rökfri arbetstid. Engagemanget har också ökat hos länsstyrelserna, framför allt genom länsamordnarna som sedan 2008 fått sitt ansvarsområde utvidgat till hela området: alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak (i fortsättningen kallat ANDT).

I ett internationellt perspektiv har dock Sverige under samma period halkat efter med de tobaksförebyggande åtgärderna, en jämförelse från 2007 över alla europeiska länders tobakspolitik placerar Sverige som sjätte bästa land. Sedan den rankingen har dessutom länder som Norge, Irland, Storbritannien och Finland beslutat om tobakspolitiska åtgärder som förbud att exponera tobaksprodukter på försäljningsställen samt införandet av varningsbilder på tobakspaket.

De fyra delmål för ett minskat tobaksbruk som beslutades av regeringen 2003 och som ska vara uppnådda till 2014 ter sig allt svårare att klara av. År 2010, när mer än halva tiden gått, återstod betydligt mer än 50 procent av uppgifterna och de kommer att bli svåra att hinna med under de få år som återstår. Det är också bekymmersamt att skillnaderna i tobaksbruk ökar mellan olika socioekonomiska grupper. Till exempel minskar andelen tobaksbrukare långsammare bland de med låg utbildning och låg inkomst. Likaså är det oroande att andelen unga rökare har ökat under de senaste åren.

Man har dock nått goda resultat inom tobaksområdet och vi föreslår därför fortsätta satsningar på generella åtgärder som når många i samhället. Åtgärder som prishöjningar på tobak, skärpt lagstiftning med införandet av ett heltäckande marknadsföringsförbud för tobaksprodukter och fler rökfria miljöer samt en ökad tillgänglighet till tobaksavvänjning är särskilt viktiga åtgärder om Sverige ska kunna minska andelen tobaksbrukare ytterligare och nå de nationella delmålen. Vidare behöver kommunerna prioritera tillsynen enligt tobakslagen. Dessa föreslagna åtgärder kommer på sikt också bidra till att de socioekonomiska skillnaderna i tobaksbruk minskar.

Summary

Objective domain 11: Tobacco.

Knowledge base for the Public Health Policy Report 2010

THIS REPORT FORMS a knowledge base for public health policy report 2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010a). The report gives a thorough analysis of the 11th public health objective domain, tobacco.

Smoking has decreased in Sweden since the mid-1980s, and in 2009, the proportion of daily smokers in Sweden is 13 per cent among women and 11 per cent among men. The proportion of daily moist snuff (snus) users is 4 per cent among women and 19 per cent among men. Today, smoking is most common among people with a low level of education or low income, and some immigrant groups. Those with a homosexual, bisexual or transsexual (HBT) identity and persons with disabilities also smoke more than others. Among pregnant women, 6.9 per cent were smokers and 1.1 per cent were snus-users in 2008. The proportion of smokers among young people has increased in recent years, while the proportion of young snus-users has decreased.

Over the past five years, many actions and activities have been implemented to control tobacco use and both the proportion of daily smokers and daily snus-users have dropped. What in particular has had an impact on reducing tobacco use in recent years are tax increases, the introduction of smoking bans in bars and restaurants in 2005, as well as the money invested in two national tobacco endeavours at the Swedish National Institute of Public Health in the years 2002 to 2005 and 2008 to 2010. Such inter-governmental endeavours have especially contributed to enhanced efforts at the regional and local level and in non-governmental organisations. Furthermore, the range of tobacco cessation treatments has increased and more and more municipalities have introduced smoke-free working hours. Involvement has also increased among the county administrative boards, especially by county coordinators whose mandate was enlarged to the whole area: alcohol, illicit drugs, doping substances and tobacco.

However, from an international perspective, Sweden is lagging behind with regard to tobacco prevention measures. A 2007 comparison of all the European countries' tobacco policies ranks Sweden sixth. Since that ranking, countries such as Norway, Ireland, the United Kingdom and Finland have adopted tobacco policies, including bans on advertising exposure of tobacco products at sales outlets and the introduction of pictorial warnings on cigarette packs.

The four targets for reducing tobacco use were adopted by the Government in 2003. They should be achieved by 2014, but this seems increasingly difficult to cope with. In 2010, when more than half of the time had passed, considerably more than

half of the targets remained and they will be difficult to achieve in the few years remaining. It is also worrying that the differences in tobacco use are increasing among different socioeconomic groups. For example, the reduction of the proportion of tobacco users is slower among those with low levels of education and low income. Equally worrying is that the proportion of young smokers has increased in recent years.

However, we have achieved good results in the tobacco sector, and we therefore propose continued work with general measures that reach the whole society. Measures like price increases on tobacco, the tightening of legislation with the introduction of a comprehensive advertising ban on tobacco products and more non-smoking environments, and greater accessibility to tobacco cessation treatment are particularly important measures if Sweden is to further reduce the proportion of tobacco users and achieve the national targets. Furthermore, municipalities need to prioritise the supervision under the Tobacco Act. These proposed measures will also contribute to a reduction in the socio-economic disparities in tobacco use.

1

INLEDNING



DENNA RAPPORT ÄR ett underlag till Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa – allas ansvar. Rapporten beskriver vikten av tidiga och förebyggande åtgärder för att skapa goda livsvillkor, livsmiljöer och levnadsvanor. Det övergripande nationella folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Detta mål med tillhörande elva målområden (faktaruta 1) är en kompassriktning för att nå social hållbarhet (proposition 2002/03:55 och 2007/08:110). Vi ser därför uppdraget som en del av arbetet med att skapa förutsättningar för en hållbar utveckling.

MÅL FÖR FOLKHÄLSAN

Det övergripande nationella folkhälsomålet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Målområden:

1. Delaktighet och inflytande i samhället
2. Ekonomiska och sociala förutsättningar
3. Barns och ungas uppväxtvillkor
4. Hälsa i arbetslivet
5. Miljöer och produkter
6. Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård
7. Skydd mot smittspridning
8. Sexualitet och reproduktiv hälsa
9. Fysisk aktivitet
10. Matvanor och livsmedel
11. Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Målområde 11: Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel

Bruket av beroendeframkallande medel liksom spelberoende påverkar hälsan. Att begränsa alkoholens negativa effekter, minska tobaksbruket och skadeverkningarna av ett överdrivet spelande och att arbeta för ett narkotika- och dopningsfritt samhälle har länge varit viktiga folkhälsofrågor.

Inte sällan är det samma personer som utgör riskgrupp för flera av beroendesubstanserna och ansamlingen av flera riskfaktorer hos samma individer innebär en ökad risk för ohälsa. Detta bidrar till skillnader i hälsa där klyftorna mellan de som har bäst och sämst hälsa i samhället, ökar. Det förebyggande och hälsofrämjande arbetet bör därför, för att bli effektivt, behandlas i ett sammanhang.

Statens folkhälsoinstitut har en central roll inom målområde 11 som nationellt kunskapscentrum för förebyggande metoder och strategier, som ansvarig myndighet för uppföljning och utvärdering av åtgärder samt som nationell tillsynsmyndighet över alkohol- och tobakslagstiftningarna. Förutom Statens folkhälsoinstitut

finns flera andra aktörer inom detta målområde. Några av dem är andra myndigheter, men framför allt har kommuner, landsting och regioner med vårdcentraler och folktandvård, länsstyrelser med länsamordningsfunktion för arbetet med alkohol, narkotika, dopning och tobak samt flera ideella organisationer en viktig roll i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet. Det är Socialdepartementet som ansvarar för den nationella utformningen av ANDT-politiken och för detta ändamål har man inrättat ett sekretariat som samordnar regeringens arbete med alkohol, narkotika, dopning och tobak.

Syfte

Den här rapportens syfte är att vara ett kunskapsunderlag till Statens folkhälsoinstituts Folkhälsopolitisk rapport 2010. Här ger vi en fördjupad och breddad bild av tobaksbruket i Sverige, dess utveckling under de senaste åren samt våra möjligheter att påverka tobaksbruket i framtiden. I denna rapport finns även fler förslag på effektiva och nödvändiga åtgärder mot tobaksbruket än de som rekommenderas i Folkhälsopolitisk rapport 2010.

Tobaksbruket

Tobaksrökning är fortfarande västvärldens enskilt största förebyggbara folkhälsoproblem och beskrivs av Världshälsoorganisationen (WHO) som en global epidemi som årligen dödar 5,4 miljoner människor (World Health Organization, 2008). Det finns i dag många olika former av produkter som innehåller tobak, till exempel cigaretter, snus, vattenpipstobak och tuggtobak. Fortsättningsvis används tobak som ett samlingsbegrepp för alla produkter som innehåller tobak.

Förutom tobaksbrukets stora inverkan på hälsan ger det upphov till stora kostnader för såväl stat, landsting, kommuner och arbetsgivare som för brukaren själv. Rökningen i Sverige kostar samhället totalt minst 30 miljarder kronor per år i sjukvårdskostnader, produktionsbortfall och sjukskrivningar.¹ Ett effektivt tobaksförebyggande arbete kan alltså både minska samhällskostnader och att förbättra folkhälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2009e). Rökning är också en av de största orsakerna till skillnader i hälsa mellan olika grupper, eftersom vissa grupper i samhället röker och snusar i betydligt större utsträckning än andra (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

Tobakens skadeverkningar kan minskas bara genom ett brett arbete som omfattar många olika strategier och målgrupper. Arbetet måste bedrivas av aktörer på flera olika nivåer i samhället, i stat, landsting, kommuner och ideella organisationer. Särskilt viktiga åtgärder är information, utbildning, opinionsbildning,

1. Kostnaden är en uppräknig av 2002 års uppgifter till dagens penningvärde. Hänsyns har inte tagits till förändrade socialförsäkringssystem och sjuktal men ger fortfarande en bild av volymen av vad tobaken kostar samhället.

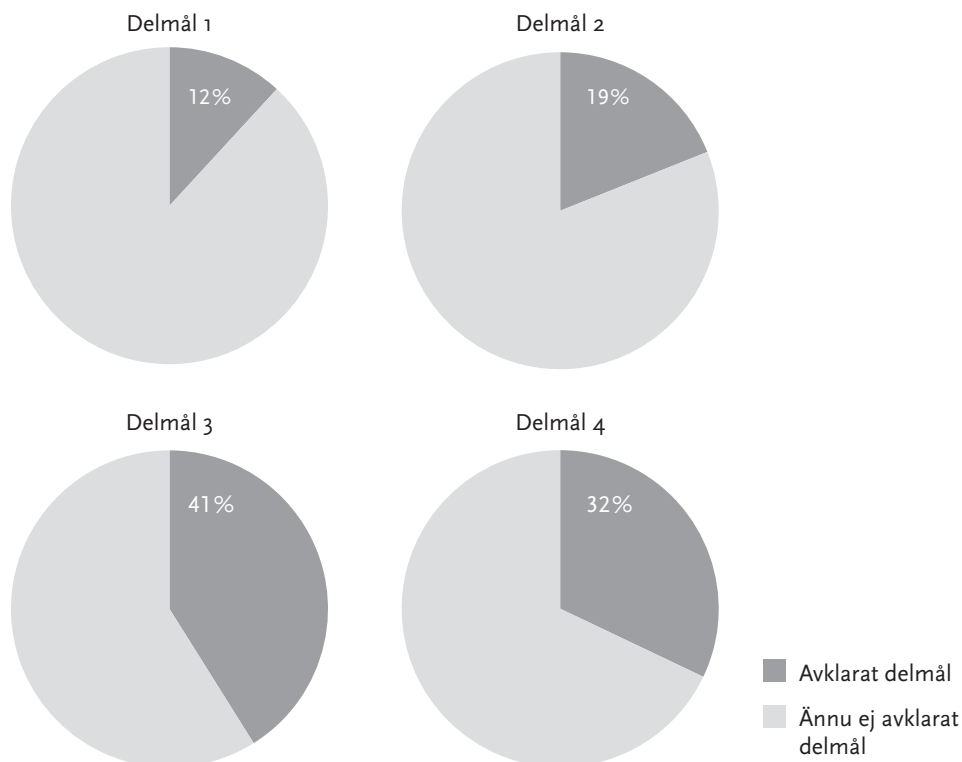
målgruppsanpassad tobaksavvänjning, rökfria miljöer, skyddande och begränsande lagstiftning med syfte att kontrollera tobaksindustrin och en aktiv prispolitik – allt för att minska tillgängligheten och förändra människors attityder till tobak (Statens folkhälsoinstitut, 2010e).

När de elva folkhälsopolitiska målområdena togs i bruk 2003 så beslutades för tobakens del även om fyra nationella delmål till 2014:

1. En tobaksfri livsstart.
2. En halvering av antalet ungdomar som börjar röka eller snusa.
3. En halvering av andelen rökare bland de grupper som röker mest.
4. Ingen ska ofrivilligt utsättas för rök i sin omgivning.

Figur 1 visar en uppskattning över hur långt samhället kommit med de fyra delmålen hösten 2010. Dessa beräkningar bygger på jämförelser av andelen tobaksbrukare inom de olika delmålen 2004 och 2010.

Figur 1. Uppskattning av hur långt arbetet kommit med de fyra nationella delmålen för ett minskat tobaksbruk från 2004 till hösten 2010 (Statens folkhälsoinstitut, 2010c).



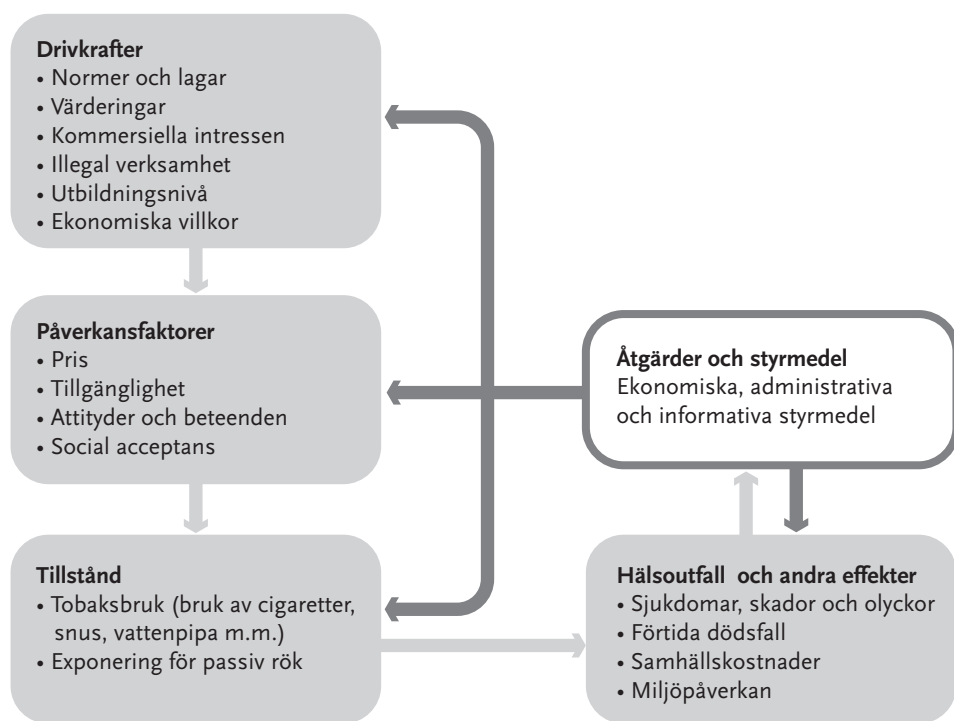
2

FAKTORER SOM PÅVERKAR TOBAKSBRUKET



MODELLEN NEDAN HAR utvecklats av Europeiska miljöbyrån och kallas för DPSIR, som står för driving forces, pressure, state, impact och respons (European Environmental Agency [EEA], 1999). Statens folkhälsoinstitut använder modellen inom tobaksområdet för att beskriva orsakssamband mellan samhälle och hälsa. Det stora värdet med modellen är att den illustrerar vilka bakomliggande faktorer som har betydelse för levnadsvanor och livsvillkor och därmed också för folkhälsan. Det är dessa faktorer som politiker och andra beslutsfattare kan påverka med olika åtgärder och styrmedel. Modellen hjälper alltså till att ge en tydlig struktur för policyanalysen. De engelska benämningarna har här översatts till drivkrafter, påverkansfaktorer, tillstånd, hälsoutfall och andra effekter samt åtgärder och styrmedel.

Figur 2: DPSIR-modellen över tobaksbrukets utveckling och dess orsaker.



Tillstånd

Mäts genom självrapporterat bruk av cigaretter och snus samt självrapporterad utsatthet för passiv rök.

Effekt och hälsoutfall

De negativa effekterna av tobaksbruk är väldokumenterade, särskilt bruket av rök-tobak. Kunskaperna om hälsoeffekterna av snusbruk är ännu inte heltäckande men vi vet i dag ändå tillräckligt mycket för att avråda från bruk av snus. Tobakens hälsoeffekter beskrivs vidare i kapitel tre.

Påverkansfaktorer

Användningen av tobak påverkas på individnivå av faktorerna *pris, tillgänglighet, attityder och beteenden* samt *social acceptans*.

Priset är den viktigaste faktorn för tobaksbruket och Världsbanken beräknar att en tioprocentig höjning av priset leder till en minskning av tobaksbruket med upp till 4 procent i medel- och höginkomstländer som Sverige. Personer med låg köpkraft, som ungdomar och låginkomsttagare, är extra priskänsliga (Prabhat J. Chaloupka FJ, 1999). Därför kan prishöjningar leda till minskade skillnader i hälsa, eftersom det är bland dessa grupper som tobaksbruket är som störst.

Att begränsa *tillgängligheten* till tobak är också en effektiv metod för att minska bruket. I Sverige begränsas tillgängligheten till tobak framför allt av förbudet att sälja till personer under 18 år. I detta sammanhang kan även de rökfria miljöerna räknas in, som begränsar antalet offentliga miljöer där man kan bli utsatt för passiv rök. Fler effektiva tillgänglighetsbegränsande åtgärder finns att införa, till exempel ett heltäckande marknadsföringsförbud för tobak och en utbyggnad av antalet rökfria miljöer, åtgärder som också rekommenderas i WHO:s ramkonvention om tobakskontroll, fortsättningsvis kallad tobakskonventionen (World Health Organisation, 2003).

Individens *attityder och beteenden* är i ofta det som avgör om man blir tobaksbrukare eller inte. Eftersom all tobak innehåller det starkt beroendeframkallande ämnet nikotin är det dock så att den vane tobaksbrukaren inte alltid använder tobak för att han eller hon vill det, eller har en positiv attityd till tobak, utan för att man blivit mer eller mindre beroende av drogen nikotin. Samhällets åtgärder mot tobak syftar dels till att förhindra att någon börjar med tobak, dels till att de som redan är brukare ska få stöd att sluta.

Med *social acceptans* menas medborgarnas inställning till tobak och till den svenska tobakspolitiken. Samtliga tobakspreventiva åtgärder som gjorts i Sverige genom åren har gravis förändrat samhällets inställning till tobak från att normen varit rökarens rätt att röka, till att nu vara icke-rökarens rätt att slippa bli utsatt för passiv rök. En restriktiv lagstiftning gör människors inställning till tobak mer negativ, samtidigt som det hela tiden krävs information och opinionsbildning för att förklara och understödja lagstiftningen.

Drivkrafter

I modellen representerar rutan med drivkrafter faktorer på en övergripande samhällsnivå som har betydelse för påverkansfaktorerna och i förlängningen på användningen av tobak. De drivkrafter som nämns är *normer och lagar*, *värderingar*, *kommersiella intressen* och *illegala verksamhet*. *Ekonomiska villkor* samt *utbildningsnivå* är i sig inte drivkrafter för användningen av tobak, men eftersom andelen tobaksbrukare är betydligt högre bland till exempel låginkomsttagare och lågutbildade, finns de ändå med som drivkrafter för att beskriva tobaksbrukets fördelning i samhället.

Den svenska tobakspolitiken väl förankrad i samhällets *normer och lagar*. Varje ny reglering som införts i tobakslagen under de senaste åren har föregåtts av en intensiv debatt som gjort människor mer negativt inställda till rökning. Enligt en undersökning av Europeiska kommissionen från 2009 är svenskarna även positivt inställda till ytterligare förstärkningar i tobakspolitiken så som exponeringsförbud av tobaksprodukter på säljställen (54 procent positiva) och införandet av varningsbilder på tobakspaket (69 procent positiva) (European commission, 2010). Samhälleliga *normer och lagar* och *värderingar* påverkar i sin tur både människornas tobaksbruk och deras attityder till tobaksbruk.

Tobaksindustrin står för de *kommersiella intressena*. Industrin har aktieägarnas uppdrag att maximera vinsterna och arbetar därför kontinuerligt med produktutveckling, marknadsföring och opinionsarbete gentemot både allmänhet och beslutsfattare.

Illegal verksamhet består framför allt av att smugglade cigaretter säljs till ett lägre pris. Staten förlorar miljontals kronor varje år på grund av smugglade och oskattade cigaretter. Smugglade cigaretter har ofta felaktiga eller utländska varningstexter eller inga alls, även om det i dag blivit vanligare med rena produktförfalskningar där både logotyper och varningstexter är identiska med de äkta varorna (J. Falkman, Tullverket, personlig kommunikation, 2010-06-24). En undersökning från 2010 visar att 95,6 procent (motsvarande andel 2009 var 94,2 procent) av alla konsumerade cigaretter i Sverige är legalt sålda och endast 0,7 procent² är smugglade (motsvarande uppgift 2009 var 1,4 procent). Resten av cigaretterna (3,7 procent) har privatpersoner tagit med sig hem vid resor (Institutionen för centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning [SoRAD], 2010).

Individens *utbildningsnivå* och *ekonomiska villkor* är i sig inte drivkrafter för tobaksbruk, det är med andra ord knappast så att personer med låg utbildning och låg inkomst lättare blir beroende än andra. Däremot är det tydligt att vissa grupper använder tobak mer än övriga befolkningen och därför finns den sociala grupptillhörigheterna *utbildningsnivå* och *ekonomiska villkor* med som faktorer som beskriver tobaksbrukets fördelning i samhället. Läs mer om detta i kapitel 5 – Hälsoskillnader mellan olika grupper.

2. Uppgiften om smuggelcigaretter 2010 baseras på siffror för januari–september, från SoRAD.

3

SAMBAND MELLAN TOBAKSBRUK OCH HÄLSA



- Tobaksrökning orsakar ett fyrtiotal olika sjukdomar, de vanligaste är hjärt-kärlsjukdomar, olika cancerformer och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL).
- Passiv rökning orsakar samma sorts sjukdomar som aktiv, men i lägre omfattning.
- Röken från en vattenpipa innehåller lika mycket giftiga ämnen som den från en cigarett, eller mer.
- Snus ökar risken för bland annat dödlig hjärtinfarkt och stroke, cancer i bukspottkörteln, förhöjt blodtryck och skador i munnen.

Rökning och passiv rökning

Alla som röker skadas av sitt bruk. Tobaksrökning har ett direkt samband med ett fyrtiotal olika sjukdomar, varav de vanligaste är hjärt-kärlsjukdomar, KOL, lungcancer och flera andra former av cancer. Detta leder till att cirka 6 400 människor dör i förtid varje år i Sverige på grund av sitt tobaksbruk, de flesta dödsfall beror på hjärt-kärlsjukdomar. (Socialstyrelsen, 2009b; Statens folkhälsoinstitut, 2009e). Varannan rökare dör i förtid av sitt bruk och i genomsnitt lever en rökare tio år kortare än en icke-rökare (Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004). Att vara utsatt för passiv rökning innebär i stort sett samma sorts risker som för den aktiva rökaren, om än i lägre grad. Risken att drabbas av sjukdomar på grund av passiv rökning ökar ju större exponeringen är (The Ontario Tobacco Research Unit, 2001).

Vattenpipsrökning

En relativt ny företeelse i Sverige är vattenpipsrökning. Traditionen kommer från Mellanöstern och har snabbt blivit populär, framför allt bland ungdomar. Vid en vattenpipsession, som oftast pågår 20–80 minuter, får rökaren i sig höga halter av nikotin, kolmonoxid, tjära, tungmetaller och andra cancerogena ämnen. Dessa ämnen orsakar samma sjukdomar och beroende som cigarett rökning. Det förekommer även rökmassa för vattenpipa utan tobak, men den röken innehåller också en rad olika skadliga ämnen (Statens folkhälsoinstitut, 2010f; World Health Organization, 2005).

Snusning

Flera studier och litteraturgenomgångar under de senaste åren visar att det nu finns sådan kunskap om snusets skadeverkningar för att avråda från snusbruk. Forskningsläget kan sammanfattas på följande sätt: Snusning ökar risken för cancer i bukspottkörteln (Cnattingius et al., 2005), matstrupe och magsäck, (Boffetta, Hecht, Gray, Gupta, & Straif, 2008; Luo et al., 2007; Zendejdel et al., 2008) dödlig hjärtinfarkt, dödlig stroke (Boffetta & Straif, 2009; Cnattingius et al., 2005; Hergens, 2007), förhöjt blodtryck (Cnattingius et al., 2005; Hergens, 2007) samt olika typer av munslemhinneförändringar (Cnattingius et al., 2005). Det finns

även indikationer på att snusning ökar risken för diabetes och metabolt syndrom³ (Norberg, Stenlund, Lindahl, Boman, & Weinehall, 2006), för tidig förlossning, reducerad födelsevikt och havandeskapsförgiftning (England et al., 2003).

Ett ytterligare skäl för en restriktiv hållning i snusfrågan är ny kunskap om interaktion i hjärnans ”belöningssystem” mellan nikotin och andra droger. Till exempel är de ungdomar som snusar också de som alkoholberusar sig mest (Wickholm, Galanti, Soder, & Gilljam, 2003). I en nyligen publicerad enkätstudie bland drygt 800 tonåringar i Stockholms län rapporterar snusande ungdomar och ungdomar som både röker och snusar mångdubbelt fler symtom på nikotinberoende än jämnåriga som enbart röker. Blandbrukarna hade också börjat använda tobak i lägre ålder än sina jämnåriga kamrater. Bland dem som snusade använde över 70 procent tobak dagligen, jämfört med 46 procent av rökarna (Post, Gilljam, Rosendahl, Bremberg, & Galanti, 2010).

Snusets skadliga effekter jämförs ofta med rökningens, men en sådan jämförelse blir skev då få produkter eller beteenden är så hälsofarliga som rökning. Effekterna och hälsoriskerna för snusaren bör jämföras med att inte använda någon form av tobak alls (Statens folkhälsoinstitut, 2009e).

3. Metabolt syndrom är ett samlingsnamn för ett antal faktorer som ökar risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdomar så som bukfetma, förhöjd mängd triglycerider (fett) i blodet, låg andel HDL-kolesterol i blodet, högt blodtryck, nedsatt glukostolerans och diabetes typ 2.

4

UTVECKLINGEN AV TOBAKS- BRUKET OCH DESS EFFEKTER PÅ BEFOLKNINGENS HÄLSA

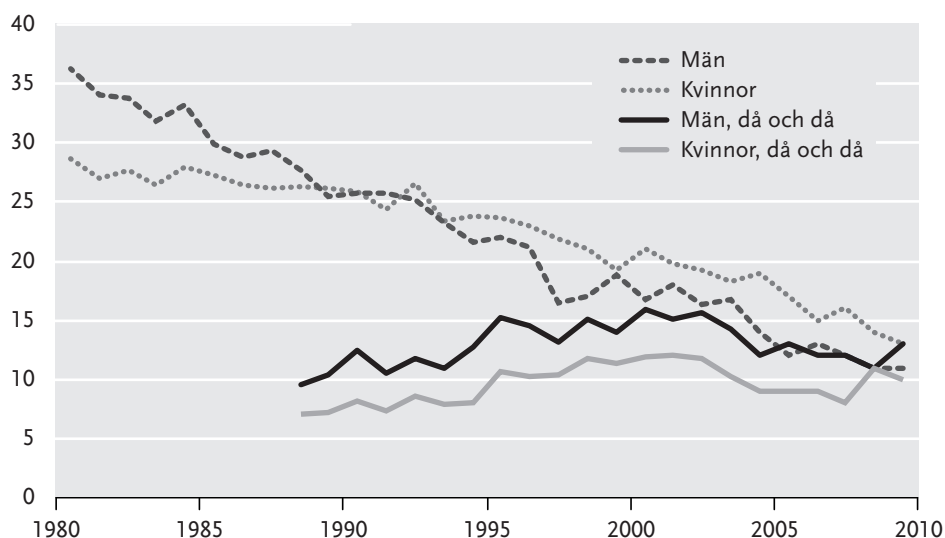


- Andelen dagligrökare i Sverige är 13 procent bland kvinnor och 11 procent bland män, medan andelen dagligsnusare är 4 procent bland kvinnor och 19 procent bland män.
- Andelen som röker då och då är 10 procent bland kvinnor och 13 procent bland män, snusar då och då gör 3 procent av kvinnorna och 6 procent av männen.
- Rökning är i dag vanligast bland personer med låg utbildning och låg inkomst, bland funktionsnedsatta samt i vissa invandrargrupper.
- 2008 rökte 6,9 procent av de gravida kvinnorna vid inskrivningen till mödravårdscentralen och 1,1 procent snusade.
- Efter en lång nedåtgående trend tycks nu rökningen bli allt vanligare bland ungdomar.

Vuxnas tobaksvanor

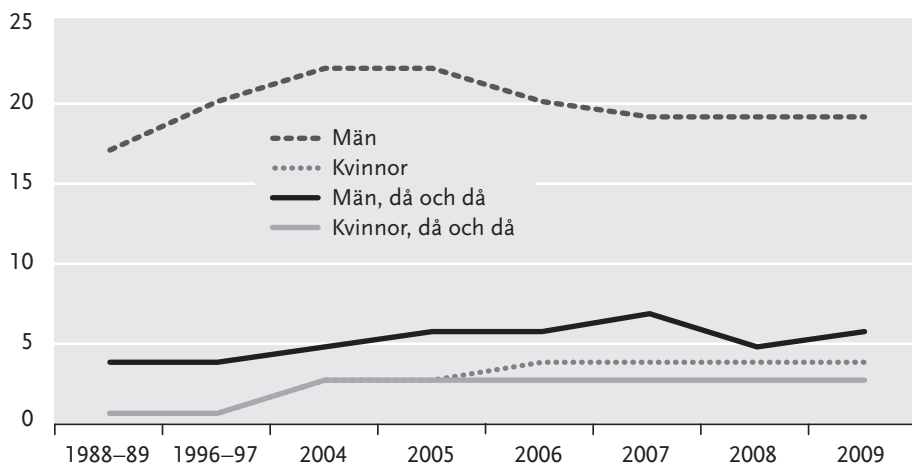
Det tobakspreventiva arbetet i Sverige har varit framgångsrikt, och alltsedan 1980-talets början har rökningen minskat i hela den vuxna befolkningen (figur 2). År 2009 var andelen dagligrökare 13 procent bland kvinnor och 11 procent bland män.

Figur 3. Andel (procent) vuxna dagligrökare och tillfällighetsrökare 16–84 år, 1980–2009. Åldersstandardiserat (Statens folkhälsoinstitut, 2009c; Statistiska centralbyrån [SCB], 2009b).



Sedan 2005 har andelen snusare i Sverige sjunkit bland männen medan snusbruket varit relativt konstant bland kvinnorna (figur 3). 2009 uppger 19 procent av männen och 4 procent av kvinnorna att de snusar dagligen. Bland både män och kvinnor är andelen dagligsnusare störst i åldersgruppen 16–29 år, till skillnad från rökarna, där den största andelen brukare finns i åldrarna 45–64 år (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

Figur 4. Andel (procent) vuxna dagligsnusare och tillfällighetsnusare 16–84 år, 1988/89, 1996/97 samt 2004–2009. Åldersstandardiserat (Statens folkhälsoinstitut, 2009c; Statistiska centralbyrån [SCB], 2009b).



Utsatta grupper

Vuxna rökare är vanligast bland personer med låg utbildning och låg inkomst, samt i vissa invandrargrupper, grupper som ofta även har andra riskabla levnadsvanor. Rökning är vanligare bland arbetare än bland tjänstemän, och bland sjukskrivna och arbetslösa än bland förvärvsarbetande. Den nuvarande fördelningen av rökvanorna orsakar och förstärker således skillnader i hälsa mellan olika grupper i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2009c). En förklaring till utvecklingen är att de grupper som under första hälften av nittonhundratalet var först med att börja röka, de välutbildade, nu har tagit till sig av hälsobudskapen och slutat. Personer med utländsk bakgrund har andra rökvanor än infödda svenskar beroende på att de tar med sig sitt lands rökvanor till Sverige. Generellt i världen så röker fler män än kvinnor, och så är också situationen i många invandrargrupper i Sverige.

Även bland snusarna finns socioekonomiska skillnader i bruket, om än inte lika uttalade som bland rökarna. Men det är mycket tydligt att högutbildade män snusar i betydligt lägre utsträckning (16 procent) än lågutbildade (25 procent). Få personer med utomnordisk bakgrund snusar eftersom snusning utanför Norden är mycket ovanligt (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

HBT-personers tobaksvanor

En annan grupp i samhället vars tobaksvanor skiljer sig åt från befolkningen i stort är unga HBT-personer (homo-, bi- och transsexuella) mellan 16 och 29 år. Här snusar män och kvinnor i stort sett i samma utsträckning (9 respektive 10 procent), medan fler män än kvinnor röker (20 respektive 18 procent). Andelen rökare

bland unga HBT-personer är även dubbelt så stor som bland heterosexuella i samma åldersgrupp (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Personer med funktionsnedsättning

2008 gjorde Statens folkhälsoinstitut en omfattande genomgång av hälsosituationen för personer med funktionsnedsättning. Genomgången visade bland annat att denna grupp hade större andel dagligrökare än övriga befolkningen – i åldersgruppen 16–64 år var andelen hela 50 procent större. Att vara utsatt för passiv rök var också betydligt vanligare i denna grupp, särskilt bland män. Bland männen fanns det även större andel snusare bland personer med funktionsnedsättning än bland befolkningen i övrigt, men skillnaden var liten (Boström, 2008).

Gravidas och spädbarnsföräldrars tobaksvanor

Bland gravida har andelen tobaksbrukare minskat stadigt sedan mätningarna startade 1983. År 2008 var det 6,9 procent av kvinnorna som rökte dagligen och 1,1 procent som snusade dagligen vid inskrivningen på mödravårdscentralen. Detta är en minskning med 5,1 respektive 0,1 procentenheter sedan 2000 och betydligt lägre än andelen tobaksbrukare bland övriga kvinnor i samma ålder. De nyblivna pappornas tobaksbruk tycks dock inte påverkas nämnvärt av barnets födelse då de röker i lika stor utsträckning som övriga män i befolkningen (Socialstyrelsen, 2009a, 2009c).

Ungdomars tobaksvanor

Efter en nedåtgående trend alltsedan 1970-talet tycks nu rökningen bli allt vanligare bland ungdomar. Sedan 2005 har andelen rökare i årskurs 9 och i gymnasiets årskurs 2 ökat, framför allt bland pojkar, men även bland flickor. Fortfarande är dock rökning vanligare bland flickor än bland pojkar, både på högstadiet och i gymnasiet. I årskurs 9 uppger 23 procent av pojkarna och 30 procent av flickorna att de röker. Av dessa uppger 9 procent av pojkarna och 12 procent av flickorna att de röker varje eller nästan varje dag. Betydligt fler av eleverna i gymnasiets årskurs 2 uppger att de röker, 33 procent av pojkarna och 42 procent av flickorna. Av dessa uppger 12 respektive 19 procent att de röker varje eller nästan varje dag (Hvitfeldt & Gripe, 2009).

Andelen snusande ungdomar har sjunkit stadigt under de senaste tio åren, särskilt bland pojkar. År 2009 uppger 15 procent av pojkarna i årskurs 9 och 4 procent av flickorna att de snusade. Av dessa var det 9 procent av pojkarna och mindre än 1 procent av flickorna som snusade varje eller nästan varje dag. Även i gymnasiets årskurs 2 minskar andelen snusare, även om de är betydligt fler än på högstadiet. 25 procent av pojkarna och 7 procent av flickorna i gymnasiets årskurs 2 uppger att de snusar, varav 15 respektive 3 procent uppger att de gör det varje eller nästan varje dag (Hvitfeldt & Gripe, 2009).

Även erfarenheten av vattenpiprökning är stor bland landets ungdomar. Ungefär var tredje elev i årskurs 9 och över 60 procent av eleverna i gymnasiets årskurs 2 uppger att de rökt vattenpipa en eller flera gånger (Hvitfeldt & Gripe, 2009).

Passiv rökning

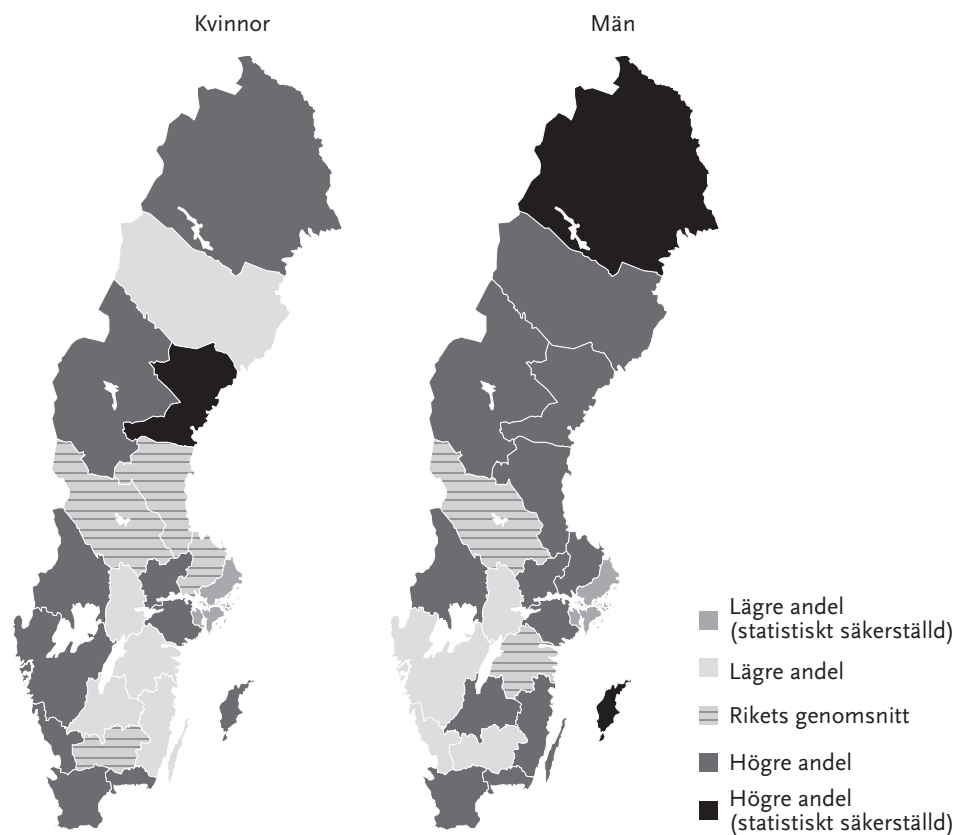
Andelen i befolkningen som utsätts för passiv rök har fortsatt att minska, efter lagändringen 2005, då rökning i serveringsmiljöer förbjöds. Fortfarande utsätts dock 16 procent av befolkningen för passiv rökning minst en gång per vecka. När det gäller arbetsmiljön som enligt lag ska vara rökfri så är det fortfarande 8 procent av befolkningen som utsätts för passiv rök på jobbet. Personal inom hemtjänst, hemsjukvård, personliga assistenter och restauranganställda (med utomhusservering) är exempel på utsatta yrkesgrupper. Fler män än kvinnor utsätts för passiv rök och bland både män och kvinnor är det framför allt i åldersgruppen 16–29 år som man är utsatt för passiv rökning (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

Totalt tobaksbruk

Även om andelen rökare i Sverige är låg i ett internationellt perspektiv, så är det totala tobaksbruket högt, på grund av den höga andelen snusare bland svenska män. 28 procent av männen och 17 procent av kvinnorna, totalt 1 600 000 personer, röker och/eller snusar dagligen i Sverige. Dessutom finns det en stor andel som använder tobak ibland och den andelen har ökat sedan början av 1990-talet, även om ökningen stannat av sedan 2000. Som framgår i figur 4 så är andelen tobaksbrukare mycket varierande i olika delar av landet. Bland kvinnor är tobaksbruk vanligast i Västernorrland, medan det finns flest tobaksbrukande män i Norrbotten och på Gotland. Lägst andel tobaksbrukare bland både kvinnor och män finns i Stockholms län (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

Snusningens omfattning bland män antas ibland förklara varför det i dag är färre män än kvinnor som röker i Sverige. Männen skulle alltså ha slutat röka med hjälp av snus, men det antagandet stöds inte av svenska data. Sammanslagna resultat från åren 2005–2009 från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor visar att 40 procent av snusarna aldrig har rökt. Dessutom är var tredje snusare blandbrukare, det vill säga både röker och snusar. Av snusarna är det drygt 10 procent som röker dagligen och drygt 20 procent röker ibland (Statens folkhälsoinstitut, 2009d). Snusarna är alltså dagligrökare i ungefär lika stor utsträckning som övriga befolkningen och tillfällighetsrökare i nästan dubbelt så stor utsträckning. Det framgår även att endast cirka 5 procent av de svenska männen har övergått från rökning till snusning. Svenska kvinnor har dessutom slutat röka i nästan samma utsträckning som svenska män utan att gå över till snus (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

Figur 5. Andelen som använder tobak dagligen i Sveriges län och regioner, 16–24 år (Statens folkhälsoinstitut, 2009c)



5

HÄLSOSKILLNADER MELLAN OLIKA GRUPPER

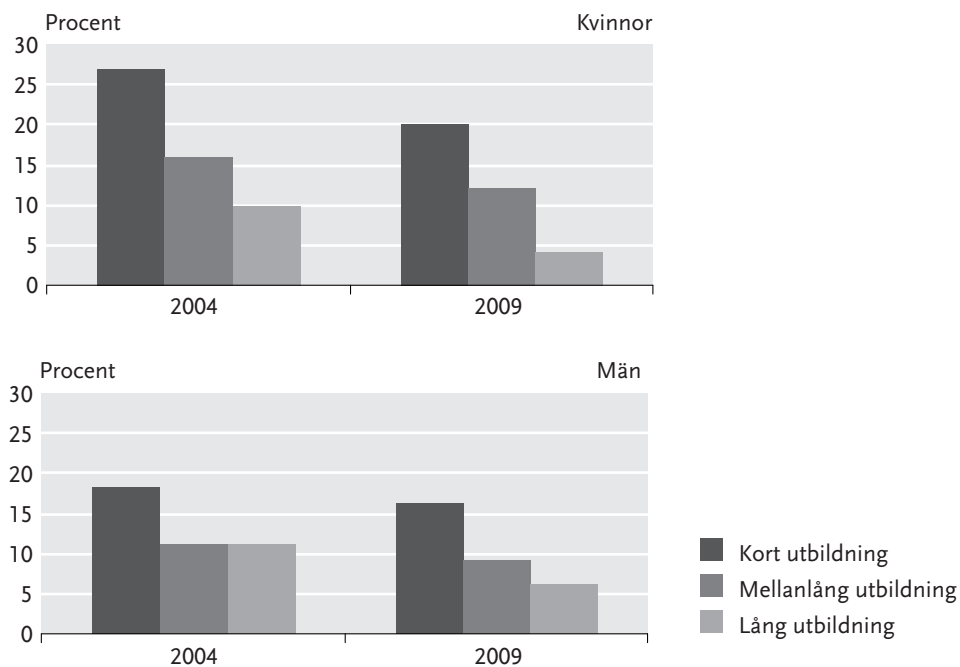


- Skillnader i tobaksvanor och hälsa mellan personer i olika socioekonomiska grupper har ökat under de senaste fem åren. Framför allt för kvinnor har skillnaderna ökat mellan höginkomsttagare och låginkomsttagare, respektive högutbildade och lågutbildade.
- Bland snusare är skillnaderna i utbildning, inkomst och hälsa inte lika tydliga som bland rökare.

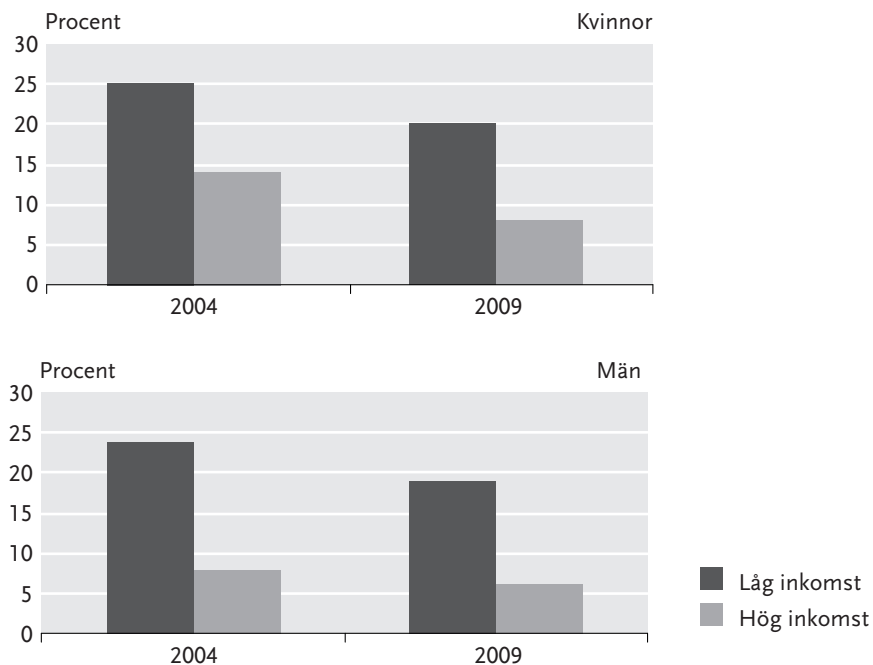
Det övergripande målet för Sveriges folkhälsopolitik är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. De befolkningsgrupper som utsätts för de största hälsoriskerna ska ges särskild uppmärksamhet (Sveriges regering, 2008). Detta innebär att man inte enbart bör följa hur olika faktorer som påverkar hälsan utvecklas i befolkningen som helhet, utan även spridningen i levnadsvillkor och levnadsvanor mellan olika sociala grupper. Inte sällan är det samma personer som utgör riskgrupp för flera olika sjukdomstillstånd och ansamlingen av flera riskfaktorer hos samma individer ökar risken för ohälsa. Detta bidrar till att öka skillnaderna mellan de som har bäst och sämst hälsa i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2008a).

En jämförelse av tobaksbruket mellan 2004 och 2009 visar att rökningen minskat i alla grupper i samhället, men att skillnaden mellan grupperna i många fall har ökat. Så har till exempel skillnaden mellan arbetslösa och yrkesarbetande kvinnor ökat från att andelen arbetslösa dagligrökande kvinnor var 30 procent högre 2004 till att de 2009 är dagligrökare i nästan dubbelt så stor utsträckning som yrkesarbetande. Även skillnaden mellan kvinnor med hög respektive låg inkomst har ökat. 2004 fanns det 80 procent fler dagligrökare bland kvinnliga låginkomsttagare än bland höginkomsttagare medan andelen 2010 var 150 procent högre. Den allra tydligaste förändringen har skett i förhållandet mellan högutbildade och lågutbildade kvinnor. 2004 var det 2,7 gånger vanligare att lågutbildade kvinnor var dagligrökare. Samma jämförelse 2009 visar att det nu är fem gånger vanligare. Även bland män har skillnaderna ökat i samtliga dessa jämförelser, men inte lika tydligt (Statens folkhälsoinstitut, 2009c). En förklaring till de större skillnaderna bland kvinnorna är att männen, som tidigare än kvinnorna tog upp rökvanan i Sverige, också haft fler år på sig att sluta. Männen har minskat sin rökning alltsedan slutet av 1960-talet, medan kvinnorna rökte som mest i början av 1980-talet.

Figur 6. Andel dagligrökare (%) bland män och kvinnor med olika utbildningsnivå, 2004 och 2009.



Figur 7. Andel dagligrökare bland manliga respektive kvinnliga hög- och låginkomsttagare, 2004 och 2009.

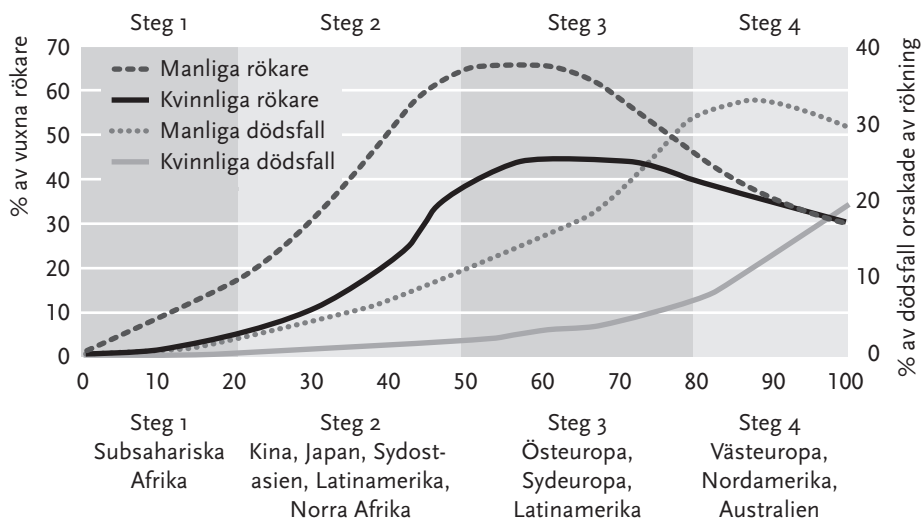


För dagligsnusarnas del har inte skillnaderna i hälsa ökat i samma omfattning som bland dagligrökarna. Men skillnaderna i snusvanor mellan låginkomsttagare och höginkomsttagare har ökat – bland både män och kvinnor blev det mellan 2004 och 2009 mer vanligt att låginkomsttagare snusade än att höginkomsttagare gjorde det. Den enda skillnaden som faktiskt har minskat under perioden är den mellan högutbildade och lågutbildade män. I dag är det vanligare att högutbildade snusar dagligen än vad det var 2004 och därför har skillnaden i hälsa mellan högutbildade och lågutbildade snusande män minskat tydligt (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).

Tillsammans med långsiktig och bred information och utbildning har som prishöjningar på tobak, införandet av fler rökfria miljöer och vissa förbud kring marknadsföring av tobaksprodukter bidragit till att tobaksbruket stadigt minskat i landet (Statens folkhälsoinstitut, 2009e). Det är också den här typen av långsiktiga, breda och generella åtgärder som behövs för att skillnaderna mellan olika grupperns tobaksvanor på sikt ska utjämnas.

Utvecklingen av tobaksvanorna och de tobaksrelaterade dödsfallen i ett land eller en region kan beskrivas med hjälp av en teoretisk modell (figur 7). Denna modell består av fyra steg och åskådliggör hur långt olika länder och områden i världen har kommit i tobaksepidemin. Sverige befinner sig i den fjärde fasen som karakteriseras av en fallande andel rökare både bland män och kvinnor och även en minskad andel dödsfall orsakade av rökning bland män. Bland kvinnorna däremot ökar fortfarande antalet rökrelaterade dödsfall på grund av att de senare än männen tog upp rökvanan (Lopez, 1994). Denna modell kan även användas för att beskriva tobaksbrukets utveckling bland olika sociala grupper i ett samhälle, där till exempel högutbildade tidigare än lågutbildade tar till sig information om rökningens skadeverkningar.

Figur 8. En teoretisk modell över tobaksbrukets fyra faser och hur långt det kommit i olika delar av världen (Lopez, 1994).





6

TOBAKSFÖREBYGGANDE ARBETE – ÅTGÄRDER OCH RESULTAT

MÅNGA ÅTGÄRDER HAR under den senaste femårsperioden genomförts eller påbörjats både nationellt och internationellt för att minska tobaksbruket. Vi ger här en översikt över åtgärderna och deras effekter, samt en bedömning av de resultat som uppnåtts.

Internationellt

WHO antog 2003 ramkonventionen om tobakskontroll, ett juridiskt bindande avtal som 171 länder hittills har anslutit sig till (ratificerat). Konventionen innehåller metoder och strategier med vetenskapligt stöd för att både minska efterfrågan på och tillgången till tobak (World Health Organisation, 2003). Sverige ratificerade konventionen 2005 och gav den därmed samma status som andra internationella konventioner som Sverige ratificerat, till exempel konventionen om mänskliga rättigheter och barnkonventionen. Ratificeringen av tobakskonventionen innebär att Sverige förbundit sig att anpassa lagar och övriga åtgärder efter dess krav. Ett omfattande arbete pågår även bland konventionens parter för att omsätta den i praktisk handling, både inom och mellan anslutna länder. Detta arbete innebär bland annat att riktlinjer och protokoll utarbetas för hur konventionens artiklar ska tolkas (Statens folkhälsoinstitut, 2009f). Under tiden 2005–2010 har riktlinjer utarbetats kring myndigheters eventuella kontakter med tobaksindustrin (artikel 5.3), om rökfria miljöer (artikel 8), om varningstexter (artikel 11) och om tobaksreklam (artikel 13). Hösten 2010 genomfördes det senaste mötet med konventionens parter och då beslutades det även om riktlinjer för information, utbildning och opinionsbildning (artikel 12) och om tobaksavvänjning (artikel 14). För artikel 12 har Sverige sedan 2008 varit huvudansvarigt i en arbetsgrupp tillsammans med Tyskland, Palau och Turkiet för att ta arbete fram riktlinjerna. Rekommendationerna som tobakskonventionens parter inklusive EU och Sverige ställt sig bakom syftar exempelvis till att införa helt rökfria miljöer för alla, stora varningstexter och varningsbilder på tobaksförpackningar, och totalförbud för marknadsföring av tobak på försäljningsställen, inklusive exponeringsförbud av tobakspaket. Konventionens parter rekommenderas också enligt artikel 13 att utreda möjligheten att införa neutrala tobakspaket utan färger och logotyper.

Direktiv och rekommendationer från EU

Det finns flera direktiv och rådsrekommendationer från EU som påverkar den svenska tobakspolitiken. De viktigaste är skattedirektivet, som beskriver hur tobak ska beskattas (Europeiska unionen, 2009a, 2009b), märkningsdirektivet, som föreskriver hur tobaksförpackningar ska märkas med exempelvis bild- och textvarningar samt innehållsdeklaration (Europeiska unionen, 2001), samt marknadsföringsdirektivet, som reglerar tobaksindustrins möjligheter att marknadsföra sina varor (Europeiska unionen, 2003). Under 2010 startade ett arbete med att revidera märkningsdirektivet.

Den senaste rådsrekommendationen om rökfria miljöer antogs 2009. I enlighet med vad som sägs i ramkonventionen om tobakskontroll uppmanas medlems-

länderna i denna rekommendation bland annat att införa totalt rökfritt för alla i alla miljöer, varningsbilder på tobaksförpackningar och att göra tobaksavvänjningen målgruppsanpassad och tillgänglig för alla (Europeiska unionen, 2009a). Kommissionen uppmanar också alla EU-länder att undersöka möjligheten att införa neutrala tobakspaket utan färger och logotyper. Direktiven och rekommendationerna innebär att Sverige kommer att behöva skärpa lagstiftningen och höja ambitionsnivån i tobakspolitiken ytterligare.

Sverige har ett permanent undantag från EU:s förbud mot snusförsäljning, på villkor att Sverige förbjuder export av snus till EU:s medlemsländer. I två fall har EU-domstolen klargjort att detta förbud är förenligt med EU:s grundfördrag och att det inte utgör något diskriminerande handelshinder (EU-domstolen, 2002, 2003). Förbudet har dock under de senaste åren debatterats flitigt i Sverige. Argumenten har varit att exportförbudet är ett oproportionerligt handelshinder samt att det svenska snuset bidrar till minskad rökning. Under 2008 utredde en vetenskaplig kommitté på EU-kommissionens uppdrag snusets hälsorisker och bedömde även frågan om att upphäva snusförbudet. Kommitténs rapport, som publicerades i början av 2008, konstaterade att snus och liknande produkter är cancerframkallande och beroendeskapande och att det saknas data som kan stödja eller motbevisa hypoteser om att snus kan hjälpa människor att sluta röka. Man konstaterade också att det inte heller går att överföra erfarenheter av rökfria tobaksprodukter från ett land till ett annat (European Commission, 2008).

EU driver sedan 2005 kampanjen HELP – for a life without tobacco i samtliga medlemsländer. Kampanjen, som finansieras av medel från de snart avslutade subventionerna till europeisk tobaksodling, syftar till att erbjuda ungdomar hjälp att motstå kamrattryck och att inte börja röka, samt upplysning om behovet av skydd mot passiv rökning. Kampanjen använder sig av olika medier för att nå ut till befolkningen, till exempel Internet, teve och utställningar på olika festivaler och evenemang (Europeiska unionen, 2010).

Åtgärder och resultat i Sverige

Figur 9. Kronologisk översikt av genomförda åtgärder i Sverige inom målområde 11 – tobaksbruk.

Åtgärd	Nivå	Aktör	Faktorer som påverkas ⁴	Bedömning av resultaten (och långsiktig effekt?)
<i>Ändring i tobakslagen 2005, cigarettpaket med färre än 19 cigaretter och styckvis försäljning förbjuds, marknadsföringsförbudet förstärks</i>	Nationell	Riksdag, länsstyrelser, kommuner och handlare	Normer och lagar som i sin tur påverkar tillgänglighet och social acceptans	Tillgängligheten för unga och personer med låg köpkraft begränsas när möjligheten att köpa enstaka cigaretter och småpaket försvann. Minskad exponering för tobaksreklam när utomhusreklam och sponsring förbjöds. Dessutom infördes regler om synlig skylt med åldersgränsen vid kassan, ålderskontroll vid försäljning via postorder, automat och Internet samt bestämmelser om anmälningsplikt och egentillsynsprogram för tobakshandlare.
<i>Rökförbud i serveringsmiljöer 2005</i>	Nationell	Riksdagen och restauratörer, kommunernas tillsynsenhet	Normer och lagar som i sin tur påverkar tillgänglighet och social acceptans	Andelen utsatta för passiv rök har minskat och anställda på restauranger och liknande har fått bättre hälsa. Rökförbudet i serveringsmiljöer är populärt och det efterlevs.
<i>Regeringsuppdrag: Nationella tobaksuppdraget 2008–2010</i>	Nationell, regional och lokal	Statens folkhälsoinstitut samt samarbetspartner	Attityder och beteenden samt social acceptans	Regionalt stöd och nationell samordning av det tobakspreventiva arbetet: metodmaterial och kunskapsöversikter utbildningar för nyckelpersoner metodutveckling.
<i>Ändring i tobakslagen 2010, polisen får tillsynsansvar, straffsatserna för brott mot tobakslagen skärps och försäljningsförbud införts som möjlig påföljd</i>	Nationell	Riksdag, polisen, kommunerna	Normer och lagar för att påverka tillgänglighet	Kommunernas tillsyn över försäljning till underåriga enligt tobakslagen förtydligas och förenklas.

tabellen fortsätter på nästa sida

4. Med faktorer avses drivkrafter och påverkansfaktorer i DPSIR-modellen i figur 2.

fortsättning från föregående sida

Åtgärd	Nivå	Aktör	Faktorer som påverkas ⁴	Bedömning av resultaten (och långsiktig effekt?)
<i>Ekonomiskt stöd till Sluta röka-linjens verksamhet</i>	Nationell	Stockholms läns landsting, Karolinska institutet	Attityder och beteenden	Sluta röka-linjen har kunnat bedriva sin verksamhet. I genomsnitt har nästan 10 000 behandlingssamtal genomförts per år. Andelen rökfria efter ett år är drygt 30 procent.
<i>Skattehöjningar på tobak t.o.m. 2010</i>	Nationell	Riksdagen	Pris	Tobakspriset har ökat, försäljning av snus och cigaretter har minskat, andelen tobaksbrukare har minskat.
<i>Utbyggnad av tobaksavvänjningsstödet 2005–2010</i>	Nationell och regional	Landstingen och Statens folkhälsoinstitut	Attityder och beteenden	Andelen vårdcentraler som erbjuder tobaksavvänjning ökat från cirka 50 till 70 procent. Fler kan få hjälp, ökad kunskap om var hjälpen finns, men tillgängligheten och kvaliteten på stödet varierar.
<i>Rökfri och tobaksfri arbetstid i kommuner och landsting t.o.m. 2010</i>	Regional och lokal	Kommuner och landsting	Normer och lagar, attityder och beteenden samt social acceptans	Antalet kommuner som infört policy om rökfri arbetstid har ökat från fyra i december 2004 till 138 i februari 2011. Samtliga landsting och regioner har 2009 infört bestämmelser om rökfri arbetstid.
<i>Utbyggd tillsynsverksamhet på lokal och regional nivå</i>	Regional och lokal	Länsstyrelser och kommuner	Normer och lagar som i sin tur påverkar tillgänglighet	Både kommunernas och länsstyrelsernas tillsynsverksamhet är liten, även om den blivit något större sedan 2005.

Sverige ratificerade WHO:s ramkonvention om tobakskontroll 2005 och förstärkte i samband med det tobakslagen på några punkter. Bland annat skärptes reglerna kring marknadsföring av tobak och ett förbud mot lågpriscigarettor och förpackningar med mindre än 19 cigarettor infördes. År 2005 förbjöds även rökning i serveringsmiljöer och 2010 förändrades reglerna kring försäljning av tobak, för att öka efterlevnaden av tobakslagen (SFS 1993:581). Tobaksskatten har höjts två gånger under de senaste åren och höjningarna sammanfaller med en minskad tobaksförsäljning och även en minskad andel brukare (figur 11). Under de senaste fem åren har tullens beslag av cigarettor minskat något jämfört med föregående femårsperiod (Tullverket, 2010), vilket kan tyda på att smugglingen minskat. En undersökning från 2010 visar att andelen av de konsumerade cigarettorna som är smuggelcigarettor har minskat från 2,9 procent 2005 till 0,7 procent 2010⁵ (SoRAD, 2010). Flera stora beslag och en ökad mängd beslagtagna tobak de senaste åren tyder dock på att tobakssmuggling fortfarande är ett stort problem i Sverige (J. Falkman, Tullverket, personlig kommunikation, 2010-06-24).

Statens folkhälsoinstitut har under 2000-talet i två omgångar fått ökade resurser från regeringen i samband med ett nationellt tobaksuppdrag för att förstärka det tobaksförebyggande arbetet. Det första uppdraget genomfördes 2002–2005 och det andra 2008–2010. Satsningarna har inneburit att de tobaksförebyggande åtgärderna på regional och lokal nivå kortsiktigt har ökat med både kommuner, landsting, länsstyrelser och ideella organisationer som utförare (Statens folkhälsoinstitut, 2005b, 2010b). Under åren mellan regeringsuppdragen, 2005–2008, fanns inga särskilda medel avsatta för arbetet och det prioriterades ner på både nationell, regional och lokal nivå. Det ledde till att Sverige i ett internationellt perspektiv halkade efter med åtgärderna mot tobak. En jämförelse över de europeiska ländernas tobakspolitik från 2007 placerar Sverige som sjätte bästa land (Joossens L & Raw M, 2007).

Statens folkhälsoinstitut har under de senaste åren också administrerat två särskilda satsningar, ANDT-projektmedel och Informationsuppdraget, som ger pengar till förebyggande projekt runt om i landet. Men det är inte mycket pengar som har gått till förebyggande arbete med tobak, bara drygt två miljoner kronor av totalt cirka 80 miljoner.

Sedan 1998 finns en nationell telefonlinje i Sverige, Sluta röka-linjen, dit vem som helst kan ringa och gratis få hjälp med tobaksavvänjning. Antalet samtal till linjen har under de senaste åren minskat, framför allt beroende på en minskad budget för marknadsföring (Statens folkhälsoinstitut, 2010g) men också som ett resultat av att det tobaksförebyggande arbetet fick en lägre prioritet 2005–2008. År 2009 genomförde linjen 7 672 behandlingssamtal jämfört 9 494 samtal 2005 genomfördes under året (Statens folkhälsoinstitut, 2008b, 2010g). Drygt 30 procent av dem som ringer till linjen är rökfria ett år senare.

5. Uppgiften om smuggelcigarettor 2010 baseras på siffror från SoRAD för januari–september.

Regionalt och lokalt

Alla landsting har i dag en tobakspolicy med regler om bland annat rökfri eller tobaksfri arbetstid (Statens folkhälsoinstitut, 2010d). Andelen vårdcentraler som kan erbjuda tobaksavvänjning har ökat från cirka 50 procent 2005 till cirka 70 procent 2009. Trots detta har beräkningar visat att endast cirka 12 000 personer av de cirka 300 000 som beräknas försöka sluta varje år, fick hjälp med det på vårdcentralerna 2009. Den troliga förklaringen till detta är att tobaksavvänjarna inte får tillräckligt med tid till avvänjning inom det ordinarie arbetet (Statens folkhälsoinstitut, 2009e, 2010d).

Regionalt finns framför allt två aktörer med övergripande ansvar för det förebyggande arbetet med tobak, dels landstingens samordnare som drivit på sedan början av 1990-talet, dels länsstyrelsernas samordnare som sedan 2008 har ansvar för hela ANDT-området.

På lokal nivå var det i oktober 2010 hela 138 kommuner som hade infört en tobakspolicy med rökfri eller tobaksfri arbetstid, vid årsskiftet 2004/2005 var det bara fyra kommuner (Tobaksfakta, 2010). Samtidigt varierar de regionala och lokala ambitionsnivåerna i det tobaksförebyggande arbetet och det behöver förstärkas och bedrivs mer långsiktigt än i dag. Länsstyrelserna och kommunerna har ökat sitt tillsynsarbete enligt tobakslagen något från en tidigare mycket låg nivå. Länsstyrelserna avsatte 2008 i genomsnitt knappt 0,1 årsarbetskrafter och kommunerna 0,25 årsarbetskrafter till tobakstillsyn. Kommunala förbud eller förelägganden är fortfarande ovanliga även om de ökat under de senaste tre åren. Tillsynen över tobakshandeln behöver prioriteras och få mer resurser i länen och kommunerna så att man kan bevaka efterlevnaden av tobakslagens regler bättre (Statens folkhälsoinstitut, 2009b).

Sammanfattning av kapitel 3 till 5

Under de senaste fem åren har många åtgärder och aktiviteter genomförts för att påverka tobaksbruket och både andelen dagligrökare och dagligsnusare har också minskat, men de sociala skillnaderna i tobaksbruk har i många avseenden ökat. Det är till exempel mycket vanligare att låginkomsttagare och lågutbildade röker varje dag, än att höginkomsttagare och högutbildade gör det, och dessa skillnader har blivit större sedan 2005. Vad som särskilt har påverkat tobaksvanorna i positiv riktning de senaste åren är skattehöjningarna, införandet av rökfria serveringsmiljöer 2005 samt de pengar som satsats på två nationella tobaksuppdrag 2002–2005 samt 2008–2010. Tobaksuppdragen har framför allt bidragit till utökade satsningar på regional och lokal nivå samt inom de ideella organisationerna. Utbudet av tobaksavvänjning har också ökat och allt fler kommuner har infört rökfri arbetstid. Länsstyrelserna har ökat sitt engagemang något, framför allt genom länsamordnarna som sedan 2008 fått ansvar för hela ANDT-området. Men fortfarande har kommunernas tillsyn enligt tobakslagen alltför låg prioritet.

I ett internationellt perspektiv har Sverige under samma period halkat efter ytterligare med de förebyggande åtgärderna. Sverige tobakspolitik rankades 2007 först som den sjätte bästa i Europa, och sedan dess har länder som till exempel Norge, Irland, Storbritannien och Finland beslutat om tobakspolitiska åtgärder som till exempel exponeringsförbud av tobaksprodukter på försäljningsställen samt införandet av varningsbilder på tobakspaket.

De fyra delmål för ett minskat tobaksbruk som beslutades 2003 och som ska vara uppnådda till 2014 ter sig allt svårare att klara av. År 2009, när halva tiden gått, återstod betydligt mer än hälften och detta kommer att bli svårt att hinna med (se kapitel 1). Det är också oroande att skillnaden mellan andelen tobaksbrukare i olika socioekonomiska grupper har blivit större och att andelen unga rökare har ökat under de senaste åren. Andelen vuxna rökare fortsätter dock att minska så arbetet har ändå varit framgångsrikt. Framtida satsningar på tobaksförebyggande åtgärder bör vara generella och nå alla i samhället även i fortsättningen. Åtgärder med vetenskapligt stöd, som prishöjningar, marknadsföringsrestriktioner, fler rökfria miljöer och bättre tillgång på tobaksavvänjning, är särskilt viktiga om Sverige ska kunna minska andelen tobaksbrukare ytterligare.



7

TOBAKSBRUK – REKOMMENDATIONER TILL FRAMTIDA ÅTGÄRDER

DET ARBETE SOM nu genomförs och de åtgärder som rekommenderas av både WHO och EU innebär att Sveriges arbete för att minska tobaksbruket behöver förstärkas och utvidgas. Som tidigare nämnts så har Sverige i en europeisk jämförelse halkat efter under de senaste åren. Sverige bör fortsätta med skattehöjningar, skärpa marknadsföringsförbudet genom att införa ett exponeringsförbud av tobakspaket på försäljningsställen, införa varningsbilder på tobakspaket och förbättra genomförandeprogram, strukturer och långsiktig finansiering på såväl nationell, regional som lokal nivå. Det är också fortsatt viktigt med stöd till de ideella organisationerna som arbetar med tobaksförebyggande arbete.

Detta kontinuerliga arbete på alla nivåer i samhället innebär att många åtgärder sker parallellt och därigenom stödjer varandra. Eftersom den långsiktiga avvecklingen av tobaksbruket bör ske i enlighet med WHO:s tobakskonvention har vi märkt åtgärderna med det artikelnummer som ger stöd för åtgärderna.

För samtliga förslag till åtgärder som vi presenterar här har vi gjort en bedömning av de statsfinansiella kostnaderna utifrån tre nivåer: låg, medel och hög. Låg nivå är upp till 10 miljoner, medelnivå 10–100 miljoner och hög nivå över 100 miljoner.

Här följer nu Statens folkhälsoinstituts förslag på åtgärder inom tobaksområdet för de kommande fem åren.

Figur 10. Förslag på åtgärder.

Åtgärd	Nivå	Aktör	Faktor som påverkas	Konsekvenser (nytta)	Kostnader	Säkerhet i bedömning
Höja tobaksskatten	Nationell	Regeringen	Pris	Priset på tobak ökar vilket leder till färre brukare, speciellt bland låginkomsttagare och ungdomar.	Låg nivå	Mycket gott vetenskapligt stöd. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 6.
Lagstifta om totalt marknadsföringsförbud för tobaksprodukter inklusive exponeringsförbud	Nationell	Riksdagen	Normer och lagar som i sin tur påverkar tillgänglighet samt social acceptans	Sverige bör införa totalt marknadsföringsförbud inklusive exponeringsförbud av tobaksprodukter på försäljningsställen. Sverige bör även följa och stödja den internationella utvecklingen av neutrala tobakspaket.	Låg nivå	Gott vetenskapligt stöd och beprövad erfarenhet från andra länder. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 13.
Lagstifta kring fler rökfria miljöer och stödja policyframtagning om rökfri arbetstid	Nationell och regional	Riksdag, myndigheter, landsting och kommuner	Normer och lagar som i sin tur påverkar tillgänglighet samt social acceptans	Rökfria miljöer skyddar andra mot passiv rök, stödjer de som försöker sluta och uppmuntrar fler att sluta. En handlingsplan bör skapas för återstående rökiga miljöer i samhället.	Låg nivå	Gott vetenskapligt stöd. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 8.
Öka tillgängligheten till tobaksavvänjning	Nationell och regional	Regeringen, Sveriges kommuner och landsstyrelsen, Socialstatens folkhälsoinstitut	Attityder och betenden samt social acceptans	Med professionell hjälp mångdubblas chansen att lyckas sluta röka eller snusa. Med fler tobaksavvänjare som får mandat att arbeta med frågan kan fler få hjälp att sluta.	Låg nivå	Gott vetenskapligt stöd. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 14.

tabellen fortsätter på nästa sida

fortsättning från föregående sida

Atgärd	Nivå	Aktör	Faktor som påverkas	Konsekvenser (nytta)	Kostnader	Säkerhet i bedömning
<i>Finansiera det förebyggande arbetet kontinuerligt och långsiktigt</i>	Nationell	Riksdagen	Social acceptans samt attityder och beteenden	För att ge arbetet kontinuitet krävs stabil finansiering och inte enbart tillfälliga förstärkningar och projekt.	Medelhög nivå	Gott vetenskapligt stöd. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 5.
<i>Skapa en nationell genomförandeplan för det förebyggande arbetet både fram till 2014 och därefter.</i>	Nationell	Regering, departement, Statens folkhälsoinstitut	Pris, social acceptans, tillgänglighet samt attityder och beteenden	Det krävs en långsiktig och strukturerad plan, och ekonomiska resurser för att skapa det tobaksfria samhället.	Låg nivå	Rekommenderas i ramkonventionens artikel 4 och 5.
<i>Ge organisationsstöd till ideella organisationer som arbetar med att förebygga tobaksbruk</i>	Nationell	Ideella organisationer, Statens folkhälsoinstitut	Social acceptans samt attityder och beteenden	Organisationerna sprider information, bildar opinion och utbildar.	Låg nivå	Gott vetenskapligt stöd. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 4 och 12.
<i>Avsätta mer resurser till forskning inom tobaksområdet</i>	Nationell	Regering, universitet	Pris, Social acceptans, tillgänglighet samt attityder och beteenden	Forskningen kring tobak i Sverige är mycket liten. Anslagna forskningsområden är beteendevetenskaplig åtgärdsforskning och medicinsk forskning om snus.	Medelhög nivå	Mycket gott vetenskapligt stöd, rekommenderas i ramkonventionens artikel 20.

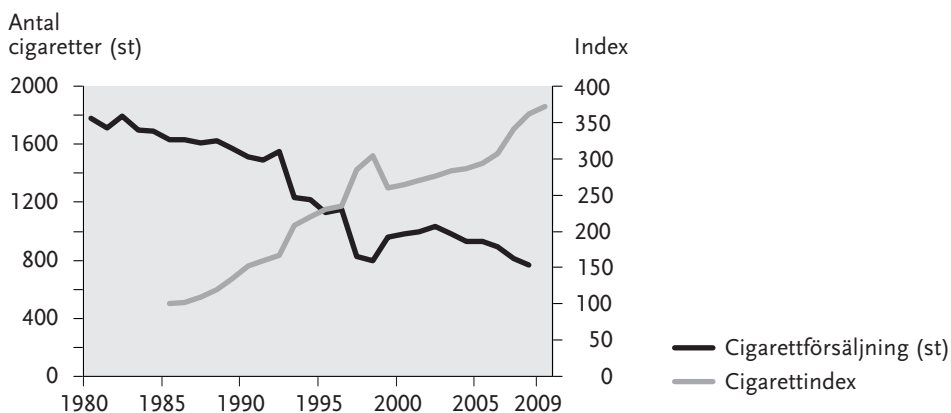
Öka andelen undervisning om att förebygga tobaksbruk i högskoleutbildningar	Nationell	Regering, Högskoleverket, universitet och högskolor	Social acceptans samt attityder och beteenden	Yrkesgrupper som läkare, sjuksköterskor, pedagoger, tandläkare, psykologer och sacionomer bör ha en större andel undervisning om att förebygga tobaksbruk i sina utbildningar.	Låg nivå	Beprövad erfarenhet. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 12.
Utveckla tillgängliga skol- och föräldraprogram med kunskap om att förebygga tobaksbruk.	Lokal	Kommuner och skolor	Tillgänglighet, social acceptans samt attityder och beteenden	En översyn bör göras om metoder som t.ex. ÖPP även kan fokusera på att förebygga tobaksbruk. Nationell spridning av metoden Tobaksfri duo.	Låg nivå	Beprövad erfarenhet. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 20.
Ge stöd till kommuner att införa tobaksfri skolid utifrån nationella rekommendationer	Nationell och lokal	Statens folkhälsoinstitut, Skolverket, kommuner, skolor	Social acceptans, tillgänglighet samt attityder och beteenden	Lagen om rökförbud på landets skolgårdar efterlevs dåligt. Kommunerna bör stödjas för att genomföra de nationella rekommendationer som har utarbetats.	Låg nivå	Gott vetenskapligt stöd. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 3, 4, 8 och 12.
Skapa etiska riktlinjer för myndigheters kontakt med tobaksindustrin	Nationell	Regeringen, samtliga landets myndigheter	Social acceptans	Alla Sveriges myndigheter bör anta riktlinjer för hur man redovisar samröre med tobaksindustrin.	Låg nivå	Beprövad erfarenhet. Rekommenderas i ramkonventionens artikel 5:3.

Höja tobaksskatten (artikel 6)

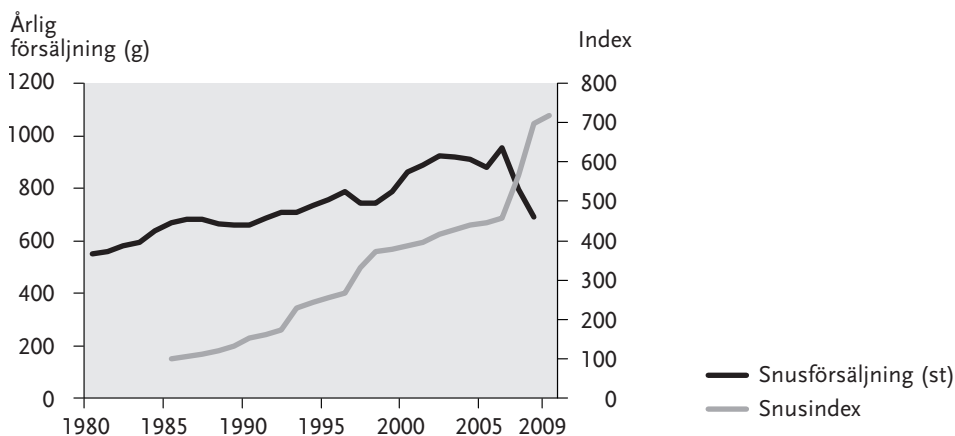
Bakgrund

Den mest effektiva åtgärden för att minska tobaksbruket är att höja priset på tobak, enligt både WHO och Världsbanken. I WHO:s ramkonvention om tobakskontroll står det dessutom att enskilda länder bör använda skatteverket kontinuerligt för att höja tobakspriset. Världsbanken rekommenderar å sin sida en årlig skattehöjning med 5 procent över inflationstakten, vilket skulle garantera att tobakspriset stadigt höjs – och att konsumtionen minskar (Prabhat J. Chaloupka FJ, 1999; WHO regional office for Europe, 2004; World Health Organisation, 2003). Ungdomar och låginkomsttagare hör till de mest priskänsliga grupperna. Dessa grupper har också en hög andel tobaksbrukare, och därför är skattehöjningar på tobak ett effektivt sätt att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper. Prishöjningar på tobak kan samtidigt bidra till att vi når delmål 2 och 3 i regeringens mål om ett minskat tobaksbruk till 2014. Figur 11 visar hur prisindex på cigaretter respektive snus har förändrats sedan 1980. Figurerna visar också hur den årliga försäljningen har utvecklats. Indexet i figurerna speglar prisutvecklingen. En dosa snus kostar i dag till exempel nästan 7,5 gånger mer än den gjorde 1985 (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN], 2009a; Statistiska centralbyrån [SCB], 2009a).

Figur 11.a Årlig försäljning av cigaretter (1980–2009) samt utvecklingen för prisindex (1980–juni 2010).



Figur 11.b Årlig försäljning av snus (1980–2009) samt utvecklingen för prisindex (1980–juni 2010).



Den skattehöjning och efterföljande sänkning som genomfördes 1997–98 förtjänar en närmare analys. Höjningen av cigarettskatten i augusti 1997 föranleddes av att Sverige åtagit sig att följa EG:s direktiv om punktskatter på tobak, där cigarettskatten enligt dåvarande direktiv skulle utgöra minst 57 procent av detaljhandelspriset (inklusive andra skatter). Direktivets dramatiska effekt i Sverige berodde dels på att vår moms var högre än genomsnittet inom EU, dels på att svensk detaljhandel har väsentligt högre marginaler på cigaretter än handlarna i andra EU-länder. Den kraftiga försäljningsminskningen som blev följderna av att Sverige under begränsad tid hade Europas näst högsta cigarettpris syns tydligt i figur 11. Att många slutade röka bekräftas även av den minskande andelen dagligrökare (Statistiska centralbyrån [SCB], 2009b). Skälet till att skatten åter sänktes 1998 var att man ville motverka cigarettsmuggling, men det finns inga tecken på att den storskaliga smugglingen skulle ha minskat till följd av skattesänkningen (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN], 2009b).

Statens administrativa kostnader för att höja tobaksskatten är låga. Samtidigt är den ekonomiska vinsten för samhället hög, då färre blir sjuka och dör i tobaksrelaterade sjukdomar. Visserligen minskar skatteintäkterna när tobaksförsäljningen minskar, men detta kompenseras av den ökande skatteintäkten på den tobak som ändå säljs. En höjning av tobakspriset bör gälla samtliga tobaksprodukter, men den bör vara större för de billigaste tobaksprodukterna. Annars finns det en risk att människor endast byter till ett billigare märke i stället för att sluta helt (World Health Organization, 2008). Studier visar att årliga skattehöjningar på tobak är kostnadseffektiva.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att regeringen årligen höjer skatten på tobak med minst 5 procent över inflationstakten. Kostnaden bedöms som låg.

Lagstifta om totalt marknadsföringsförbud för tobaksprodukter inklusive exponeringsförbud (artikel 13)

Bakgrund

Tobaksindustrins möjligheter att marknadsföra tobak i Sverige är begränsade och det har gjort själva tobakspaketet till den viktigaste marknadsföringsplatsen. Sverige bör därför följa utvecklingen i till exempel Norge, Kanada, Storbritannien och Island och införa ytterligare regleringar. Vi bör införa ett totalförbud mot marknadsföring av tobaksprodukter, inklusive ett förbud mot att exponera tobakspaket på försäljningsställen. Det innebär att tobak måste förvaras utom synhåll för konsumenten, exempelvis i ett stängt skåp under försäljningsdisken. Studier och erfarenheter från de här länderna visar att totalförbudet både förändrar befolkningens attityder till tobak och minskar konsumtionen och andelen impulsköp. Särskilt påverkas ungdomars attityder, vanor och vilja att experimentera med tobak (Lund & Rise, 2008; Paynter & Edwards, 2009; The Centre for Tobacco Control Research, 2008). Ytterligare marknadsföringsrestriktioner kan alltså bidra till att vi når delmål 2 i regeringens mål om ett minskat tobaksbruk till 2014, och åtgärden rekommenderas även i WHO:s ramkonvention om tobakskontroll (World Health Organisation, 2003).

I detta sammanhang bör Sverige även aktivt delta i att utveckla neutrala tobakspaket inom EU ("plain packaging" eller "generic packaging"). Neutrala tobakspaket innebär att färger och logotyper inte tillåts. Studier visa att detta bidrar till att göra produkten mindre attraktiv och tobaksbruket mindre socialt accepterat, framför allt hos unga personer (Freeman, Chapman, & Rimmer, 2008). Australien har som första land i världen beslutat att införa sådana förpackningar 2012 och där fann man inte att krav på neutrala tobakspaket skulle hindras av gällande regler kring varumärken eller upphovsrätt.

Vi bedömer statens administrativa kostnader för att införa ytterligare marknadsföringsrestriktioner för tobak som låga, även om en utredning behöver föregå ett beslut. Det saknas forskning om hur regleringen påverkar samhällsekonomin på lång sikt. Studier visar dock att åtgärden är kostnadseffektiv, framför allt om den leder till att tobaksbruket bland unga minskar.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att regeringen ändrar i lagstiftningen och inför ett totalt marknadsföringsförbud för tobaksprodukter, inklusive ett förbud mot att exponera tobakspaket på försäljningsställen. Kostnaden bedöms som låg.

Lagstifta om fler rökfria miljöer och stödja framtagning av policyer (artikel 8)

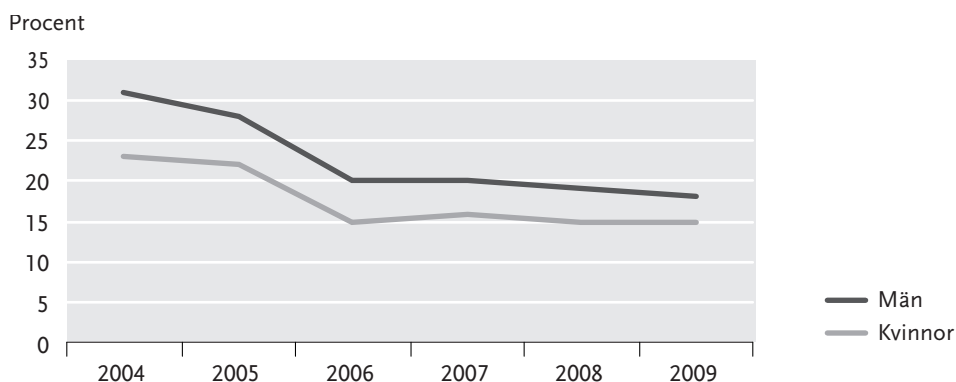
Bakgrund

Rökfria miljöer skyddar icke-rökare från att utsättas för passiv rökning. De rökfria miljöerna stödjer samtidigt dem som vill sluta röka, gör att färre cigaretter blir rökta och minskar risken för återfall hos dem som slutat (World Health Organization, 2007). Fler rökfria miljöer ökar även möjligheten för arbetsgivare att erbjuda sina anställda den arbetsmiljö som lagen kräver. Detta kan också bidra till att vi når delmål 4 i regeringens mål för ett minskat tobaksbruk till 2014.

WHO:s ramkonvention om tobakskontroll rekommenderar de anslutna länderna att införa helt rökfria miljöer för alla (World Health Organisation, 2003). Samma formulering använder EU i sina rådsrekommendationer om rökfria miljöer från 2009 (Europeiska unionen, 2009a). I ett första steg bör länderna då göra en avvecklingsplan för de miljöer i samhället där man fortfarande kan bli exponerad för passiv rökning. Efter en sådan inventering kan man se över lagstiftningen och införa nya rökfria miljöer.

Figur 12 visar att andelen personer som utsätts för passiv rökning i Sverige minskade kraftigt efter lagstiftningen om rökfria serveringsmiljöer 2005. Figuren illustrerar hur effektiv lagstiftningen minskar exponeringen för passiv rökning i samhället (Statens folkhälsoinstitut, 2009c), särskilt när den kombineras med det arbete för att öka efterlevnaden som Nationella tobaksuppdraget stod för.

Figur 12. Andelen som utsätts för passiv rök i Sverige minskade kraftigt efter lagstiftningen om rökfria serveringsmiljöer 2005. Figuren illustrerar hur effektiv lagstiftning är för att minska andelen som utsätts för passiv rökning (Statens folkhälsoinstitut, 2009c).



Undersökningar visar att det redan finns ett brett folkligt stöd för fler rökfria miljöer (Tobaksfakta, 2009). Men informationsåtgärder och opinionsbildande åtgärder bedöms ändå vara nödvändiga för att öka kunskapen om och acceptansen för

ytterligare regleringar. En viktig arena för detta arbete är arbetsplatser, där mer än fyra miljoner vuxna svenskar utgör den potentiella målgruppen. En arbetsplatspolicy med rökfri arbetstid – ingen rökning på betald arbetstid – innebär en rent fysiskt skyddande effekt för medarbetarna. Dessutom ökar en sådan policy medvetenheten om tobakens skadlighet, och medarbetarna blir mindre benägna att utsätta andra för tobaksrök. En genomsnittlig rökare tar fler pauser under arbetsdagen och har fler sjukdagar än en icke-rökare. Arbetsgivarens merkostnad är cirka 45 000 kronor per rökare och år jämfört med icke-rökare (Statens folkhälsoinstitut, 2009e).

Vidare utsätts de anställda i traditionella låginkomstyrken ofta för passiv rökning, till exempel anställda inom hemsjukvård och hemtjänst, personliga assistenter och vårdare samt de som arbetar på restauranger med uteservering. Dessa yrkesgrupper hör till dem som både använder tobak mest och utsätts mest för passiv rökning. Därför kan åtgärder som påverkar deras arbetsmiljöer bidra till att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper.

Statens administrativa kostnader för att ta fram en avvecklingsplan för fler rökfria miljöer bedöms som låga. Samma sak gäller för att stödja myndigheter och organisationer att ta fram arbetsplatspolicier om rökfri arbetstid.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att institutet får i uppdrag att

- utreda och föreslå hur de miljöer som fortfarande är rökiga i samhället kan avvecklas
- fortsätta stödja andra myndigheters och organisationers arbete med en rökfri arbetstid.

Kostnaden bedöms som låg.

Öka tillgängligheten till tobaksavvänjning (artikel 14)

Bakgrund

Experter är eniga om att all form av rökavvänjning är mycket kostnadseffektiv. Kort rådgivning om rökstopp inom vården är till exempel 10–20 gånger billigare än mer resurskrävande vård som blodtrycks- eller blodfettssänkande behandling, om man ser till hur mycket det kostar att rädda ett levnadsår (Statens folkhälsoinstitut, 2009e). Statens folkhälsoinstitut har nyligen gett ut två kunskaps-sammanställningar som tydliggör behovet av att avvänjningsstödet både förbättras kvalitativt och ökar kvantitativt (Statens folkhälsoinstitut, 2009e, 2010d). Kunskaps-sammanställningarna visar nämligen att hälso- och sjukvården inte arbetar aktivt med tobaksavvänjning, ofta på grund av att personalen får för lite mandat och resurser för att bedriva sitt arbete. Vårdcentraler och sjukhus bör därför ge sin personal större möjlighet och mer tid för att arbeta med tobaksavvänjning.

Att vården behöver prioritera arbetet med tobaksavvänjning markeras också i Socialstyrelsens nyligen publicerade förslag till riktlinjer om levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2010), och det behövs en nationell strategi för hur dessa riktlinjer bör omsättas i praktiskt arbete. En sådan strategi bör även ta upp hur tobaksavvänjning kan målgruppsanpassas och göras lättillgänglig för alla i hela landet, vilket också understryks i WHO:s ramkonvention om tobakskontroll (World Health Organisation, 2003).

Sluta röka-linjen drivs av Stockholms läns landsting i samarbete med Karolinska institutet med bidrag från Statens folkhälsoinstitut. Linjen erbjuder tobaksbrukare gratis stöd och råd per telefon, liksom handledningsstöd till vårdpersonal. Sluta röka-linjen bör få bättre ekonomiska möjligheter att marknadsföra sig för att bli en tydligare del i det nationella tobaksavvänjningssystemet, som ett komplement till landstingens avvänjningsstöd.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att

- institutet får i uppdrag att utarbeta en strategi för hur tillgängligheten till tobaksavvänjning kan öka i hela landet
- Sluta röka-linjen får ökat ekonomiskt stöd.

Kostnaden bedöms som låg.

Finansiera det tobakspreventiva arbetet kontinuerligt och långsiktigt (artikel 5)

Bakgrund

Statens folkhälsoinstitut har under två perioder (2002–2005 och 2008–2010) fått extra pengar för att driva två nationella tobaksuppdrag. Aktivitetsnivån både nationellt, regionalt och lokalt har under dessa perioder ökat betydligt, bland annat har vi kunnat stödja många lokala och regionala forsknings- och metodutvecklingsprojekt. Men erfarenheten från det första uppdraget visar att aktivitetsgraden snart minskar om åtgärdsperioden (planering, genomförande och utvärdering) varit för kort. Det finns ett tydligt önskemål från avnämarna av dessa bidrag om ökad framförhållning och långsiktighet. En mer kontinuerlig finansiering av en nationell samordnande myndighet som Statens folkhälsoinstitut är en nyckelfråga i det tobaksförebyggande arbetet, vilket även tydliggörs i WHO:s ramkonvention om tobakskontroll (World Health Organisation, 2003).

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att regeringen öronmärker pengar för det nationella tobaksförebyggande arbetet under samma femårsperiod som regeringens ANDT-strategi gäller. Kostnaden bedöms som medelhög.

Skapa en nationell genomförandeplan för det tobakspreventiva arbetet både fram till 2014 och därefter (artikel 4 och 5)

Bakgrund

Till skillnad från arbetet mot alkohol och narkotika har det förebyggande arbetet med tobak saknat en nationell handlingsplan. Detta har bidragit till en minskad möjlighet att nå delmålen till 2014. I samband med att regeringens nya ANDT-strategi tas fram bör vi också ta fram en genomförandeplan för att konkretisera målen med tobak. Efter 2014 bör nya delmål och en nationell genomförandeplan baserade på WHO:s tobakskonvention utarbetas för ett fortsatt strukturerat arbete efter utvärderingen av de nationella delmålen. Det bör finnas tillräckligt med pengar under hela perioden för att genomföra strategin.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att institutet får i uppdrag att i samråd med andra berörda aktörer och myndigheter utarbeta en nationell genomförandeplan för det tobaksförebyggande arbetet. Kostnaden bedöms som låg.

Ge organisationsstöd till ideella organisationer som arbetar med att förebygga tobaksbruk (artikel 4 och 12)

Bakgrund

Landets många ideella organisationer är starka och viktiga aktörer vars verksamhet bör stödjas och uppmuntras av myndigheterna. De sex miljoner kronor som sedan ett antal år tillbaka finns tillgängliga att söka för ideella organisationer som huvudsakligen arbetar med att förebygga tobaksbruk är en viktig förutsättning för dessa organisationers arbete. På sikt bör anslaget förstärkas för att ytterligare öka dessa organisationers möjlighet att informera och bilda opinion samt agera i aktuella frågor för att driva det tobaksförebyggande arbetet framåt. Statens folkhälsoinstitut ser dessa organisationer och deras verksamhet som några av de allra viktiga aktörerna på den nationella arenan.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att det organisationsstöd som institutet årligen delar ut till ideella organisationer permanentas och på sikt även utökas. Kostnaden bedöms som låg.

Avsätta mer resurser till forskning om tobak (artikel 20)

Bakgrund

På flera områden behöver den svenska forskningen om tobak förstärkas, inte minst om snus där Sverige har ett särskilt ansvar att beskriva hälsoeffekterna och påverkan på folkhälsan. Även beteendevetenskaplig och epidemiologisk åtgärdsforskning är mycket intressant. Det finns cirka 300 akademiska tjänster med forskningsuppdrag om alkohol och droger, men endast en handfull om tobak.

De framtida regleringarna i tobakslagen bör även studeras vetenskapligt efter införandet. Åtgärder som exponeringsförbud av tobaksprodukter, fler rökfria miljöer samt prishöjningar med mera är alla utvärderade med internationell konsensus om att de minskar tobaksbruket. Sådan forskning saknas dock i Sverige och för att bidra till kunskapsuppbyggnaden på dessa områden bör vi studera åtgärdernas effektivitet i vårt eget land.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att ekonomiska medel öronmärks för tobaksforskning hos de statliga forskningsfinansiärerna. Kostnaden bedöms som medelhög.

Öka andelen undervisning om att förebygga tobaksbruk i högskoleutbildningar (artikel 12)

Bakgrund

En stor del av hälsoproblemen i hälso- och sjukvården och i samhället i stort är relaterade till livsvillkor och socioekonomiska förhållanden samt levnadsvanor. För att framför allt hälso- och sjukvårdens samt skolans verksamhet ska bli mer hälsofrämjande i framtiden behöver grundutbildningarna bättre förbereda de studerande på den verklighet som väntar dem i yrkeslivet. Det innebär dels en attitydpåverkan – att förebyggande är lika viktigt som vård och behandling – dels en träning i metoder att stödja människors beteendeförändring som tobaksavvänjning och motiverande samtals teknik. Läkare, sjuksköterskor, tandvårdspersonal, psykologer, socionomer och lärare hör till de kategorier vars utbildning måste moderniseras med en större andel undervisning om tobak och tobaksförebyggande arbete.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att Högskoleverket får i uppdrag att utvärdera hur mycket undervisning kring tobak och att förebygga tobaksbruk som finns i relevanta utbildningarna, samt föreslå åtgärder för hur denna andel kan utökas på de utbildningar där det behövs. Kostnaden bedöms som låg.

Utveckla tillgängliga skol- och föräldraprogram med kunskap om att förebygga tobaksbruk

Bakgrund

Det finns en mängd olika program med vetenskapligt stöd ämnade att stödja skolor, ungdomar och föräldrar i det drogförebyggande arbetet. Åtgärder för att förebygga tobaksbruk bör på ett tydligare sätt än tidigare användas och utvärderas i dessa program som i dag huvudsakligen fokuserar på att förebygga alkohol- och narkotikabruk. Ett exempel är Örebro preventionsprogram (ÖPP), där metoderna för föräldrastöd på ett mycket enkelt och effektivt sätt bör kunna omfatta även tobak. Även Tobaksfri duo är en metod som i vetenskapliga utvärderingar visat sig vara effektiv och därför bör användas mer. I detta arbete bör ideella organisationer som är verksamma på området engageras, till exempel A Non Smoking Generation och Lärare mot tobak. För att kunna testa och utvärdera både nya och befintliga metoder krävs att tillräckliga ekonomiska resurser avsätts under flera år.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att institutet får i uppdrag att fördela ekonomiska medel för att utvärdera hur arbete för att förebygga tobaksbruk kan införas i skol- och föräldrastödsprogram. Kostnaden bedöms som låg.

Ge stöd till kommuner att införa tobaksfri skoltid (artikel 3, 4, 8 och 12)

Bakgrund

När alltför många kommuner inför policy kring rökfri eller tobaksfri arbetstid ser det sig märkligt att elever på skolor inte omfattas av dessa bestämmelser. Enligt tobakslagens är rökning sedan 1994 dessutom förbjuden på alla landets skolgårdar. Statens folkhälsoinstitut har nyligen utarbetat en nationell strategi för att öka efterlevnaden av bestämmelsen om rökfria skolgårdar. Denna strategi innefattar även en policy för tobaksfri skoltid för att skapa en stödjande miljö för barn och unga. Som ett led i arbetet för att uppfylla delmål två i regeringens folkhälsomål om tobak bör alla kommuner och skolor få stöd i arbetet med att genomföra denna strategi under 2011.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att institutet får i uppdrag att sprida och genomföra strategin om rökfria skolgårdar och tobaksfri skoltid. Kostnaden bedöms som låg.

Skapa etiska riktlinjer för myndigheters kontakt med tobaksindustrin (artikel 5.3)

Bakgrund

Enligt tobakskonventionen ska alla anslutna länder skydda sin folkhälsopolitik från påverkan från tobaksindustrin. I riktlinjerna som hör till artikel 5.3 står vidare att nödvändiga kontakter med industrin bör ske öppet och transparent. Därför bör det finnas etiska riktlinjer för samtliga svenska myndigheter för hur eventuella kontakter med tobaksindustrin ska ske och hur de ska offentliggöras.

Förslag

Statens folkhälsoinstitut föreslår att det utarbetas etiska riktlinjer för myndigheters kontakter med tobaksindustrin. Kostnaden bedöms som låg.

Summering av åtgärdsförslag

Tobaksbruket är vanligare i utsatta grupper som låginkomsttagare, lågutbildade och personer som är eller har varit i en ekonomiskt svår situation. Därför leder ett minskat tobaksbruk till minskade skillnader i hälsa i samhället. Det bör dock återigen påpekas att det är kombinationen av flera olika och långsiktiga åtgärder som är lösningen på tobaksproblemet. Åtgärder som samverkar blir dessutom mer effektiva än när de sätts in var och en för sig. Lagstiftning kan således inte införas eller upprätthållas utan information som förbereder och stärker det allmänna stödet för åtgärderna. Omvänt förlorar samhällsåtgärder mot tobaken i effektivitet och trovärdighet om de inte stöds av relevant lagstiftning. På samma sätt leder inte enbart information om riskerna med rökning till rökstopp, i synnerhet inte om det samtidigt saknas tillgång till praktisk lättillgänglig hjälp för dem som vill sluta röka (Statens folkhälsoinstitut, 2005a).

Alla våra förslag till åtgärder är viktiga för att minska tobaksbruket, men vi bedömer fyra åtgärder som särskilt viktiga för att de har en stor potential att bidra till att färre börjar med tobak och att fler slutar:

- Kontinuerliga och reella skattehöjningar på tobak för att påverka tobakspriset.
- Förstärkt marknadsföringsförbud för tobaksprodukter för att påverka normerna i samhället som i sin tur kan påverka den sociala acceptansen och människors attityder och beteenden.
- Fler rökfria miljöer i samhället, det påverkar värderingar, skyddar andra mot passiv rök, stödjer dem som vill sluta och får fler att sluta.
- Bättre tillgänglighet till tobaksavvänjning genom prioritering på vårdcentraler och sjukhus samt utveckling av en nationell handlingsplan för tobaksavvänjning.

Referenser

- Boffetta, P., Hecht, S., Gray, N., Gupta, P., & Straif, K. (2008). Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncol*, 9(7), 667-675.
- Boffetta, P., & Straif, K. (2009). Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *BMJ*, 339, b3060.
- Boström, G. (2008). *Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland personer med funktionsnedsättning* (R 2008:17). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN]. (2009a). *Drogutvecklingen i Sverige 2009* (nr. 117). Stockholm: CAN.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN]. (2009b). *Drogutvecklingen i Sverige 2009*. Opublicerad rapport.
- Cnattingius, S., Galanti, R., Grafström, R., Hergens, M.-P., Lambe, M., Nyrén, O., et al. (2005). *Hälsorisker med svenskt snus* (nr. A2005:15). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519.
- England, L., Levine, R., Mills, J., Klebanoff, M., Yu, K., & Cnattingius, S. (2003). Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am J Obstet Gynecol*, 189(4), 939-943.
- EU-domstolen. (2002). Mål C-434/02. Hämtad 15 juni 2010, från <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62002J0434:SV:HTML>
- EU-domstolen. (2003). Mål C-210/03. Hämtad 15 juni 2010, från <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:62003J0210:SV:HTML>
- European Commission. (2008). *Health Effects of Smokeless Tobacco Products*.
- European Commission. (2010). *Special Eurobarometer 332: Tobacco*. Brussels: Directorate General Health and Consumers.
- European Environmental Agency [EEA]. (1999). *Environmental Indicators: Topology and overview. Technical report No 25*. Denmark.
- Europaparlamentets och rådets direktiv 2001/37/EG av den 5 juni 2001 om tillnärmning av medlemsstaternas lagar och andra författningar om tillverkning, presentation och försäljning av tobaksvaror, 2001/37/EG C.F.R. (2001).
- Europaparlamentets och rådets direktiv 2003/33/EG av den 26 maj 2003 om tillnärmning av medlemsstaternas lagar och andra författningar om reklam för och sponsring till förmån för tobaksvaror, 2003/33/EG C.F.R. (2003).
- Rådets rekommendation 2009/C 296/02 av den 30 november 2009 om rökfria miljöer, 2009/C 296/02 C.F.R. (2009a).
- Europeiska unionen. (2009b). Taxation and Customs Union. Hämtad 11 juni 2009, från http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/excise_duties/tobacco_products/legislation/index_en.htm
- Europeiska unionen. (2010). HELP – till ett liv fritt från tobak,. Hämtad 1 april 2010, från <http://sv-sv.help-eu.com/pages/index-20.html>
- Freeman, B., Chapman, S., & Rimmer, M. (2008). The case for the plain packaging of tobacco products. *Addiction*, 103(4), 580-590.

- Hergens, M.-P. (2007). *Swedish moist snuff and the risk of cardiovascular diseases*. Karolinska institutet, Stockholm.
- Hvitfeldt, T., & Gripe, I. (2009). *Skolelevers drogvänor 2009* (Rapport nr. 118). Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).
- Institutionen för centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning [SoRAD]. (2010). *Tal om tobak 2009: Tobakskonsumtion i Sverige 2009* (Forskningsrapport nr. 61). Stockholm: Stockholms universitet, SoRAD.
- Joossens L & Raw M. (2007). *Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005 to 2007*. Leuven and São Paulo: Swiss Cancer League.
- Lopez, A., Collishaw, NE, & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*, 1994(3), 242-247.
- Lund, K. E., & Rise, J. (2008). *Kunnskapsgrunnlag for forslaget om et forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer*. Oslo: SIRIUS skrifter.
- Luo, J., Ye, W., Zendehdel, K., Adami, J., Adami, H. O., Boffetta, P., et al. (2007). Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study. *Lancet*, 369(9578), 2015-2020.
- Norberg, M., Stenlund, H., Lindahl, B., Boman, K., & Weinehall, L. (2006). Contribution of Swedish moist snuff to the metabolic syndrome: a wolf in sheep's clothing? *Scand J Public Health*, 34(6), 576-583.
- Paynter, J., & Edwards, R. (2009). The impact of tobacco promotion at the point of sale: a systematic review. *Nicotine Tob Res*, 11(1), 25-35.
- Post, A., Gilljam, H., Rosendahl, I., Bremberg, S., & Galanti, M. R. (2010). Symptoms of nicotine dependence in a cohort of Swedish youths: a comparison between smokers, smokeless tobacco users and dual tobacco users. *Addiction*, 105(4), 740-746.
- Prabhat J. Chaloupka FJ. (1999). *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington D.C: The World Bank.
- Regeringen proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Regeringen. SFS 1993:581. Tobakslag. Hämtad från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1993:581>
- Socialstyrelsen. (2009a). *Amning och föräldrars rökvanor. Barn födda 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009b). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009c). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn: Medicinska födelseregistret 1973–2008. Bilaga 2, tobaksvänor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. Preliminär version*.
- Statens folkhälsoinstitut. (2005a). *Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 11 – Minskat bruk av tobak*. (nr. 2005:60). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2005b). *Största satsningen någonsin på att förebygga rökning*. Hämtad 2010-04-16, från <http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Uppdrag-och-styrdokument/Regeringsuppdrag/Redovisade-uppdrag/Storsta-satsningen-nagonsin-pa-att-forebygga-rokning/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2008a). *Livsstilsrapport 2008: Lägesrapport om livsstilsfrågor* (nr. A 2008:05). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2008b). *Årsredovisning 2007*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009a). *Livsvillkor och hälsa bland unga homo- och bisexuella – resultat från nationella folkhälsoenkäten*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

- Statens folkhälsoinstitut. (2009b). *Länsrapport 2008*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009c). Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor. Hämtad 1 jan 2010, från <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2009d). *Nationella folkhälsoenkäten: Hälsa på lika villkor*. Opublicerad statistik. Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009e). *Tobak och avvänjning – En faktskrift om tobakens skadeverkningar och behovet av tobaksavvänjning* (nr. R 2009:17). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2009f). *Tobakskonventionen - världens första folkhälsokonvention och hur den kan stimulera det tobaksförebyggande arbetet i Sverige*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010a). *Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa – allas ansvar* (Rapport nr. R 2010:16.). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010b). Nationella tobaksuppdraget. Hämtad 2010-04-16, från <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Alkohol-narkotika-dopning-och-tobak-ANDT/Tobak/Uppdrag/Tobaksuppdraget/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2010c). Politiska mål för minskat tobaksbruk. Hämtad 1 juni 2010, från <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Alkohol-narkotika-dopning-och-tobak-ANDT/Tobak/Politiska-mal/>
- Statens folkhälsoinstitut. (2010d). *På väg mot ett tobaksfritt landsting – En uppföljning av landstingens och regionernas policyarbete kring tobaksprevention 2009* (nr. R 2010:02). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010e). *Tobaksfri kommun*. (nr. R 2010:10). Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Statens folkhälsoinstitut. (2010f). *Vattenpipa – rök utan risk? Hälsoeffekter, vanor, attityder och tillsyn* (Rapport nr. R 2010:22). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010g). *Årsredovisning 2009* (nr. R 2010:03). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statistiska centralbyrån [SCB]. (2009a). *Prisindex på tobak*. Opublicerad Statistik. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Statistiska centralbyrån [SCB]. (2009b). Undersökning av levnadsförhållanden (ULF). Hämtad 1 juni 2009, från http://www.scb.se/Pages/Product___12199.aspx
- The Centre for Tobacco Control Research. (2008). *Point of Sale Display of Tobacco Products*. Stirling: University of Stirling & The Open University.
- The Ontario Tobacco Research Unit. (2001). *Protection from Second-hand tobacco smoke in Ontario: A review of evidence regarding best practices*. Toronto.
- Tobaksfakta. (2009). Svenskarna vill ha rökfria miljöer. Hämtad 29 september 2010, från <http://www.tobaksfakta.org/?id=10837>
- Tobaksfakta. (2010). Rökfri arbetstid. Hämtad 17 september 2010, från <http://www.tobaksfakta.se/Default.aspx?id=9085>
- Tullverket. (2010). Beslagsstatistik. Hämtad 30 april 2010, från <http://www.tullverket.se/pressrum/beslagsstatistik.4.4ab1598c11632f3ba9280001976.html>
- WHO regional office for Europe. (2004). *Taxation of tobacco products in the WHO European Region: practices and challenges*.
- Wickholm, S., Galanti, M. R., Soder, B., & Gilljam, H. (2003). Cigarette smoking, snuff use and alcohol drinking: coexisting risk behaviours for oral health in young males. *Community Dent Oral Epidemiol*, 31(4), 269-274.
- World Health Organisation. (2003). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*.

- World Health Organization. (2005). *Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*: WHO Study Group on Tobacco Product Regulation (Tob Reg).
- World Health Organization. (2007). *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations*. Geneva: Tobacco Free Initiative.
- World Health Organization. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008 : the MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.
- Zendejdel, K., Nyren, O., Luo, J., Dickman, P. W., Boffetta, P., Englund, A., et al. (2008). Risk of gastroesophageal cancer among smokers and users of Scandinavian moist snuff. *International Journal of Cancer*, 122(5), 1095-1099.

Samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen är det övergripande målet för folkhälsan. Statens folkhälsoinstitut har därför regeringens uppdrag att analysera och följa upp den nationella folkhälsopolitiken samt att föreslå framtida satsningar och prioriteringar. Resultatet presenteras i en regelbundet återkommande folkhälsopolitisk rapport.

Denna rapport är en av 21 underlagsrapporter för Folkhälsopolitisk rapport 2010: Framtidens folkhälsa – allas ansvar som Statens folkhälsoinstitut presenterade för regeringen i november 2010. Rapporten ger en fördjupad kunskap och information inom folkhälsans målområde 11 – Tobak.

Syftet är att visa hur förutsättningarna för hälsa har utvecklats inom målområde 11, redovisa vilka åtgärder som har genomförts 2004–2009 och rekommendera framtida åtgärder.

Rapporten vänder sig i första hand till politiker, sakkunniga och praktiker inom tobaksområdet, som genom denna skrift får ett fördjupat underlag för att följa upp sina åtgärder och prioritera för framtiden.

Statens folkhälsoinstitut utvecklar och förmedlar kunskap för bättre hälsa.



Statens
folkhälsoinstitut

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

R 2011:11
fhi@strd.se
www.fhi.se

ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-817-3 (pdf)
ISBN 978-91-7257-818-0 (print)