

En framtid uten tobakk

Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader

2013–2016



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET



Vår visjon er en framtid uten tobakk – en framtid der enkeltindivider og samfunn ikke lenger rammes av tobakkens mange helseskader og hvor barn og voksne lever sunnere og lengre liv.



Kampen vi skal vinne

Det er dem som mener at kampen mot tobakk handler om formynderi. Den handler om noe som er langt mer alvorlig. Kampen mot tobakk handler om en epidemi som tar liv. Og den handler om helseforskjeller.

Hvert eneste år dør over 5000 norske kvinner og menn av sykdommer som skyldes røyking. De har mistet i gjennomsnitt 11 år av livet sitt. Det er mye liv. Mye smerte og sorg.

Om vi skal skape en framtid uten tobakk må vi lykkes på to områder: Vi må legge til rette for at de som bruker tobakk velger å ta beslutningen om å slutte. Og vi må gjøre det vi kan for å hindre at flere begynner. Begge deler er viktig. Vi har en tradisjon for å beskytte barn og ungdom. Det er et særlig samfunnsansvar å hindre at barn og unge begynner å bruke tobakk, og at de ikke utsettes for helseskadelig røyk.

I Norge er det fortsatt 28 prosent som røyker. 17 prosent gjør det daglig. I flere andre land har andelen dagligrøykere sunket til 10 prosent. Det har skjedd ved hjelp av virkemidler som avgifter, kampanjer, lovgivning og hjelp til tobakksavvenning. Dette viser at det fortsatt er mulig å sette oss mål som reduserer sykdomsbyrden fra tobakk. Og at det finnes verktøy som virker.

Bruk av snus har økt betydelig blant både gutter og jenter de siste årene. Det er bekymringsfullt. Bruk av snus er mindre skadelig enn røyking, men snusbruk har også alvorlige helsekonsekvenser. Når vi har slik kunnskap har vi et ansvar for å ta den på alvor.

Arbeidet for å redusere tobakkens skadevirkninger er også en innsats mot sosiale helseforskjeller. Personer med kort utdanning begynner å røyke tidligere enn de med lang utdanning. De blir utsatt for mer passiv røyking, og stumper sigaretten i mindre grad enn personer med lengre utdanning. Personer med kort utdanning er også overrepresentert i statistikken over sykdom og død som skyldes røyking.

Denne strategien for arbeidet mot tobakksskader inneholder mange ulike tiltak som vil føre oss videre i det tobakksforebyggende arbeidet. Det kan bringe oss nærmere det som er visjonen, et tobakksfritt Norge.

Vi mennesker har vunnet kamper mot epidemier før. Vi skal vinne denne også.

Jonas Gahr Støre
helse- og omsorgsminister



Innhold

1	Innledning	6
2	Omfang og status for tobakksbruk	8
3	Status for det tobakksforebyggende arbeidet	10
4	Mål for strategiperioden 2013–2016	12
5	Fornytt satsing – tiltak	14
	5.1 Lovendringer	14
	5.2 Økonomiske virkemidler	17
	5.3 Massemediekampanjer	18
	5.4 Tobakksavvenning	20
	5.5 Andre tiltak	25
	VEDLEGG – Fakta og bakgrunn for strategien	28
	Konsekvenser av tobakksbruk	28
	Milepæler i norsk tobakkspolitikk	34
	Norges internasjonale forpliktelser på tobakksområdet	36
	Samhandling mot tobakk	37
	Litteratur	42

1 Innledning

Røyking er den enkeltfaktoren som har sterkest negativ innvirkning på folkehelsen. Hvert år dør om lag 5100 personer i Norge av sykdommer forårsaket av røyking. I gjennomsnitt har hver av dem tapt 11 leveår. Røyking øker risikoen for hjerte- og kar-sykdommer, kols og mange former for kreft, særlig lungekreft. De fleste tilfellene av lungekreft i Norge kunne vært unngått dersom ingen røykte.

Røyking er en viktig årsak til sosiale helseforskjeller. Personer med kort utdanning begynner tidligere å røyke, er utsatt for mer passiv røyking og slutter i mindre grad enn de med lengre utdanning. Gjennom innsats for å begrense tobakksbruk kan vi bidra til å redusere sosiale helseforskjeller.

Fortsatt røyker rundt 700 000 personer daglig i Norge. Det antas at om lag 100 000 barn under 13 år utsettes for passiv røyking i hjemmet hver dag. Selv om vi har sett en nedgang i andelen røykere i befolkningen, skjer ikke nedgangen raskt nok. Andelen unge som bruker snus har steget dramatisk. Skal vi lykkes med en vesentlig reduksjon i tobakksbruken i årene som kommer, er det nødvendig med forsterket innsats.

Flere vestlige land har en betydelig lavere røykeandel enn Norge. I 2010 lå for eksempel Sverige og Storbritannia vesentlig lavere. I delstaten California var det totalt bare 12 prosent dagligrøykere og av-og-til-røykere. I Norge var summen av dagligrøykere og av-og-til-røykere 28 prosent. Det er altså fortsatt stort potensial for å redusere andelen røykere i befolkningen.

Helsedirektoratet anslår at samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til røyking i Norge utgjør åtte eller 80 milliarder kroner per år, avhengig av om man bare legger til grunn kostnader for helsevesenet eller også kostnader for samfunnet som helhet.

Andelen røykere i befolkningen har gått ned de siste årene, mens andelen unge som bruker snus har økt kraftig. Dette er bekymringsfullt fordi også snus kan føre til alvorlige helseskader.

Regjeringen vil fornye og forsterke innsatsen i det tobakksforebyggende arbeidet. Grunnlaget for den nye strategien for 2013–2016 er erfaringene fra forrige strategiperiode og konklusjonene fra Verdens helseorganisasjons evaluering av arbeidet med tobakksforebygging i Norge fra 2010 (WHO 2010). Det er også lagt vekt på internasjonale erfaringer, spesielt fra våre nordiske naboland.



**Røyking er svært
skadelig for deg
og dine omgivelser.**

I forrige strategiperiode lyktes vi med å redusere andelen røykere i befolkningen generelt og med å halvere ungdomsrøykingen. Målene om å halvere andelen gravide som røyker og stanse økningen i snusbruk, ble ikke nådd.

Selv om Norge har kommet langt i arbeidet med å forebygge tobakksskader, er vi ikke lenger «best i verden». Regjeringen ønsker igjen å gjøre Norge til et ledende land i det tobakksforebyggende arbeidet. Det skal skje ved sterkere og mer systematisk satsing.

Vi legger opp til en ny satsing på massemediekampanjer og etablering av et nasjonalt røyke- og snusavvenningstilbud. Politikken med høye avgifter og innskjerping av regelverket videreføres. Målet er å hindre at barn og unge begynner å røyke og snuse, at de som allerede bruker tobakk skal få hjelp til å slutte, og at befolkningen skal beskyttes mot tobakksskader som følge av passiv røyking.

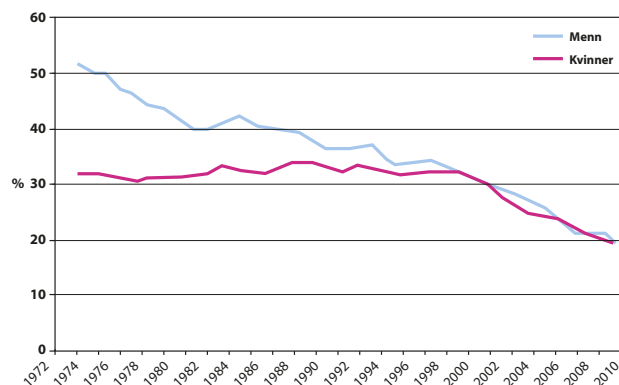
Vi har flere virkemidler som kan påvirke utviklingen i tobakksbruken i befolkningen. Men endret tobakksbruk er bare delvis et resultat av myndighetenes politikk for å forebygge tobakksskader. En del faktorer har vi ikke mulighet til å påvirke. For eksempel startet nedgangen i menns røyking før tobakksforebyggende tiltak var etablert, og snusbruk har økt til tross for høye avgifter, aldersgrenser, reklameforbud og utbredt kunnskap om skadevirkningene.

2 Omfang og status for tobakksbruk

2.1 Omfang og utviklingstrekk

Det har vært en markant nedgang i andelen daglig-røykere fra 1973 til 2011 (figur 2.1). I 1973 røykte 51 prosent av mennene og 32 prosent av kvinnene daglig. I 2011 røykte om lag 17 prosent av befolkningen (16–74 år) daglig, omtrent like mange kvinner som menn. Det betyr at nærmere 700 000 personer fortsatt røyker daglig i Norge. I tillegg røyker 11 prosent, eller om lag 450 000 personer, av og til. Gruppen som røyker av og til har holdt seg stabil på rundt 10 prosent de siste 30 årene, til tross for at andelen dagligrøykere har gått kraftig ned i samme periode.

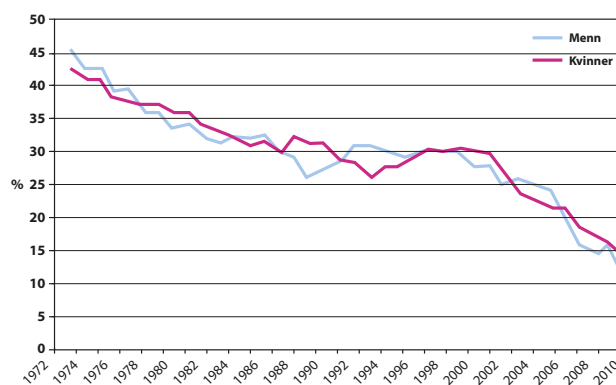
Figur 2.1 Andelen som røyker daglig blant menn og kvinner, 16–74 år, 1973–2011



(Kilde: Statistisk sentralbyrå)

Også blant unge (16–24 år) har det vært en positiv utvikling (figur 2.2). Reduksjonen har vært sterkere enn i befolkningen som helhet det siste tiåret. Ungdoms-røykingen ble halvert i løpet av forrige strategiperiode. I 2011 var andelen dagligrøykere i denne aldersgruppen 11 prosent.

Figur 2.2 Andel som røyker daglig blant menn og kvinner, 16–24 år, 1973–2011



(Kilde: Statistisk sentralbyrå)

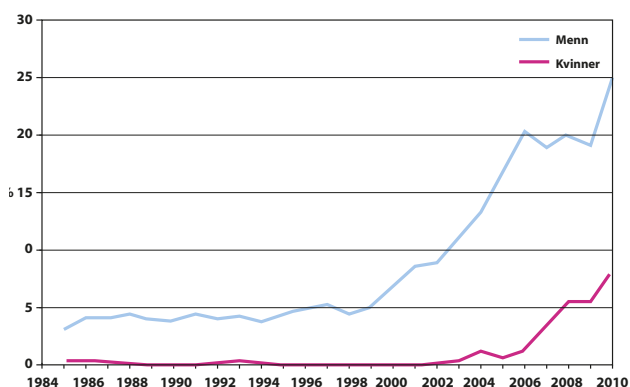
Omtrent en femdel (18 prosent) av alle gravide røykte i 2011 ved starten av svangerskapet (daglig eller av og til) og syv prosent ved svangerskapets slutt. Det var flest røykere blant de yngste kvinnene. I 1999 røykte 25 prosent av alle gravide ved svangerskapets begynnelse og 18 prosent ved svangerskapets slutt. Etter 2006 har nedgangen i røyking blant gravide flatet ut.

Det er også store geografiske forskjeller. I Oslo røykte i 2011 under tre prosent gravide ved svangerskapets slutt. Andelen var høyest i Finnmark (12 prosent), tett fulgt av Aust-Agder (11 prosent) og Nordland (10 prosent).

Åtte prosent av befolkningen (16–74 år), i hovedsak menn, brukte i 2011 snus daglig (om lag 300 000 personer). Blant unge menn (16–24 år) brukte 25 prosent snus daglig, mot 11 prosent av kvinnene i samme aldersgruppe. I tillegg brukte 16 prosent av unge menn og 11 prosent av unge kvinner snus av og til. Bruken av snus har økt betydelig blant yngre menn de siste årene, og er i dag vanligere enn røyking. Også blant unge kvinner har snusbruk økt kraftig (figur 2.3).



Figur 2.3 Andelen som bruker snus daglig blant menn og kvinner, 16–24 år, 1985–2011



(Kilde: Statistisk sentralbyrå)

2.2 Nye produkter i Norge

Vannpipe

Vannpipe har vært mest vanlig i land rundt østlige deler av middelhavsregionen, men bruken ser også ut til å bre seg til andre områder. I Norge har 16 prosent av befolkningen prøvd å røyke vannpipe, men bare én prosent røyker vannpipe oftere enn en gang i uken. En undersøkelse blant 1000 ungdommer i aldersgruppen 15–25 år, viste at over 20 prosent hadde røykt vannpipe i Norge flere eller mange ganger (Helsedirektoratet, 2010). I Sverige har 27 prosent av befolkningen prøvd vannpipe, og over 60 prosent av 18-åringene på videregående skole (Folkhälsoinstitutet, 2009).

Røyking med vannpipe blant unge kan være en mulig start for senere sigarettøyking. Vannpiperøyking fører også til avhengighet og er minst like helsefarlig som sigaretter, men helserisikoen synes lite kjent. Produksjon, innførsel og omsetning av vannpipe-tobakk er forbudt i Norge.

Elektroniske sigaretter

Elektroniske sigaretter er et relativt nytt produkt og markedsføres oftest som et røykeavvenningsmiddel. Elektroniske sigaretter inneholder nikotinampuller av ulik styrke, men kan også være uten nikotin. En elektronisk sigarett brukes på samme måte som en vanlig sigarett, og den som inhalerer får i seg nikotin ved en fordampingsprosess. En nikotinampulle tilsvarer 10–15 sigaretter, avhengig av ampullens styrke.

Verdens helseorganisasjon konkluderte i 2009 med at det ikke var dokumentert effekt av elektroniske sigaretter som røykeavvenningsmiddel, og at det er behov for kunnskap om hvorvidt elektroniske sigaretter bidrar til å opprettholde nikotinavhengighet og om de kan fungere som inngangsport til røyking. Produksjon, innførsel og salg av elektroniske sigaretter er som hovedregel forbudt i Norge.

3 Status for det tobakksforebyggende arbeidet

Norge har vært ledende i det tobakksforebyggende arbeidet i Europa siden 1960-tallet. Arbeid med røykeavvenning kom tidlig i gang. Norge var det første landet i verden som undertegnet Verdens helseorganisasjons Tobakkskonvensjon den 16. juni 2003.

Norge lå i 2010 på tredjeplass av 31 europeiske land bedømt etter en skala for tiltak mot tobakk anbefalt av Verdensbanken (Association of European Cancer Leagues' Tobacco Control Scale 2010). Norge skåret høyt på pris, forbud mot røyking på offentlige steder og reklameforbud, men relativt dårlig på massemediekampanjer og hjelp til røykeavvenning.

Etter invitasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet gjorde Verdens helseorganisasjon i 2010 en evaluering av arbeidet med tobakksforebygging i Norge (WHO 2010). Rapporten inneholder både ros og ris. De største utfordringene for fortsatt framgang i arbeidet med tobakksforebygging er ifølge rapporten:

1. Det tobakksforebyggende arbeidet har mistet framdrift de siste årene, og ressursene er ikke tilstrekkelige.
2. Norge har sluttet å bruke massemediekampanjer, selv om disse er svært effektive verktøy for å redusere røyking i alle grupper.
3. Egne røykerom på arbeidsplasser tillates fortsatt, i strid med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen.
4. Barn lever relativt ubeskyttet mot passiv røyking i den private sfære.
5. Røykeavvenningstjenester finnes nesten ikke, til tross for at dette er prioritert høyt i tobakksstrategien for perioden 2006–2010.



Verdens helseorganisasjon kommer med fem nøkkel-anbefalinger som de mener bør prioriteres i det videre arbeidet:

1. Helse- og omsorgsdepartementet bør sørge for sterkere nasjonalt lederskap for tobakksforebyggende arbeid, herunder betydelig større ressurser.
2. Det bør på nytt satses på massemediekampanjer. Det anbefales å gjennomføre to til tre store «hardt-slående» kampanjer hvert år og at kampanjene har en bred tilnærmingstype.
3. Alle arbeidstakere og allmennheten bør sikres likt vern mot passiv røyking ved å fjerne muligheten til å ha røykerom, ved klarere definisjoner av begreper i loven (f.eks. «lokaler») og ved å innføre effektive håndhevsstrategier.
4. Det bør gjennomføres en massemediekampanje som bevisstgjør voksne om behovet for å beskytte barn mot passiv røyking i den private sfære. I tillegg bør det vurderes lovgivning.
5. Røykeavvenning må prioriteres høyt i den nye tobakksstrategien. Som et første steg bør potensialet til Røyketelefonen og nettstedet for røykeslutt maksimeres. Det bør utvikles en sterk nasjonal, regional og lokal infrastruktur der det kan gjennomføres minimal intervensjon og henvisninger til Røyketelefonen, i tillegg til intervensjoner ved hver konsultasjon med helsetjenestene. Dette bør om nødvendig følges opp med henvisning til kunnskapsbaserte, hensiktsmessige og økonomisk egnede røykeavvenningstjenester.

Andre sentrale anbefalinger i rapporten er:

1. Etablere en bevillingsordning for å regulere salget av tobakksvarer.
2. Anvende lovgivningen om bildeadvarsler også på røykfri tobakk.
3. Mer aktivt samarbeid med frivillig sektor.
4. Overvåke tobakksindustriens aktiviteter nasjonalt og internasjonalt.
5. Redusere avgiftsforskjellen mellom røyketobakk og røykfri tobakk.

4 Mål for strategiperioden 2013–2016

Regjeringen har satt følgende mål for 2016:

1. Unngå at unge begynner å røyke og snuse

- Barn og unge som er født etter år 2000, skal ikke begynne å røyke eller snuse.
- Andelen barn og unge (16–24 år) som røyker daglig, skal være under seks prosent (2011: 11 prosent).
- Den kraftige økningen i daglig snusbruk blant barn og unge (16–24 år) skal stanse (2011: menn 25 prosent, kvinner 11 prosent).

2. Motivere og tilby hjelp til snus- og røykeslutt

- Andelen dagligrøykere i befolkningen (16–74 år) skal være under 10 prosent (2011: 17 prosent).
- Andelen i befolkningen (16–74 år) som bruker snus daglig skal ikke være over åtte prosent (2011: åtte prosent).

3. Beskytte befolkningen og samfunnet mot tobakksskadene

- Ingen barn skal utsettes for passiv røyking.
- Andelen gravide som røyker ved slutten av svangerskapet skal være under fire prosent (2011: syv prosent).

Dette er ambisiøse mål som vil kreve kraftig innsats framover. Erfaringene fra forrige strategiperiode og fra andre land tilsier at en halvering av andelen i befolkningen (voksne, gravide og barn/unge) som røyker daglig, er innen rekkevidde. Vi må gi høyeste prioritet til målet om å hindre at nye generasjoner begynner med tobakk.

Bruken av snus har de siste årene økt kraftig blant unge og vil vanskelig kunne reverseres i løpet av en strategiperiode. Det bør imidlertid være et realistisk mål å stanse økningen i løpet av perioden.

Målet om at ingen barn skal utsettes for passiv røyking er et resultat av ny kunnskap om helseskader. Å utsette barn for passiv røyking er ikke lenger akseptabelt.



5 Fornyet satsing – tiltak

Sammenhengen mellom bruk av tobakk og helseskader er godt dokumentert. Vi har også god kjennskap til hvilke virkemidler som har dokumentert effekt når det gjelder å begrense og forebygge skadeomfanget relatert til tobakksbruken. Det er de brede tilnærmingene som har sterkest langsiktig virkning på tobakksforbruket i en befolkning. Det vil si bruk av regulatoriske og økonomiske virkemidler sammen med kampanjer og tiltak innen helsesektoren. Verdens helseorganisasjons Tobakkskonvensjon understreker nettopp behovet for brede tiltak på tvers av sektorer.

«Many OECD countries have achieved remarkable progress in reducing tobacco consumption over the past decades, although it still remains a leading cause of early death and hence an important public health issue. Much of this decline can be attributed to policies promoting public awareness campaigns, advertising bans and increased taxation.»

Health at a Glance 2011. OECD indicators

Forebygging gjennom massemediekampanjer, i tillegg til høye avgifter og et restriktivt lovverk, skal gjøre at færre begynner å røyke og snuse. De som i dag røyker og snuser, skal få et faglig godt tilbud om hjelp til å slutte.

5.1 Lovendringer

Vi kan begrense tilgangen til og etterspørselen etter tobakk gjennom lovverket. Lovverket kan også sikre at befolkningen blir beskyttet mot passiv røyking. Slike virkemidler er effektive for å utjevne sosiale forskjeller i tobakksbruk.

Til tross for et godt lovgrunnlag, er det en vedvarende diskusjon i hvor stor grad og med hvilken rett myndighetene bør innskrenke enkeltmenneskers mulighet til å røyke.

Det er tungtveiende legitimitetsgrunner for myndighetenes rett til å bruke lover og regler for å begrense tobakksbruk:

1. Omfanget av helseskader

Verdens helseorganisasjon har fastslått at røyking er den viktigste risikofaktoren både for tidlig død og tap av friske leveår i høyinntektsland som Norge.

2. Valget om røyking tas av umyndige personer med misoppfatninger om risiko

De fleste begynner å røyke tidlig i livet. Over 70 prosent røykedebuterer før fylte 20 år, over 50 prosent før de er 18 år. Over 80 prosent av røykerne angrer senere på at de begynte å røyke. Barn og unge har som regel sterke misoppfatninger om helserisikoen, og unge røykere undervurderer muligheten for at de selv vil bli avhengige av nikotin sammenliknet med andre.

3. Friheten til å avbryte er begrenset av avhengighet

Unge røykere viser tegn på avhengighet allerede etter noen få ukers røyking. I en undersøkelse av trønderungdom (NTNU Ung-HUNT 2011) var det svært få eksperimentrøykere som klarte å opprettholde et lavt forbruk over tid. De fleste gikk over til å bli daglig-



røykere. Friheten til å velge mellom å fortsette eller slutte er med andre ord kraftig begrenset av en avhengighet som både kan være fysiologisk og psykologisk.

4. Røyking rammer uskyldig tredjeperson

Røyking går ut over andre. Passiv røyking kan føre til alvorlige helsekonsekvenser. Fortsatt er det rundt 100 000 barn under 13 år som daglig utsettes for passiv røyking i hjemmet. Det er de yngste som i størst grad utsettes for passiv røyking. Røyking har dessuten en rekke negative konsekvenser som utgifter til behandling, branner osv, som fellesskapet bekoster.

Status på lovområdet

Norge var et av de første landene som fikk en egen tobakksskadelov (lov 9. mars 1973 om vern mot tobakksskader). Tobakksskadeloven regulerer salg og bruk av tobakksvare. Aldersgrensen er 18 år for kjøp og salg av tobakksvare, det er totalforbud mot alle former for tobakksreklame, påbud om helseadvarsler på tobakkspakkene, forbud mot synlig oppstilling av tobakksvare på utsalgssteder og røykeforbud (med visse unntak) på arbeidsplasser, institusjoner, serveringssteder samt lokaler og transportmidler hvor alle har adgang.

Særlig reklameforbudet spilte en viktig rolle for tobakksforebyggingens suksess de første årene. De senere årene har røykeforbudene som ble innført i 1988 (arbeidsplasser, lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang) og 2004 (serveringssteder), hatt stor betydning for folks holdninger til røyking og for nedgangen i røyketallene.

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet 14. desember 2012 *Prop. 55 L (2012–2013) Endringer i tobaksskadeloven (bevillingsordning mv.)*. Proposisjonen inneholder forslag til en rekke lovendringer med det

formål å hindre barn tilgang til tobakksvare, gjøre flere arenaer tobakksfrie og styrke vernet mot passiv røyking. Det er ventet at Stortinget vil behandle lovforslagene i løpet av vårsesjonen 2013.

Det viktigste enkeltforslaget i lovproposisjonen er innføring av en kommunal bevillingsordning for salg av tobakksvare. I dag er det ingen som fører tilsyn med aldersgrensen på 18 år for kjøp av tobakksvare, til tross for at nærmere halvparten av de mindreårige som røyker eller snuser, kjøper tobakken sin selv. Den foreslåtte ordningen er til en viss grad basert på den eksisterende bevillingsordningen for salg av alkoholholdig drikk.

Forslaget innebærer at alle steder som ønsker å selge tobakksvare må søke om tillatelse fra kommunen, som vil føre kontroll med at salgsstedet overholder aldersgrensen og andre bestemmelser i tobaksskadeloven. Det foreslås også et forbud mot selvbetjening og et forbud mot mindre tobakkspakninger. Forslagene har som formål å begrense barn og unges tilgang til tobakksvare gjennom å gjøre tobakksvare mindre tilgjengelige både fysisk og prismessig.

Videre foreslås det en rekke tiltak for å begrense barn og unges etterspørsel etter tobakksvare, og for å styrke vernet mot passiv røyking. Det foreslås et totalt røykeforbud i arbeidslokaler og lokaler hvor allmennheten har tilgang, røykfrie inngangspartier til helseinstitusjoner og offentlige virksomheter, at alle skoler og barnehager gjøres tobakksfrie både inne og ute og at det lovfestes tobakksfri skoletid for elevene. Det er også foreslått en normativ lovbestemmelse om barns rett til vern mot passiv røyking, at det skal gis nasjonale retningslinjer for utforming av uteserveringer, og at den langsiktige visjonen om et tobakksfritt samfunn tas inn i tobaksskadelovens formålsbestemmelse.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i strategiperioden følge opp Stortingets behandling av lovendringsforslagene blant annet gjennom å utarbeide nærmere forskriftsbestemmelser om en bevillingsordning for salg av tobakksvarer og om uteserveringer. Videre vil behovet for forskriftsbestemmelser om røykfrie inngangspartier og mindre tobakkspakninger, vurderes. Lovverket vil også kontinuerlig videreutvikles i lys av ny kunnskap, erfaringer fra andre land og det løpende arbeidet tilknyttet Tobakkskonvensjonen.

En protokoll mot ulovlig handel med tobakksvarer ble vedtatt på partsmøtet til Tobakkskonvensjonen i november 2012. Protokollen tar sikte på å redusere alle former for ulovlig handel med tobakk, herunder smugling. Den inneholder blant annet bestemmelser om regulering av forsyningskjeden fra produksjon til utsalgssted. Departementet vil i løpet av strategiperioden vurdere ratifikasjon av protokollen.

Boks 5.1 Kontinuerlig utvikling av lovverket

Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av strategiperioden følge opp Stortingets behandling av lovforslagene, herunder:

- Innføre en kommunal bevillingsordning for salg av tobakksvarer.
- Innføre forbud mot selvbetjening og mindre tobakkspakninger.
- Gjøre flere arenaer i samfunnet tobakksfrie og styrke vernet mot passiv røyking.

Departementet vil videre:

- Vurdere ratifikasjon av Tobakkskonvensjonens protokoll mot ulovlig handel med tobakksvarer.
- Kontinuerlig videreutvikle lovverket i lys av ny kunnskap, internasjonale erfaringer og for å følge opp Tobakkskonvensjonen.

5.2 Økonomiske virkemidler

Det har vært særavgift på tobakk helt siden 1915. Det er altså lang tradisjon for bruk av avgifter som virkemiddel i det tobakksforebyggende arbeidet i Norge. Opprinnelig var begrunnelsen å skaffe staten inntekter til andre formål. I dag brukes også helseargumentasjon om at høye tobakksavgifter reduserer forbruket.

Når prisen øker, faller etterspørselen. Dette gjelder til tross for at bruk av tobakk skaper avhengighet. Avgifter har større effekt i grupper med kort utdanning og lav inntekt. Slike virkemidler vil derfor kunne bidra til sosial utjevning i helseatferd. Ungdom er spesielt følsomme for prisendringer på tobakk, to til tre ganger mer enn voksne. Det er beregnet at en prisøkning på 10 prosent vil redusere det generelle forbruket med om lag fem prosent og ungdomsforbruket med om lag 15 prosent (SIRUS 2007).

Tobakksskadeloven har forbud mot spesielle rabatter ved salg av tobakksvarer. Av utsalgsprisen på tobakksvarer i Norge utgjorde i januar 2012 tobakksskatt + moms til sammen 73 prosent.

I 2010 var statens inntekter fra tobakksavgiftene 7436 mill. kroner (figur 5.1). Avgiftsinntekter fra tobakk i 2012 er beregnet til 8,2 mrd. kroner (ikke inkl. mva). Omsetningen av snus har steget i perioden, særlig siden 2000. Samlet omsetning av tobakksvarer er i dag mer enn 35 prosent lavere enn i 1990. Etter 2006 økte omsetningen noe, og det er snussalget som står for økningen. Imidlertid har samlet omsetning igjen gått ned siden 2009 og er tilbake på 2005-nivå. I tillegg foregår det uregistrert omsetning som grensehandel, avgiftsfritt salg (tax free) og smugling. Omkring 35 prosent av sigarettene og 25 prosent av snusproduktene ble i 2009 kjøpt utenfor landets grenser. Da er ikke smugling tatt med.

Figur 5.1.

Avgiftsnivå på tobakksvarer. 2010-kroner per 100 gram/stk.



(Kilde: Finansdepartementet og Statistisk sentralbyrå)

I internasjonal sammenheng er norske avgifter relativt høye, men i forhold til kjøpekraften har prisen på tobakk falt siden 1950. Ved inngangen til 1950-tallet måtte en industriarbeider jobbe om lag en time for en 20-pakning. Rundt 1980 var det tilstrekkelig å arbeide et drøyt kvarter (SIRUS 2005). Kjøpekraftøkningen gjorde at den relative prisen på sigaretter ble dramatisk redusert. De årlige avgiftsøkningene på sigaretter var noe større enn lønnsøkningen fram til midten av 1990-tallet. De siste ti årene har prisen på sigaretter vært relativt stabil. Siden 1980 har prisveksten på sigaretter kun vært marginalt høyere enn kjøpekraftutviklingen, mens prisen på rulletobakk har steget dramatisk.

Høyt avgiftsnivå sammen med massemediekampanjer, er de to viktigste tiltakene mot tobakksbruk blant ungdom (Verdens helseorganisasjon). I evalueringsrapporten fra 2010 anbefaler Verdens helseorganisasjon at forskjellen i avgiftsnivå mellom snus og røyketobakk i Norge reduseres, til tross for at det er allmenn enighet om at røyketobakk er mer helsefarlig enn snus.

I NOU 2007: 8 *En vurdering av særavgiftene* konkluderer utvalget med at dagens nivå på tobakkavgiftene omtrent tilsvarer summen av de samfunnsøkonomiske kostnadene + velferdskostnadene. Utvalget påpekte også at et generelt folkehelseargument om å begrense bruken av for eksempel tobakk over tid, ytterligere kan forsvare en høy avgift på tobakk. Videre pekte utvalget på at høye tobakkpriser kan forebygge at ungdom begynner å røyke.

I en nyere rapport anslår Helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2010) at samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til røyking i Norge utgjør åtte eller 80 mrd. kroner per år, avhengig av om man bare legger til grunn kostnader for helsevesenet eller også kostnader for samfunnet som helhet.

Boks 5.2 Bruk av avgifter som virkemiddel

Økonomiske virkemidler har betydning for tobakksforbruket i en befolkning. Et høyt avgiftsnivå på tobakksvarer skal opprettholdes.

5.3 Massemediekampanjer

Massemediekampanjer kan formidle veldefinerte budskap til store befolkningsgrupper ved gjentatte anledninger og over tid, til en lav kostnad per hode. Massemediekampanjer kan føre til endret atferd i definerte målgrupper, og er godt egnet til å skape oppmerksomhet og påvirke holdninger til andre virkemidler mot tobakk. Slike kampanjer er også godt egnet til å motivere til røykeslutt, og til å vise hvor røykere kan søke hjelp til røykeslutt. Australia og USA har i flere år brukt massemediekampanjer i det tobakksforebyggende arbeidet med veldokumentert effekt.

Erfaringer viser at massemediekampanjer mot tobakk har større sjanse for å lykkes hvis (i) kampanjen er omfattende og intensiv, (ii) målgruppen er klart definert, (iii) budskapet er basert på behovene og interessene i målgruppen, (iv) kampanjen varer tilstrekkelig lenge og (v) kampanjen støttes av andre samfunnsbaserte tiltak mot røyking. Dette krever imidlertid omfattende og langsiktige økonomiske investeringer.

Massemediekampanjer med sterke budskap om negative helsekonsekvenser av tobakksbruk har større effekt enn kampanjer med humoristisk vinkling eller kampanjer med nøytral framstilling av budskapet. Befolkningsrettede informasjonskampanjer med et negativt ladet budskap er også mer effektive enn kampanjer rettet mot spesielle grupper etter nasjonalitet, alder og kjønn. Kampanjer som framprovoserer en følelsesmessig negativ respons synes også å være effektive i å forebygge røykestart blant ungdom.

I 2003 falt andelen røykere i Norge med tre prosentpoeng etter to massemediekampanjer og omfattende debatt om innføring av en strengere røykelov. Regelmessig og hyppig bruk av massemediekampanjer har vist en positiv sammenheng med reduksjon i røyking i USA.

Bruk av sosiale medier i forebyggende tobakksarbeid er i sin spede begynnelse, men bør testes ut. I en undersøkelse blant 1000 ungdommer svarte over 30 prosent at de hadde diskutert røyking og snusbruk i sosiale medier en eller flere ganger (Helsedirektoratet 2010). Kommersielle aktører bruker også sosiale medier i ulike former som markedsføring, ryktespredning, reklamespill og sosial markedsføring. Tobacco Free Florida (www.tobaccofreeflorida.com) er et eksempel på bruk av sosiale medier i tobakksforebyggende arbeid.

Satsing på massemediekampanjer og tiltak for å bedre tilbudet om røykeslutt er de viktigste virkemidlene i denne strategiperioden for å få dem som allerede bruker tobakk til å slutte.

I Norge ble det ikke gjennomført større massemediekampanjer i perioden 2007–2011. I tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjons evalueringsrapport fra 2010, startet imidlertid helsemyndighetene med slike kampanjer igjen fra 2012. Det ble i 2012 og 2013 avsatt 19 mill. kroner på statsbudsjettet til massemediekampanjer mot tobakksbruk, og slike kampanjer vil brukes systematisk og strategisk for å oppnå målene i strategiperioden.

Boks 5.3 Videre satsing på massemediekampanjer

Massemediekampanjer er svært effektive for å redusere tobakksbruk i alle grupper. Det skal i strategiperioden gjennomføres massemediekampanjer mot tobakk for å:

- Bidra til at barn og unge ikke begynner med tobakk.
- Motivere personer som allerede røyker eller snuser til å slutte.
- Motivere gravide til å slutte, særlig med tanke på skadevirkninger på fosteret.
- Informere foreldre om barns rett til å vokse opp i et røykfritt miljø.

5.4 Tobakksavvenning

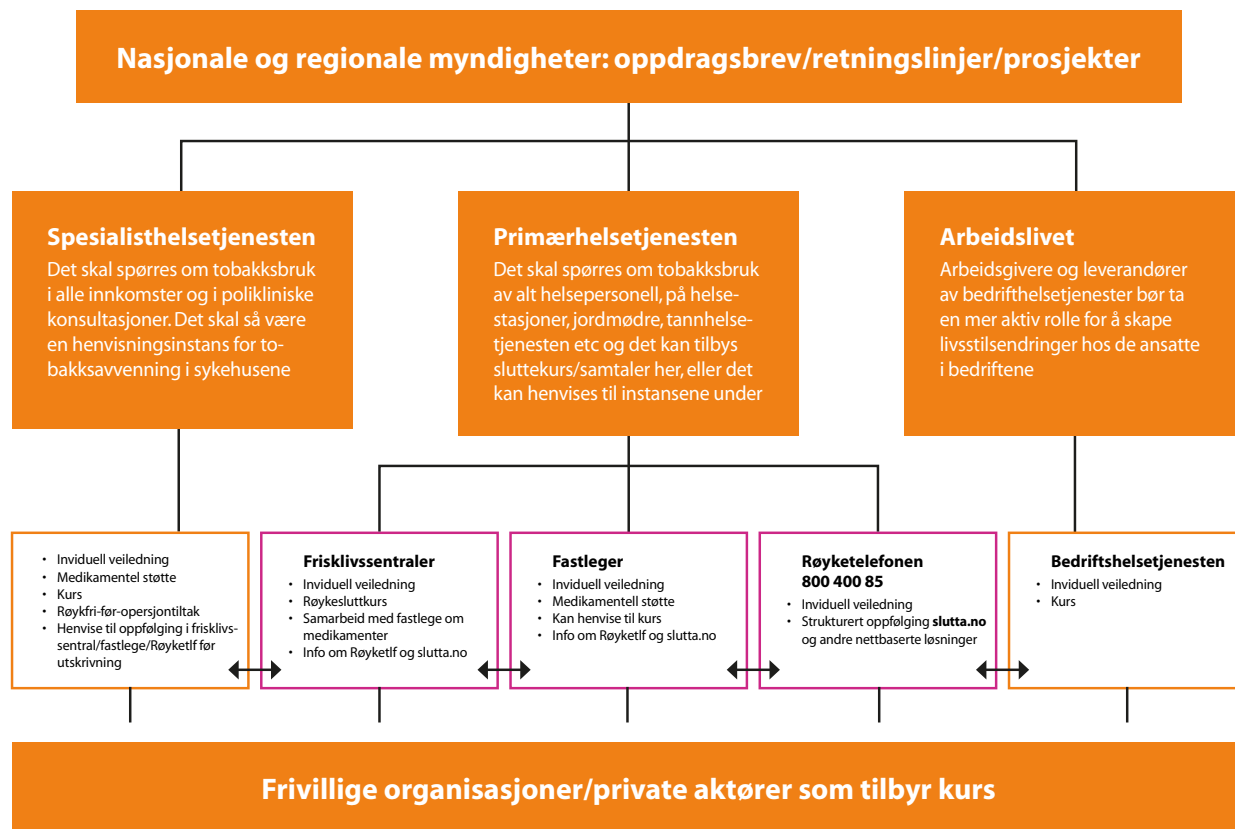
Dersom målet om under 10 prosent dagligrøykere ved utgangen av 2016 skal nås, må om lag 300 000 av de om lag 700 000 som røyker i dag, slutte.

Figuren viser aktørene som arbeider med tobakksavvenning i Norge. Det er behov for å styrke samarbeidet mellom nivåene og aktørene, slik at alle som ønsker hjelp til tobakksavvenning får et tilbud som passer.

Arenaer og aktører i tobakksavvenning

Landsomfattende tilbud om tobakksavvenning finnes gjennom Røyketelefonen og nettstedet www.slutta.no. Lokale tilbud til enkeltindivider eller grupper tilbys gjennom helsetjenesten, arbeidslivet og frivillige organisasjoner. Aktørene og samhandlingen mellom dem kan beskrives slik:

Figur 5.2 Arenaer og aktører i tobakksavvenning



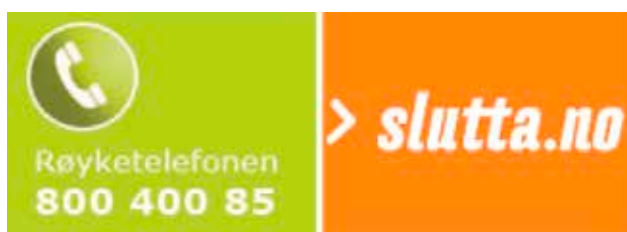
(Kilde: Helsedirektoratet)

Arbeidet med tobakksavvenning må i hovedsak skje der folk bor og arbeider. Primærhelsetjenesten må ha hovedrollen i dette arbeidet, sammen med tannhelsetjenesten, frisklivssentraler og frivillige organisasjoner. Spesialisthelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten har også viktige roller.

Røyketelefonen og nettstedet for røykeslutt (slutta.no)

Det finnes allerede to lett tilgjengelige og gratis tilbud til alle; Røyketelefonen og www.slutta.no. Det er viktig å videreføre disse tilbudene og gjøre dem enda bedre.

Figur 5.3 Gratis tobakkslutt-tilbud fra Helsedirektoratet



(Kilde: <http://www.helsedirektoratet.no/tobakk>)

Tobakksavvenning i primærhelsetjenesten

De aller fleste slutter å røyke og snuse uten hjelp. Men med profesjonell innsats kan resultatet nesten tidobles, og mer intensiv støtte gir bedre resultater. Helsetjenesten, inkludert frisklivssentralene, som det nå er 150 av, har en spesielt viktig rolle i tobakksavvenning. Pasientene tar informasjon som er formidlet av helsepersonell på alvor. Frivillige organisasjoner har så langt ikke tilbud om tobakksavvenning i alle kommuner. Arbeidet med tobakksavvenning bør skje i samarbeid med frivillige, der disse finnes.

For å øke etterspørselen etter hjelp til tobakksavvenning er det viktig at bruk av tobakk tas opp som tema i relevante konsultasjoner i helsevesenet. «Minimal intervensjon» dreier seg om å spørre om tobakksbruk, og det er noe alt helsepersonell kan gjøre. Minimal intervensjon er det viktigste verktøyet i primærhelsetjenesten, og regnes som meget kostnadseffektivt. Nasjonale retningslinjer fra flere land er samstemte i at minimal intervensjon bør anbefales. Minimal intervensjon, Røyketelefonen og nettstedet for røykeslutt (slutta.no) bør derfor promoveres av helsearbeidere og ledere i den kommunale helsetjenesten.

Systematisk bruk av pasientkontakter er viktig for god tobakksavvenning. Dette kan skje på flere måter. Det er vanlig å skille mellom «minimal intervensjon», som alt helsepersonell kan gjennomføre uten forkunnskaper, og et mer omfattende veiledningsprogram for tobakksbrukere med spesielle behov.

Figur 5.4 Tobakksavvenning med minimal intervensjon

Tobakksavvenning

1. Minimal intervensjon

- Røyker/snuser du?
- Kan du tenke deg å slutte?
- Jeg vil anbefale deg å slutte, og jeg kan hjelpe deg.

2. Videre veiledning

- Informer om, eventuelt tilby, medikamentell behandling
- Informer om frisklivssentraler, Røyketelefonen 800 400 85 og slutta.no
- Avtal oppfølging

Dersom pasienten er negativ til å slutte: Be om å få ta opp temaet igjen ved neste møte.

Kilde: Helsedirektoratet

Det er sammenheng mellom intensiteten i rådgivningen og behandlingen og effekten tiltakene har. Mer intens rådgivning og behandling gir bedre resultat. Det finnes metoder for mer omfattende veiledning som er kostnadseffektive, lette å lære og enkle å implementere. Best resultat oppnås når man supplerer den kvalifiserte rådgivningen med legemidler. Retningslinjer fra Sverige, New Zealand og USA anbefaler medikamentell støtte til røykeavvenning.

Pasienter med behov for mer omfattende veiledning bør tilbys hjelp og/eller henvises til hjelp hos utdannede veiledere. Mer omfattende veiledning kan utføres av interesserte leger og annet helsepersonell, frivillige organisasjoner og i arbeidslivet.

Tobakksavvenning i spesialisthelsetjenesten

Røykeavvenning i helseinstitusjoner virker og er kostnadseffektivt. Røykeavvenning reduserer risikoen for komplikasjoner ved operasjoner, antall innleggesdøgn og risiko for ny operasjon. En studie viser at røykeavvenning før planlagt kirurgi førte til at 18 prosent fikk komplikasjoner, mens 52 prosent i kontrollgruppen fikk komplikasjoner etter operasjon. I en annen studie ble dødelighet etter hjerteinfarkt halvert ved hjelp av et røykeavenningsprogram. Til sammenlikning ble dødeligheten redusert med 34 prosent ved bruk av legemidler etter infarkt.

Spesialisthelsetjenesten skal ha en sterkere rolle i det tobakksforebyggende arbeidet. Det er i tråd med samhandlingsreformen. I oppdragsdokumentet fra 2012 til de regionale helseforetakene er de pålagt å tilby pasienter og ansatte hjelp til tobakksavvenning. Opplegget bør være standardisert etter Helsedirektoratets faglige retningslinjer. Det innebærer at pasientens tobakksvaner skal noteres i journalen ved innleggelse, og det bør tidlig gjøres «minimal intervensjon». En avdeling på sykehuset, der individuell røykeavvenning drives kontinuerlig, bør være henvisningssted for andre avdelinger.

Sykehusavdelinger for disse fagfeltene skal ha standardiserte rutiner på hvordan de følger opp pasienter som røyker:

- Medisin (spesielt hjerte- og lungeavdelingene)
- Kirurgi
- Øre-nese-hals
- Kreft
- Gynekologi/fødselshjelp
- Nevrologi
- Rus/psykiatri

Pasienter som innkalles til planlagte kirurgiske inngrep, skal få standardisert informasjon om viktigheten av røykestopp før planlagt kirurgi. Samtidig skal det gis tilbud om hjelp til røykeslutt gjennom Røyketelefonen, frisklivssentraler, fastlegekontor eller ved et eget opplegg ved sykehuset.

Langvarig oppfølging av røykende pasienter etter utskrivning skjer best poliklinisk eller ved at sykepleier, som har hatt samtaler med pasienten under oppholdet, tar kontakt på telefon. Det kan også skje gjennom Røyketelefonen, frisklivssentraler eller ved fastlegekontoret. Det er den enkelte avdelings ansvar å sørge for at alle pasienter som røyker, får tilbud om videre oppfølging med røykeavvenning ved utskrivning fra sykehuset.

En systematisk og kunnskapsbasert plan for tobakksavvenning

Erfaringer fra land som er kommet lenger enn Norge i det tobakksforebyggende arbeidet, viser at det mest effektive for å oppnå en reduksjon i andelen som bruker tobakk, er en samtidig satsing på høye avgifter på tobakk, en restriktiv lovgivning som reduserer tilgangen på tobakk, massemediekampanjer og et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om hjelp til å slutte.

Det norske helsesystemet, herunder den helsefaglige utdanningen, har i første rekke fokus på diagnostikk og behandling. Det er et mål at tobakksavvenning skal bli en systematisk del av helsetilbudet til befolkningen og lett tilgjengelig for alle. Den faglige kvaliteten på tobakksavvenningen skal styrkes og samordnes nasjonalt, regionalt og lokalt.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har derfor Helsedirektoratet i 2011 utarbeidet en plan for et systematisk og kunnskapsbasert tilbud om hjelp til røyke- og snusavvenning (Helsedirektoratet 2011).

Viktige temaer fra denne planen som skal følges opp i strategiperioden er:

1. Kvalitetskrav i arbeidet med tobakksavvenning

Det trengs retningslinjer for hvordan systematisk gjennomføring av tobakksavvenning i helsetjenesten skal gjennomføres (f.eks. sykehus, svangerskapsomsorg, allmennpraksis, primærhelsetjeneste, tannhelsetjeneste og innen apotek). Det trengs også materiell som er tilpasset etniske minoriteter, grupper med høy andel røykere, gravide, pasienter som skal opereres, og pasienter med kroniske sykdommer.

Kvaliteten på Røyketelefonen og nettstedet www.slutta.no bør vurderes og oppdateres av Helsedirektoratet i strategiperioden. Dette for å sikre at tjenesten fortsatt er kunnskapsbasert og av høy kvalitet. Røyketelefonen må ha tilstrekkelig kapasitet for å dekke økt bruk i forbindelse med massemediekampanjer.

Helsedirektoratet bør også evaluere omfanget av og kvaliteten på utdanningen av veiledere, og gjennomføringen av tobakksavvenningstjenesten.

2. Legemidler ved tobakksavvenning

Verdens helseorganisasjon anbefaler at nikotinavhengighet klassifiseres som en sykdom, i likhet med den internasjonale klassifiseringen av sykdommer (ICD-10). I en kunnskapsoversikt fra Kunnskapssenteret i 2010 går det frem at 10 prosent har sluttet å røyke etter et år ved å bruke placebo, mens 16 prosent, 18 prosent og 26 prosent har sluttet ved hjelp av henholdsvis nikotinpreparater og legemidlene bupropion og vareniklin. Bupropion og vareniklin anses som kostnadseffektive sammenliknet med ingen behandling. Vareniklin kommer ut som det mest kostnadseffektive alternativet. I en rapport fra 2009 foreslår Helsedirektoratet at regelverket endres slik at det åpnes for at legemidler til tobakksavvenning kan gis på blå resept.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten behandlet spørsmålet om legemiddel-assistert røykeslutt i 2012. Rådet påpekte at legemiddel-assistert røykeslutt brukes i liten grad i Norge, til tross for at forskning viser at det har god effekt og er kostnadseffektivt. Rådet anbefalte at det bør innføres en refusjonsordning for legemidler til røykeavvenning, og at legemiddelforskriften derfor bør endres.

Helse- og omsorgsdepartementet mener at det er holdepunkter for at legemidler til hjelp ved tobakksavvenning bør brukes mer aktivt, spesielt sammen med veiledning, og vil vurdere dette nærmere i strategiperioden.

Det vil i strategiperioden også vurderes om legemidler til tobakksavvenning skal kunne skrives ut av annet helsepersonell enn leger i forbindelse med tobakksavvenningstjenester. Nikotinerstatningsprodukter som for eksempel plaster og tyggegummi er reseptfrie, mens legemidler til tobakksavvenning er reseptbelagt.

3. Snus anbefales ikke som middel til røykeslutt

Enkelte studier tyder på at snusbruk kan ha gunstig betydning for røykeslutt og for nedsatt røykeintensitet. På den annen side medfører også snusbruk helseskader og nikotinavhengighet. Det mangler longitudinelle studier over lang tid som viser hvorvidt bruk av snus ved røykeslutt fører til total nikotinfrihet på sikt, til bare bruk av snus, eller dobbeltbruk av sigaretter og snus.

Departementet anbefaler ikke snusbruk som en generell metode for å slutte eller trappe ned røyking. Det er et mål å stanse økningen i snusbruk, særlig blant unge. Denne politikken er i tråd med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon i evalueringsrapporten fra 2010.

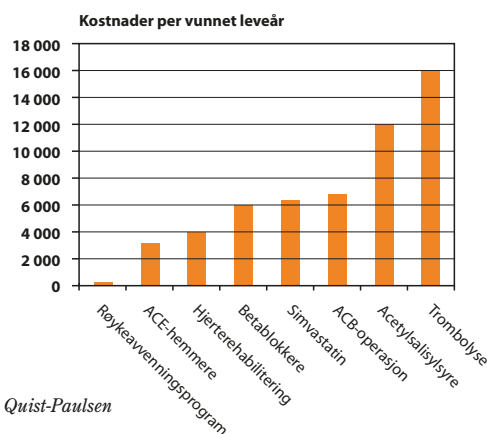
4. Stimulere til et effektivt røykeavvenningsprogram

Verdens helseorganisasjon anbefaler at departementet og Helsedirektoratet undersøker muligheten for å bruke takstsystemet for å stimulere allmennpraktiserende leger til mer aktivt å arbeide med tobakksavvenning. Det anbefales at registrering av tobakksbruk, gjennomføring av minimal intervensjon og røykeavvenning bør omfattes av en eventuell takst. Forslaget vil bli vurdert i løpet av strategiperioden.

Røykeavvenning er kostnadseffektivt sammenliknet med andre forebyggende tiltak

Figur 5.5 viser kostnadseffektivitet for røykeavvenning etter hjerteinfarkt sammenliknet med andre behandlingsmetoder for pasienter med hjerte- og karsykdom.

Figur 5.5 Kostnader per vunnet leveår ved ulike intervensjoner for hjertesykdom



(Kilde: Quist-Paulsen et al., 2006 (42))

Intervensjoner med høy intensitet som starter ved innleggelse i sykehus og som inkluderer minst en måneds oppfølging etter utskrivelsen, fremmer røykeslutt blant sykehuspasienter (Ministry of Health, Canada 2010). Dette gjelder uavhengig av diagnosen pasienten er innlagt for.

Boks 5.4 Nasjonal plan for tobakksavvenning

Helse- og omsorgsdepartementet vil i strategiperioden:

- Gi Helsedirektoratet i oppdrag å implementere en landsomfattende plan for tobakksavvenning ved å:
 - Gjøre tobakksavvenning til en systematisk del av helsetilbudet til befolkningen
 - Styrke kvaliteten på tobakksavvenningstilbudene
 - Vurdere tiltak for å øke bruk av legemidler i tobakksavvenning
 - Videreutvikle Røyketelefonen og nettstedet slutta.no
- Vurdere behovet for å endre takstsystemet for allmennpraktiserende leger for bedre å stimulere til arbeid med tobakksavvenning.

5.5 Andre tiltak

Tobakksarbeid i kommunene

Kommunene har mange virkemidler innen tobakksområdet både som eier, myndighet og tjenesteyter. Kommunen er ansvarlig for å føre tilsyn med røykeforbudet i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang, herunder serveringssteder, ifølge tobakksskadeloven § 13, jfr. § 12. Kommunen har som arbeidsgiver og virksomhetseier styringsrett og kan dermed forby tobakksbruk i sine virksomheter. I den forbindelse kan kommunen i stor utstrekning forby røyking i arbeidstiden.

For å styrke det lokale tobakksforebyggende arbeidet utvikler Helsedirektoratet en veileder for kommunal tobakksforebygging. Veilederen forventes ferdigstilt i løpet av 2013.

Skoleprogrammer

Mange land gir ofte ukritisk støtte til skoleprogrammer for å hindre røykestart blant skoleelever under 16 år (WHO 2010). Selv om dette er et ønskelig mål, bør verdien av og mulighetene for slike vurderes i lys av disse faktorene:

- **Effektivitet:** Skoleprogrammer kan være effektive på kort sikt, men det mangler dokumentasjon på langsiktig effekt.
- **Kostnadseffektivitet:** Skolebaserte tobakksforebyggende programmer kan være kostnadseffektive. Det finnes likevel mer kostnadseffektive tobakksforebyggende tiltak som bør vurderes før det investeres mer i skoleprogrammer – for eksempel avgifter på tobakksvarer og massemediekampanjer.

- **Lang tid før mulige effekter:** Fokus på å forebygge røykestart hos barn vil ikke vise synlige resultater som reduksjon av sykelighet og dødelighet på minst 50 år.

FRI er et skolebasert tobakksforebyggende program som har dokumentert god effekt. Programmet er gjennomført over hele landet siden 1997, og innholdet er revidert. Mer enn halvparten av elevene i alderen 13–15 år deltar årlig. Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet samarbeider om programmet.

Skoleprogrammenes rolle i det tobakksforebyggende arbeidet skal vurderes i løpet av strategiperioden.

Overvåke tobakksindustrien

Tobakksindustrien har i årtier motarbeidet myndighetenes tiltak for å begrense tobakksbruken. Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 pålegger partslandene å sørge for at tobakkspolitikken ikke påvirkes av tobakksindustrien. Det er laget retningslinjer til bestemmelsen. Å holde seg oppdatert om endringene i landets tobakksmarked og kjenne til produkter, merker og tobakksindustriens tilstedeværelse, er viktig for å kunne forutse motstand fra industrien og andre som arbeider for å fremme dens interesser. Helse- og omsorgsdepartementet vil i løpet av strategiperioden gjennomgå retningslinjene til artikkel 5.3 for å vurdere om det er behov for ytterligere tiltak på dette området i Norge.

I programsamarbeidsavtalen Norge har med Verdens helseorganisasjon for 2012–2013 bidrar Norge med 19 mill. kroner til Verdens helseorganisasjons arbeid med tobakk og alkohol. Midlene til tobakk vil bli brukt til å styrke organisasjonens overvåking av tobakksindustrien.

Samarbeid med frivillige organisasjoner

Som ledd i arbeidet med ny tobakksstrategi deltok frivillige organisasjoner i flere samarbeidsmøter i departementet. Det kom verdifulle innspill, og departementet ønsker å ha regelmessige møter med frivillige organisasjoner gjennom strategiperioden.

Styrke kunnskapsgrunnlaget

Det er ønskelig å vurdere om det er behov for å videreutvikle tobakksstatistikken og rapporterings-systemene. Det vil være aktuelt å vurdere endringer i spørreskjemaet som Statistisk sentralbyrå bruker for å samle inn data for Helsedirektoratet om tobakksbruk. Videre kan det være aktuelt å vurdere nye datainnsamlinger.

Det faglige miljøet på tobakksområdet, utenfor den sentrale helseforvaltningen, er begrenset.

- Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) driver samfunnsvitenskapelig forskning, dokumentasjon og formidling om alkohol, narkotika og tobakk. Instituttet har ikke naturvitenskapelig kompetanse.
- Folkehelseinstituttet har kompetanse på epidemiologi, inneluft og toksikologi med relevans for tobakk, men mangler et fagmiljø innen klinisk relaterte, biologisk funderte tobakksspørsmål.
- Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) har hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning og tilbyr undervisning og veiledning på rusfeltet. Virksomheten omfatter ikke tobakk/snus.

Det er behov for å bedre kunnskapsgrunnlaget når det gjelder eksponering for passiv røyking, avgiftsfritt salg av tobakksvarer og tobakksmarkedet.

Boks 5.5 Andre tiltak

Helse- og omsorgsdepartementet vil:

- Sørge for at skoleprogrammenes rolle i det tobakksforebyggende arbeidet blir gjennomgått.
- Gjennomgå retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 og vurdere behovet for en norsk veileder.
- I samarbeid med Utenriksdepartementet gi støtte til Verdens helseorganisasjons overvåkning av tobakksindustrien og til tiltak for å hindre industriens promotering av tobakk i fattige land.
- Fortsette samarbeidet med frivillig sektor som arbeider mot tobaksskadene.
- Videreutvikle tobakksstatistikken og rapporteringssystemene.
- Vurdere styrking av det faglige miljøet på tobakksområdet og bedre kunnskapen om passiv røyking og tobakksmarkedet.

VEDLEGG

– Fakta og bakgrunn for strategien

Innhold:

- I. Konsekvenser av tobakksbruk
- II. Milepæler i norsk tobakkspolitikk
- III. Tobakksforebyggende arbeid i Norden
- IV. Norges internasjonale forpliktelser på tobakksområdet
- V. Samhandling mot tobakk

I. KONSEKVENSER AV TOBAKKSBRUK

Helsemessige skadevirkninger av tobakk

Ifølge Verdens helseorganisasjon er bruk av tobakk fortsatt den ledende enkeltårsaken til død i høyinntektsland som Norge (1). I denne gruppen av land er tobakksbruk også den viktigste årsaken til tapte, friske leveår, såkalt DALY (Disability Adjusted Life Years). DALY er summen av tapte leveår og år med redusert livskvalitet på grunn av kronisk sykdom. I de to tabellene nedenfor rangerer Verdens helseorganisasjon ulike risikofaktorer som årsak til henholdsvis død og DALY.

Tabell 1. Rangering av utvalgte risikofaktorer som årsak til død i høyinntektsland, 2004 (1)

Rangering	Risikofaktor	Dødsfall (mill)	Prosent
1	Tobakk	1,5	17,9
2	Høyt blodtrykk	1,4	16,8
3	Fedme/overvekt	0,7	8,4
4	Fysisk inaktivitet	0,6	7,7
5	Høyt blodsukker	0,6	7,0
6	Høyt kolesterol	0,5	5,8
7	Lavt inntak av frukt/grønnsaker	0,2	2,5
8	Urban utendørs luftforurensning	0,2	2,5
9	Alkohol	0,1	1,6
10	Yrkesrisiko	0,1	1,1

Tabell 2. Rangering av utvalgte risikofaktorer som årsak til DALY i høyinntektsland, 2004 (1)

Rangering	Risikofaktor	DALY (mill)	Prosent
1	Tobakk	13	10,7
2	Alkohol	8	6,7
3	Fedme/overvekt	8	6,5
4	Høyt blodtrykk	7	6,1
5	Høyt blodsukker	6	4,9
6	Fysisk inaktivitet	5	4,1
7	Høyt kolesterol	4	3,4
8	Narkotika	3	2,1
9	Yrkeskader	2	1,5
10	Lavt inntak av frukt/grønnsaker	2	1,3

Halvparten av de som røyker daglig i mange år, dør tidlig av tobakksrelatert sykdom.

En av fire som dør av røyking, dør i aldersgruppen 35–69 år (2). Folkehelseinstituttet beregnet i 2006 hvor stor andel av dødsfallene mellom 40 og 70 år som kunne tilskrives røyking. De fant at blant kvinner var røyking skyld i 26 prosent av dødsfallene og at det tilsvarende tallet for menn var 40 prosent (3).



**Røyking er svært
skadelig for deg
og dine omgivelser.**

Figur 1. Tobakksskader fra aktiv og passiv røyking

Røyking		Eksposering av passiv røyking	
Kreftformer	Kroniske sykdommer	Barn	Voksne
Svelg Strupe Spiserør Luftrør, bronkier og lunge Akutt myelogen leukemi Mage Bukspyttkjertel Nyre og urinvei Livmorhals Blære	Hjerneslag Blindhet, grå stær Periodontitt Aortaaneurisme Hjerte- karsykdom Lungebetennelse Åreforkalking Kols, astma og andre effekter på luftveiene Hoftebrudd Effekt på kvinners reproduksjon (inkl. redusert fertilitet)	Mellomørebetennelse Symptomer i åndrettssystemet, svekket lungefunksjon Sykdom i nedre luftveier Krybbedød	Irritasjon i nesen Lungekreft Hjerte- karsykdom Effekt på kvinners reproduksjon: lav fødselsvekt

(Kilde: U.S. Department om Health and Human Services (4), egen oversettelse)

Som figur 1 illustrerer fører røyking til sykdom i en rekke organer. De viktigste er hjerte-karsykdommer, kreft og luftveissykdommer:

- Nesten halvparten av dødsfallene knyttet til røyking hos folk mellom 40 og 70 år skyldes hjerte- og kar-sykdom. Hjerterinfarkt og hjerneslag er de vanligste av disse sykdommene. Røyking doubler risikoen for blodpropp i hjernen (4).
- Røyking er årsak til minst 85 prosent av all lungekreft, men gir økt risiko for kreft også i en rekke andre organer (4).
- Kols (kronisk obstruktiv lungesykdom) skyldes hovedsakelig røyking. Ifølge Kolsrådet har om lag 370 000 personer i Norge kols. Hyppigheten øker med alderen, og dødeligheten av kols er høy (5).

Passiv røyking

De negative konsekvensene av passiv røyking er nå langt bedre dokumentert enn i forrige strategiperiode. Det gjelder både et utvidet skadepanorama, omfanget av skader og økt risiko for sykdom som følge av passiv røyking. Om lag én prosent av den totale globale dødeligheten kan tilskrives passiv røyking. Av den totale sykkeligheten som følge av passiv røyking rammer 66 prosent barn, ifølge en fersk svensk undersøkelse (6). Beregninger gjort i EU i 2002 viste at 7000 årlige dødsfall i EU-landene kunne tilskrives passiv røyking på arbeidsplassene, mens om lag 72 000 dødsfall skyldtes passiv røyking i hjemmene (7). I Norge dør flere hundre personer hvert år av sykdom som skyldes passiv røyking (3).

Det finnes ingen gode data for befolkningens eksponering for passiv røyking i Norge. Folkehelseinstituttet har anslått at fra 6 til 30 prosent av den voksne befolkningen daglig utsettes for passiv røyking (8). SIRUS beregnet i 2010 at om lag 100 000

norske barn under 13 år daglig utsettes for passiv røyking i hjemmet¹ (9).

Det foreligger foreløpig relativt lite forskning på passiv røyking utendørs, men noen undersøkelser har påvist at eksponeringen for tobakksrøyk utendørs kan tilsvare eksponering innendørs, avhengig av forholdene på stedet og nærheten til den som røyker (10–16).

Passiv røyking er skadelig gjennom hele livsløpet, men er spesielt farlig for fostre og små barn, enten eksponeringen skjer under svangerskapet eller tidlig i barnets liv.

De negative konsekvensene av å røyke under svangerskapet er mange: Når gravide røyker, øker risikoen for komplikasjoner i svangerskapet som spontanabort, dødfødsel, prematur fødsel, redusert fødselsvekt og krybbedød. I tillegg øker risikoen for at barnet utvikler astma (17;18).

Studier har vist at forekomsten av astma og allergi øker proporsjonalt med tobakkseksponeringen under svangerskapet, uavhengig av om eksponeringen skjer ved at mor er aktiv røyker eller utsettes for passiv røyking (19).

I en studie fra Barneallergistudien i Trondheim (PACT) er eksponering for tobakk hos gravide og barn i første leveår studert ved hjelp av blodprøver (kotlinin i plasma). Resultatet viser at 14 prosent av fire måneder gamle barn i 2004–2005 ble eksponert for tobakk, enten via morsmelk eller ved passiv røyking, mens det tilsvarende tallet for ettåring var 10 prosent. I samme studie ble blodprøver også undersøkt hos barn i samme aldersgrupper, men fra

¹ SIRUS understreker i sin rapport at det er stor usikkerhet knyttet til estimatet

perioden 2001–2002. Her var tallene henholdsvis 22 prosent og 28 prosent (20). Dette viser at det har vært en gledelig nedgang i antall barn som utsettes for passiv røyking i spedbarnsalderen. Samtidig viser undersøkelsen at antall barn som utsettes for helseskadelig påvirkning av tobakksrøyk, fortsatt er svært høy.

Det er dokumentert at følgende helseskader hos barn har sammenheng med passiv røyking: Krybbedød, lidelser i nedre luftveier, lidelser i mellomøret så som akutt og gjentatt betennelse og kronisk væskeuttrekkelse, hoste, slimdannelse og piping i brystet, astma og nedsatt lungefunksjon gjennom barndommen (21).

Å puste inn luft med tobakksrøyk kan også utgjøre en helserisiko for voksne med kroniske lungesykdommer (inkludert astma og kols). Ved lengre eksponering kan passiv røyking gi lungekreft og hjerteinfarkt hos ikke-røykere. I USA har en ekspertkomité, på oppdrag fra Center for Disease Control and Prevention (CDC), i 2010 gjennomgått forholdet mellom passiv røyking og hjertesykdom. Konklusjonen er at passiv røyking øker risikoen for hjertesykdom med 25–30 prosent og at større doser øker risikoen i forhold til mindre doser (22). Ifølge en rapport fra 2010 fra Surgeon General (USA) kan selv små mengder passiv røyking forårsake hjerte- og karsykdom og for eksempel utløse hjerteinfarkt (4).

Snus som risikofaktor for sykdom og død

Selv om det er enighet om at bruk av (svensk) snus er langt mindre skadelig enn røyking, har snusbruk likevel alvorlige, negative helsekonsekvenser. Det svenske folkehelseinstituttet publiserte i 2005 rapporten «Hälsorisker med svenskt snus» (23), som konkluderte med at svensk snus er kreftfremkallende. Undersøkelser fra Skandinavia har påvist en sammenheng mellom snusbruk og kreft i bukspyttkjertel og

spiserør (24). Det er også resultater som viser en mulig sammenheng mellom svensk snus og magekreft (25). Verdens helseorganisasjons kreftforskningsinstitutt IARC fastslo i 2007 og i 2012 (26) at snus er kreftfremkallende, og EUs ekspertgruppe SCENIHR kom i 2008 til samme konklusjon (27). Snusbruk er også assosiert med forhøyet blodtrykk, økt dødelighet etter hjerteinfarkt og slag (28;29).

Ettersom snusbruken øker særlig hos unge, er bruken av snus i svangerskapet et økende problem. I en stor nordisk studie er det vist en markert økning i risikoen for dødfødsler. Risikoen for dødfødsler hos kvinner som snuste, var større enn for kvinner som røykte mindre enn ti sigaretter hver dag (30). Det er også vist en sammenheng mellom snusbruk og for tidlig fødsel og svangerskapsforgiftning (31).

Tobakksbruk og avhengighet

Nikotin har både en oppkvikkende og en beroligende effekt og er sterkt avhengighetsskapende. Det er individuelle forskjeller i disposisjonen for å bli avhengig. Arvelige forhold kan spille en rolle ved slike forskjeller (32), og både sosiale, økonomiske, personlige og politiske beslutninger har betydning for røykeprevalens og røykeslutt.

Avhengigheten av nikotin er sterkere enn for stoffer som heroin eller kokain (32). De fleste fortsetter å røyke fordi de har blitt avhengige av nikotin. Av alle som noen gang har forsøkt å røyke, blir omtrent en tredjedel dagligrøykere. Av dem som prøver å slutte, klarer mindre enn fem prosent å bli varig røykfrie på egenhånd ved første sluttforsøk. Selv om ikke alle blir nikotinavhengige, er prevalensen av nikotinavhengige personer høyere enn for andre avhengighetsskapende stoffer (4).

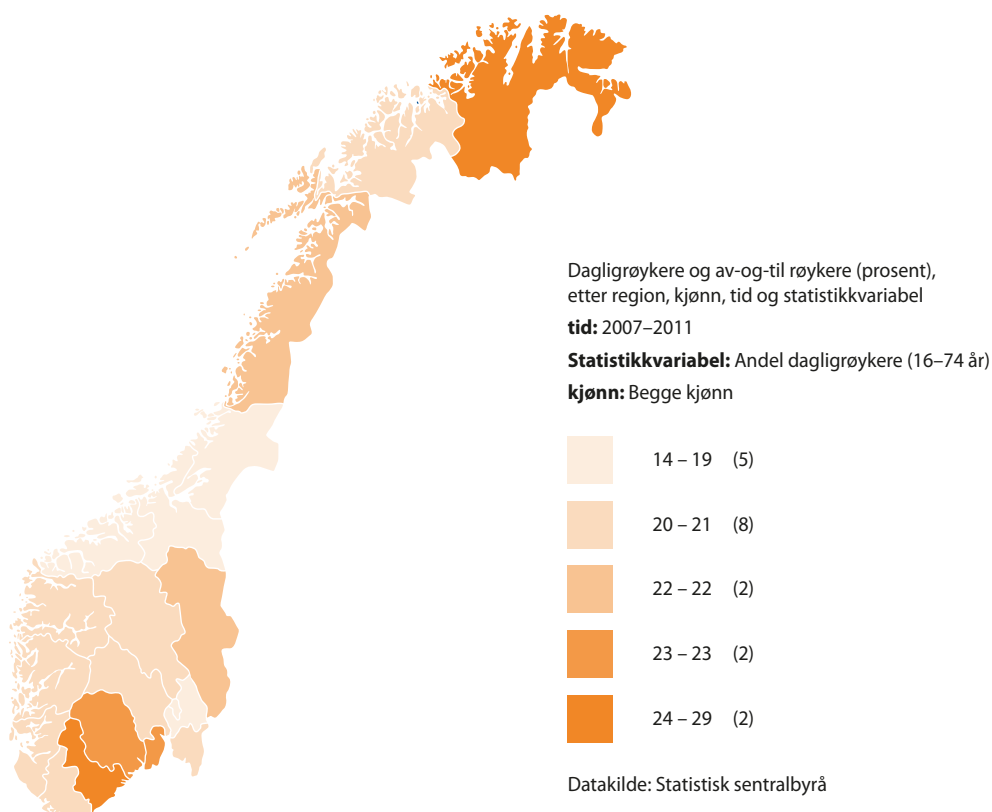
Åttifem prosent blir avhengige av nikotin etter gjentakende bruk (33). Nikotinavhengighet kan utvikle seg raskt. Noen kan bli avhengige etter bare få dagers bruk, mens hele 80 prosent vil bli avhengige dersom de røyker eller snuser daglig i et par måneder. Nikotinavhengighet utvikles særlig raskt hos barn og unge, og avhengighet kan oppstå selv om de bare røyker og snuser av og til. Nikotinavhengighet kan betraktes som en kronisk tilstand som kan behandles (34).

Tobakksbruk fører til sosial ulikhet i helse

Gjennomsnittstallene for røyking skjuler store sosiale forskjeller. De som røyker, er overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning og i manu-

elle yrker. I 2011 var det 35 prosent dagligrøykere i gruppen «25 år og eldre med kun grunnskole som fullført utdanning». Blant de med videregående skole i samme aldersgruppe var andelen dagligrøykere 20 prosent, mens den var ni prosent blant de med universitets- eller høyskoleutdanning. Likevel ser vi at den gradvise reduksjonen i andelen røykere i befolkningen skjer innenfor alle tre utdanningsgrupper, selv om den relative avstanden mellom utdanningsgruppene øker. Av-og-til-røyking er derimot mest utbredt blant dem med lengre utdanning (35;36).

Figur 2. Fylkesvis fordeling av den prosentvise andelen av befolkningen som var dagligrøykere i perioden 2007–2011



Sosiale helseforskjeller har mange årsaker - fra grunnleggende faktorer som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer som arbeids- og bomiljø til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester. Forskning viser at røyking, kosthold og fysisk aktivitet alle henger sammen med sosioøkonomisk status. Tobakk stiller imidlertid i en særklasse når det gjelder helsekonsekvenser. I en studie fra Folkehelseinstituttet forklares forskjeller i dødelighet både blant kvinner og menn i hovedsak med ulik røykeatferd mellom personer med lang og kort utdanning (37). I aldersgruppen 45–60 år står hjerte- og karsykdommer, lungekreft og kols for hele 60 prosent av forskjellen i dødelighet mellom personer med lang og kort utdanning, og ulikheter i røykevaner antas å være den viktigste utløsende årsaken (38). Røyking er den viktigste enkeltårsaken til forskjeller i forventet levealder mellom de ulike sosiale gruppene (39–41).

Studier viser en tilsvarende sammenheng mellom utdanningsnivå og i hvilken grad barn utsettes for passiv røyking, både under og etter graviditet. Eksponeering for tobakksrøyk kan derfor bidra til at sosial ulikhet i sykdom og helse blir etablert tidlig i livet (42).

Samfunnskostnader

Helsedirektoratet anslår at samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til røyking i Norge utgjør 8 eller 80 milliarder kroner per år, avhengig av om man bare legger til grunn kostnader for helsevesenet eller også kostnader for samfunnet som helhet (43). I det laveste beløpet inngår bare kostnader for helsevesenet og produksjonstap på grunn av økt sykkelighet og tidlig død, mens det i det høyeste beløpet også inngår en

økonomisk verdsetting av 150–180 000 tapte leveår. Hvilken verdi en setter på velferdstap relatert til leveår og livskvalitet er derfor av stor betydning for kostnadenes størrelsesorden.

Rapporten anslår størrelsesorden på samfunnsøkonomiske kostnader relatert til tobakksbruk i Norge. Anslagene er hovedsakelig basert på overføring fra danske, svenske og britiske tall. I tillegg er det gjort metodologiske vurderinger, vurderinger av relevansen av konsumentsuverenitet versus paternalisme, årsaker til markedssvikt og vurderinger av kostnadenes størrelsesorden ut fra andre kilder til kostnadsanslag.

De velferdsmessige kostnadene av røyking som her anslås, er basert på antagelser om markedssvikt som følge av avhengighetsskapende og til dels uinformert adferd, og kan være et øvre anslag. Helsedirektoratet tror likevel at et slikt anslag er betydelig nærmere kostnadenes rette størrelsesorden enn beregninger basert på antagelser om konsumentsuverenitet. I rapporten vurderes ikke konkrete tiltak, men det er likevel viktig å ta en rekke forbehold med hensyn til anvendelse av resultatene.

Helsedirektoratet konkluderer med at det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å bruke mer ressurser på tobakksforebygging.

II. MILEPÅLER I NORSK TOBAKKSPOLITIKK

1965	Stortinget nedsetter et offentlig utvalg med følgende mandat: «... å avgi en betenkning... om hvilke tiltak som kan settes i verk for å motvirke at folk begynner å røyke og for å stimulere røykere til å opphøre med å røyke eller innskrenke sitt forbruk.»
1967	Utvalget fremlegger en enstemmig rapport: «Påvirkning av røykeadferd». Utvalget anbefaler blant annet innføring av reklameforbud, helseadvarsler, opplysningstiltak og røykeslutt-tiltak.
1969	Stortingsmelding nr. 62 med handlingsprogram mot røyking legges frem.
1971	Statens tobakksskaderåd opprettes ved kongelig resolusjon.
1973	Lov om restriktive tiltak ved omsetning av tobakkssvarer med reklameforbud og påbud om helseadvarselsmerking (tobakksskadeloven) vedtas. Loven inneholder også forbud mot å selge tobakk til personer under 16 år.
1975	Tobakksskadeloven trer i kraft.
1985	Rapporten «Lufta er for alle» fremlegges. Rapporten er Tobakksskaderådets forslag til lovregulering av vernet mot passiv røyking.
1988	Endringer i lov om vern mot tobakksskader (den såkalte «røykeloven») trer i kraft. Dette innebærer at vernet mot passiv røyking i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang, lovfestes. Arbeidslokaler og institusjoner omfattes også. På visse strenge betingelser er det fortsatt adgang til å tillate røyking slike steder. Serveringssteder unntas fra forbudet.
1989	Forskrift om forbud mot import, omsetning og produksjon av nye nikotin- og tobakksprodukter trer i kraft.
1996	Tobakksskadeloven innskjerpes ytterligere: det innføres forbud mot røyking i åpne restauranter, og aldersgrensen for kjøp av tobakk heves fra 16 til 18 år. Forbud mot indirekte reklame trer i kraft. Ved forskrift innføres det forbud mot røyking inne i skoler og barnehager. Røyketelefonen etableres som en gratis tjeneste under Statens tobakksskaderåd.
1998	Innskjerpingene i forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder trer i kraft, slik at det gis adgang til å tillate røyking ved halvparten av bordene.
1999	Strategiplan for det tobakksforebyggende arbeidet i Norge 1999-2003 fra Sosial- og helsedepartementet og Tobakksskaderådet legges frem. Nasjonal Kreftplan avsetter midler til ansettelse av folkehelserådgivere hos fylkesmennene.

2002	EUs tobakksproduktdirektiv implementeres i norsk rett ved følgende endringer i tobakksskadeloven: Forbud mot misvisende produktbetegnelser som f.eks. «light» og «mild», større helseadvarsler og hjemmel for å kreve produktopplysninger fra tobakksindustrien. Statens tobakksskaderåd blir integrert i Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med omorganisering av den sentrale sosial- og helseforvaltningen.
2003	Flere endringer i tobakksskadeloven vedtas, herunder forbud mot røyking på serveringssteder. Direktoratet gjennomfører massemediekampanjen «Hver eneste sigarett skader deg» og en kampanje med fokus på tobakksindustriens arbeidsmetoder. Norge ratifiserer Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader.
2004	Forbudet mot røyking på serveringssteder trer i kraft 1. juni. Helsedirektoratet gjennomfører en massemediekampanje om at alle har rett til en røykfri arbeidsplass.
2005	Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader trer i kraft.
2006	«Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010» og «Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011» legges fram av Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet gjennomfører en massemediekampanje om KOLS.
2007	Nasjonalt KOLS-råd opprettes med direktoratet som sekretariat. Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet vinner en sak i Høyesterett om røykeforbudets anvendelse i såkalte røykeklubber.
2009	Påbud om bildeadvarsler på tobakkspakkene vedtas, med ikrafttreden fra 1. juni 2011 for sigaretter og 1. januar 2012 for andre tobakksprodukter, unntatt snus.
2010	Forbudet mot synlig oppstilling trer i kraft 1. januar 2010. Tobakksprodusenten Phillip Morris Norway AS saksøker staten ved Helse- og omsorgsdepartementet med påstand om at oppstillingsforbudet er i strid med EØS-avtalen. Verdens helseorganisasjon foretar en evaluering av det norske tobakksforebyggende arbeidet. Selskaper som produserer tobakk, blir av etiske grunner utelukket fra Statens pensjonsfond etter retningslinjer fastsatt av Finansdepartementet 1. mars 2010.
2011	Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet vinner en sak i Høyesterett om røykeforbudets anvendelse på uteserveringer. Krav om selvslukkende sigaretter fra 17. november.
2012	Staten vinner saken mot Philip Morris, da Oslo tingrett finner at oppstillingsforbudet ikke er i strid med EØS-avtalen. Helse- og omsorgsdepartementet fremmer en lovproposisjon med forslag til en rekke endringer i tobakksskadeloven, herunder innføring av en kommunal bevillingsordning for salg av tobakksvarer, forbud mot røykerom, tobakksfri skoletid for elever t.o.m. videregående skole og en normativ bestemmelse om vern av barn mot passiv røyking.

III. NORGES INTERNASJONALE FORPLIKTELSER PÅ TOBAKKSOMRÅDET

Tobakkskonvensjonen

Verdens helseorganisasjons Rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader (Framework Convention on Tobacco Control) trådte i kraft i februar 2005 og er den første konvensjonen som er fremforhandlet i regi av Verdens helseorganisasjon (34). Ingen annen FN-konvensjon har blitt ratifisert av så mange parter så raskt. I september 2012 hadde konvensjonen 175 parter.

Tobakkskonvensjonen er en kunnskapsbasert folkerettslig avtale som har som formål å redusere tobakks-

relatert sykkelighet og dødelighet, samt tobakkens samfunns- og miljøpåvirkning. Landene kan ha strengere regler enn konvensjonen og bestemmer selv hvordan de ønsker å gjennomføre den i nasjonal rett.

Konvensjonen består i hovedsak av to deler: virkemidler for å 1) redusere etterspørselen etter tobakk og 2) begrense tilgjengeligheten til tobakk. Partslandene kan i tillegg fremforhandle protokoller og retningslinjer. Protokoller er juridisk bindende for de partene som ratifiserer dem, mens retningslinjene gir veiledning til hvordan konvensjonens artikler skal følges opp av partene. Tabell 1 viser de retningslinjer som partene så langt har vedtatt.

Tabell 1. Vedtatte retningslinjer til Tobakkskonvensjonens bestemmelser

Tobakkskonvensjonen	Hva artikkelen omfatter
Artikkel 5.3	Forbud mot påvirkning fra tobakksindustrien og andre næringsinteresser
Artikkel 8	Beskyttelse mot å bli eksponert for tobakksrøyk (passiv røyking)
Artikkel 9	Regulering av innholdet i tobakksprodukter
Artikkel 10	Regulering av informasjon om tobakksprodukter fra tobakksindustrien til myndighetene, samt informasjon til befolkningen
Artikkel 11	Regulering av pakking og merking av tobakksprodukter
Artikkel 12	Utdanning, kommunikasjon, opplæring og kunnskap i befolkningen om tobakksskader
Artikkel 13	Forbud mot tobakksreklame, salgsfremmende tiltak og sponning
Artikkel 14	Tiltak for å redusere tobakksavhengighet og tilbud om avvenning

EU's tobakksreguleringer

EU har de siste årene hatt en aktiv tobakkspolitikk. Norge er gjennom EØS-avtalen bundet av to direktiver om tobakk. I tillegg har EUs Ministerråd gitt to anbefalinger på tobakksområdet (44). EU som organisasjon er selvstendig part til Tobakkskonvensjonen.

Tobakksreklamedirektivet (2003/33/EF) inneholder et forbud mot grenseoverskridende tobakksreklame i trykksaker, radio og internett, samt sponing av arrangementer som involverer flere medlemsland (45). Tobakksreklame på TV har vært forbudt siden 1989 (46). Ministerrådet har anbefalt medlemsstatene å gå lenger enn minstekravene i direktivet og forby en rekke andre former for tobakksreklame, for eksempel vareprøver, bruk av tobakk som premie, spesielle rabatter mv. Det norske reklameforbudet er strengere enn EU-reglene.

Tobakksprodukttdirektivet (2001/37/EF) oppstiller maksimumsgrenser for tjære, nikotin og karbonmonoksid og pålegger industrien en årlig rapporteringsplikt til helsemyndighetene av ingrediensene i tobakksprodukter (47). Direktivet pålegger også bruk av spesifikke helseadvarsler på tobakkspakkene. Medlemslandene kan også velge å ta i bruk bildeadvarsler på røyketobakk, hvor bildeadvarslene skal dekke 40 prosent av pakkens ene overflate. Bildene må velges fra et bildearkiv utarbeidet av EU-kommisjonen. Norge innførte slike bildeadvarsler på tobakkspakkene fra 2011.

Tobakksprodukttdirektivet er i 2012/2013 under revisjon. Norsk tobakkslovgivning i den kommende strategiperioden vil i stor grad påvirkes av utfallet av denne direktivrevisjonen.

IV. SAMHANDLING MOT TOBAKK

Gjennom stortingsmeldingen *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* har regjeringen lagt den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de nærmeste årene (48). Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, hvor det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid. Våren 2013 vil regjeringen legge fram en stortingsmelding om folkehelse (en nasjonal tverrdepartemental folkehelsestrategi), hvor arbeidet mot tobakk vil inngå.

Ett av hovedtiltakene er å utvikle en fremtidig kommunerolle som i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene (49). Gjennom den nye folkehelseloven og nye bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven er forebygging blitt styrket i regelverket.

Aktører i det tobakksforebyggende arbeidet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for det tobakksforebyggende arbeidet. Departementet utpeker Nasjonalt råd for tobakksforebygging, som gir myndighetene faglige råd i tobakksspørsmål.

Helsedirektoratet gir faglige anbefalinger som grunnlag for politikktutforming på området, og har deretter ansvaret for å gjennomføre den vedtatte politikken. Helsedirektoratet har videre fått delegert fortolkningsmyndighet og en rekke tilsynsoppgaver etter tobakksregelverket. Direktoratet er også ansvarlig for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer og kampanjer.

Det offentlige, herunder kommuner, fylkeskommuner og stat, har ansvar for å ta vare på befolkningens helse, blant annet gjennom arbeid med tobakksforebygging.

Et effektivt forebyggende arbeid krever et aktivt samarbeid med frivillige organisasjoner og fagforeninger. Paraplyorganisasjonen Tobakksfritt er en koalisjon av organisasjoner som på ulike måter er involvert i kampen mot tobakk. Opprettelsen av Tobakksfritt i 1994 var i samsvar med Verdens helseorganisasjons anbefaling om å etablere en ikke-statlig koalisjon mot tobakk. Tobakksfritt ivaretar de enkelte organisasjonenes behov for å kunne opptre i fellesskap overfor politiske myndigheter og pressen.

De samarbeidende organisasjoner i Tobakksfritt er:

- Den norske jordmorforening
- Landslaget mot tobakkskadene
- Kreftforeningen
- Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Den norske tannlegeforening
- Norsk sykepleierforbund
- Norges astma- og allergiforbund
- Den norske legeforening
- Norges Idrettsforbund og Olympiske komité
- Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke

De frivillige organisasjonene bidrar i ulik grad i det tobakksforebyggende arbeidet, med kompetanse og råd, utviklingsarbeid, tilbud innen tobakksavvenning, opinionspåvirkning, politisk påvirkning m.m.

Lokalt tobakksforebyggende arbeid

Kommunenes rolle

Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelse-loven) har som formål å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Etter denne loven skal kommunen ha oversikt over folkehelseutfordringene, gjennom kommuneplanprosessen fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet, samt iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens utfordringer. Tobakksbruk er nasjonalt en av våre største helseutfordringer og vil følgelig også være det i de fleste kommunene. Folkehelseloven pålegger den enkelte kommune å ha en oversikt over folkehelseutfordringene og iverksette nødvendige tiltak.

Fylkeskommunenes rolle

Fylkeskommunene skal støtte folkehelsearbeidet i kommunene. Dette skal de gjøre blant annet ved å være oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller og gjøre slike opplysninger tilgjengelig for kommunene.

Den kommunale helse- og omsorgstjenestens rolle

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid er framhevet i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-3: «Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunenes folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelselovens § 5».

Nytt i denne loven er et klarere forsvarlighetskrav også for forebyggende arbeid, jf. Prop. 90 L (2010-2011) side 223: «Dersom det ikke blir iverksatt nødvendige tiltak for å forebygge eller begrense sykdomsutviklingen, og dette er det mest effektive i forhold til å forebygge eller begrense en sykdomsutvikling, kan dette være uforsvarlig».

Helse- og omsorgstjenestene kan grovt sett sies å ha tre roller i det forebyggende arbeidet:

1. Forebygging som en integrert del av helse- og omsorgstjenestene, slik som forebygging i legetjenesten, i omsorgstjenesten mv. Helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell har en særlig god posisjon for å kunne identifisere personer med etablerte risikofaktorer, herunder levevaner som gir økt risiko for utvikling av sykdom, slik som røyking. Forskning viser at helsepersonell er den gruppen av fagfolk som befolkningen har størst tiltro til når det gjelder å få råd om levevaner. Det er i tillegg dokumentert at veiledning fra helsepersonell om levevaner har god effekt på endring av adferd og reduksjon i risiko for sykdom.
2. Ansvar for egne arenaer for forebyggende helse- og omsorgstjenester og aktiviteter, slik som helsekontroller, helseopplysning og livsstilsveiledning. Frisklivssentraler er et kommunalt tilbud for personer som trenger å endre levevaner. Det gjelder blant annet tobakksavvenning. Det er til nå opprettet om lag 150 frisklivssentraler. Noen av disse drives i interkommunalt samarbeid.
3. Ansvar for å bidra til det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, slik som å lage oversikter og skaffe kunnskap om helseutfordringer, årsakssammenhenger og tiltak. Dette innebærer også at helsepersonell etter folkehelseloven har ansvar for å bidra til at for eksempel tobakksforebygging blir ivare tatt av andre deler av forvaltningen i kommunen.

Selv om spesialisthelsetjenesten ikke er en hovedaktør i folkehelsearbeidet, spiller den en viktig rolle for å forebygge sykdom og fremme helse i befolkningen. Som en del av samhandlingsreformen ble spesialisthelsetjenestens ansvar for forebygging og folkehelsearbeid skjerpet. I lov 2. juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten heter det nå i § 2-1a: «Det regionale helseforetaket skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade».

Spesialisthelsetjenestens ansvar for å fremme folkehelse og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning kan konkretiseres i tre hovedområder: 1) Forebyggende og helsefremmende tiltak for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, 2) overvåking av sykdom og risikoforhold samt kunnskaps- og kompetanseutveksling og 3) generelt bidra til helsefremmende og forebyggende tiltak.

Forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, innebærer at spesialisthelsetjenesten i sin kontakt med de som har et helseproblem, skal kunne informere om forhold som påvirker helse og sykdomsutvikling. Dette gjelder både sykdom som pasienten får behandling for og råd og veiledning om andre risikofaktorer som pasienten er utsatt for, og som kan gi sykdom.

Når spesialisthelsetjenesten oppdager sykdom eller risikoforhold, som vil være et grunnlag for forebyggende eller helsefremmende tiltak, skal tjenesten selv aktivt bidra til at denne informasjonen formidles til kommuner og fylkeskommuner. Det vil gjøre det mulig å sette inn innsats for å forebygge at problemer oppstår eller får utvikle seg.

Gjennom *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* er det gitt signal om en økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Når det gjelder risikofaktorer som tobakksbruk, peker planen på at samfunnet skal legge til rette for sunne valg gjennom i større grad å ta i bruk strukturelle virkemidler som prisvirkemidler og lovregulering.



Litteratur

1. World Health Organization (WHO). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.
2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-33.
3. Vollset SE, Selmer R, Tverdal A, Gjessing HK. Hvor dødelig er røyking? Norsk folkehelseinstitutt; 2006. Report No.: 4.
4. U.S.Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. National Library of Medicine Cataloging in Publication; 2010.
5. Hånes H, Nafstad P, Nystad W, Næss Ø, Johannessen A. Kols - fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom. 2010. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
6. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Üstun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet* 2010 Nov 26.
7. The Smoke Free Partnership. Lifting the Smokescreen. 10 reasons for a smoke free Europe. the Smoke Free Partnership; 2006 Feb.
8. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Miljørettet helsevern. Rapport 2009: 7. Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2010.
9. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Notat til Helse- og omsorgsdepartementet om barn og passiv røyking. 27-8-2010.
10. Klepeis NE OWSP. Real-time measurement of outdoor tobacco smoke particles. *Journal of the Air and Waste Management Association* 2007;57:522-34.
11. WHO. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. Geneva: WHO; 2007.
12. Repace J. Banning outdoor smoking is scientifically justifiable. *Tobacco Control* 2000;9(98).
13. Copes R, Rekart J. Environmental Tobacco Smoke in Indoor and Outdoor Public Places. British Columbia Provincial Health Services Authority; 2006.
14. Kennedy RD m.fl. Tobacco Smoke Pollution on Outdoors Patios - An experimental Evaluation of the Smoke Free Ontario Act. 2011.
15. Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control* 2005;14:384-8.
16. Millar J, Drasic L, Copes R, Rekart J. Environmental Tobacco Smoke in Indoor and Outdoor Public Places. 2006.



**Røyking er svært
skadelig for deg
og dine omgivelser.**

17. Lodrup Carlsen KC, Carlsen KH. Effects of maternal and early tobacco exposure on the development of asthma and airway hyperreactivity. *Curr Opin Allergy Immunol* 2001;1:139-43.
18. Akuete K, Oh SS, Thyne S, et al. Ethnic Variability in Persistent Asthma After In Utero Tobacco Exposure. *Pediatrics* 2011;(128):e623.
19. Xepapadaki P, Manios Y, Liarigkovinos T, Grammatikaki E, Douladiris N, Kortsalioudaki C, et al. Association of passive exposure of pregnant women to environmental tobacco smoke with asthma symptoms in children. *Pediatr Allergy Immunol* 2009;20(5):423-9.
20. Øien T. Personlig kommunikasjon med Torbjørn Øien. 2011.
21. U.S. Dept. of Health and Human Services SfdCaP, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. National Library of Medicine; 2006.
22. Institute of Medicine of the National Academies. Secondhand Smoke Exposure and Cardiovascular Effects: Making Sense of the Evidence. The National Academies Press; 2010.
23. Cnattingius S, Galanti R, Grafström R, Hergens M-P, Lambe M, Nyrén O, et al. Hälsorisker med svenskt snus. Folkhälsoinstitutet; 2005. Report No.: 15.
24. Boffetta P, Hecht S, Gray N, Gupta P, Straif K. Smokeless tobacco and cancer. *The Lancet Oncology* 2008 Jul;9(7):667-75.
25. Zendehal K, Nyrén O, Luo J, Dickman PW, Boffetta P. Risk of gastroesophageal cancer among smokers and users of Scandinavian moist snuff. *International Journal of Cancer* 2008 Mar 1;122(5):1095-9.
26. IARC (International Agency for Research on Cancer (WHO)) Monographs on the evaluation of carcinogenic risks of chemicals to humans. Vol 100E. A review of human carcinogens Part E: Personal habits and indoor combustions. Lyon 2012.
27. European Commission. Health Effects of Smokeless Tobacco Products. 2008.
28. Boffetta P, Straif K. Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis. *BMJ* 2009 Aug 18;339:3060.
29. Hergens M-P. Swedish moist snuff and the risk of cardiovascular diseases Karolinska Institutet, Institute of Environmental Medicine; 2007.
30. Wikström A-K, Cnattingius S, Stephansson O. Maternal Use of Swedish Snuff (Snus) and Risk of Stillbirth. *Epidemiology* 2010 Nov;21(6):772-8.
31. Wikström AK, Cnattingius S, Galanti MR, Kieler H, Stephansson O. Effect of Swedish snuff (snus) on preterm birth. *BJOG* 2010;(117):1005-10.

32. Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Harm reduction in nicotine addiction. Helping people who can't quit. Royal College of Physicians of London; 2007.
33. US Dept.of Health EaWPHS. The health consequences of smoking; nicotine addiction: a report of the Surgeon General. 1988.
34. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). The WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland; 2005.
35. Helsedirektoratet. Tal om tobakk 1973–2009. Helsedirektoratet; 2010.
36. Helsedirektoratet. Helsedirektoratets årlige rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller: Folkehelsepolitisk rapport. 2009.
37. Strand BH et al. Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960–2000. *BMJ* 2010 Feb 23;340(c654).
38. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge. Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2010. Report No.: 2.
39. Department of Health England. 'A smokefree future' Equality Impact Assessment. Published alongside 'A smokefree future'. 2009
40. Lund KE, Lund M. Røyking og sosial ulikhet i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2005 Mar 3;125(5):560-3.
41. Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet* 2006;368:367-70.
42. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å jevne ut sosiale helseforskjeller. 2007
43. Sælensminde K, Torkilseng E. Samfunnsøkonomiske kostnader av røyking. En vurdering metodikk og kostnadenes størrelsesorden. Helsedirektoratet; 2010.
44. Rådsanbefaling 2003/54/EF om forebygging av røyking og initiativ for en mer effektiv tobakkskontroll og Rådsanbefaling 2009/C 296/02 om røykfrie miljøer.
45. Europaparlaments- og rådsdirektiv 2003/33/EF av 26. mai 2003 om tilnærming av medlemsstatenes regulering av reklame og sponing av tobakksprodukter.
46. TV-direktivet (89/552/EF), erstattet av AMT-direktivet (2007/65/EF) som utvider forbudet til alle former for audiovisuell kommunikasjon, inkludert produkt plassering.
47. Direktiv 2001/37/EF om fremstilling, presentasjon og salg av tobakksvarer.
48. Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2010-2015), Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.

49. Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
50. WHO og Helse- og omsorgsdepartementet. Evaluering av arbeidet med tobakksforebygging i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet; 2010.
51. Michaels D. Doubt is their product: how industry's assault on science threathens your health. Oxford University Press; 2008.
52. Bjartveit K, Jacobsen CD, Bogstad B, Kunøe N, Graff-Iversen S. Oppfølging av NOU 2000:16 Tobakksindustriens erstatningsansvar. Sosial- og helsedirektoratet; 2002.

