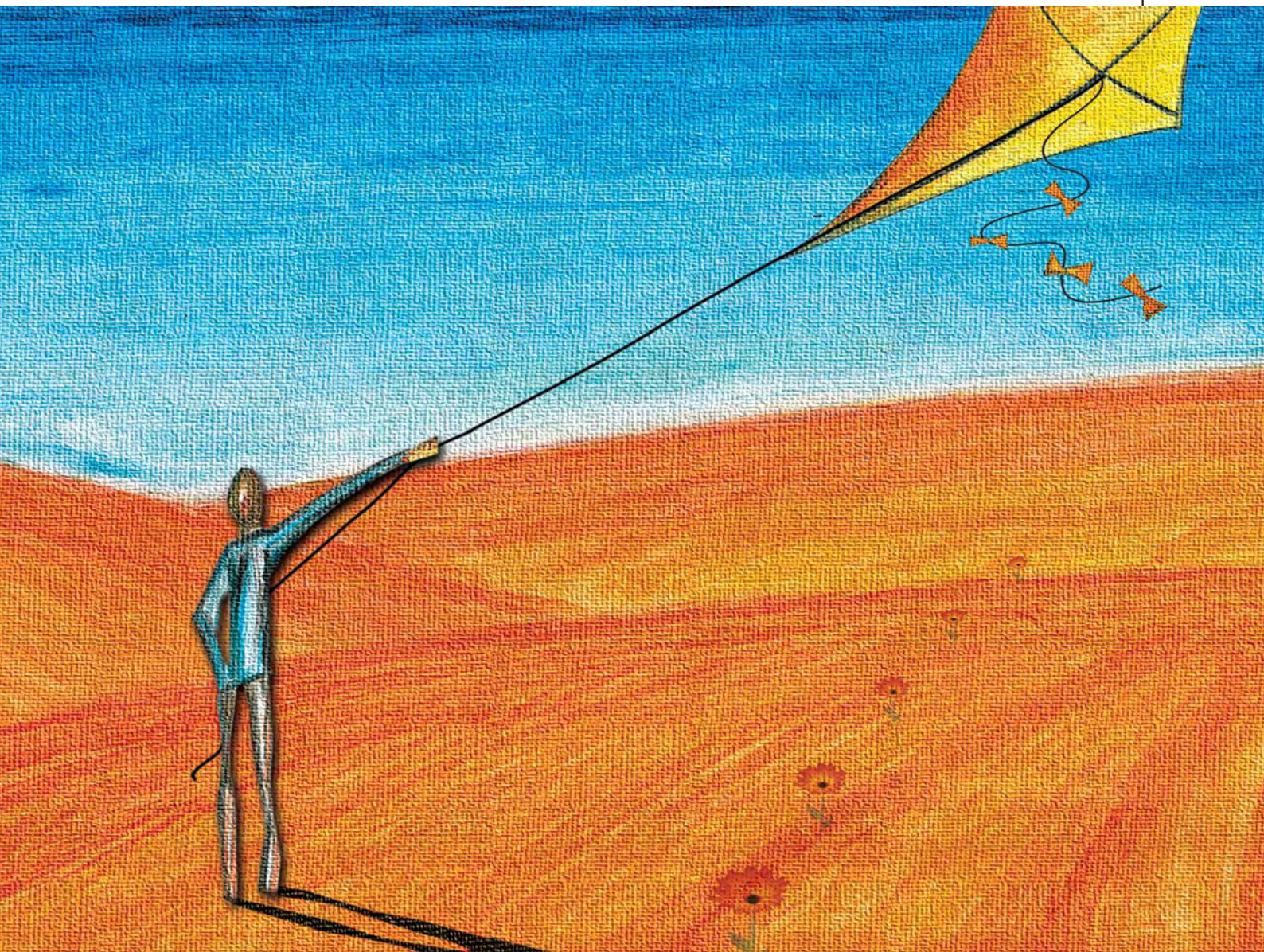




HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Strategiplan

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010



NASJONAL STRATEGI FOR DET TOBAKKS-
FOREBYGGENDE ARBEIDET 2006–2010

Forord

Det er positivt at det er et mindretall av befolkningen som røyker daglig. Visjonen på lengre sikt bør likevel være et røykfritt samfunn for alle. På denne bakgrunn fremlegger Regjeringen en ny nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet for de kommende fem årene.

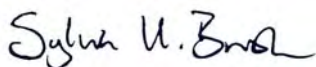
Visjoner frem til 2010 er:

Andelen røykere har sunket betydelig og ligger under 20 prosent. Særlig blant unge er det blitt færre røykere. Det er utviklet røykesluttmetoder som passer flere enn i dag. Det finnes tiltak rettet mot grupper som i dag ikke nås godt nok. De sosiale ulikhetene i tobakksbruk er betydelig redusert. Tobakksforebygging er del av utdanningen til alle som jobber med barn og unge, samt innen alle sektorer innenfor helsetjenesten, og helsepersonell er mer opptatt av tobakksforebygging og røykeslutt. I samfunnet er røyking sjelden synlig. Voksne tar sin funksjon som rollemodeller for unge på alvor. Ingen gravide eller partnere røyker under svangerskapet eller i tiden etterpå, som småbarnsforeldre. Det er legitimt å si nei til røyk, samtidig som de som røyker uten å plage andre, blir respektert.

I Norge er vi nå inne i det som gjerne kalles tobakksepidemiens siste fase og som karakteriseres av en markert nedgang i røykingen. Et annet trekk ved denne fasen er at de sosiale forskjellene i røyking vedvarer og til og med kan bli større. De sosiale forskjellene er særlig markante i de yngre aldersgruppene, og forskjellene mellom utdanningsgrupper er store. I tillegg er det tydelige sosiale mønstre knyttet til røykeavvenning. I denne siste fasen av tobakksepidemien er det derfor viktig å bidra til å utjevne ulikheter i røykeatferd som har sammenheng med sosial tilhørighet.

Noen av de største utfordringene som gjenstår er å gi folk et tilbud om faglig hjelp til røykeslutt der de bor, først og fremst ved å sikre tilbud gjennom helsetjenesten, bl.a. fastlegene, helsestasjon- og skolehelsetjenesten og i svangerskapsomsorgen. Videre må undervisningsprogrammene i skolen styrkes, utearealer i skolen gjøres tobakksfrie, forbudet mot salg av tobakksvarer til ungdom håndheves, økt snusbruk forebygges og WHO's konvensjon om tobakksforebygging følges opp.

På oppdrag fra departementet ble Sosial- og helsedirektoratet bedt om å utarbeide forslag til ny strategiplan som deretter ble sendt på høring. Uttalelser fra høringsrunden mv. er lagt til grunn for departementets videre arbeid med strategiplanen. Strategiplanen vil være retningsgivende for arbeidet fremover, og følges opp gjennom de årlige budsjetttrammene til departementet.



Sylvia Brustad
Helse- og omsorgsminister

Innholdsfortegnelse:

DEL I Innledning

1	De viktigste satsingene – sammendrag	8
2	Fakta grunnlag.....	9
2.1	Nasjonal strategiplan for det tobakksskadeforebyggende arbeidet 1999–2004	9
2.2	Tobakksbruk i Norge	10
2.3	Helserisiko ved bruk av tobakk.....	13
	Helserisiko ved røyking.....	13
	Helserisiko ved eksponering for tobakksrøyk (barn og voksne).....	14
	Snus.....	14
2.4	Tobakksforebygging er kostnadseffektivt.....	14

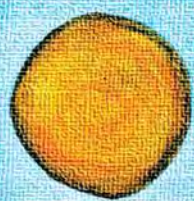
DEL II Rammer og grunnlag for valg av innsatsområder

3	Rammebetingelser.....	16
3.1	Lovgivning.....	16
3.2	Organisering og samarbeidspartnere.....	17
3.3	Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge.....	18
3.4	WHOs rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader.....	18
3.5	Europeisk strategi for tobakksforebygging i WHO.....	19
4	Grunnlag for valg av virkemidler.....	20
4.1	Oversikt over de beste tilnærmingene fra USAs Surgeon General.....	20
4.2	WHO og Verdensbanken.....	21
4.3	Europeisk tobakksforebygging.....	22
4.4	Norsk rapport om tiltak for å redusere røyking blant ungdom.....	22
4.5	Norsk tobakksforebygging sammenliknet med andre europeiske land.....	23
4.6	Tobakksepidemiens siste fase?.....	24

DEL III Mål og strategiske innsatsområder

5	Overordnet mål og innsatsområder.....	28
5.1	Overordnet mål.....	28
5.2	Ulikheter i helse og særskilte målgrupper.....	29
	Sosial ulikhet.....	29
	Kjønnsperspektiv.....	29
	Flerkulturelt perspektiv.....	30
5.3	Strategiske innsatsområder.....	30

6	Forebygging av røykestart.....	31
6.1	Skolebaserte tiltak.....	31
6.2	Salgsbegrensende tiltak.....	32
6.3	Tobakksfrie private og offentlige oppvekstarenaer.....	33
7	Røykeslutt.....	34
7.1	Røykeslutttiltak og særlige målgrupper.....	34
7.2	Utdanning av helsepersonell.....	35
7.3	Primærhelsetjenesten.....	36
7.4	Spesialisthelsetjenesten.....	37
7.5	Medikamentell behandling.....	37
8	Vern mot eksponering for tobakksrøyk.....	38
8.1	Røykfritt arbeidsmiljø.....	38
8.2	Barn.....	38
9	Bruk av snus.....	39
9.1	Kunnskap og informasjon om snus.....	39
9.2	Forebygging av snusbruk.....	40
10	Forskning, overvåkning og evaluering.....	41
10.1	Samordning av forskning.....	41
10.2	Kontinuerlig overvåkning.....	41
10.3	Evaluering.....	41
11	Informasjonstiltak og generell kommunikasjon.....	42
11.1	Massemediekampanjer.....	42
11.2	Én-til-én-kommunikasjon og bruk av trykt materiell/Internett.....	43
11.3	Informasjon gjennom media.....	43
12	Tobakksforebygging som del av lokalt folkehelsearbeid.....	44
12.1	Bevisstgjøring av lokale beslutningstakere.....	44
12.2	Tverrfaglig folkehelsearbeid og partnerskap.....	44
13	Tobakksforebygging i internasjonalt perspektiv.....	45
13.1	Oppfølging av arbeidet innenfor WHO's rammekonvensjon for tobakksforebygging.....	45
13.2	Samarbeid med andre land og internasjonale organisasjoner.....	46
13.3	Tobakk som tema i norsk bistand.....	46
	Referanser.....	47



DEL I

Innledning



- Spre budskapet og frø det!



DEL I - Innledning

1) De viktigste satsingene – sammendrag

Det overordnede målet for Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 er å fremme helse i alle deler av befolkningen og gi flere leveår med god helse gjennom redusert tobakksbruk.

I den siste folkehelsemeldingen St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge ble en målsetning om å halvere *ungdomsrøykingen* fra 2002 til 2007 lansert. Det er igangsatt flere tiltak for å nå dette målet, spesielt i form av *massemediekampanjer*. For å nå denne målsetningen må det fortsatt investeres i kampanjer over flere år og med høy intensitet. Kampanjer kan også være et sentralt tiltak for å motivere voksne til røykeslutt.

Det skal i perioden 2006–2010 satses på *røykeslutt*. Dette er et område hvor Norge står relativt svakt sammenliknet med andre europeiske land. Helsegevinsten ved røykeslutt er godt dokumentert, og hjelp til røykeslutt viser seg å være et kostnads-effektivt tiltak sammenliknet med mange andre helsetiltak. Veiledning bør være basistilbudet ved hjelp til røykeslutt, og styrking av det tobakksforebyggende arbeidet som utøves i *helsetjenesten* blir derfor svært sentralt framover. Det er også gjennom helsetjenesten man best kan møte *gravide* og småbarnsforeldre, en målgruppe det fortsatt skal satses på i femårsperioden.

Gjennomgripende for de strategiske områdene og de tiltakene som blir iverksatt, er viktigheten av at de når fram til folk flest. Det lokale perspektivet er viktig, og tiltakene bør i størst mulig grad ha en *lokal forankring*. På mange områder vil det være naturlig å tenke folkehelse i et bredere perspektiv enn bare tobakksforebygging, og samordne tiltak på flere folkehelseområder. Et slikt tverrsektorielt perspektiv er spesielt viktig i arbeidet med å redusere de sosiale ulikhetene i helse. Utjevnende strategier vil i de kommende årene være sentralt både innenfor folkehelsearbeidet generelt og tobakksforebygging spesielt.

WHO's rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader trådte i kraft i 2005 og danner en ny internasjonal arena for tobakksforebygging. Forskningen framhever økte priser på tobakksprodukter som det mest effektive tiltaket for å redusere tobakksforbruket. I Norge er dette virkemidlet i stor grad utnyttet gjennom et høyt avgiftsnivå.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 tar for seg åtte strategiske innsatsområder innen tobakksforebygging.

1. Forebygging av røykestart
 - Skolebaserte tiltak
 - Salgsbegrensende tiltak
 - Tobakksfrie oppvekstarenaer

2. Røykeslutt
 - Lokale og nasjonale røykeslutttiltak
 - Utdanning og opplæring av helsepersonell
 - Økt aktivitet i helsetjenesten
 - Medikamentell behandling
3. Vern mot eksponering for tobakksrøyk
 - Røykfritt arbeidsmiljø
 - Røykfritt miljø for barn
4. Snus
 - Kunnskap og informasjon om snus
 - utfordringer ved økt bruk av snus
5. Forskning, overvåkning og evaluering
 - Samordning og styrking av forskning
 - Kontinuerlig overvåkning
 - Evaluering av tiltak
6. Informasjonstiltak og generell kommunikasjon
 - Massemediekampanjer
 - Én-til-én-kommunikasjon og bruk av trykt materiell
 - Informasjon gjennom media
7. Tobakksforebygging som del av lokalt folkehelsearbeid
 - Bevisstgjøring av lokale beslutningstakere
 - Tverrfaglig folkehelsearbeid og partnerskap for folkehelse
8. Tobakksforebygging i internasjonalt perspektiv
 - Oppfølging av arbeidet innenfor rammekonvensjonen for tobakksregulering i WHO
 - Samarbeid med andre land og internasjonale organisasjoner
 - Tobakk som tema i norsk bistand

2) Faktagrunnlag

2.1 Nasjonal strategiplan for det tobakksskadeforebyggende arbeidet 1999–2004

I 1999 ble den første strategiplan for det tobakksskadeforebyggende arbeidet lagt fram for femårsperioden 1999–2003 (1). Planperioden ble forlenget ut 2004.

I løpet av seksårsperioden ble de fleste foreslåtte virkemidlene gjennomført. På noen områder kom man kortere enn planlagt, på andre områder lenger. Organisasjonsmessig fikk omorganiseringen av den statlige sosial- og helseforvaltningen betydning, særlig gjennom opprettingen av Sosial- og helsedirektoratet. Allerede fra begynnelsen sto målsetningen om røykfrie helseinstitusjoner sentralt, og arbeidet skjøt fart da organisasjonene selv tok tak i problemstillingen. Undervisningsprogrammet for ungdomsskolen økte deltakelsen fra 40 til 60 prosent av elevene. Røyketelefonen ble etter hvert etablert som en fast tjeneste med

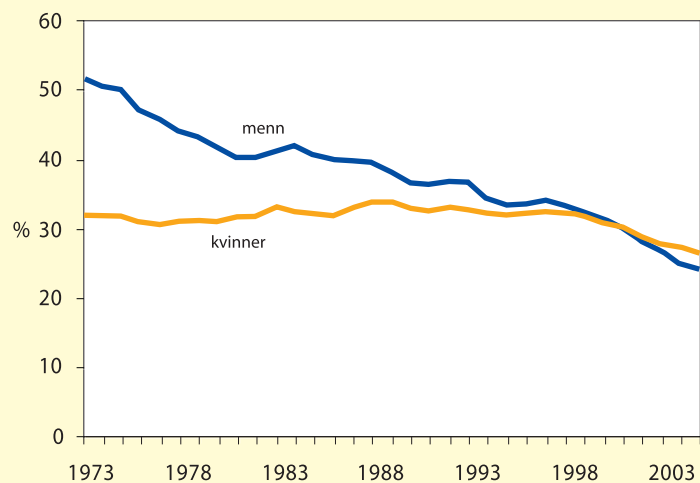
stadig større vekt på profesjonell og solid veiledning. Gjennom St. prp. nr. 61 (1997-98) Nasjonal Kreftplan (2) og St.meld. nr. 16 (2002-2003) (3), ble det lokale arbeidet styrket. Det ble gitt ut en NOU om tobakksindustriens erstatningsansvar (4). Målsetningen i folkehelsemeldingen om å halvere ungdomsrøykingen førte til en økt satsing på massemediekampanjer i slutten av perioden. Kampanjene skapte mye oppmerksomhet og debatt. Især på ett område kom det tobakksforebyggende arbeidet mye lenger enn det strategiplanen la opp til. Gjennom innføringen av røykfrie serveringssteder ble arbeidstakerne i serveringsbransjen sikret et arbeidsmiljø hvor også de fikk vern mot passiv røyking. En av de største utfordringene som gjenstår er å gi tilbud om faglig hjelp til røykeslutt der folk bor, først og fremst ved å sikre tilbud gjennom helsetjenesten. Internasjonalt sett ble hele perioden preget av arbeidet med å forhandle fram en rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader i WHO – Verdens helseorganisasjon. Det er også på den internasjonale arena at arbeid rundt produktregulering har foregått. Gjennom EØS-avtalen fikk Norge større og tydeligere helseadvarsler på tobakksproduktene. Andelen i befolkningen som røyker daglig gikk ned fra 33 til 26 prosent i perioden 1999-2004, mens andelen som bruker snus daglig økte fra 3 til 4 prosent i befolkningen, og fra 5 til 8 prosent blant menn.

Fullstendig statusrapport for strategiplanen er gitt ut som eget dokument fra Sosial- og helsedirektoratet (Shdir). Erfaringene viser at planen har vært et nyttig verktøy for det tobakksforebyggende arbeidet.

2.2 Tobakksbruk i Norge

En firedel, eller 25 prosent, av den voksne norske befolkningen (16–74 år) røykte daglig pr. 2005, omtrent like mange menn (26 prosent) og kvinner (24 prosent). I tillegg røykte rundt 11 prosent av og til. Den største andelen som røykte daglig, var i alderen 35–54 år. Blant unge i alderen 16–24 år røykte 24 prosent daglig. Tallene er bl.a. hentet fra Sosial- og helsedirektoratets rapport Tall om tobakk (5), samt nyere SSB-undersøkelser. Se figur 1.

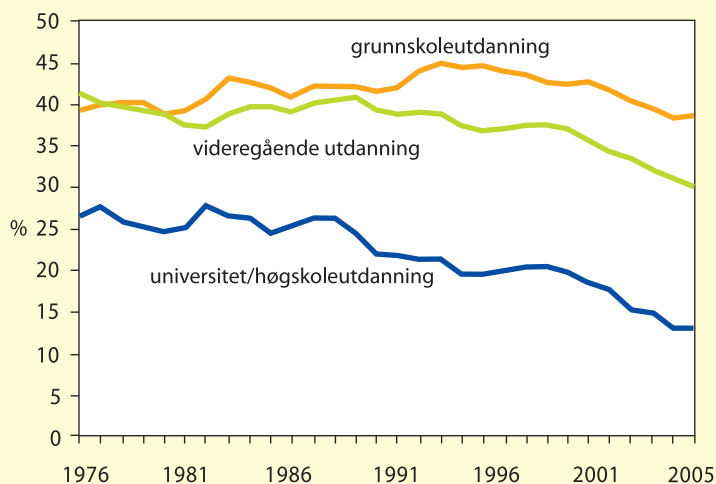
Figur 1: Andel dagligrøykere 16-74 år, 1973-2005



Kilde: SSB og Shdir.

Mens røyking i 1960-årene var like utbredt i alle sosiale lag, er det nå en sterk overrepresentasjon av personer med lav utdanning. Utdanning er en av de faktorene som i størst grad ser ut til å ha betydning for røyking, og det er stor forskjell på andelen røykere blant de med lav og høy utdanning. Når det gjelder av-og-til-røyking er imidlertid bildet noe annerledes. Her er det de med høy utdanning som er overrepresentert. Se figur 2.

Figur 2: Andel dagligrøykere 25-74 år etter utdanningsnivå, 1976-2005



Kilde: SSB og Shdir.

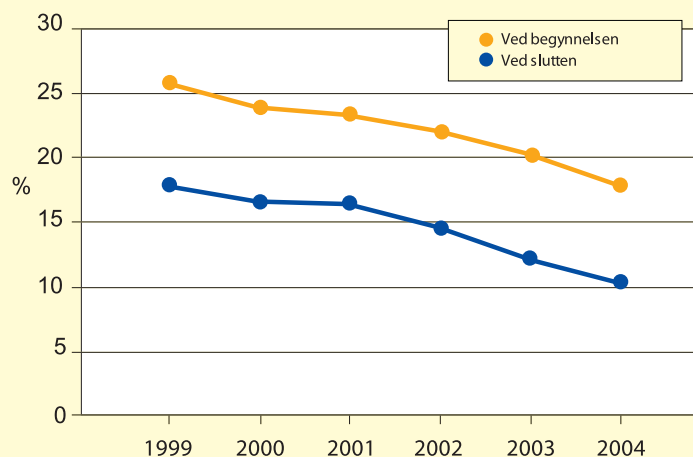
Holdninger til røyking i hjemmet er noe av det som har endret seg mest gjennom de siste årene. I 2005 svarte 71 prosent av befolkningen at de ikke tillater røyking hjemme hos seg, mot 17 prosent i 1993. 92 prosent sa i 2005 at de ikke ville tillate røyking hjemme med barn til stede. I 1993 var det 53 prosent som svarte det samme.

I 2004 var det ved begynnelsen av svangerskapet 17,8 prosent som røykte, mot 25,7 prosent i 1999. En del slutter i løpet av svangerskapet, og ved slutten av svangerskapet var det 10,4 prosent som røykte i 2004, mot 17,9 prosent i 1999. Se figur 3.

I perioden 1999-2004 har forekomsten vært klart høyest hos de yngste mødre med et kontinuerlig fall mot høyere alder, bortsett fra for mødre over 40 år som igjen har ligget noe høyere. Dette siste kan ha sammenheng med at de representerer kvinner fra en generasjon med en generelt høyere røykehyppighet. Se figur 4.

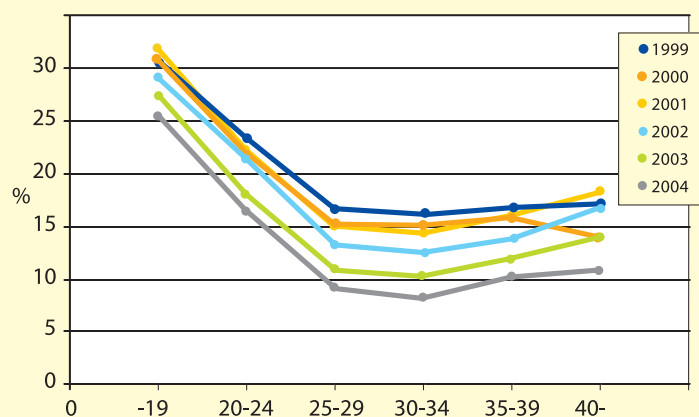
Tallene er noe usikre, men kan påvise trender. Årsaken til dette kan dels være at det å svare bekreftende på spørsmål om røyking i forbindelse med graviditet kan være vanskelig. Videre viser resultatene at andelen mødre som svarer har gått ned fra 89,3 prosent i 1999 til 82,1 prosent i 2004. Det er rimelig å tro at andelen røykere blant dem som ikke svarer, er større enn blant dem som svarer.

Figur 3: Andel røykende gravide ved svangerskapets begynnelse og slutt, 1999-2004



Kilde: Folkehelseinstituttet, avdeling Medisinsk fødselsregister.

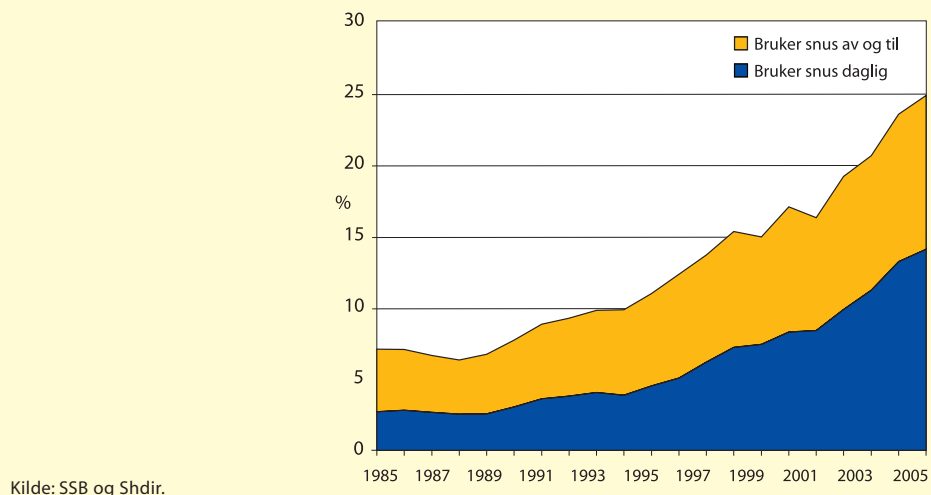
Figur 4: Andel røykende gravide ved svangerskapets begynnelse etter mors alder, 1999-2004



Kilde: Folkehelseinstituttet, avdeling Medisinsk fødselsregister.

Mens andelen røykere er på vei nedover, øker andelen som snuser. Svært få kvinner bruker snus i Norge, men omtrent 9 prosent av mennene i alderen 16-74 år oppgir at de snuser daglig, og 8 prosent av og til. Særlig blant yngre menn har bruk av snus økt betydelig de siste årene, og den totale andelen som snuser blant menn i alderen 16-44 år er tredoblet siden 1985. Bruk av snus har en annen sosial profil enn røyking. Brukerne av snus har en utdanningslengde omtrent som i gjennomsnittsbefolkningen, mens røykerne har en utdanningslengde som er kortere enn gjennomsnittet av befolkningen. Se figur 5.

Figur 5: Andel som bruker snus daglig eller av og til, menn 16-44 år, 1985-2005



2.3 Helserisiko ved bruk av tobakk

Helsерisiko ved røyking

Tobakksprodukter inneholder flere tusen kjemiske stoffer, hvorav mange er kreftfremkallende. Nikotinet i tobakksprodukter er sterkt avhengighetsskapende. Tobakksbruk er den enkeltfaktor det er mulig å forebygge som har størst innflytelse på helsetilstanden (3). Redusert tobakksbruk vil bety et stort løft for folkehelsen.

Annenhver røyker dør for tidlig på grunn av tobakksbruk, og halvparten av disse mister over 20 år av livet sitt – enten plutselig eller etter flere års sykdom (6). I Norge er det beregnet at omtrent 6400 dør av røykerelatert sykdom hvert år (7). Det er også beregnet at det i tillegg dør rundt 350–550 av passiv røyking (4). Selv om disse tallene har en viss usikkerhet, er det enda vanskeligere å tallfeste at de som røyker ofte, har dårligere helse og livskvalitet enn dem som ikke røyker.

De største sykdomsgruppene som er tobakksrelaterte, er hjerte- og karsykdommer, luftveissykdommer og kreftsykdommer. Hjerte- og karsykdom er den viktigste årsaken til den økte dødeligheten blant dem som røyker. Hvert år dør over 3000 nordmenn av en hjerte- og karsykdom de har utviklet på grunn av røyking. 1–9 sigaretter om dagen er nok til å doble risikoen for hjerteinfarkt.

En som røyker har dobbelt så stor risiko for å dø av kreft som en ikke-røyker. En stor røyker har fire ganger så høy risiko. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) forårsaker røyking 33 prosent av alle krefttilfeller i den industrialiserte verden. Nesten 90 prosent av dem som får lungekreft røyker, og røykemønsteret i befolkningen avspeiles i forekomsten av lungekreft. Her i landet var det for 25 år siden fire ganger så mange menn som kvinner som fikk lungekreft, i dag er det to ganger så mange. Forskjellen på menn og kvinner er i ferd med å utviskes når det gjel-

der totalforekomsten av lungekreft, spesielt blant dem under 50 år. I denne aldersgruppen har andelen dagligrøykere blant menn og kvinner vært tilnærmet lik over lang tid. Risikoen for lungekreft ved røyking øker jo tidligere en person begynner å røyke. En gutt som begynner å røyke når han er 15 år, har dobbelt så stor risiko for å utvikle lungekreft som en som begynner å røyke mellom 20 og 24 år (4).

Man antar at det er rundt 200 000 mennesker i Norge med kronisk obstruktiv lungesykdom eller kols (8). Over 90 prosent av dem som har kols røyker daglig eller har gjort det tidligere. Dette er en invalidiserende, irreversibel sykdom som kjennetegnes av tung pust, hoste og slimproduksjon.

Det ser ut til at kvinner tåler røyking dårligere enn menn ved samme eksponering for tobakksrøyk, og dermed lettere utvikler røykerelatert sykdom. Dette er antydning at gjelde både for hjerteinfarkt, lungekreft og kols (9-11).

Helsegevinsten ved å slutte å røyke er stor, og allerede ett år etter røykeslutt er tilleggsrisikoen for hjerteinfarkt halvert. Etter 15 år er risikoen for hjerteinfarkt som hos en som aldri har røykt (12). For pasienter som lider av kols, er røykeslutt det eneste som kan hindre forverring av den allerede nedsatte lungefunksjonen. Dette gjør at hjelp til røykeslutt er et viktig satsningsområde.

Helserisiko ved eksponering for tobakksrøyk (barn og voksne)

Å røyke passivt vil si at man puster inn luft som er forurenset av tobakksrøyk. Ved passiv røyking utsettes man for de samme stoffene som ved aktiv røyking. Mange føler ubehag ved passiv røyking. Vanlige symptomer er irritasjon i øynene, hoste, sår eller tørr hals, hodepine, tetthetsfølelse i brystet og tung pust. Passiv røyking øker risikoen for akutt hjertesykdom (som hjerteinfarkt) med 25-30 prosent. Passiv røyking kan føre til utløsning av hjertekrampe (angina pectoris) hos hjertesyke. Hvis man utsettes for passiv røyking over lang tid, øker risikoen for å få lungekreft med 20-30 prosent (4).

Når en gravid røyker, utsettes fosteret for passiv røyking. Røyking i svangerskapet øker risikoen for lav fødselsvekt og for tidlig fødsel (13). Røyking i svangerskapet er også assosiert med økt risiko for dødfødsel, spontanabort og krybbedød (14-15). Barn som blir eksponert for passiv røyking, kan få nedsatt lungefunksjon og være mer mottakelige for utvikling av astma og infeksjoner som mellomørebetennelser, bronkiolitt, bronkitt og lungebetennelse. Det er også assosiert sammenheng mellom foreldres røyking i hjemmet og økt forekomst av astma (16). Denne kunnskapen gjør at gravide og småbarnsforeldre er en særlig viktig målgruppe i det tobakksforebyggende arbeidet.

Snus

Snus inneholder mer enn 2500 kjemiske stoffer, deriblant nikotin og kreftframkallende stoffer. Bruken og konsekvenser av snus er omhandlet i kapittel 9.

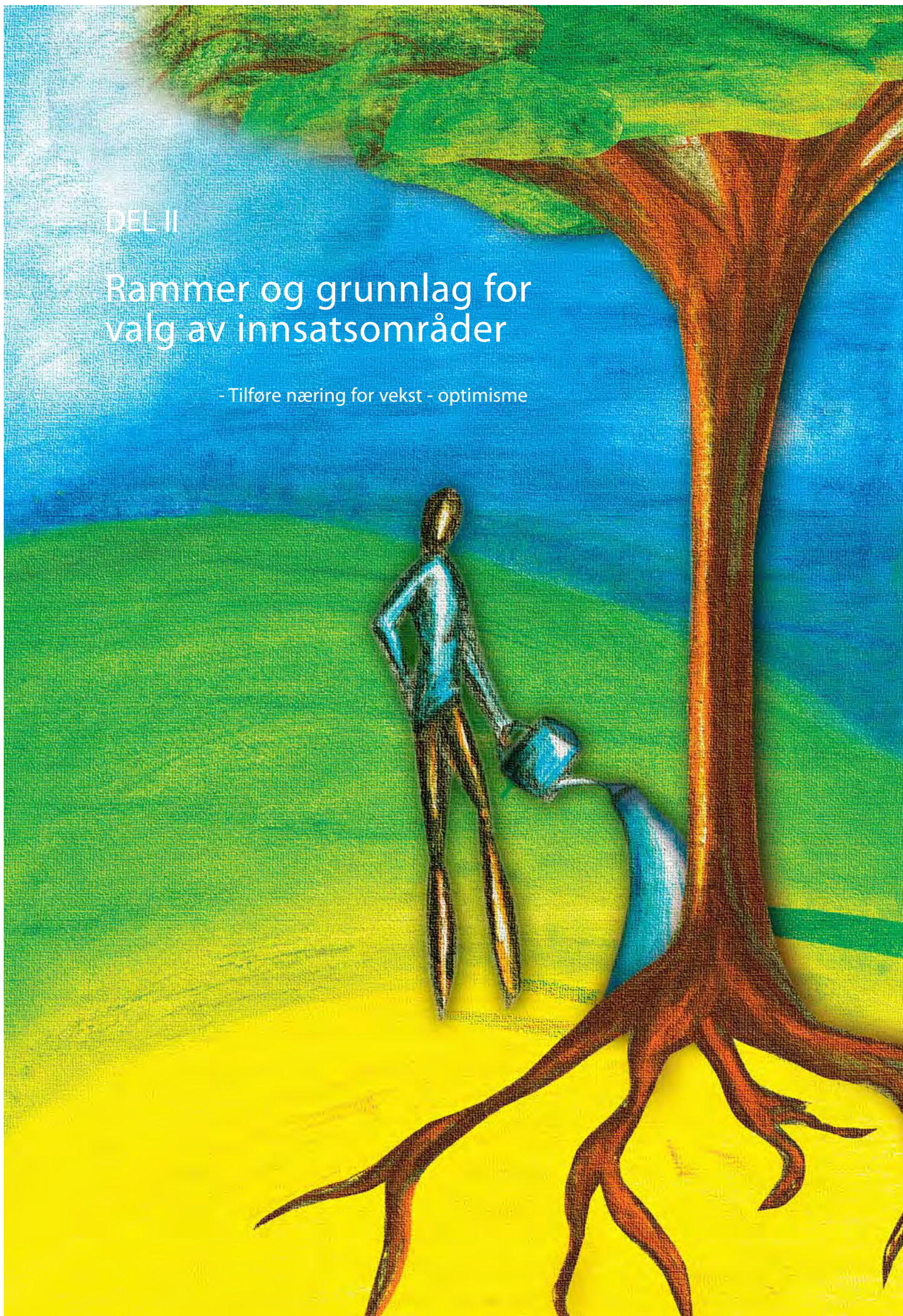
2.4 Tobakksforebygging er kostnadseffektivt

Blant de enkeltfaktorene som det er mulig å forebygge, er kanskje tobakksbruket den med størst betydning for folkehelsen (3). Flere internasjonale studier peker på at tobakksforebygging er kostnadseffektivt, både sammenliknet med andre forebyggende tiltak og tiltak i helsetjenesten (17-21). Ressurser til tobakksforebyggende arbeid er derfor en god investering i befolkningens helse.

DEL II

Rammer og grunnlag for valg av innsatsområder

- Tilføre næring for vekst - optimisme



DEL II - Rammer og grunnlag for valg av innsatsområder

3) Rammebetingelser

3.1 Lovgivning

Lov av 9. mars 1973 om vern mot tobakksskader (tobakksskadeloven) inneholder bestemmelser som beskytter mot passiv røyking, forbud mot å selge tobakksvarer til personer under 18 år, forbud mot tobakksreklame og bestemmelser om innhold i og merking av tobakksvarer. Det er gitt fire sentrale forskrifter som gir ytterligere regler på tobakksområdet. Disse er forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v., forskrift om forbud mot tobakksreklame m.v., forskrift om innhold i og merking av tobakksvarer og forskrift om forbud mot nye tobakks- og nikotinprodukter. Sosial- og helsedirektoratet fører tilsyn med reklameforbudet og merkepåbudet, og har myndighet til å ilegge tvangsmulkt ved overtredelse av disse bestemmelsene.

Tobakksskadeloven § 6 inneholder en regel om at lufta skal være røykfri i lokaler og transportmidler hvor allmennheten har adgang. Det samme gjelder i møterom, arbeidslokaler og institusjoner hvor to eller flere er samlet. Serveringssteder var tidligere unntatt fra denne bestemmelsen, og røyking på slike steder var da regulert i forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder, internkontroll m.v. Fra 1. juni 2004 trådte en endring i § 6 i kraft. Fra dette tidspunkt er det forbudt å røyke på serveringssteder. Dette innebærer at forskrift om røyking på restauranter og andre serveringssteder, internkontroll m.v. ble opphevet fra samme dato. Hensynet bak lovendringen er først og fremst at ansatte i serveringsbransjen også skal få et lovregulert vern mot eksponering for passiv røyking.

Andre sentrale bestemmelser i tobakksskadeloven med forskrifter er totalforbud mot tobakksreklame. Forbudet gjelder både direkte og indirekte reklame. Videre er det gitt regler om innhold i og merking av tobakksvarer. De viktigste bestemmelsene er forbud mot villedende produktbetegnelser som "light" og "mild", og større advarselstekster enn tidligere. EU-kommisjonen skal i henhold til Europaparlamentets og Rådets direktiv 2001/37/EF om framstilling, presentasjon og salg av tobakksvarer videreføre arbeidet med produktregulering av tobakk på bakgrunn av innrapporterte opplysninger om tobakksvarers innhold innsendt av medlemslandene (artikkel 11 og 12). Norge skal følge denne utviklingen ved å overholde bestemmelser på området.

Også andre lover er relevante for forebygging av tobakksskader. I lov om helsetjenesten i kommunene heter det i § 1-2 første ledd: "Kommunen skal ved sin helse-tjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte." Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. sier i § 1-1 første ledd, nummer 1 at lovens formål er særlig å: "fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming". Det fremgår av forarbeidene til lovbestemmelsen at forebygging ikke er primær-

oppgaver for spesialisthelsetjenesten, men at det likevel er forutsatt at spesialisthelsetjenestens kompetanse også benyttes til forebyggingsarbeid, jf. Ot.prp nr. 10 (1998-99).

EØS-avtalen forutsetter at Norge innfører nytt EU-regelverk i norsk lov og forskrift for å oppdatere og videreutvikle regelverket på områder som omfattes av avtalen. Nye regler fra EU må vedtas av norske myndigheter som lov eller forskrift for å kunne bli del av norsk rett.

EU har i økende grad de siste årene vedtatt lovgivning som omfatter tobakk. Dette gjelder Europaparlamentets og Rådets direktiv 2001/37/EF om framstilling, presentasjon og salg av tobakksvarer. Dette direktivet erstatter tidligere EU lovgivning på området og er implementert i norsk rett delvis ved lov av 21. juni 2002 om endringer i lov om vern mot tobakksskader og delvis i forskrift av 6. februar 2003 om innhold i og merking av tobakksvarer. Europaparlamentets og Rådets direktiv 2003/33/EF av 26. mai 2003 om innbyrdes tilnærming av medlemsstatenes lover og administrative bestemmelser om reklame for tobakksvarer og sponing av disse, er implementert i norsk rett ved allerede vedtatt lovgivning om forbud mot reklame for tobakksvarer.

3.2 Organisering og samarbeidspartnere

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for det forebyggende arbeidet på tobakksområdet, mens Sosial- og helsedirektoratet forbereder det faglige grunnlaget for politikkkutformingen og iverksetter vedtatt helsepolitikk. Sosial- og helsedirektoratet har et fagråd knyttet til seg som heter Nasjonalt råd for tobakksforebygging.

Midler til det tobakksforebyggende arbeidet bevilges årlig av Stortinget i St.prp.nr 1 for Helse- og omsorgsdepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet har som mål å samarbeide med både nasjonale og internasjonale aktører for å styrke det tobakksforebyggende arbeidet. Nasjonalt omfatter samarbeidet særlig fylkesmannen, helsetjenesten og frivillige organisasjoner. Det foregår allerede i dag et utstrakt samarbeid med mange ulike aktører sentralt og lokalt. I det tobakksforebyggende arbeidet er det viktig å danne lokale nettverk og iverksette tiltak i nærmiljøet. Samarbeidet med de frivillige organisasjonene er viktig i så henseende. Samarbeidet er planlagt videreutviklet til å gjelde flere ulike organisasjoner som representerer ulike grupper og interesser i befolkningen. I arbeidet med røykfrie arbeidsplasser er et samarbeid med organisasjoner i arbeidslivet av stor betydning. I tillegg er en målrettet og effektiv tobakkspolitikk avhengig av samarbeid med blant annet skoler, kommuner og andre offentlige etater.

Det internasjonale samarbeidet omfatter i hovedsak Verdens helseorganisasjon (WHO) og ulike nettverk i mellomstatlig eller frivillig regi.

3.3 Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge

Den siste folkehelsemeldingen St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge har som målsetting å bidra til flere leveår med god helse for befolkningen og å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Bruken av tobakk er skjevt fordelt i samfunnet, og tobakksforebyggende arbeid kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse, samtidig som røykfrihet bidrar til flere leveår med god helse. Det tobakksforebyggende arbeidet må derfor ha et særlig fokus på tiltak som bidrar til å utjevne sosiale ulikheter i helse.

Reseptene som forskrives i meldingen er:

- a) Skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse
- b) Bygge allianser for folkehelse (partnerskapsmodellen)
- c) Helsetjenesten: forebygge mer for å reparere mindre
- d) Utvikle ny kunnskap

Tiltakene som prioriteres i folkehelsemeldingen videreføres i dette strategidokumentet. I tobakksforebyggende sammenheng er utfordringene:

- a) å bidra til å skape gode forutsetninger for å kunne ta ansvar for egen helse ved å mobilisere helsetjenesten og andre aktører slik at det tilbys hjelp til røykeslutt til alle
- b) å forsterke alliansene med fylkene, frivillige organisasjoner og andre, og legge til rette for en sterkere lokal forankring av det tobakksforebyggende arbeidet
- c) å arbeide for at helsetjenesten får mer kunnskap og andre insentiver som stimulerer til økt fokus på røykeslutt
- d) å stimulere til økt kunnskap og kunnskapsbasert virksomhet på det tobakksfaglige området.

3.4 WHO's rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader

De 192 medlemslandene i WHO's helseforsamling vedtok 21. mai 2003 rammekonvensjonen om forebygging av tobakksskader (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) (22). Dette er verdens første globale avtale som i sin helhet er viet tobakkskontroll. Avtalen er av historisk betydning og inkluderer tema som bl.a. forbud mot tobakksreklame, minimumskrav for advarselsmerking på tobakkspakkene, tobakksavgifter, finansielt/teknisk samarbeid med utviklingsland og viktigheten av helhetlige tobakksforebyggingsprogrammer.

Rammekonvensjonen trådte i kraft 27. februar 2005. Pr. 7. april 2006 hadde til sammen 124 land ratifisert. Norge var det første landet som ratifiserte, 16. juni 2003, og er dermed forpliktet til å følge opp konvensjonen. Norge oppfyller i dag minimumskravene.

De viktigste temaene i rammekonvensjonen:

- Konvensjonens innledning fastslår at partene er "fast besluttet på å prioritere sin rett til å beskytte folkehelsen".
- Tobakksavgifter og pristiltak anerkjennes som viktig i tobakksforebygging.
- Forpliktelser til å beskytte befolkningen mot passiv røyking.
- Det skal utvikles retningslinjer for testing og måling av innholdet i tobakks-

produkter, og partene skal innhente opplysninger fra tobakksindustrien om innholdsstoffene.

- Bestemmelser om merking av tobakksvarer og minimumskrav for helseadvarsler på 30 prosent av pakken som skal være oppfylt innen 3 år, samt en oppfordring på 50 prosent eller mer, gjerne med bruk av bilder.
- Partene skal gjennomføre informasjonstiltak rettet mot befolkningen.
- Forpliktelse til å innføre omfattende forbud mot tobakksreklame og sponning m.m. innen 5 år. De land som ikke er i stand til å innføre slikt forbud må istedenfor forplikte seg til å innføre strenge restriksjoner for markedsføring av tobakksvarer.
- Det skal motiveres for og legges til rette for behandling mot tobakksavhengighet.
- Partene skal gjennomføre tiltak mot smugling og ulovlig handel og samarbeide internasjonalt om dette.
- Salg til mindreårige skal forbys/begrenses.
- Partene kan fremme alternativ og levedyktig virksomhet for tobakksarbeidere og tobakksdyrkere.
- Miljøet og folks helse skal beskyttes i forbindelse med dyrking og framstilling av tobakk.
- Forskning og overvåkning skal fremmes, med omfattende innsamling av data og rapportering inn til felles databaser.
- Spørsmål om ansvar (f.eks. for tobakksindustrien) er en viktig del av tobakksforebyggende arbeid.
- Teknisk, vitenskapelig, og juridisk samarbeid er viktig for at landene skal greie å oppfylle forpliktelsene i konvensjonen.

3.5 Europeisk strategi for tobakksforebygging i WHO

I 2002 ble en europeisk strategi for tobakksforebygging utarbeidet og vedtatt gjennom resolusjon EUR/RC52/R12 av WHO's europeiske Regionalkomité på sitt 55. møte i september 2002 (23). Strategien reflekterer de økte politiske forpliktelsene til tobakksforebygging i den europeiske regionen, og også til de økte forventningene på vegne av folkehelsen. Den gir et "evidence-based" rammeverk og en rettleiding for nasjonal handling og internasjonal samhandling. Den bygger på erfaringer fra de tre foregående europeiske handlingsplanene (Action Plans) fra 1987–2001, samt kunnskap som underbygger tobakksforebyggingspolitikk på nasjonalt, regionalt og internasjonalt nivå. Den peker ut strategiske retninger for aktivitet i regionen, som skal realiseres gjennom nasjonal politikk, lovgivning og handlingsplaner. De strategiske områdene sammenfaller i stor grad med føringene i WHO's rammekonvensjon. Disse er:

- Pris og avgifter
- Passiv røyking
- Reklame, promotering og sponning
- Informasjon og folkeopplysning
- Røykeslutt
- Produktkontroll og konsumentopplysning
- Ulovlig handel
- Tilgjengelighet av tobakksvarer for unge

Strategien kommer også med anbefalinger rundt overvåkning, evaluering og rapportering på tobakksbruk og tobakksforebyggingspolitikk. Til slutt spesifiserer den mekanismer, verktøy og en tidsplan for internasjonalt samarbeid.

4) Grunnlag for valg av virkemidler

Tobakksforebygging har etter hvert en lang historie, og de oppsamlede erfaringene har gitt betydelig empirisk forståelse av muligheter og fallgruver i dette arbeidet. Det er vanskelig å lage et strengt hierarki over virkemidlene gjennom effektevalueringer, da metodene som kan brukes for å studere de forskjellige tiltakene og fenomenene, varierer like mye som tiltakene selv (17).

I årenes løp har det likevel dannet seg nærmest en samlet forståelse i miljøene som jobber med tobakksforebygging om hva som er de mest effektive virkemidlene. Noe av det som påpekes oftest er at enkelttiltakene alene er viktige nok, men at det gir best effekt å gjennomføre mange tiltak parallelt gjennom en helhetlig tobakksforebyggingspolitikk. Det er antydning at effekten av slike pakker med tiltak kan være større enn effekten av enkelttiltakene summert, med andre ord at en helhetlig tilnærming kan gi synergieffekter.

Det er tydelige forskjeller i bruk av tobakk mellom sosiale grupper. Særlig er personer med lav utdanning overrepresentert blant røykerne. Å identifisere hvordan man best kan bidra til å redusere disse sosiale forskjellene er ett av de viktigste hensynene som må tas i valg av virkemidler.

Selv om det er relativt stor enighet om ”grunnpilarene” i tobakksforebyggingen, vil det likevel være interessant og nødvendig med kontinuerlig faglig oppdatering. Det bør gjennomføres og innhentes kunnskapsoppsummeringer både innenfor ulike tiltaksområder og for å identifisere de beste tiltakene for spesifikke målgrupper.

4.1 Oversikt over de beste tilnærmingene fra USAs Surgeon General

”Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General” fra 2000 (17) er en av de grundigste nyere rapportene om tobakksforebygging og representerer en slags ”state of the art”. Rapporten gir et overblikk over de viktigste virkemidlene innen tobakksforebygging og går grundig gjennom hvert enkelt av dem. Den bidrar også med kvalitative observasjoner av hvordan virkemidlene virker på hverandre.

Rapporten konkluderer med at det generelt er tilnærminger med bredest nedslagsfelt (både økonomiske, regulerende og omfattende samfunnsmessige tilnærminger) som sannsynligvis har den sterkeste langsiktige virkningen. Tiltak med smalere nedslagsfelt er nyttige på individuelt nivå og for eventuelle grupper i befolkningen.

Surgeon General-rapporten peker på de mest effektive innsatsområdene, og anbefaler en kombinasjon av alle:

- a) Opplærings- og informasjonsprogrammer i skolen, men også i kombinasjon med lokale tiltak hvor foreldre og andre er involvert og med massemedie-tiltak.
- b) Behandling av nikotinhengighet gjennom selvhjelpsmanualer, minimale og intensive kliniske intervensjoner, farmakologisk intervensjon og annet.
- c) Lovregulering som reklameforbud, produktregulering, regulering av røykfrie inneområder, begrenset tilgang til tobakk for mindreårige, samt eventuelle rettssaker.
- d) Økonomiske virkemidler som høye avgifter og dermed redusert etterspørsel, samt jordbruks- og produksjonsreguleringer.
- e) Sosiale, samfunnsmessige tilnærminger som anerkjenner at individets atferd eksisterer i en kompleks kontekst. Dette innebærer at de fire tidligere nevnte områdene må ses i sammenheng både med hverandre og med lokale tiltak, informasjonstiltak, mediebruk, massemediekampanjer o.l.

Gjennom disse virkemidlene skal

- færre barn og unge begynne å bruke tobakk
- flere slutte å røyke blant unge og voksne
- ikke-røykeres eksponering for tobakksrøyk elimineres eller reduseres
- forskjellene som er relatert til tobakksbruk og dens effekter mellom ulike befolkningsgrupper identifiseres og elimineres
- framtidig belastning på folkehelsen pga tobakksrelatert sykdom og død reduseres.

Rådene i Surgeon General-rapporten er sammenfallende med rapporten Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs fra Center for Disease Control and Prevention (CDC) i USA (25). Den framhever lokale tiltak og samfunnsprogrammer, skoleprogrammer, effektiv håndheving av lovgivning, kampanjer, røykesluttprogrammer, overvåkning og evaluering som avgjørende elementer i tobakksforebygging. Dessuten har avgiftsøkninger i flere stater i USA blitt brukt både som virkemiddel i seg selv og som inntektskilde for å finansiere tobakksforebygging.

4.2 WHO og Verdensbanken

Verdens helseorganisasjon (WHO) ga nylig ut en håndbok i tobakksforebygging (19). Den bygger i stor grad videre på Verdensbankens "Curbing the epidemic" (18) som har vært premissleverandør innen tobakksforebygging siden den kom ut i 1999. Håndboken deler ulike typer intervensjoner inn i to; de som skal redusere tilgangen til tobakk og de som skal redusere etterspørselen etter tobakk. Virkemidlene som skal redusere tilgangen til tobakk har ikke vist stor effekt, bortsett fra tiltakene mot smugling. Derfor framheves først og fremst tiltak som skal redusere etterspørselen etter tobakk. Prisøkning på tobakksprodukter framheves som det mest effektive tiltaket for å redusere tobakksforbruket på kort sikt, og for å hindre unge i å begynne å røyke. Videre vektlegges forbud mot tobakksreklame, røykfrie arbeidsplasser og offentlige rom, markante helseadvarsler, røykesluttprogrammer, informasjon og holdningskampanjer som viktige tiltak. Som i de to foregående rapportene understrekes betydningen av en utstrakt blanding av metoder og strategier også fra WHO.

4.3 Europeisk tobakksforebygging

Forberedelsene og utarbeidingen av ASPECT-rapporten (Analysis of the Science and Policy for European Control of Tobacco) (20) har involvert en av de mest omfattende konsultasjonsprosessene og "peer reviews" noensinne gjennomført i europeisk tobakkspolitikk. Rapporten representerer det første forsøket på å samle i én bok en analyse av tobakkspolitikken i fortid, nåtid og framtid i EU/EØS-land. Rapporten presenterer omfanget av helsekostnadene og de økonomiske kostnadene knyttet til tobakksbruk i det europeiske samfunnet. Den presenterer effekten av tidligere tobakkspolitikk og en analyse av hvordan tobakksindustrien har søkt å undergrave og påvirke politiske beslutninger på alle nivåer. Materialet som presenteres er hentet fra en gjennomgang av den aktuelle tilgjengelige forskningen, ekspertanalyser og gjennom en rekke ekspertarbeidsgrupper og internasjonale konferanser. Rapporten presenterer en rekke anbefalinger:

- a) Bruk av avgifter og pristiltak
- b) Forbud mot reklame og annen markedsføring av tobakksvarer
- c) Forbud mot salg av tobakk på Internett og gjennom automater
- d) Røykfrie arbeidsplasser og offentlige rom
- e) Hjelp til røykeslutt
- f) Tobakksproduktregulering
- g) Helseadvarselsmerking
- h) Overvåking av tobakksindustrien

Ut over disse spesifikke tiltakene nevner rapporten dessuten viktigheten av at landene i regionen ratifiserer rammekonvensjonen og behovet for forskning.

4.4 Norsk rapport om tiltak for å redusere røyking blant ungdom

For å oppnå målsettingen om at andelen unge som røyker, skulle halveres på fem år (2003-2007), fikk Sosial- og helsedirektoratet gjennomført kunnskapsoppsummeringen "En gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom" (26). Her vurderes ti ulike former for tiltak i forhold til total effekt og i forhold til effekt på kort sikt. Rapporten konkluderer med at det er evidens for at sju av tiltakene vil produsere resultater på forholdsvis kort sikt, mens de tre siste tiltakene enten vil gi effekt på noe lengre sikt eller mangler dokumentasjon for effekt:

- Mange studier viser at økt realpris på tobakksprodukter vil gi redusert konsum med umiddelbar effekt. Særlig ungdom er sensitive overfor pris, og en prisøkning på 10 prosent vil kunne redusere forbruket med 15 prosent.
- Strengere håndheving av aldersgrensen for kjøp av tobakk er effektivt for å redusere tobakksbruk blant unge.
- Undervisningsprogrammet som har vært gjennomført i den norske ungdomsskolen siden 1997, har gjennom uavhengige undersøkelser vist å ha signifikant effekt. Programmet bør bestå og kontinuerlig videreutvikles. Forskerne konkluderer med at man bør fortsette å arbeide for at flest mulig skoler frivillig velger å delta i programmet.
- Skolegården er en arena for rekruttering av nye røykere. Restriksjoner for røyking i videregående skole vil gi effekt innenfor det aktuelle tidsrommet.

Kombinert med restriksjoner, kan skolene også tilby tobakksundervisning og tilbud om hjelp til røykeslutt for både elever og ansatte.

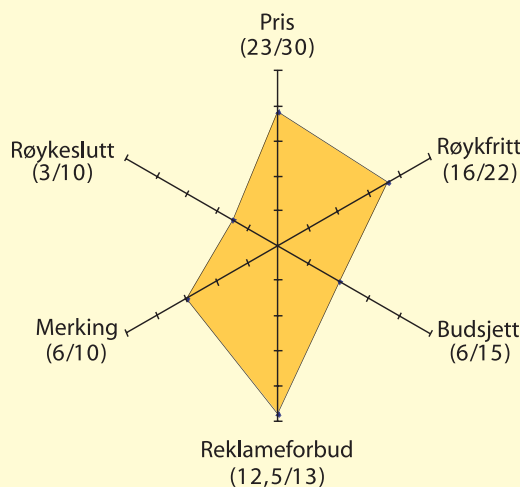
- Tiltak rettet mot ungdom i lokalsamfunnet gir ifølge rapporten effekt, men er svært ressurskrevende. Slike tiltak omfatter innsats på flere arenaer som for eksempel hjem, skole, fritidsklubber, idrettsmiljøer, kulturliv og utesteder.
- Røykfrie serveringssteder kan ha potensial for å redusere røyking blant ungdom, siden en mulig rekrutteringsarena for ungdom forsvinner.
- Nyere evalueringsstudier indikerer at massemediekampanjer er effektive og at effekten er umiddelbar. En forutsetning er at kampanjene gjennomføres med høy intensitet over et lengre tidsrom. Hvis det er begrensede ressurser, bør massemediekampanjer prioriteres framfor lokalsamfunnsbaserte tiltak.
- Begrenset åpningstid og antall utsalgssteder har effekt på alkoholkonsum. Om ungdom er særlig sensitive overfor dette, er ikke avklart. Heller ikke er det avklart om det samme vil kunne gjelde tobakk.
- Å tilby røykeslutt til ungdom vil trolig ikke ha utslagsgivende effekt innen fem år. Om en tilbyr assistanse til røykeslutt sammen med røykfrie skoler, vil en imidlertid signalisere en ny røykfri kultur i skolehverdagen.
- Tobakkspakkene er designet på attraktive måter og signaliserer et slags symbol. Det er uvisst hvilken effekt det kan ha å fjerne dette symbolinnholdet, men trolig kan man redusere ungdoms interesse for å benytte seg av tobakkspakkene som en måte å kommunisere på.

Det er laget en tilsvarende rapport i Sverige med sammenfallende konklusjoner (27).

4.5 Norsk tobakksforebygging sammenliknet med andre europeiske land

En rapport fra European Network for Smoking Prevention, "Effective tobacco control policies in 28 European countries" (28) tar utgangspunkt i seks kostnads-effektive intervensjoner og rangerer 28 europeiske land ut fra deres innsats på

Figur 6: Norges poengsum på intervensjonsområder i rapporten fra European Network for Smoking Prevention, 2004.



disse områdene. De seks intervensjonsområdene er hentet fra Verdensbankens publikasjoner (29) og er:

- a) Høyere avgifter på tobakksprodukter
- b) Forbud eller restriksjoner mot røyking på arbeidsplassen og offentlige steder
- c) Omfattende forbud mot reklame og annen markedsføring av tobakksprodukter, logoer og merkenavn
- d) Bedre forbrukerinformasjon: kampanjer, mediedekning og forskningsfunn
- e) Stor og tydelig advarselsmerking av tobakksprodukter
- f) Hjelp til røykeslutt.

Ut fra total poengsum på disse seks intervensjonsområdene har landene blitt rangert. På topp havner Island (76 av 100 poeng), fulgt av Storbritannia (72 poeng), Norge (67 poeng) og Irland (62 poeng). Sverige kommer på 6. plass, Finland på 9. og Danmark på 16. plass. Ved å tegne opp intervensjonsområdene langs hver sin akse, ser man at Norge kommer godt ut på de restriktive virkemidlene, men scorer lavt på støtte til røykeslutt (3 av 10 poeng) og på størrelsen av tobakksforebyggingsbudsjett sett i forhold til bruttonasjonalprodukt (BNP) (6 av 15 poeng). Når det gjelder røykeslutt, får Norge poeng for å ha en hjelpetelefontjeneste og ha utdannet et nettverk av kursledere i røykeslutt. Se figur 6.

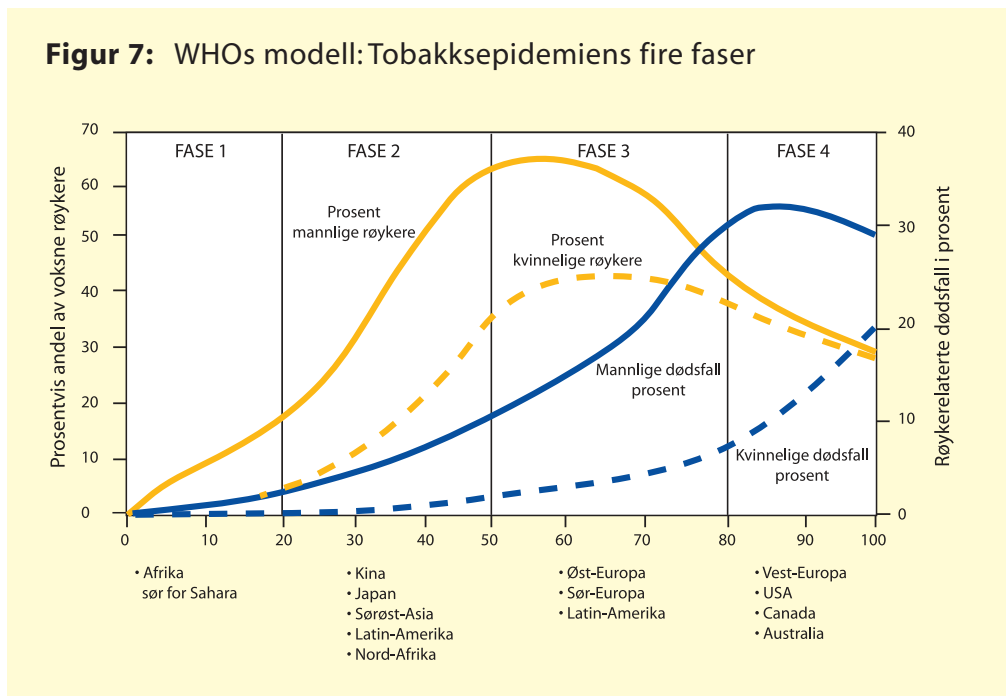
4.6 Tobakksepidemiens siste fase?

WHO's modell over tobakksepidemiens faser (30) er godt egnet til å beskrive det historiske hendelsesforløpet for utviklingen av tobakksbruk i et samfunn. Se figur 7.

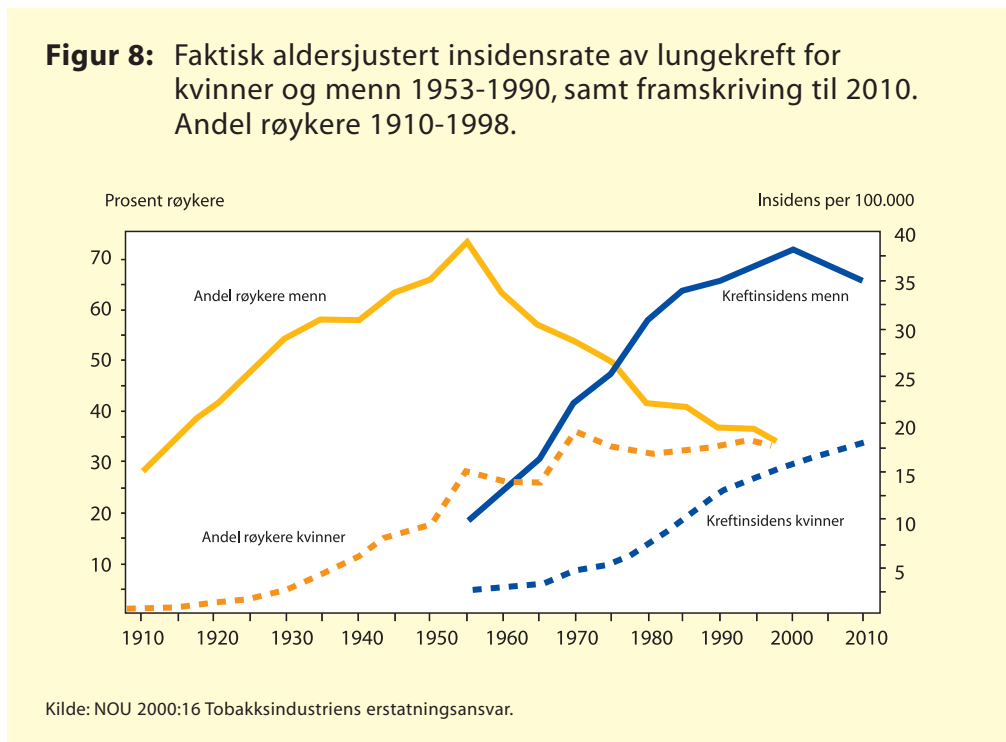
Fase 1 kjennetegnes ved lav andel røykere (under 20 prosent), stort sett menn, og fortsatt ikke noen opplagt økning i lungekreft eller andre kroniske tobakksrelaterede sykdommer. Fase 2 karakteriseres av økning i andelen røykere til over 50 prosent blant menn, begynnende økning blant kvinner, flere som begynner å røyke i ung alder og flere som blir syke og dør av røyking. Det skjer ennå ikke forebygging i noen særlig grad. Så kommer fase 3, hvor røykingen avtar blant menn, og i mindre grad blant kvinner, og hvor kvinner og menns røykemønstre ligner stadig mer på hverandre. Sykdom og død pga. tobakk vil fortsette å øke pga. etterslep i tid. Informasjon og tobakksforebyggende tiltak begynner å påvirke aksepten for røyking, særlig blant de velutdannede gruppene i befolkningen. Fase 4 karakteriseres av en markert nedgang i røyking både blant menn og kvinner. Tobakksrelaterede sykdommer passerer toppen og begynner å avta blant menn, men vil fortsatt øke noe blant kvinner. Sosiale forskjeller i røyking vedvarer, og kan til og med bli større.

Utviklingen i Norge stemmer godt overens med modellen (4). Figur 8 viser utviklingen i røyking og lungekreftinsidensen i Norge, faktisk og predikert. Mønsteret for de fire linjene i figuren stemmer overens med konturene i den beskrevne modellen. Etter en økning i andel røykere blant menn første halvdel av 1900-tallet, følger det en tilsvarende vekst i lungekreftinsidensen i de siste 50 årene. Deretter vil reduksjonen i andel mannlige røykere fra midten av århundret resultere i en predikert nedgang i lungekrefthyppighet omtrent fra tusenårsskiftet. For kvinner er bildet et annet for det var først i 1980-årene at insidensraten av lungekreft

Figur 7: WHO's modell: Tobakksepidemiens fire faser



Figur 8: Faktisk aldersjustert insidensrate av lungekreft for kvinner og menn 1953-1990, samt framskriving til 2010. Andel røykere 1910-1998.



begynte å stige kraftig. Et par tiår tidligere ser man at det er en tilsvarende økning i andel røykere. Mens 70 kvinner fikk lungekreft i 1960, fikk 659 denne diagnosen i 1996. Tallene forventes å øke fram mot 2010. Siden kvinnenes "røyketopp" kom på et senere tidspunkt, vil bølgebevegelsen forskyves i tid sammenliknet med mennene. Når kvinner heller aldri kom opp på menns høye nivå av andel røykere, vil dette resultere i en lavere bølgetopp.

Ved å bruke modellen på Norge ser vi at fase 1 og 2 er for lengst tilbakelagte stadier. Nå har tobakksepidemien også gjennomlevd fase 3 og beveger seg inn i fase 4, den foreløpig siste fasen. Hvilken fase landet er i, har betydning for valg av innsatsområder og virkemidler.



DEL III

Mål og strategiske innsatsområder

DEL III - Mål og strategiske innsatsområder

5) Overordnet mål og innsatsområder

5.1 Overordnet mål

Det overordnede målet for Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 er å fremme helsen i alle deler av befolkningen og gi flere leveår med god helse gjennom redusert tobakksbruk.

Som utgangspunkt for den norske folkehelsepolitikken har man i større grad sett på helseforholdene for gjennomsnittet, framfor å betrakte mangfoldet i befolkningen. For å nå grupper av befolkningen som ikke faller inn under de gjennomsnittlige kriteriene, er det viktig å ha et bevisst forhold til hva som kjennetegner deres situasjon og problemstillinger (3). Folkehelsemeldingen løfter fram målsetningen om å redusere ulikhetene i helse ved mer målbevisst å innrette politikken mot de delene av befolkningen der både utfordringene og forebyggingspotensialet antakelig er størst. En gjennomgående målsetning er dermed å identifisere og redusere forskjellene relatert til tobakksbruk og dens effekter mellom ulike befolkningsgrupper. Sosial tilhørighet skal derfor i større grad påvirke valg og utforming av virkemidler. I tillegg vil det være områder hvor det er naturlig å tenke folkehelse i et bredere perspektiv enn bare tobakksforebygging, og kanskje samordne tiltak på flere folkehelseområder.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 har følgende visjoner frem til 2010:

Andelen røykere har sunket betydelig og ligger under 20 prosent. Særlig blant unge er det blitt færre røykere. Det er utviklet røykesluttmetoder som passer flere enn i dag. Det finnes tiltak rettet mot grupper som i dag ikke nås godt nok. De sosiale ulikhetene i tobakksbruk er betydelig redusert. Tobakksforebygging er del av utdanningen til alle som jobber med barn og unge, samt innen alle sektorer innenfor helsetjenesten, og helsepersonell er mer opptatt av tobakksforebygging og røykeslutt. I samfunnet er røyking sjelden synlig. Voksne tar sin funksjon som rollemodeller for unge på alvor. Ingen gravide eller partnere røyker under svangerskapet eller i tiden etterpå, som småbarnsforeldre. Det er legitimt å si nei til røyk, samtidig som de som røyker uten å plage andre blir respektert.

Disse visjonene er med på å utvikle delmålene som er beskrevet under hvert av de åtte strategiske områdene.

5.2 Ulikheter i helse og særskilte målgrupper

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge retter søkelyset mot folkehelsearbeidet i Norge. Målsetningen er å bidra til flere leveår med god helse for befolkningen og redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Sosial ulikhet

Vi er nå inne i en fase i det tobakkskadeforebyggende arbeidet der antall røykere i den norske befolkningen reduseres. Det er imidlertid sannsynlig at de sosiale forskjeller i røykeatferd mellom sosiale grupper vil øke fordi det er i grupper med høy sosial status vi har sett den største reduksjonen i daglig røyking. Det betyr at vi i større grad må rette virkemidler og tiltak inn mot grupper der andelen røykere er størst.

Regjeringen har satt i gang et arbeid med en nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse. Strategien skal legge føringer for hvordan departementene skal arbeide med sosial ulikhet i helse de neste 10 årene. Kunnskapsbasert praksis skal bidra til at det tas hensyn til forhold som har betydning for befolkningens helse generelt og for faktorer som skaper og opprettholder sosial ulikhet i helse spesielt. Det skal legges vekt på kunnskapsoppbygging gjennom utprøving og evaluering av tiltak.

Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, Gradientutfordringen (24) vil ligge til grunn for direktoratets innsats, også på tobakksområdet. Ifølge handlingsplanen har vi for lite kunnskap om effektive tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse, men betydningen av bredt anlagte tiltakspakker understrekes. Kompleksiteten i og omfanget av de sosiale helseforskjellene tilsier at tiltakene bør være bredt anlagt, snarere enn snevre. Fordi mange av faktorene som påvirker helsen befinner seg utenfor helsesektoren, må hensyn til helse synliggjøres og ivaretas bedre i andre sektorer.

Kjønnsperspektiv

I dag er utbredelsen av røyking lik blant menn og kvinner. Unge kvinner begynner å røyke noe tidligere enn menn, men forskjellen utjevnes allerede ved 20-årsalderen. Imidlertid ser det ut til at ved likt forbruk kan kvinner som røyker ha større risiko enn menn for å få enkelte røykerelaterte sykdommer. Røyking under graviditet vil dessuten ramme det ufødte barnet.

Det er hittil ikke funnet store forskjeller mellom kjønnene når det gjelder faktorer relatert til røykestart og suksessrik røykeslutt, menns og kvinners motiver og motivasjon for å slutte å røyke, eller på oppmerksomheten omkring skadevirkninger av tobakksbruk. Noen framhever at kvinner og menn har forskjellig måte å kommunisere på, og at dette kan øke behovet for skreddersydde røykeavvenningsopplegg for menn og kvinner (32-33). For eksempel i massemediekampanjer kan kjønnsperspektivet ivaretas både gjennom utforming av kampanjeelementene og valg av kanaler og sendetid.

Selv om det er små forskjeller på kjønnene når det gjelder røyking, kan det likevel være hensiktsmessig å vurdere om tiltak kan tjene på å være mer spisset enn det er i dag, og at en form for spissing bør være orientert etter kjønn. Det er derfor viktig å stadig følge med på ny forskning om kjønnsaspektet knyttet til røyking.

Når det gjelder bruk av snus er det store forskjeller på kjønnene. Det er i stor grad et mannsfenomen. Tiltak på snusområdet bør derfor rettes hovedsakelig mot menn.

Flerkulturelt perspektiv

Tall fra SSB viser at antall personer i Norge med innvandringsbakgrunn utgjorde 365 000 ved inngangen til 2005. Andelen med ikke-vestlig bakgrunn var 72 prosent, og ikke-vestlige innvandrere utgjorde 5,7 prosent av den norske befolkningen. Ikke-vestlige innvandrere har gjennomsnittlig lavere utdanning, lavere inntekt og dårligere bostandard enn gjennomsnittet i Norge. Den høye andelen arbeidsledige er en av årsakene til denne situasjonen. Samtidig er det viktig å merke seg at det er store forskjeller mellom de ulike innvandrergruppene (3).

I 2002 ble det gjennomført en stor innvandrerundersøkelse i Oslo. Over 3000 personer fra fem av de største ikke-vestlige innvandrergruppene i Oslo (personer født i Tyrkia, Iran, Pakistan, Sri Lanka og Vietnam) deltok i undersøkelsen.

Den fokuserte på diabetes og hjerte- og karsykdommer, men det ble innhentet informasjon om en mengde andre forhold, deriblant røykevaner. Undersøkelsen viste svært store forskjeller i røykevaner både når det gjelder kjønn og etnisitet. Kvinner røykte generelt lite, mens menn i enkelte innvandrergrupper røykte mye. For eksempel var det ingen som røykte blant kvinner fra Sri Lanka, mens kvinner fra Iran og Tyrkia røykte omtrent som gjennomsnittet i Norge. Også menn fra Sri Lanka røykte lite sammenlignet med gjennomsnittet i Norge, mens særlig menn fra Tyrkia og Iran lå høyt over (34).

Dette forteller at det ikke vil være mulig å utvikle ett tiltak rettet mot alle med etnisk minoritetsbakgrunn. Et minimum er imidlertid å sørge for at skriftlig informasjon om tobakksbruk og røykeslutt er tilgjengelig på relevante språk. Mange av de både kollektivt og individuelt rettede tiltakene beskrevet i planen vil også treffe minoritetsgruppene. Språk kan imidlertid være en barriere i forhold til kontakt med helsetjenesten, telefontjenester, røykesluttkurs o.l.

5.3 Strategiske innsatsområder

Kapittel 4 presenterte dagens kunnskap om tobakksforebygging og de effektive virkemidlene. De fleste elementene er videreført til denne strategien, men noen kan også være valgt bort. Det vil være to hovedårsaker til det, enten er tiltaket allerede innført i Norge og dermed unødvendig, eller så vurderes det som mindre egnet i det norske samfunnet. Man kan gruppere kjerneområder og tiltak på utallige måter, og strategier ser litt forskjellige ut verden over. De strategiske områdene er valgt ut og beskrevet på den måten som virket mest naturlig gjennom prosessen, enten med bakgrunn i tidligere planer, erfaringer eller framtidssisjoner.

Det kan iblant være fristende å foreslå mange nye og uprøvde virkemidler når nye strategier skal utarbeides. På tobakksområdet finnes det mange veldokumenterte tiltak, og resultatene på befolkningens røykevaner de siste årene viser at Norge er på rett vei. Det er derfor ikke hensiktsmessig å endre retning i stor grad, kun justere kursen og videreutvikle tiltakene ut fra tilgjengelig erfaring og kunnskap.

Dette dokumentet tar for seg åtte strategiske områder innenfor tobakksforebyg-

ging. Satsingen i de fem årene som kommer vil hovedsakelig dreie seg om disse. Hvert område har sine målsetninger, og det beskrives tiltak for å nå disse målene. Forventningene til grad av måloppnåelse må ses i sammenheng med de tilgjengelige budsjetttrammene.

Fire av områdene representerer tobakksspesifikke problemstillinger. De tre første er å forebygge bruk av tobakk, fremme røykeslutt og gi vern mot eksponering for tobakksrøyk. Selv om strategien har røyking og røykeslutt som hovedtema, er snus en utfordring som tas opp som et eget strategisk område.

De fire siste områdene representerer mer strukturelle perspektiver. Forskning, overvåkning og evaluering er viktig i forhold til valg av virkemidler, mens informasjon og kommunikasjon er det forebygging i stor grad dreier seg om. Om strategiene er nasjonale, er det likevel på lokalplanet folk lever og folkehelsearbeidet utføres. Derfor er det et eget strategisk område. I tillegg er internasjonalt samarbeid en nødvendig ingrediens i en komplett tobakkspolitik.

6) Forebygging av røykestart

Delmål

- Halvering av andel unge som røyker daglig (16–24 år) fra 24 prosent i 2005 fram til 2010
- Tobakk selges ikke til personer under 18 år
- Alle oppvekstarenaer, både ute og hjemme, er tobakksfrie

Røyking er i stor grad en atferd barn og unge sosialiseres inn i. Forskningsmiljøene er derfor enige om at røykfrie voksne er en forutsetning for røykfrie barn og unge. Om røyking i mindre grad er et synlig og akseptert fenomen i samfunnet vil barn og unge i mindre grad begynne å røyke (26). En helhetlig og sammensatt tobakksforebyggende strategi blir i forskningen trukket fram som et vesentlig og nødvendig moment – også i forhold til barn og unge (26-27 og 35). Flere røykfrie arenaer, færre trenere, foreldre, og andre rollemodeller som røyker eller snuser er et naturlig og nødvendig innsatsområde. Forebyggingsprogrammer i ungdomsskolen og i videregående skole er også områder som har solid forankring i forskningen. Massemediekampanjer er effektive tiltak for å påvirke kunnskap, holdninger og atferd hos unge og voksne. I 2002 ble det satt en målsetting om at andelen unge som røyker skulle halveres på fem år, dvs. fra 28 prosent i 2002, til 14 prosent i 2007 (16–24 år). Målsetningen for denne planen vil ta utgangspunkt i tall fra 2005, da andelen unge dagligrøykere var 24 prosent, og fram til planperiodens utløp 2010.

6.1 Skolebaserte tiltak

Undervisningsprogrammet i ungdomsskolen, VÆR røykFRI, er det største systematiserte tiltaket mot tobakk i Norge. 64 prosent av alle elevene på ungdomsskolen deltar i dag. VÆR røykFRI er evaluert ved to anledninger og viser god effekt

(36). Programmet er gratis og basert på frivillig deltakelse fra lærere, elever og foreldre.

Det kan se ut til at det er en sammenheng mellom høyere selvopplevd trivsel på skolen og det å ikke begynne å røyke (37). Dette gjelder både på ungdomstrinnet og på barnetrinnet. For å utvikle et godt læringsmiljø med god trivsel må de forebyggende tiltakene i skolen utgjøre en helhet og gjensidig forsterke hverandre positivt. Utdanningsdirektoratet har utarbeidet Strategi for læringsmiljøet i grunnopplæringen 2005-2008 som bygger på disse prinsippene og som kan være en rettesnor for skolens arbeid med læringsmiljøet. Skolen er en arena hvor man i større grad bør tenke bredt på folkehelse og se på mulighetene for å bedre integrere forebygging av tobakk og rusmiddelbruk, samt annen uønsket atferd. Også forholdet mellom foreldre og skole står sentralt.

Røyking er skjevt fordelt mellom ulike sosiale grupper i befolkningen. Dette fenomenet kommer klart til uttrykk i fordelingen mellom de ulike utdanningsprogrammene på videregående skole. På utdanningsprogram for allmenne fag er det langt færre som røyker enn på yrkesfaglige utdanningsprogram.

- Gjennom revisjoner, videreutvikling og markedsføring bør de fleste elevene i ungdomsskolen gjennomføre VÆR røykFRI innen utgangen av strategiperioden, slik at flest mulig elever blir kjent med helserisikoen forbundet med tobakksbruk. VÆR røykFRI bør gjøres lett tilgjengelig, slik at det kan bli brukt av flere, f.eks. gjennom lokal forankring.
- Det skal arbeides for å etablere tiltak som reduserer andelen som røyker i videregående opplæring med særlig innsats mot utdanningsprogrammer der andelen røykere er høy.
- Forebygging av tobakk og rusmidler er med i kompetansemålene i den nye læreplanen. Sosial- og helsedirektoratet bør tilby god informasjon for å øke kunnskap om tobakksforebygging i utdanningen av lærere og andre relevante yrkesgrupper.

6.2 Salgsbegrensende tiltak

Mange studier viser at økt realpris på tobakksprodukter vil gi redusert konsum og færre som begynner å røyke (26). Særlig ungdom er sensitive overfor pris, og prisøkning regnes som et av de mest effektive av de tilgjengelige virkemidlene overfor denne målgruppen. I Norge er dette virkemidlet i stor grad utnyttet gjennom et høyt avgiftsnivå. Personer med svak økonomi er mest følsomme for økte avgifter og virkemidlet kan derfor være aktuelt i et ulikhetsperspektiv, men bruken av avgifter må avveies mot den økonomiske belastningen for dem som fortsetter å røyke.

Et annet effektivt virkemiddel er forbud mot tobakksreklame, som Norge har hatt siden 1975. Imidlertid kan tobakksvarenes design, innpakning og plassering i utsalgsstedene fungere som et reklamemedium.

Undersøkelser har vist at unge under 18 år lett greier å kjøpe sine egne tobakksprodukter til tross for at det er ulovlig å selge tobakk til personer under 18 år. Håndhevingen av aldersgrensebestemmelsen har ikke fungert tilfredsstillende, og

informasjonskampanjer har gitt liten effekt på dette området (26). En strengere håndheving av aldersgrensen for kjøp av tobakk viser seg i forskningen å være effektivt for å redusere tobakksbruk blant unge.

Salgsbegrensede tiltak når alle, og vil kunne ha en utjevne effekt i forhold til sosiale skjevheter i tobakksrelatert sykdom.

- For å redusere etterspørselen etter tobakksvarer, bør prisvirkemidler vurderes løpende.
- Det bør utredes forslag om forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer / avbildning av tobakksvarer på salgsstedet, for eksempel ved å plassere tobakksvarer under disk. En liknende lov er innført på Island.
- Det er behov for å følge opp forslaget om tilsynsordning som på en effektiv måte eliminerer det ulovlige salget til unge under 18 år.

6.3 Tobakksfrie private og offentlige oppvekstarenaer

Foreldre er blant barnas viktigste forbilder. Voksne har et spesielt ansvar for å sikre barn en røykfri oppvekst.

I 1998 og 2003 ble det gjennomført kartleggingsundersøkelser av røyking i videregående skoler. Resultatene viser at det blir rapportert om mindre røyking blant elever og ansatte på skolene som har innført røykfrie skolegårder (38). Gjennom et systematisk og målrettet samarbeid med idretten og aktører i barn og unges organiserte fritid, må målsetningen være at barn og unges fritid skal være tobakksfri. Det er viktig at voksne ledere får et bevisst forhold til sin rollemodell-funksjon. I et samfunn der tobakksfrihet er normen og tobakk ikke inngår som en naturlig del av sosial omgang, reduseres risikoen for at barn og unge begynner å snuse eller røyke. Tobakksforebyggende tiltak mot barn og unge har større effekt om man samtidig jobber for å endre voksnes røykemønstre. Det er viktig å tilrettelegge tiltak slik at de i størst mulig grad bidrar til å utjevne sosiale forskjeller forbundet med ulike oppvekstvilkår.

- Foreldres ansvar og betydning som rollemodeller bør synliggjøres. Det er viktig med gode informasjonstiltak om betydningen av røykfrihet i hjemmet.
- Det skal oppfordres til at arealene der elever ferdes, skal være røykfrie på alle videregående skoler i løpet av strategiperioden.
- For å sikre barn en røykfri oppvekst også utenfor hjem og skole, bør innsatsen rettes mot voksne som arbeider i barnehage, skolefritidsordning og idrett. Foreldre, trenere, fritidsledere og andre bør ikke bruke tobakk i samvær med barn og unge, og dessuten ta et klart standpunkt mot tobakksbruk.
- Det skal oppfordres til røykfrihet på offentlige oppvekstarenaer, f.eks. på områder som fornøyelsesparker, lekeplasser og andre arenaer for barn.

7) Røykeslutt

Delmål

- Andelen dagligrøykere i befolkningen er redusert til under 20 prosent innen 2010 (fra 25 prosent i 2005)
- Alle som vil slutte å røyke har et godt og lett tilgjengelig tilbud bl.a. gjennom helsetjenesten og arbeidslivet som arena
- Helsepersonell har økt fokus og bedre kompetanse på forebygging og livsstilsendring
- Tobakksrelaterte sykdommer og metoder for røykeavvenning inngår som en del av relevant pedagogisk og sosial- og helsefaglig utdanning

Helsegevinsten ved røykeslutt er godt dokumentert, og hjelp til røykeslutt er et kostnadseffektivt tiltak sammenliknet med andre tiltak innenfor helsesektoren (21 og 39).

Det er to hovedtilnærminger av metoder som har dokumentert effekt for å oppnå røykfrihet; veiledning og medikamentell behandling. Generelt kan det sies at effekten er best når den som skal slutte, får tilbud som inneholder begge komponenter (40).

Det bør således gjøres en langsiktig satsning for å øke tilbudet om hjelp til røykeslutt i Norge. Tilbudet bør være målrettet og i størst mulig grad tilpasset de enkelte målgruppene. Tilbudet bør være utformet slik at det bidrar til å utjevne forskjeller i helse som har sammenheng med sosial tilhørighet, f.eks. gjennom tilbud om røykeavvenning for grupper som står utenfor arbeidsmarkedet og gjennom å styrke helsetjenestens rolle i røykesluttarbeidet.

7.1 Røykesluttiltak og særlige målgrupper

Norge er et land med geografisk spredt befolkning, og røykeforekomsten varierer i ulike områder. Det er en sterk overrepresentasjon av personer med kort utdanning som røyker, og de geografiske forskjellene i røykemønster utliknes i stor grad når man kontrollerer for utdanning.

Røyketelefonen 800 400 85 er en gratis veiledningstjeneste hvor terskelen for å ta kontakt er lav, og som er like tilgjengelig uansett bosted. En analyse fra den svenske Sluta röka-linjen viser at kvalifisert røykeavvenning per telefon er kostnadseffektivt (41). Røyketelefonen er i dag en del av et europeisk nettverk (European Network for Quitlines) som jobber med erfaringsutveksling, kvalitetssikring og evaluering.

For å nå hele befolkningen uansett sosial tilhørighet er det viktig med involvering av helsepersonell som kan gi én-til-én-kommunikasjon. I tillegg til generelle tiltak for å motivere befolkningen til røykeslutt, bør spesialiserte tilbud rettet mot definerede målgrupper utvikles. Folk har ulike behov, også når det gjelder hjelp til røykeslutt, og det er viktig å ta hensyn til dette. I tillegg til folk med lav utdanning, er en viktig målgruppe gravide og småbarnsforeldre. Andre grupper kan være pasi-

enter med røykerelaterte sykdommer og operasjonspasienter. Det er viktig å være bevisst at også unge får et tilpasset tilbud om hjelp til røykeslutt. Arbeidsplassen er en arena hvor man treffer en stor del av befolkningen, og på arbeidsplasser som har en stor andel ufaglært arbeidskraft treffer man sannsynligvis mange røykere. Også utenfor arbeidslivet vil man finne mange røykere som det er viktig å treffe med tiltak.

- Røyketelefonen 800 400 85 skal videreutvikles som et lavterskeltilbud og gjøres bedre kjent blant helsepersonell. Særlig viktig er det å øke kapasiteten til det proaktive tjenestetilbudet og gjøre det bedre kjent. Rutiner for å dokumentere effekten og sikre kvaliteten av tilbudene ved Røyketelefonen skal videreutvikles.
- Det skal legges til rette for å ha lokale tilbud om hjelp til røykeslutt som er godt kjent i befolkningen, og som primærhelsetjenesten kan henvise til. I forbindelse med oppfølging av ordningen med ”grønn resept” bør røykesluttveiledning være et av tilbudene, for eksempel i frisklivssentralene. Andre arenaer for hjelp til røykeslutt kan være arbeidsplasser og apotek.
- Arbeidsplassen er en sentral arena for røykeslutttiltak. For å bedre arbeidsmiljøet oppfordres virksomheter til å innføre helt røykfrie arbeidsplasser og i størst mulig grad gjøre arbeidstiden røykfri.
- Røykesluttkursene bør gjøres mer kjent slik at etterspørselen øker. Det bør også arbeides for systematisk å dokumentere effekten av røykesluttkursene. Det kan være hensiktsmessig å knytte tettere samarbeid med frivillige organisasjoner om samarbeid og koordinering av røykesluttkurs.
- Det skal utvikles tilpasset selvhjelpsmateriell for ulike målgrupper.
- Mobiltelefon og Internett gir nye muligheter for oppfølging av enkeltpersoner gjennom røykeslutforsøk. Bruk av slik teknologi gjør hjelp tilgjengelig uansett bosted. Slike verktøy kan være særlig interessante for røykeslutt blant unge, eller personer som ikke ønsker å slutte gjennom gruppeaktiviteter eller ved hjelp av helsepersonell.

7.2 Utdanning av helsepersonell

Skal tobakksforebyggende tiltak lykkes må helsefaglig personell og andre yrkesgrupper se verdien og nødvendigheten av forebyggende arbeid i sine daglige oppgaver. Derfor bør studieplanene innen medisin og annen sosial- og helsefaglig utdanning inneholde undervisning i forebygging generelt og tobakkskadeforebygging spesielt. I tillegg til å styrke det medisinskfaglige fokuset, bør studentene også få innføring i egnet veiledningsmetodikk.

- Nåværende undervisning og praksis relatert til tobakkskader og hjelp til røykeslutt bør kartlegges ved relevante sosial- og helsefaglige utdanninger.
- Det bør etableres dialog med aktuelle utdanningsinstitusjoner og fagorganisasjoner for å initiere og implementere tobakkskadeforebygging og hjelp til røykeslutt i relevante sosial- og helsefaglige utdanninger.
- Tverrfaglig samarbeid i og mellom ulike institusjoner er nødvendig for å styrke forebyggingsområdet i relevante sosial- og helsefaglige utdanninger. Dermed kan man oppnå en helhetlig tilnærming til forebygging av livsstilsrelatert sykdom.

7.3 Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten er en av de viktigste møteplassene mellom helsetjenesten og befolkningen. Alle har rett til å stå på liste hos fastlege, og mange oppsøker fastlegen sin regelmessig. Det finnes i dag en takst for røykeavvenning i normal-tariffen til allmennpraktiserende leger (takst 102). Denne har som krav at det foreligger røykerelatert sykdom. Ansvaret for svangerskapsomsorgen ligger hos kommunen med jordmor og fastlege som de mest sentrale yrkesgruppene, mens helsestasjonen har en betydningsfull rolle i sped- og småbarnsperioden. Tannhelsetjenesten har viktige oppgaver i forhold til munnhygiene og forebygging av periodontitt (tannløsningssykdom). Det foreligger en takst for tannleger (takst 701a og b) der eventuelle tiltak for røykeavvenning inngår som del av behandling rettet mot årsaken til periodontitt. Apotekene er også en viktig arena for tobakksforebyggende arbeid når det gjelder nikotinerstatningspreparater. For å nå utsatte grupper med helseinformasjon, kan det være avgjørende at budskapet kommuniseres individuelt.

Primærhelsetjenesten har kontakt med alle lag av befolkningen, og har dermed en viktig rolle i utjevningen av sosial ulikhet i helse. Studier viser at helsepersonell ofte synes det er vanskelig å ta opp røyking med pasienter (42). De vanligste årsakene er; usikkerhet i forhold til kommunikasjonsteknikk, mangel på tid, og at temaet oppleves som invaderende i privatsfæren og derav ubehagelig. Videre utnytter helsepersonell i liten grad sin mulighet til å motivere foreldre til å endre røykevaner som kan forebygge tobakkskader for barn. En norsk studie (43) viser at nærmere 7 av 10 småbarnsforeldre som røyker, sier de aldri har mottatt informasjon om helseskader ved passiv røyking i forbindelse med helsekontroll av barnet. Det er en hovedutfordring å motivere helsetjenesten til å ta tak i dette området ved hjelp av kunnskapsoverføring og økonomiske insentiver.

Veiledning bør være basistilbudet ved hjelp til røykeslutt. Det er viktig å legge til rette for en standardisert tilnærming overfor alle pasienter som røyker uansett hvor i helsetjenesten konsultasjonen finner sted. Særskilte målgrupper er pasienter med røykerelaterte sykdommer, gravide og småbarnsforeldre. En slik standardisert tilnærming er beskrevet i Retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning som Sosial- og helsedirektoratet utga i 2004 (44). Disse retningslinjene inneholder bl.a. en praktisk veileder for hvordan leger kan initiere og føre en samtale om røykeslutt med pasientene. Annet helsepersonell kan også ha nytte av retningslinjene i sitt arbeid med røykeavvenning. Gjennom årlig oversikt over bruk av taksten for røykeavvenning i primærhelsetjenesten kan man følge med på økningen i samtaler om dette temaet.

- Det skal utvikles kommunikasjonsverktøy basert på motiverende samtaleteknikk for helsepersonell for å forenkle igangsetting og oppfølging av røykeslutforsøk. Når skriftlig materiell er utviklet, bør det arbeides for opplæringstilbud.
- Retningslinjer om røykeavvenning for annet helsepersonell enn primærleger bør utarbeides. Når retningslinjer er utarbeidet, må plan for implementering foreligge.
- Retningslinjene for røykeavvenning i primærhelsetjenesten som Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet, skal implementeres samt tas i bruk sammen med røykeavvenningstaksten for leger.

7.4 Spesialisthelsetjenesten

Seks norske sykehus er med i ”Nettverk for helsefremmende sykehus” pr. juli 2005 som del av det internasjonale WHO-nettverket. Et modellsykehus for forebygging i dette nettverket er Bispebjerg hospital i København. Som i primærhelsetjenesten er det også i spesialisthelsetjenesten viktig å øke tryggheten og kompetansen rundt samtaler om livsstilsendringer. For å sikre at tobakkskader og røykeslutt blir et tema for helsepersonell og pasienter ved norske sykehus, bør sykehusene utarbeide gode rutiner for det forebyggende arbeidet. Ettersom de fleste røykerelaterte sykdommer følger en sosial gradient, kan dette virke utjevne. For eksempel bør veiledningssamtaler med pasientene rutinemessig dokumenteres for å sikre at innsatsen er systematisk og mulig å evaluere. Pasienter med røykerelaterte sykdommer og operasjonspasienter kan være særlig motiverte til røykeslutt.

- For å oppnå større grad av trygghet og kompetanse rundt veiledningssamtaler om livsstilsendringer, vil viktige tiltak være å utarbeide retningslinjer og kommunikasjonsverktøy for ulike grupper helsepersonell til bruk på sykehus og andre helseinstitusjoner.
- Det bør utarbeides materiell til både pasienter og pårørende om helseinstitusjonens tobakkspolitikk og om tilgjengelig hjelp til røykeslutt i nærområdet.
- For å stimulere til økt arbeid med forebyggingstiltak, f.eks. røykeavvenning individuelt eller i grupper ved sykehus, poliklinikker og lærings- og mestringscentre, bør finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten gjennomgås med dette for øye.

7.5 Medikamentell behandling

Studier viser at medikamenter for røykeavvenning øker slutteraten signifikant (45-46). Det finnes to typer medikamenter til røykeslutt; bupropion (Zyban) og nikotinerstatningspreparater (NEP). Medikamentene kan sidestilles med hensyn til effekt. Bupropion er reseptpliktig, mens NEP er håndkjøpspreparater hvor noen varianter også selges utenfor apotek.

Effekten av medikamentell behandling er i stor grad avhengig av at behandlingen kombineres med veiledning. En slik kombinasjon øker sannsynligheten for vellykket røykeslutforsøk (40). Det legges derfor til grunn at veiledning må være basis tilbudet ved hjelp til røykeslutt. Selv i avvenningsperioden koster behandling med bupropion eller NEP om lag like mye som eller mindre enn ett gjennomsnittlig tobakksforbruk. Det er derfor ikke grunn til å anta at kostnadene ved innkjøp av disse legemidlene er en vesentlig begrensende faktor i forhold til at disse skal få en riktig medisinsk utbredelse. Det legges derfor opp til at helsetjenestens tilbud til veiledning i forbindelse med røykeslutt prioriteres i tråd med tiltakene i kapittel 7.1 – 7.4 ovenfor.

8) Vern mot eksponering for tobakksrøyk

Delmål

- Ingen utsettes for tobakksrøyk ufrivillig
- Halvering av andel gravide som ved slutten av svangerskapet røyker fra 10,4 prosent i 2004 innen planperiodens utløp 2010
- Foreldre eksponerer ikke sine barn for passiv røyking i hjemmet, i bilen eller på andre områder

8.1 Røykfritt arbeidsmiljø

I Norge har vi siden 1988 hatt vern mot passiv røyking på arbeidsplasser og i lokaler der allmennheten har adgang. Norge har i dag et av verdens sterkeste vern mot eksponering for tobakksrøyk.

Fra og med 1. juni 2004 ble serveringsstedene i Norge gjort røykfrie gjennom en endring i § 6 i lov om vern mot tobakksskader. Kontrollen med etterlevelse følges opp av tilsynsmyndighetene (kommunene og Arbeidstilsynet). Lovendringen krever også oppfølgingsarbeid fra sentrale myndigheter.

- Sosial- og helsedirektoratet skal ivareta sitt fortolknings- og informasjonsansvar i henhold til tobakksskadeloven § 6 slik at loven overholdes og forstås.
- Det er vanskelig å sikre at ingen utsettes for uønsket eksponering for tobakksrøyk i eller nær enkeltkontorer hvor det røykes. Dersom det ikke lenger skal være adgang til å røyke på enkeltkontorer, krever dette lovendring.

8.2 Barn

For å beskytte barn mot eksponering av tobakksrøyk i mors liv og under oppveksten, er det avgjørende å videreutvikle satsingen for å sikre at gravide kvinner og småbarnsforeldre ikke røyker under og etter svangerskapet. Tiltak som beskriver røykeslutt for gravide, omtales under kapittel 7 som omhandler røykeslutt.

Undersøkelser viser at det er de med lavest utdanning som oftest utsetter barna sine for passiv røyking, både under og etter graviditet. Eksponering for tobakksrøyk kan således bidra til at sosial ulikhet i sykdom og helse blir etablert tidlig i livet. Det må være en målsetning å bidra til at normen blir røykfri graviditet og røykfrie barnemiljø, slik at ikke oppvekstmiljøet påfører barn varige skader og økt risiko for sykdom senere i livet. Ut fra dette er det nødvendig å ha en nullvisjon i et langt perspektiv.

- Det skal gjennomføres målrettede informasjonstiltak, særlig rettet mot gravide, småbarnsforeldre og andre voksne. Sentrale temaer er potensielle helseskader for barn i fosterliv og oppvekst på grunn av eksponering for tobakksrøyk. Denne informasjonen bør formidles i møte med svangerskapsomsorgen, helsestasjonen og ellers i helsetjenesten.

- Forebyggingstiltak må rettes særskilt mot gravide under 25 år som ifølge statistikken røyker mest.

9) Bruk av snus

Delmål

- Helsemyndighetene har tilstrekkelig kunnskap til å gi informasjon og råd til befolkningen om bruk av snus
- Økningen i snusbruk er stanset

9.1 Kunnskap og informasjon om snus

Helserisikoen forbundet med røyking er betydelig, og den er godt dokumentert gjennom mange år. Basert på dagens kunnskap er helseskadene ved snusbruk på individnivå mindre omfattende enn ved røyking. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2005 i samarbeid med en ekspertgruppe gjennomført en kunnskapsoppsummering om helserisiko ved bruk av snus (47). En av de viktigste konklusjonene er at forskningen er mangelfull og til dels divergerende. Oppsummeringen slår fast at den tilgjengelige forskningslitteraturen ikke gir grunnlag for å konkludere at snus øker risikoen for kreft eller hjerte- og karsykdommer. Dette innebærer imidlertid ikke at man kan fastslå at helserisikoen er fraværende. En svensk kunnskapsoppsummering fra 2005 peker på en viss økt kreftrisiko og en forhøyet dødsrisiko i forbindelse med hjerteinfarkt. De konkluderer med at røyking ikke bør erstattes av snusbruk, men av tobakksavvenning (48). Enkeltstudier har vist økt risiko for hjerteinfarkt og type 2 diabetes (49-52). En studie fra Sverige fant dessuten at bruk av snus under graviditet hadde sammenheng med økt risiko for fødsel før termin og svangerskapsforgiftning (53). Andre studier har ikke kunnet dokumentere sikre helseskader.

Snus inneholder over 2500 kjemiske forbindelser, deriblant nikotin og kreftfremkallende stoffer, spesielt viktig er tobakksspesifikke nitrosaminer. WHO's kreftforskningsinstitutt (IARC) klassifiserte i 2004 snus og tobakksspesifikke nitrosaminer som kreftfremkallende for mennesker (54). Nikotin er dessuten sterkt avhengighetsskapende.

Det pågår internasjonalt en debatt om hvorvidt snus har en rolle i røykeavvenning og risikoreduksjon. WHO Study Group on Tobacco Product Regulation har konkludert med at de ikke anbefaler å bruke snus i en risikoreducerende strategi (55). Det er ikke dokumentert noen fordeler ved bruk av snus sammenliknet med andre røykesluttmetoder, som f.eks. nikotinerstatningspreparater. Selv om bruk av snus for den enkelte røyker er mindre helseskadelig enn røyking, fraråder Sosial- og helsedirektoratet bruk av snus til røykeavvenning. Bakgrunnen er at snusbruk kan ha uheldige konsekvenser for befolkningens helse samlet sett. Det er heller ikke vist at de som erstatter sigaretter med snus, ikke begynner å røyke igjen senere. En del har et blandingsbruk av snus og sigaretter.

På grunn av utilstrekkelig dokumentasjon av helseeffektene har føre-var-prinsippet blitt lagt til grunn for det sykdomsforebyggende arbeidet når det gjelder snus. Dette prinsippet vil også ligge til grunn for det videre arbeidet. Utfordringen ligger i å kommunisere at snus ikke er ufarlig, samtidig som helseskadene ved snusbruk for den enkelte er mindre omfattende enn ved røyking.

- Det bør stimuleres til mer forskning på snus. Viktige temaer kan være langsiktige studier av helsekonsekvenser ved bruk av snus fra ung alder, sluttemetodikk og overgangsmekanismene mellom det å ikke bruke tobakk, røyke og bruke snus.
- Helsemyndighetene skal formidle nyansert og oppdatert kunnskap om snus via ulike kanaler. Fokus bør være på både forbruksmønstre, trender og helseskader. Videre er det viktig å skape forståelse for forskjellen mellom individrisiko og befolkningsrisiko.

9.2 Forebygging av snusbruk

Totalt i den norske befolkningen er det rundt 5 prosent som bruker snus daglig. Det er særlig unge menn som bruker snus, og andelen har økt kraftig de senere årene. Andelen menn i alderen 16-44 år som bruker snus daglig eller av og til er nå på ca. 25 prosent (ca 14 prosent dagligbrukere). Det er svært få kvinner som snuser, og det har hittil ikke vært mulig å påvise en signifikant økning i andel kvinner som bruker snus (5). Bruk av snus har en annen sosial profil enn røyking. Brukerne av snus har en utdanningslengde omtrent som i gjennomsnittsbefolkningen, mens røykerne har en utdanningslengde som er kortere enn gjennomsnittet av befolkningen.

Den internasjonale tobakksindustrien arbeider hardt for å etablere snus som et røykeavvenningsprodukt. De senere årene har nye produkter blitt utviklet med langt større variasjon i smak og utforming. Hensikten med dette er trolig å vinne nye målgrupper.

Det har så langt ikke blitt satset mye på forebygging av snusbruk eller snusavvenning. Både når det gjelder dokumenterte helseeffekter, utbredelse og sosial profil er det fortsatt viktigst å ha hovedfokus på røyking. Likevel bør innsats rettes inn mot å stoppe og på sikt snu økningen i bruk av snus, særlig blant menn under 45 år. Siden bruk av snus i stor grad er et mannsfenomen, bør dette også gjenspeiles i tiltakene. Likevel bør man være spesielt oppmerksom på gravide kvinner. Bruk av snus under svangerskapet kan være svært skadelig for det ufødte barnet. Det er hensiktsmessig å dra nytte av svenske erfaringer for å lære mer om sluttemetodikk for snusbrukere.

- De som har kompetanse på røykeavvenning bør også ha kompetanse på snusavvenning. Det vil være hensiktsmessig å gjøre tiltakene i primærhelsetjenesten knyttet til røykeavvenning relevante også for råd om snusavvenning.
- Snus og snusavvenning bør være en naturlig del av informasjonsvirksomheten. Dette gjelder f.eks. skoleprogrammer, trykksaker og kontakt med media. Videre bør det utvikles eget informasjonsmateriell om snus både rettet mot publikum og helsepersonell. Idrettsmiljøer hvor snus er vanlig, er en naturlig arena å satse på.

- For å redusere etterspørselen etter snus, bør prisvirkemidler vurderes løpende.
- Foreldres ansvar og betydning som rollemodeller bør synliggjøres også når det gjelder snus. Foreldre, trenere, fritidsledere og andre bør ikke bruke tobakk i samvær med barn og unge, og dessuten ta et klart standpunkt mot tobakksbruk.
- Tannhelsetjenesten involveres i større grad til et krafttak mot snusbruk.

10) Forskning, overvåkning og evaluering

Delmål

- Norsk forskning på tobakksområdet er forsterket og koordinert
- Dokumentasjon av tobakksbruk og relaterte tiltak samles og gjøres tilgjengelig

10.1 Samordning av forskning

Mens det på mange andre fagområder finnes egne forskningsinstitutter og -miljøer, f.eks. knyttet til universitetene, mangler tobakksområdet dette. Det finnes mindre enheter tilknyttet andre forskningsinstitusjoner hvor enkelte forskere jobber med tobakk, men arbeidet foregår i liten målestokk og er lite koordinert. Det savnes et større fagmiljø og forskningsmidler til tobakksrelaterte tema.

- Eksisterende forskning som i dag foregår ved universitetene, Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet, Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og liknende bør kartlegges og i større grad samordnes.
- Det bør etableres et fast faglig forum med målsetning om å arrangere årlige tobakkskonferanser, fremme tverrfaglig prosjekter, hjelpe fram stipendiater og publisere internasjonalt.

10.2 Kontinuerlig overvåkning

Norge har i over 30 år fulgt utviklingen i tobakksbruken nøye. Regelmessig overvåkning av tobakksbruk og dens helseskadelige følger kan være med på å lokalisere og identifisere målgrupper eller problemområder som krever ekstra forebyggingsinnsats. Gjennom overvåkning og aktiv innhenting av kunnskap kan man i større grad målrette tiltakene og dermed forbedre og styrke innsatsen.

- Kontinuiteten i datamaterialet skal ivaretas og overvåkingen av flere risikofaktorer samordnes.
- Det er ønskelig å skaffe kunnskap om sosiale og kulturelle forhold som bidrar til at noen grupper av befolkningen røyker i større grad enn andre.

10.3 Evaluering

Evalueringer av gjennomførte tiltak gir viktig kunnskap som gjør det mulig å dirigere innsatsen dit den har størst effekt. Som foregangsland på mange områder vil Norge kunne bidra til andre lands forebyggende tiltak ved at vi dokumenterer

og evaluerer eget arbeid i tilstrekkelig grad. HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen og SIRUS har i samarbeid fått oppgaven med å evaluere den samlede innsatsen i det tobakksforebyggende arbeidet i Sosial- og helsedirektoratet fra 2003–2007.

- Det er en målsetning å evaluere alle tiltak som er av en viss viktighet, omfang eller av utforskende art. Ved igangsettelse av nye tiltak skal evaluering være integrert fra et så tidlig tidspunkt som mulig.
- Evaluering av nye tiltak bør omfatte effekt på sosial ulikhet i røykeatferd.

11) Informasjonstiltak og generell kommunikasjon

Delmål

- Alle lag i befolkningen er kjent med at røyking og passiv røyking øker risikoen for alvorlige sykdommer og hvilke disse er, og erkjenner at risikoen for selv å rammes er høy
- Alle lag i befolkningen er kjent med at røykeslutt er mulig og at det finnes effektive og tilgjengelige produkter og tjenester som støtter røykeslutt
- Befolkningen er kjent med at det å slutte å røyke innebærer en betydelig helsegevinst og økt livskvalitet

Et røykeslutforsøk er avhengig av særlig to faktorer: a) Om man tror det innebærer en reell personlig risiko å røyke og b) Om man tror man kan greie å slutte (56-57). Begge disse faktorene gjør at informasjon framstår som et nødvendig og effektivt virkemiddel. Gjennom ulike kanaler må det kommuniseres at hver enkelt utsetter seg for en høy risiko for ulike sykdommer ved å fortsette å røyke. Samtidig må det kommuniseres at det er mulig å slutte. Informasjon må differensieres i forhold til hvem vi ønsker å nå med hvert enkelt budskap. Det primære virkemiddelet for å oppnå visjonene på dette området er altså informasjon kommunisert på ulike måter gjennom ulike kanaler og med ulike avsendere og budskap. Særlig fire hovedkategorier er nødvendige kanaler: massemediekampanjer, én-til-én-kommunikasjon gjennom helsepersonell, informasjon gjennom trykt materiell eller Internett og informasjon gjennom media/PR. Balansen mellom disse bør være knyttet til målsetningen om å utjevne ulikheter i helse som skyldes sosial tilhørighet.

All kommunikasjon skal ta utgangspunkt i tilgjengelig kunnskap om hver enkelt problemstilling, slik at informasjonen både gjennom tiltakene og i media framstår som troverdig, balansert og objektiv. Respekt og forståelse for menneskelige forskjeller og ulik livssituasjon skal være utgangspunktet for kommunikasjons-tiltakene.

11.1 Massemediekampanjer

Australia, England, Canada og en rekke amerikanske delstater har det siste tiåret hatt store reduksjoner i andelen av befolkningen som røyker. En helhetlig og sammensatt tobakksforebyggende strategi, med massemediekampanjer som en

sentral ingrediens, blir trukket fram som et vesentlig og nødvendig moment for de gode resultatene (17 og 58).

Massemediekampanjer kan være effektive tiltak for å påvirke kunnskap, holdninger og atferd hos unge og voksne (35). Unge responderer omtrent som voksne på ulike kampanjer (59-60). Det er derfor ofte naturlig å utvikle kampanjer med en relativt bred målgruppe. Nyere forebyggende ungdomskampanjer har også vist at de isolert sett kan redusere rekrutteringen (61-62). En forutsetning for effektive kampanjer er at de gjennomføres med høy intensitet over en lengre periode (63). Det er dessuten en forutsetning at budskapet presenteres med en emosjonell appell i tillegg til den logiske og rasjonelle (64). Massemediekampanjer gir anledning til å kommunisere med en sterk emosjonell appell som andre kanaler ikke gir anledning til.

- Fra og med 2003 har gjentatte, intensive massemediekampanjer inngått som et ledd i Sosial- og helsedirektoratets totale strategi innen tobakksforebygging. Kampanjene er en del av satsingen for å redusere ungdomsrøykingen for perioden 2003 til 2007. Evalueringen av kampanjen i januar 2003 viser at kampanjer er et viktig og nødvendig element også i norsk tobakksforebygging. Massemediekampanjer vil derfor være en sentral komponent i hele strategiperioden.

11.2 Én-til-én-kommunikasjon og bruk av trykt materiell/Internett

Direkte kommunikasjon mellom mennesker kan ha en sterk effekt på kunnskap, holdninger og atferd. Leger, sykepleiere og andre i helsetjenesten har høy troverdighet og tillit i befolkningen. Helsepersonell, både i primær- og spesialisthelsetjenesten, er en viktig ressurs i det forebyggende arbeidet. Svært mange av de som røyker er innom fastlegen i løpet av ett år, uansett sosial tilhørighet.

Trykt materiell og Internettsider gir anledning til å informere med større dybde og bredde enn andre informasjonskanaler. Saklig og grundig informasjon er nyttig og nødvendig for sluttbrukere, lærere, helsepersonell og andre samarbeidspartnere.

- Det skal legges til rette for at helsepersonell i større grad tar opp røyking med pasientene. Pasienter som røyker skal rutinemessig få oppfølging og hjelp til å slutte.
- Målgruppe- og temadifferensiert brosjyremateriell distribuert gjennom ulike kanaler, også tilrettelagt for Internett, kan gjøre informasjon tilgjengelig for flere.

11.3 Informasjon gjennom media

Mediene er naturlige kanaler og samarbeidspartnere i folkehelsearbeidet. Redaksjonelt fokus på tobakksrelaterte problemstillinger gir høy troverdighet og oppmerksomhet. Mediestrategiske virkemidler går hånd i hånd med andre tiltak, og må betraktes som integrerte virkemidler i en helhetlig strategi.

- De ulike tiltakene skal ha en egen mediestrategi, og for noen problemstillinger vil mediestrategien være hovedtiltaket. God tilrettelegging og planlegging skal sikre en objektiv og balansert framstilling av hvert enkelt saks-kompleks. Lokalt mediearbeid er en naturlig del av mediestrategiene.
- Utviklingen i tobakksforebygging i andre land bør følges nøye, både for å brukes som grunnlag for egne tiltak og for å gjøre utviklingen kjent i samfunnet gjennom både egne kanaler og media.

12) Tobakksforebygging som del av lokalt folkehelsearbeid

Delmål

- Det er økt bevissthet og vilje til å satse på folkehelsearbeid
- Offentlig sektor samarbeider med andre sektorer om tobakksforebygging
- Lokal oppfølging er en integrert del av det tobakksforebyggende arbeidet

Det jobbes lokalt på mange måter og med mange ulike aktører i kommuner og fylker, og det finnes og planlegges konkrete tiltak som vil falle inn under betegnelsen lokalt folkehelsearbeid. Disse tiltakene blir omtalt under de korresponderende strategiske områdene i de øvrige kapitlene.

Frivillige organisasjoner og fag-/yrkesorganisasjoner er en viktig ressurs i arbeidet med tobakksforebygging. De er svært viktige samarbeids- og diskusjonspartnere for helsemyndighetene, og har en kompletterende rolle til det offentlige.

12.1 Bevisstgjøring av lokale beslutningstakere

Påvirkningsfaktorene for helsen befinner seg i alle samfunnssektorer. Folkehelsearbeidet, hvor tobakksforebygging utgjør én del, må derfor nødvendigvis favne langt bredere enn helsesektoren, og er tverrfaglig, sektorovergripende og avhengig av politisk forankring og vilje på alle nivåer.

- Informasjon skal i større grad formidles beslutningstakere og politikere på alle lokale og regionale nivåer og i alle sektorer. Sentrale temaer er omfanget av helseproblemene tobakksbruk medfører, ressurser som kreves til behandling av tobakksrelaterte sykdommer, og med det lønnsomheten av tobakksforebygging.
- Lokalt folkehelsearbeid bør gjøres til tema for nasjonale konferanser om tobakksforebygging.

12.2 Tverrfaglig folkehelsearbeid og partnerskap

Folkehelsearbeidet skal sikres kvalitet og kontinuitet ved en sterkere lokal og demokratisk forankring, bl.a. gjennom å stimulere utvikling av lokale og regionale partnerskap for folkehelsearbeid beskrevet i folkehelsemeldingen (3). Partnerskap vil si allianser mellom statlige, fylkeskommunale og kommunale orga-

ner, og mellom det offentlige, frivillige og private Norge. Ved alle fylkesmannskontorene er det ansatt folkehelserådgivere. I flere av fylkene har folkehelserådgiverne knyttet til seg ressursgrupper på tobakksområdet for å styrke den lokale samordningen og den faglige utviklingen. Sosial- og helsedirektoratet skal samarbeide nært med rådgiverne og ressursgruppene. Flere fylkesmenn har uttrykt ønske om bedre tverrfaglig koordinering gjennom partnerskap for folkehelse.

- Helsemyndighetene skal identifisere områder hvor det er naturlig med styrket nasjonal koordinering av folkehelsearbeidet. Det bør stimuleres til bredt samarbeid i folkehelsearbeidet der dette er hensiktsmessig (f.eks. mot områder som tobakk, ernæring, fysisk aktivitet, rusforebygging, psykisk helse, levekår m.v.)
- Det er nødvendig å jobbe aktivt for at tobakksforebygging skal bli en integrert og viktig del av lokale og regionale partnerskap for folkehelse. Det skal utarbeides en oversikt over effektive lokale tiltak som kommuner og fylker og andre kan velge fra med utgangspunkt i lokale behov.
- Det skal legges til rette for erfaringsutveksling mellom lokalmiljøer og lokale nettverk av folkehelserådgivere, ressursgrupper og andre for at de på denne måten kan oppnå faglig oppdatering og stimulering.
- Der det er hensiktsmessig skal man i størst mulig grad søke samarbeid, menings- og informasjonsutveksling med frivillig sektor, for eksempel gjennom felles prosjekter. Det samme gjelder arbeidslivets parter lokalt, i offentlig, frivillig og privat sektor.
- Planlegging av lokal oppfølging skal rutinemessig inngå i planleggingen av nasjonale kampanjer og tiltak.

13) Tobakksforebygging i internasjonalt perspektiv

Delmål

- Norge bidrar internasjonalt gjennom samarbeid med WHO og gjennom WHOs rammekonvensjon for tobakksforebygging
- Det utveksles informasjon og erfaringer mellom nasjoner og i internasjonale fora
- Tobakk er et tema i forbindelse med norsk bistand

13.1 Oppfølging av arbeidet innenfor WHOs rammekonvensjon for tobakksforebygging

Selv om WHOs rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader (jf. kapittel 3) i relativt stor grad dreier seg om nasjonale forhold, er det noen utfordringer som krever internasjonale løsninger. Gjennom internasjonalt samarbeid kan man begrense eller fjerne tobakksreklame o.l. som beveger seg over landegrensene. Ulovlig handel med tobakksprodukter er et annet problem som krever internasjonale løsninger, og rammekonvensjonen krever bl.a. at medlemslandene sikrer at tobakksproduktene er hensiktsmessig merket for å bedre kunne følge produktenes bevegelser over landegrensene. Rammekonvensjonen vil dermed også på denne måten innebære en styrking av det nasjonale forebyggende arbeidet.

Det er lettere å få til effektive reguleringer når det er en felles forståelse internasjonalt om nødvendigheten av redusert tobakksbruk.

- I WHO's partskonferanser som gjennomføres i forbindelse med rammekonvensjonen, blir beslutninger tatt og erfaringer utvekslet. Norge bør aktivt spille en rolle i internasjonale fora i tilknytning til rammekonvensjonen og kommende forhandlinger om protokoller til konvensjonen.
- Norge skal bidra til og følge det internasjonale arbeidet med utvikling av mer egnede målemetoder til testing av toksisk påvirkning av tobakksvarer, samt andre typer produktregulering.

13.2 Samarbeid med andre land og internasjonale organisasjoner

Tobakk er et globalt problem som krever globale løsninger. Verdens helseorganisasjon (WHO) har i mange år bistått med kompetanse og jobbet med å tilrettelegge for internasjonalt samarbeid, bl.a. gjennom Verdens røykfrie dag 31. mai. Tobacco Free Initiative (TFI) er WHO's verktøy på tobakksområdet. Norge har tiltrådt den europeiske strategien for tobakkskontroll 2002–2006 (23) som WHO's Europaregion har utarbeidet, og som legger opp til samarbeid om røykesluttkampanjer og om å videreutvikle overvåkingssystemer for bruk av tobakk.

- Norge skal fortsatt delta i og støtte WHO's tobakksforebyggende arbeid både globalt og regionalt.
- De nordiske landene har mye til felles, og det bør vurderes å etablere et regelmessig treffpunkt for myndighetene som driver med tobakksforebygging.
- Norge er allerede medlem i organisasjoner som European Network for Smoking Prevention (ENSP) og European Network for Quitlines (ENQ). Norge kan bli mer aktive deltakere i internasjonale fora, og i større grad gjøre norske tiltak og satsinger mer tilgjengelig.

13.3 Tobakk som tema i norsk bistand

70 prosent av de som bruker tobakk bor i utviklingsland. I St.meld. nr 35 (2003-2004) om bekjempelse av fattigdom i sør mot 2015 "Felles kamp mot fattigdom. En helhetlig utviklingspolitikk" (65) fastslås at tobakkskontroll skal være tema i dialogen med utviklingslandene. Tobakkskontroll vil også bli vurdert i sammenheng med landbruksbistand, f.eks. spørsmålet om omstilling fra tobakksproduksjon til produksjon av landbruksprodukter som fremmer folkehelsen eller har lav eller ingen risiko.

- Tobakkskontroll skal vurderes i sammenheng med NORAD-støttede prosjekter.

REFERANSER

- (1) Strategiplan: Røykfrihet - en rettighet. Nasjonal strategiplan for det tobakk skadeforebyggende arbeidet 1999-2003. Sosial- og helsedepartementet. 1999.
- (2) NOU 1997:20 Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. 1997.
- (3) St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Helsedepartementet. 2003.
- (4) NOU 2000:16 Tobakksindustriens erstatningsansvar. Oslo, Statens forvaltningstjeneste. 2000.
- (5) Lindbak R, Lund M. Tall om tobakk 1973-2003. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet. 2004.
- (6) Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Bmj* 2004; 328: 1519.
- (7) Sanner T. Antall dødsfall som skyldes røyking går ned. *Tidsskr.Nor Lægeforen.* 2005; 125: 3313.
- (8) Fakta om KOLS - kronisk obstruktiv lungesykdom. 21-11-2005.
- (9) Njolstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of the Finnmark Study. *Circulation* 1996; 93: 450-456.
- (10) Risch HA, Howe GR, Jain M, Burch JD, Holowaty EJ, Miller AB. Are female smokers at higher risk for lung cancer than male smokers? A case-control analysis by histologic type. *Am.J.Epidemiol.* 1993; 138: 281-293.
- (11) Prescott E, Bjerg AM, Andersen PK, Lange P, Vestbo J. Gender difference in smoking effects on lung function and risk of hospitalization for COPD: results from a Danish longitudinal population study. *European Respiratory Journal* 1997; 10: 822-827.
- (12) Sullivan LW. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. 1990.
- (13) Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin.Neonatol.* 2000; 5: 231-241.
- (14) Cnattingius S, Stephansson O. The epidemiology of stillbirth. *Semin.Perinatol.* 2002; 26: 25-30.
- (15) Le Souef PN. Pediatric origins of adult lung diseases. 4. Tobacco related lung diseases begin in childhood. *Thorax* 2000; 55: 1063-1067.
- (16) Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking-10: Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; 54: 357-366.
- (17) Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2000.
- (18) Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999. World Bank. Development in Practice Series.
- (19) Building blocks for tobacco control: a handbook (Tools for advancing tobacco control in the 21st century). World Health Organization. WHO Tobacco Free Initiative. 2004.

- (20) Tobacco or health in the European union. Past, present and future. European Commission. Directorate-General for Health and Consumer Protection. 2004.
- (21) Fiore MC, Bailey W, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, U.S. Department of Health and Human Services. 2000.
- (22) WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization. 2003.
- (23) European Strategy for Tobacco Control. Copenhagen, World Health Organization. Regional Office for Europe. 2002.
- (24) Gradientutfordringen - Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet. 2005.
- (25) Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 1999.
- (26) Lund KE, Rise J. Gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet. 2002.
- (27) Tobaksfria ungdommar - hur når vi dit? 2002:26. Stockholm, Statens folkhälsoinstitut. 2003.
- (28) Joossens L. Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries. European Network for Smoking Prevention. 2004.
- (29) Tobacco control at a glance. 2003. World Bank.
- (30) Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob. Control* 1994; 3: 242-247.
- (31) Strategiplan: Røykfrihet - en rettighet. Nasjonal strategiplan for det tobakkskadeforebyggende arbeidet 1999-2003. Sosial- og helsedepartementet. 1999.
- (32) Women and Smoking. A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2001.
- (33) Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century. Canada, WHO in collaboration with the Institute for Global Tobacco Control Johns Hopkins School of Public Health. 2001.
- (34) Kumar B, Meyer HWMDIH-OG. Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *International Journal of Obesity* 5 A.D.
- (35) Rapport fra Kunnskapssenteret nr 11-2004. Røykeforebyggende tiltak blant barn og unge. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2004.
- (36) Jøsendal O, Aaro LE. Evaluering av et tiltak for røykfrie skoler. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2002; 122: 403-407.
- (37) Samdal O, Dür W. The School Environment and the Health of Adolescents. Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Todd JSR, editors. *Health and Health Behaviour among Young People.* 49-64. 2000. Copenhagen, World Health Organization. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents, vol 1.
- (38) Lund KE, Scheffels J, Oftedal J, Eck I. Røyking i videregående skoler. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2004; 124: 31-34.
- (39) SBU-rapport nr 138 Metoder för rökavvänjning. Stockholm, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. 1998.

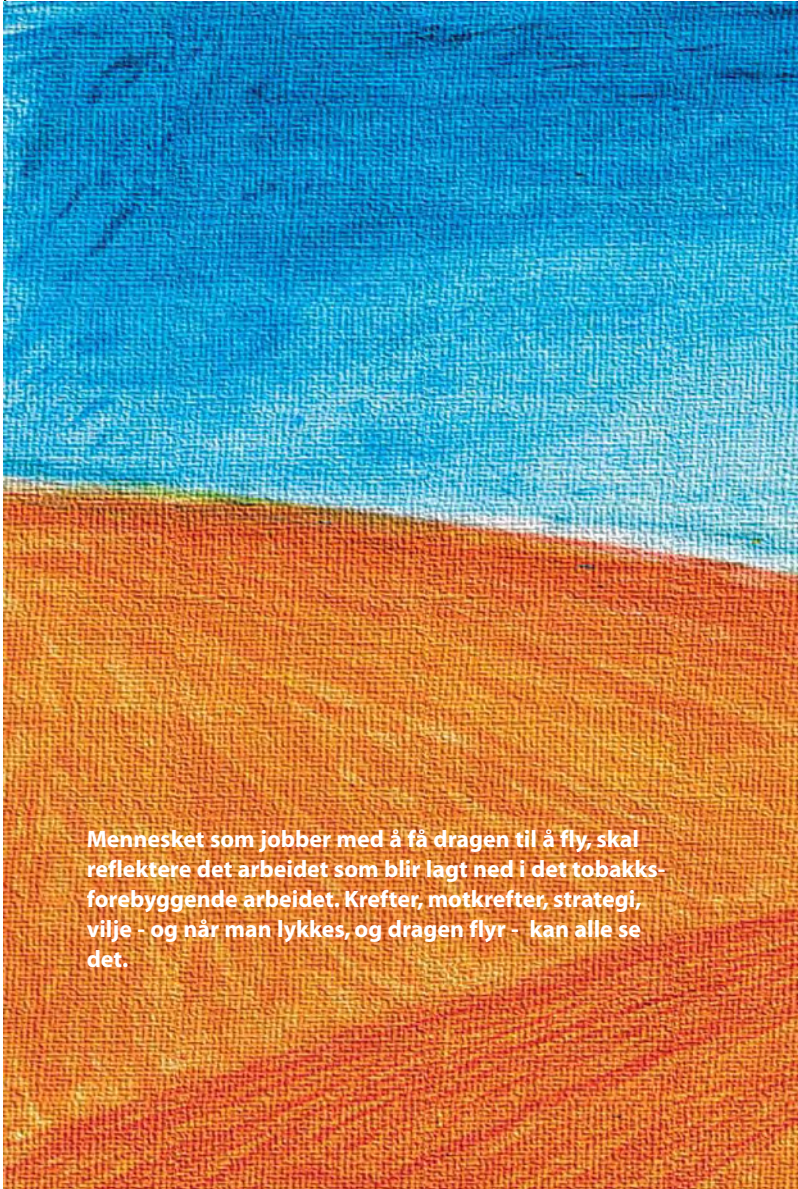
- (40) West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax* 2000; 55: 987-999.
- (41) Tomson T, Helgason AR, Gilljam H. Quitline in smoking cessation: A cost-effectiveness analysis. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2004; 20: 469-74.
- (42) Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation-results from four Nordic countries. *Scand.J.Public Health* 2002; 30: 141-147.
- (43) Lund KE. Røykfritt småbarnsmiljø. Hva er barrierene for engasjement fra helsepersonell? På tide å bryte grenser. Helse- og sosialpolitisk konferanse om forebyggende arbeid. Rapport. [11-2]. 1998. Oslo, Norsk Helse- og sosialforum.
- (44) Røykeavvenning i primærhelsetjenesten. Retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet. 2004.
- (45) Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(3). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001; CD000146.
- (46) Hughes J, Stead L, Lancaster. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; Issue 4, 2002.
- (47) Dybing E, Gilljam H, Lind P, Lund K, Mørland J, Stegmayr B et al. Virkninger av snusbruk. 6. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. 2005.
- (48) Hälsorisker med svenskt snus. Stockholm, Karolinska institutet och Statens folkhälsoinstitut. 2005.
- (49) Bolinder G. Long-term use of smokeless tobacco. Cardiovascular mortality and risk factors. 1997. Karolinska Hospital, Stockholm.
- (50) Persson PG, Carlsson S, Svanstrom L, Ostenson CG, Efendic S, Grill V. Cigarette smoking, oral moist snuff use and glucose intolerance. *J.Intern.Med.* 2000; 248: 103-110.
- (51) Heir T, Eide G. Injury proneness in infantry conscripts undergoing a physical training programme: smokeless tobacco use, higher age, and low levels of physical fitness are risk factors. *Scand.J.Med.Sci.Sports* 1997; 7: 304-311.
- (52) Henley SJ, Thun MJ, Connell C, Calle EE. Two large prospective studies of mortality among men who use snuff or chewing tobacco (United States). *Cancer Causes Control* 2005; 16: 347-358.
- (53) England LJ, Levine RJ, Mills JL, Klebanoff MA, Yu KF, Cnattingius S. Adverse pregnancy outcomes in snuff users. *Am.J.Obstet.Gynecol.* 2003; 189: 939-943.
- (54) Cogliano V, Straif K, Baan R, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F. Smokeless tobacco and tobacco-related nitrosamines. *Lancet Oncol.* 2004; 5: 708.
- (55) SACTob Recommendation on smokeless tobacco products. Geneva, WHO. 2003.
- (56) Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ.Q.* 1984; 11: 1-47.
- (57) Ajzen.I. The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes* 1991; 50: 179-211.
- (58) Friend K, Levy DT. Reductions in smoking prevalence and cigarette

- consumption associated with mass-media campaigns. *Health Educ.Res.* 2002; 17: 85-98.
- (59) Larsen E, Rise J, Kraft P. En evaluering av tobakkskampanjen "Hver eneste sigarett skader deg". 2000.
- (60) White V, Tan N, Wakefield M, Hill D. Do adult focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Tobacco Campaign. *Tob.Control* 2003; 12 Suppl 2: ii23-ii29.
- (61) Zucker D, Hopkins RS, Sly DF, Urich J, Kershaw JM, Solari S. Florida's "truth" campaign: a counter-marketing, anti-tobacco media campaign. *J.Public Health Manag.Pract.* 2000; 6: 1-6.
- (62) Bauer UE, Johnson TM, Hopkins RS, Brooks RG. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program: findings from the Florida Youth Tobacco Survey, 1998-2000. *JAMA* 2000; 284: 723-728.
- (63) Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J et al. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob.Control* 2000; 9: 47-63.
- (64) Biener L, Taylor TM. The continuing importance of emotion in tobacco control media campaigns: a response to Hastings and MacFadyen. *Tob.Control* 2002; 11: 75-77.
- (65) St.meld. nr. 35 (2003-2004) om bekjempelse av fattigdom i sør mot 2015. Utenriksdepartementet. 2004.

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer av denne publikasjonen fra:
Statens forvaltningstjeneste
Kopi- og distribusjonsservice
www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@ft.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Oppgi publikasjonskode: I-1112 B
Trykk: Aktiv Trykk AS 05/2006 - opplag 5000



Mennesket som jobber med å få dragen til å fly, skal reflektere det arbeidet som blir lagt ned i det tobakksforebyggende arbeidet. Krefter, motkrefter, strategi, vilje - og når man lykkes, og dragen flyr - kan alle se det.