



TOBACCO RÖKFRITT ENDGAME SVERIGE 2025

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



Yrkesföreningar
mot tobak



Februari 2016

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

Globala aspekter...

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

WHO har genom sin [Tobakskonvention](#) (2003)¹ och FN genom sitt NCD-initiativ ([Non Communicable Diseases, icke smittbara sjukdomar](#))(2012)² uppmärksammat problematiken och försett medlemsländerna med en bred strategi med åtgärder som erfarenhetsmässigt visat sig minska tobaks bruket och därmed förbättra folkhälsan. Ett minskande tobaksbruk ingår också i [Agenda 2030](#)-arbetet som nyligen påbörjats i Sverige (SDG).

Några länder har genom politiska beslut tagit initiativ till en ytterligare skärpning av strategin. Ett måldatum har preciserats då tobaksrökning ska ha minskat till mindre än 5 procent av befolkningen – och därmed inte längre utgöra ett dominerande folkhälsoproblem. Exempel på sådana länder är Nya Zeeland vars politiska ambition är att vara "essentially smoke-free", alltså praktiskt taget rökfritt år 2025, Irland (2025), Finland (2030) och Skottland (2034). Denna strategi – som fått namnet Tobacco Endgame – innebär ett perspektivskifte som bidrar till ett ökat fokus på kraftfulla åtgärder för ett minskat tobaksbruk. Den bidrar därigenom till ett påskyndat genomförande av tobakskonventionen.

... och svenska

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

Förslaget innebär att regeringen inom denna mandatperiod (2014-2017) fattar ett principbeslut om ett måldatum (vårt förslag år 2025) då rökning ska ha minskat till mindre än fem procent i den vuxna befolkningen – och en (inofficiell) nollvision för unga realiserats. Denna målsättning bedömer vi vara realistisk förutsatt att en åtföljande handlingsplan omfattar implementering av tobakskonventionens breda åtgärder (bilaga 1).

En bred opinionsbildning är nödvändig...

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

Erfarenheten från de senaste decennierna är dock skrämmande. Med hjälp av gigantiska resurser demonstrerar tillverkare, marknadsförare och handel sin strategi att förhindra, förminska och

försena samhällets försök att införa ett begränsande regelverk till skydd för sina medborgares hälsa. Industrins försåtliga argument om frihet, njutning etc. färgar debatten tillsammans med enskilda debattörers nikotinberoende som beskrivs som ett medvetet och fritt val.

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

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

...på nationell nivå...

– Med utgångspunkt i regeringsförklaringens ambition att "sluta påverkbara hälsoklyftor inom en generation" vill regeringen se "ett fortsatt minskat tobaksbruk där rökningen ska vara starkt reducerad och inte längre utgöra ett dominerande folkhälsoproblem. Regeringen ställer sig därför bakom målet om att nå ett rökfritt Sverige till år 2025" (En samlad strategi för ANDT-politiken 2016-2020 (Skr.2015/16:86)).

2016 kommer att bli ett aktivt år för tobakspolitik. I maj genomförs EUs Tobaksprodukt direktiv i alla medlemsländerna. I mars presenterar en utredning ytterligare åtgärder som återfinns i tobakskonventionen (fler rökfria utomhusmiljöer, exponeringsförbud av tobak på säljställen och standardiserade tobaksförpackningar utan reklam).

Oavsett vad riksdagen så småningom tar för beslut i dessa tre frågor är vår bedömning att det kommer att krävas ett mycket starkt stöd för att få till stånd ett beslut om en utfasningsstrategi och en handlingsplan.

I januari 2016 har ett 90-tal organisationer ställt sig bakom tanken på en Endgame-strategi. De flesta är inte oväntat verksam inom hälso- och sjukvården – se www.tobaksfakta.se¹ Mobiliseringen av stödjande organisationer i alla samhällssektorer fortsätter!

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

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

... och regional nivå!

Sveriges kommuner har betydande uppgifter i det tobaksförebyggande arbetet, t ex tillsyn av handel med tobak (åldersgräns, skyltning och egentillsyn), upprätthållande av rökfria miljöer – både egna och vid upphandling av annan utförare - samt information/utbildning. Omsorg om de som drabbats av sjukdom pga sin rökning utgör också en stor ekonomisk börda för kommunerna. Den politiska ledningen i paraplyorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har under hösten 2015 påbörjat en diskussion om hur ett stöd för en utfasningsstrategi skulle kunna uttryckas.

Även om två kommuner av tre har beslutat om någon form av rökpolicy för anställda och i egna lokaler, har hittills (februari 2016) endast en kommun (Härjedalen) genom ett politiskt beslut ställt sig bakom Endgame-strategin. Det är vår bedömning att ett ökande antal kommuner som fattar liknande beslut kommer att medverka till att SKL:s beslut går i positiv riktning – och därigenom få en betydande inverkan på regeringens agerande.

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

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

- i) För att långsiktigt bidra till att minska invånarnas rökvanor, inte minst bland unga, och minska kostnader för omfattande vård- och omsorgsinsatser samt bidra till den egna personalens hälsa.
- ii) För att ett behov av ökade insatser kan förutses pga rökvanor i vissa grupper av nyanlända.
- iii) För att genom sitt eget beslut påverka beslut i SKL och därigenom öka stödet för ett regeringsbeslut om en Tobacco Endgame - strategi. Ett sådant beslut är för övrigt avgörande för framgång med det lokala/regionala förebyggande arbetet!
- iv) För att den egna kommunen ska vara förberedd den dag ett nationellt beslut kommer – och då inte behöva riskera att detta uppfattas som ett besvärande beslut "uppifrån".
- v) För att implementera tobakskonventionen – särskilt de inslag som är tillämpbara på regional nivå.

Vad bör ett politiskt beslut i kommunen innehålla?

- i) Att kommunen ställer sig bakom en Tobacco Endgame - strategi, alltså ett nationellt politiskt beslut om ett måldatum, ett effektmål och en handlingsplan för att nå dit.
- ii) Att kommunen deltar aktivt i opinionsbildningen tillsammans med andra kommuner och SKL för ett sådant nationellt beslut.
- iii) Att kommunen – utan att invänta ett nationellt beslut - vidareutvecklar eget pågående tobaksförebyggande arbete utifrån tobakskonventionens åtgärder.

Bakom detta dokument står:

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

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

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

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

Se också lista på kontaktperson för TPLR i varje län. Varför inte kontakta de landsting/regioner resp kommun som varit de första att förklara sitt stöd (Jämtland, Kalmar, Örebro, Gävleborg resp Härjedalens kommun)!

Bilaga 1

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

Tobakskonventionens mål:

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

Vägledande principer (art 4):

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

Allmänna skyldigheter (art 5):

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

Åtgärder för att minska efterfrågan:

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

Åtgärder för att minska tillgången till tobak:

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

Bilaga 2

Fakta om tobaksrökningens omfattning och effekter – nationellt, regionalt och lokalt

Rökningens omfattning

I Sverige

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

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

Utbildningsnivå: 14 % är dagligrökare i gruppen med förgymnasial utbildning medan 5 % är dagligrökare bland de med eftergymnasial.

Sysselsättning: 22 % röker bland sjukpenningstagare och 9 % bland yrkesarbetande.⁴

Gravida kvinnor röker vid inskrivning på MVC, 6 % (2013). Bland barn (0-4 veckor), födda 2013 hade 12 % minst en förälder som rökte.⁵

Bland ungdomar är det 10 % av pojkarna och 14 % av flickorna i årskurs 9 som klassificeras som rökare (både sporadiska och frekventa rökare) och i årskurs 2 i gymnasiet är det 25 % av pojkarna och 27 % av flickorna som röker.⁶

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

I vårt län

Länkar till Folkhälsomyndigheten:

[Tobaksvanor - regionala resultat, 2014](#) Länken innehåller tobaksvanor per län och kommungrupp.⁴

[Folkhälsodata - faktablad](#) Länken innehåller bakgrundsfakta bl a om rökvanor bland gravida och spädbarnsföräldrar samt dödlighet i lungcancer och KOL, sid 7)⁷

Konsekvenser för hälsa, miljö och ekonomi

I Sverige

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

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

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

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

I vårt län

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

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

Förväntade effekter av minskad rökning

I Sverige

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

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

Ytterligare en hälsoekonomisk beräkning tillhandahålls via **Hälsokalkylatorn** som finns på Nätverket Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård (HFS) hemsida.¹³

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

Bilaga 3 Rökningens hälsoeffekter och samhällskostnader

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

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

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

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

Referenser:

- ¹ Statens Folkhälsoinstitut. (2009). *Tobakskonventionen R 2009:04*. Mölnlycke: Statens Folkhälsoinstitut.
- ² FN:s NCD-initiativ, Non Communicable Diseases, icke smittsamma sjukdomar, 2012.
www.ncdalliance.org
- ³ Tobaksfakta oberoende tankesmedja. *Tobacco Endgame*. Hämtat från Tobaksfakta.se:
<http://tobaksfakta.se/tema/tobacco-endgame/>
- ⁴ Hälsa på lika villkor. Nationella folkhälsoenkäten – Tobaksvanor i Sverige 2014. Folkhälsomyndigheten
- ⁵ Socialstyrelsen. Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Sveriges officiella statistik, hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen 2014
- ⁶ Englund A. (red). Skolelevers drogvanor 2015. Rapport 154. Stockholm Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2015.
- ⁷ Folkhälsomyndigheten/Folkhälsodata/Faktablad. Se Folkhälsomyndighetens hemsida:
www.folkhalsomyndigheten.se
- ⁸ Socialstyrelsen. (2014). *Registeruppgifter om tobaksrökningens skadeverkningar*.
www.socialstyrelsen.se, februari 2014.
- ⁹ Emilie Agardh, med dr, forskarassistent, Ulrika Boman, forskningshandläggare, Peter Allebeck, professor, överläkare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; samtliga institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm. *Läkartidningen* 2015;112:C4TH.
- ¹⁰ Bolin K. & Lindgren B. 2004 Rökning: Produktionsbortfall och sjukvårdskostnader. Rapport nr R 2004:3. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Uppräkningar till 2009 års penningvärde av B. Lindgren 2009-08.
- ¹¹ Statens folkhälsoinstitut. *Tobaksfritt arbetsliv: idéskrift för arbetsgivare*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2010.
- ¹² Brouwers. (2012). *Nollvision 2025 -Simuleringsstudie av en tobaksintervention*. Socialdepartementet. Simuleringsstudien utförd av G Salomón Holmer vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet
- ¹³ HFS & Uppsala University. (2012-2014). *Hälsokalkylator*. Sverige.

Samordnare i Tobakspreventiva nätverket för Landsting och Regioner

Det nationella nätverket för Tobaksprevention i Landsting och Regioner (TPLR) tillkom i början av 1990-talet och består av samordnare från respektive landsting eller region i Sverige. Landstingets/regionens samordnare är tillsammans med ANDT-samordnaren på länsstyrelsen kontaktperson och koordinator i tobakspreventiva frågor i länet.

Blekinge län

Lisbeth Andersson, Landstinget Blekinge, tel: 0455-73 40 37 lisbeth.andersson@ltblekinge.se

Dalarna län

Suzanna Westberg, Landstinget Dalarna, tel: 023-49 00 85 suzanna.westberg@ltdalarna.se

Gotlands län

Mona Wahlgren, Region Gotland, tel: 0498-26 90 20 mona.wahlgren@gotland.se

Gävleborgs län

Ulrica Olsson, Samhällsmedicin Region Gävleborg, tel: 026-15 30 33

ulrika.olsson@regiongavleborg.se

Hallands län

Susanne Johansson, Region Halland, tel: 070-205 07 79

Susanne.L.Johansson@regionhalland.se

Jämtlands län

Ewa Jonsson, Region Jämtland Härjedalen, tel: 063-14 24 59 ewa.jonsson@regionjh.se

Jönköpings län

Mattias Jonsson, Region Jönköpings län, tel: 036 - 32 41 89 mattias.jonsson@lj.se

Marita Andersson, Tobaksenheten Värnamo sjukhus, tel: 0370-69 84 17, 0725-61 36 25,

marita.g.andersson@rjl.se

Kalmar län

Marie Tigerryd, Landstinget Kalmar län tel: 0480- 842 13 marie.tigerryd@ltkalmar.se

Kronobergs län

Ingrid Aurin Edvardsson, Region Kronoberg, tel: 0470-58 85 31

ingrid.edvardsson@kronoberg.se

Norrbottens län

Maya Bergström Wuolo, Norrbottens läns landsting, tel: 0920-28 46 16, maya.bergstrom-wuolo@nll.se

Region Skåne

Maria Bjerstam, Regional samordnare för området hälsofrämjande sjukvård, Region Skåne tel: 040-675 30 94, Maria.A.Bjerstam@skane.se

Kontie Moussa, Epidemiologi, Enheten för folkhälsa, Region Skåne tel: 040-674 32 99, kontie.moussa@skane.se

Stockholms län

Ann Post, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, SLSO
tel: 08-123 371 87, ann.post@sll.se

Lena Lundh, Centrum för allmänmedicin, Huddinge 070-165 51 82 lena.k.lund@sll.se

Södermanland

Katarina Östergren, Landstinget Sörmland, tel: 0155-24 55 79, eller mobil 076-720 20 79
katarina.ostergren@dll.se

Uppsala län

Erika Häggström, Landstinget i Uppsala län, tel: 018-611 7718 eller mobil: 070 - 602 8642
erika.haggstrom@lul.se

Värmlands län

Annika Sundelin, Landstinget i Värmland, tel: 054-61 41 96 annika.sundelin@liv.se

Västerbottens län

Ywonne Wiklund, Västerbottens läns landsting, tel: 090-785 73 91 ywonne.wiklund@vll.se

Västernorrlands län

Iwona Jacobsson, Landstinget Västernorrland, tel: 0620-194 55, 070-58 68 555
iwona.jacobsson@lvn.se

Västmanlands län

Maria Lehrberg, Landstinget Västmanland, tel: 021-17 67 51, maria.lehrberg@ltv.se

Västra Götaland

Birgitta Nydahl Svärd, Västra Götalandsregionen, tel: 031-342 93 01, 0706-56 82 40
birgitta.k.svard@vgregion.se **Maria Martini**, Göteborgs Stad tel 031-367 93 67, 0725-51 23 31
maria.martini@socialresurs.goteborg.se

Örebro län

Matz Larsson, Region Örebro län, tel: 019-602 55 96 matz.larsson@regionorebrolan.se
Jesper Hellberg, Region Örebro Län, Tel 019-602 55 94 jesper.hellberg@regionorebrolan.se

Östergötland

Linda Karlsson, Region Östergötland, Universitetssjukhuset i Linköping
tel: 010-103 16 03 linda.ev.karlsson@regionostergotland.se
Katarina Åsberg, Region Östergötland, tel; 010-103 08 84,
katarina.asberg@regionostergotland.se

Adjungerade till arbetsutskottet är även:

Lena Sjöberg, Lena.sjoberg@ymtkansli.org Kanslichef på Yrkesföreningar mot Tobak
(Göran Boëthius, boethius@tobaksfakta.se, Tobaksfakta - oberoende tankesmedja)

Härjedalens kommun – första kommun att ta beslut om stöd till Tobacco Endgame-strategin.
Agneta.roberts@herjedalen.se kan berätta mer

