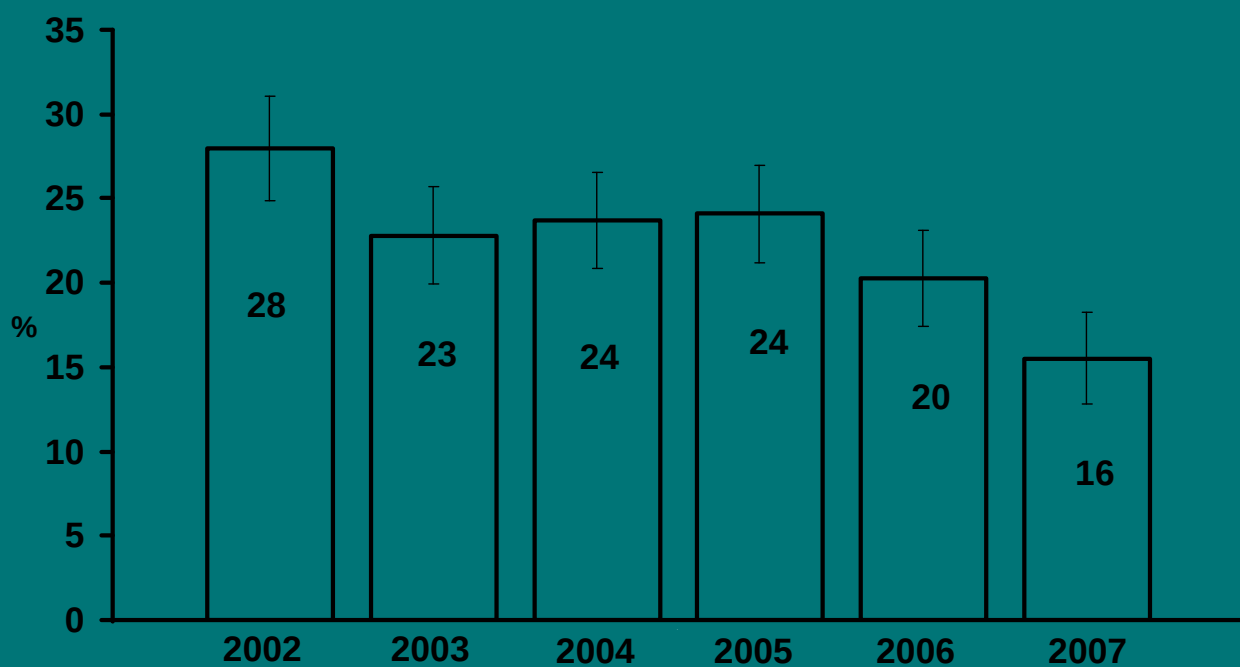


Positiv trend, økt innsats
Ungdomsrøyking i Norge



Andel som røyker daglig i aldersgruppen 16-24 år, 2002-2007, 95 % konfidensintervall

Heftets tittel: Positiv trend, økt innsats
Ungdomsrøyking i Norge

Utgitt: 01/2008

Bestillingsnummer: IS-1534

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling tobakk
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Heftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1534

Forord

Å være røykfri er blant det aller viktigste man kan gjøre for helsa si. Derfor har det vært viktig for Sosial- og helsedirektoratet å satse både på forebygging slik at ungdom ikke begynner å røyke, og å legge til rette for røykeslutt.

Det er svært gledelig å se nedgangen i andelen som røyker de senere årene, særlig blant de yngre aldersgruppene. Men en positiv utvikling i dag skal ikke få oss til å glemme hva som må gjøres i morgen. Mer enn en femdel av den voksne befolkningen i Norge røyker daglig, og 6700 mennesker dør hvert år av røykerelatert sykdom. Endringer tar tid, og sykdom relatert til røyking kommer til å være en stor belastning også i fremtiden, først og fremst for pasienter og pårørende, men også for helsetjenesten.

Regjeringen har lagt fram St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Det er et mål å redusere ulikheter i helse mellom sosiale grupper i samfunnet. I dette perspektivet er det helt nødvendig å gripe fatt i røykeepidemien. Siden røyking er sosialt skjevfordelt i samfunnet, er også helseproblemene røyking medfører skjevfordelt. Samtidig som redusert røyking bidrar til bedret helse i befolkningen, kan den sosial skjevheten i røyking føre til økt sosial ulikhet i helse framover.

Det er en bred politisk enighet om å forebygge røykestart blant unge, og det er gjennomført mange og gode tiltak de senere årene, tiltak som har bidratt til den positive utviklingen vi ser nå. Det er fortsatt mer å hente ut av disse, og det potensialet ønsker vi å utnytte til fulle. Det er også på tide å ta steget videre og vurdere flere virkemidler. Vi bør innføre tiltak som har vært vellykket i andre land, og vi vil starte arbeidet med å utrede nye strukturelle tiltak.

Bjørn-Inge Larsen
Sosial- og helsedirektør

Innhold

Forord	3
1 Det tobakksforebyggende arbeidet 2003–2007	7
1.1 Utfordring om å halvere ungdomsrøykingen	7
1.2 Sosial- og helsedirektoratet staker ut kursen	7
1.3 Økt satsing og nye virkemidler fra 2003	8
2 Halvering av ungdomsrøykingen	10
2.1 Røyking blant unge	10
2.2 Røyking i den voksne befolkningen	10
2.3 Bruk av snus – stor økning blant unge menn	11
3 Røyking og sosial ulikhet	12
4 Veien videre	13
4.1 Nulltoleranse for salg av tobakk til personer under 18 år	13
4.2 Tobakksfrie skoler	13
4.3 Massemediekampanjer	14
4.4 Videre satsing på <i>FRI</i> , undervisningsprogram i ungdomsskolen	14
4.5 Hjelp til røykeslutt	14
4.6 Utrede effekten av økt aldersgrense for salg av tobakksvarer	15
4.7 Tiltak fra andre land	15
4.7.1 Fargefotografier som helseadvarsler	15
4.7.2 Tobakk under disk	15
4.7.3 Barns vern mot eksponering for tobakksrøyk i hjemmet	15
4.7.4 Ingen adgang til å ha røykerom	15
5 Bakgrunnsstoff	16

1 Det tobakksforebyggende arbeidet 2003–2007

1.1 Utfordring om å halvere ungdomsrøykingen

I 2003 vedtok Stortinget et ambisiøst mål for reduksjon av røyking i Norge. Med St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* (Folkehelsemeldingen) ble det et mål at andelen unge som røyker skulle halveres i løpet av fem år.

1.2 Sosial- og helsedirektoratet staker ut kursen

Sosial- og helsedirektoratet ba i 2002 forskerne Karl Erik Lund og Jostein Rise om en rapport som beskriver aktuelle dokumenterte virkemidler for å redusere ungdomsrøykingen. Rapporten skulle skape et godt beslutningsgrunnlag for hvilke strategier som burde velges og hvilke ressurser som måtte til for å nå målet. Rapporten presenterte ti virkemidler med estimert effekt, evidens, dysfunksjoner, aksept og kostnad:

	Effekt	Empirisk grunnlag	Entydige resultater	Tids-virkning	Dys-funksjoner	Politisk aksept	Befolk-ningens aksept	Kost-nad
Økning i avgiftsnivået	Meget sterk	Meget robust	Meget konsistent	Umiddel-bar	Betydelige	Lav	Middels til høy	Ingen
Bevilling, tap av lisens for ulovlig salg til barn	Sterk	Robust	Noe inkonsi-stent	Rask	Betydelige adm.-kostnader	Lav	Relativt høy	Lav
Massemedie-kampanjer	Sterk	Robust	Ganske konsistent	Umiddel-bar	Små	Middels	Høy	Stor
Røykeforbud i vg. skole	Noe	Robust	Konsistent	Fram-tidig	Små	Høy	Høy	Ingen
Røykfrihet på utesteder	Noe blant eldre ungdom	Lite robust	?	Umiddel-bar	Betydelige	Middels	Middels	Lav
Lokalbaserte tiltak	Effekt	Robust	Noe inkonsi-stent	Umiddel-bar	Små	Middels	Høy	Stor
Obligatorisk VÆR røykFRI	Gjennom-snittseffekt reduseres	Finnes ikke	?	Fram-tidig	Noen	Høy	Høy	Noe
Assistanse til røykeslutt blant eldre ungdom	Noe, lite på aggregert nivå	Robust	Noe inkonsistent	Umiddel-bar	Små	Middels	Høy	Stor
Færre salgssteder, begrenset åpningstid	Uviss	Finnes ikke	?	?	Betydelige	Antatt lav	Antatt middels	Lav
Ensformighet i skrift/form/farge på tobakbspakninger	Uviss	Lite robust	?	Uviss	Noen	Uviss	Uviss	Lav

Tre av virkemidlene utpekte seg som spesielt effektive:

- Økte priser gjennom økte tobakksavgifter
- Massemediekampanjer
- Verktøy for å håndheve aldersgrensen for salg av tobakk

På bakgrunn av rapporten ble det økt satsing på tobakksforebygging med flere konkrete tiltak.

1.3 Økt satsing og nye virkemidler fra 2003

Det har blitt gjennomført en rekke gode tiltak på tobakksområdet siden 2002. Flere av tiltakene er evaluert, men det er umulig å skille ut enkelttiltak og koble en konkret nedgang i røykingen til tiltak som pågår parallelt. Internasjonal forskning tilsier også at det fortsatt bør satses bredt, og *Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010* legger også vekt på en helhetlig tilnærming.

I tillegg til det som ligger innenfor myndighetenes direkte kontroll påvirkes røykemønstre av sosiale og samfunnsmessige faktorer som normklima og generelle trender. Det finnes sterke og ofte udefinerbare sosiale motkrefter som kan uthule effekten fra tiltak som er virksomme i andre kontekster. I Norge ser det imidlertid ut til at de sosiale kreftene i de senere årene har dratt i samme retning som myndighetenes innsats, i et samspill som har gitt resultater.

Sosial- og helsedirektoratet fikk fra 2002 ti millioner i ekstrabevilgninger, og i januar 2003 ble det sendt en massemediekampanje som fikk svært stor oppmerksomhet. Kampanjen tok i bruk fryktvekkende budskap og viste med dramatiske og emosjonelle virkemidler hvilken risiko man utsetter seg for ved å røyke. Filmene var utviklet i Australia og hadde godt dokumentert effekt der og i andre land den var blitt vist i. Den norske evalueringen viste at kampanjen førte til økt kunnskap om skadevirkninger som kan følge av røyking, den førte trolig til økt røykesluttberedskap i befolkningen, og ser ut til å ha bidratt til nedgangen i andel dagligrøykere. Høsten 2003 ble det dessuten gjennomført en kampanje som fortalte historien om den multinasjonale tobakksindustriens markedsføringsmetoder, løgner og produktmanipulasjon.

Samtidig pågikk diskusjonen omkring innføring av røykfrie serveringssteder. Lovforslaget ble vedtatt av Stortinget i april 2003, og trådte i kraft 1. juni 2004. Serveringsbransjen fikk informasjon gjennom to masseutsendelser og gjennom annonsering i bransjemedier. Publikum fikk informasjon gjennom en bredt anlagt massemediekampanje med annonsering på TV, kino, plakater og Internett. En medieanalyse konkluderte i ettertid at dekningen var balansert og at direktoratet i hovedsak lyktes med å få fram hovedbudskapet: "Alle har rett til en røykfri arbeidsplass".

Innføringen av røykfrie serveringssteder ble evaluert av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), HEMIL-senteret ved Universitetet i Bergen og Statens arbeidsmiljøinstitutt. Etter at serveringsstedene ble røykfrie i 2004 blir det røykt mindre blant ansatte, luftkvaliteten er markant forbedret, helse- og luftveisplager er redusert, og loven overholdes langt bedre enn den gamle ordningen med røykesoner. Det ble kun små endringer i omsetningen, folk går ut omtrent like mye

som før, og både gjester og ansatte er fornøyd med loven. Oppslutningen om loven øker også stadig i befolkningen.

I 2006 var det tid for en ny massemediekampanje, denne gangen med personlige historier om situasjonen for mennesker som har kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Kampanjen oppnådde høy oppmerksomhet i befolkningen og lyktes i målsetningene om å spre kunnskap om kols og om sammenhengen mellom røyking og kols. Det ser også ut til at kampanjen bidro til at flere sluttet å røyke og til at flere fikk positive holdninger til å slutte å røyke.

VÆR røykFRI, undervisningsprogrammet for ungdomsskolen, har blitt revidert i samarbeid med Utdanningsdirektoratet og framsto i 2006 i ny drakt og med nytt navn: *FRI*. Gjennom revisjonen ble koblingen til Læreplanverket for Kunnskapsløftet vektlagt, og undervisningsprogrammet kan i dag brukes som en konkretisering av hovedmomentene i flere fag. Ved å gjennomføre *FRI*, oppnås flere kompetansemål i Kunnskapsløftet. I særlig grad er den sosiale, digitale og muntlige kompetansen ivaretatt gjennom undervisningsopplegget.

Det har to ganger blitt sendt brev fra statsrådene på helse- og utdanningsområdene til skoleeierne med oppfordringer om å innføre røykfrie skolegårder på det videregående trinnet og om gjøre de videregående skolene tobakksfrie (uten røyk eller snus). De fleste fylkeskommunene har i dag en form for vedtak om røykfrie skolegårder eller tobakksfri skoletid, mens tre fylkeskommuner står helt uten vedtak.

For bedre håndheving av aldersgrensebestemmelsen, har flere alternative løsninger blitt utredet. Forslag om ulike bevillings- og tilsynsordninger har vært på høring.

I hele perioden siden 2002 har det vært en målsetning å bedre tilbudet om hjelp til røykeslutt i befolkningen. Røyketelefonen 800 400 85 etablerte en oppfølgings-tjeneste hvor innringere kan følges opp med flere samtaler i opptil ett år. Dessuten ble det igangsatt røykesluttkurs i alle fylker med tett kobling til Fylkesmannen og frivillige organisasjoner. Sosial- og helsedirektoratet har videre samarbeidet med ulike grupperinger av helsepersonell. Samarbeidet har bidratt til økt oppmerksomhet omkring hjelp til røykeslutt.

Fylkesmannen har de senere årene vært en viktig bidragsyter til det tobakksforebyggende arbeidet og andre levevaneområder. Sammen med andre lokale samarbeidspartnere har de vært med på å etablere lokalt forankrede tiltak og gi de nasjonale tiltakene lokal forankring.

Siden 2002 har avgiftene på tobakksprodukter blitt oppjustert i tråd med den generelle prisøkningen, med unntak av avgiftene på rulletobakk. Avgiftene økte med nærmere 50 prosent i 2004 og kom dermed opp på et nivå som lå nærmere avgiftsnivået på ferdigsigaretter. Ungdom er særlig sensitive overfor pris, og prisøkning regnes som et av de mest effektive av de tilgjengelige virkemidlene overfor denne målgruppen.

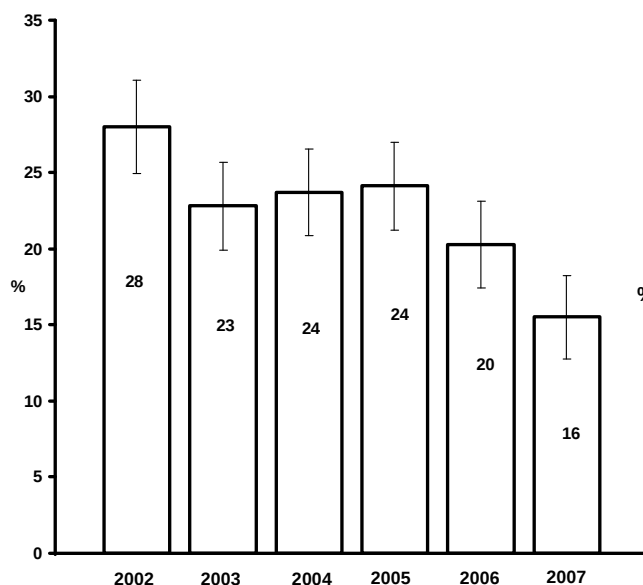
2 Halvering av ungdomsrøykingen

2.1 Røyking blant unge

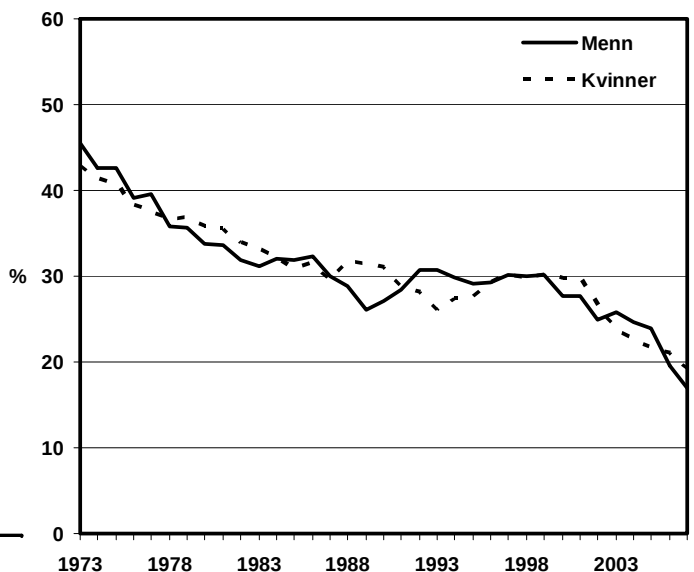
Målet om å halvere ungdomsrøykingen på fem år er langt på vei nådd.

I 2005 viste tall fra en undersøkelse i ungdomsskolen at andelen som røykte daglig hadde gått ned fra ti til fem prosent siden 2000. Undersøkelsene ble gjennomført av TNS Gallup på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

Blant de noe eldre ungdommene i alderen 16–24 år, var det i 2002 om lag 28 prosent som røykte daglig. Tall for 2007 viser at det har skjedd en betydelig nedgang på disse fem årene, og rundt 16 prosent sier at de røyker daglig. Det representerer en relativ nedgang på 42 prosent, nær en halvering. I tillegg røyker om lag 15 prosent av og til, og her har det vært små endringer i perioden. Dette viser tall fra Statistisk sentralbyrå.



Andel som røyker daglig i aldersgruppen 16-24 år, 2002-2007
95 % konfidensintervall

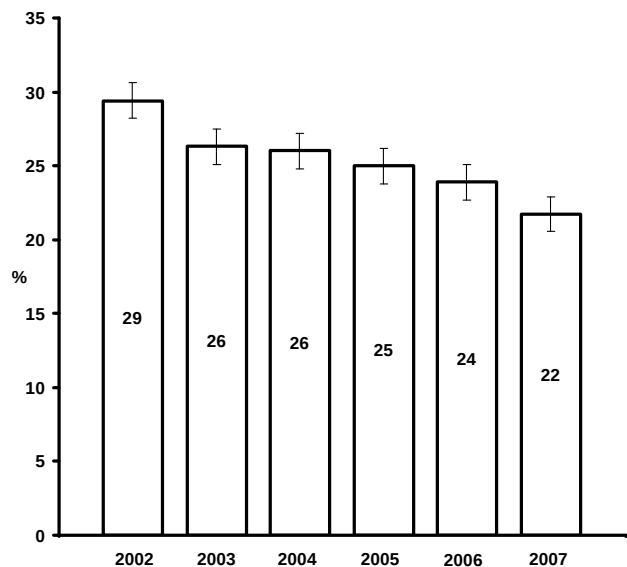


Andel som røyker daglig i aldersgruppen 16-24 år, menn og kvinner, 1973-2007, treårig glidende gjennomsnitt

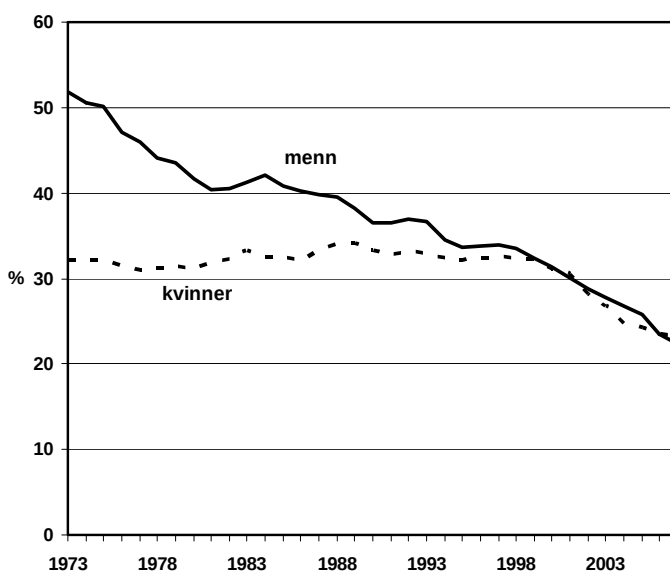
2.2 Røyking i den voksne befolkningen

Fra 2002 til 2007 har andelen som røyker daglig i den voksne befolkningen gått ned fra 29 til 22 prosent ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå.

Blant kvinner er det 23 prosent som sier de røyker daglig, mens det blant menn er 21 prosent. I tillegg røyker rundt regnet 10 prosent av og til.



Andel som røyker daglig i aldersgruppen 16-74 år, 2002-2007
95 % konfidensintervall

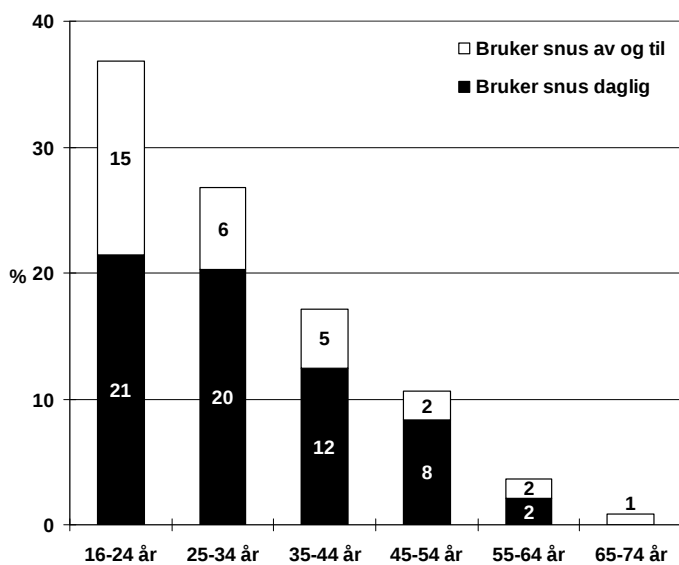


Andel som røyker daglig i aldersgruppen 16-74 år, menn og kvinner, 1973-2007, treårig glidende gjennomsnitt

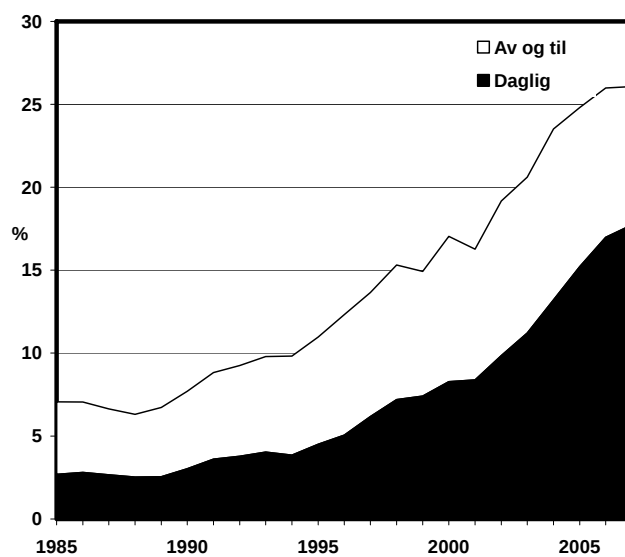
2.3 Bruk av snus – stor økning blant unge menn

Det har blitt vanligere å bruke snus i Norge de senere årene. Fra 2002 til 2007 ble andelen som bruker snus daglig doblet i befolkningen, fra tre til seks prosent. Det er hovedsakelig menn som bruker snus, og her var det en økning fra om lag seks til elleve prosent. Blant kvinner har andelen hele tiden ligget i underkant av én prosent.

Blant de yngste mennene er nå bruk av snus like vanlig som røyking. Det er nå flere snusbrukere (både daglig og av og til) enn røykere (daglig og av og til) blant menn under 35 år. Det er i denne aldersgruppen røykingen også har vært på sterkest retur, og en sammenheng kan ikke utelukkes. Blant kvinner har imidlertid røykeandelen gått ned uten en tilsvarende økning i bruk av snus.



Andel som bruker snus daglig eller av og til blant menn, fordelt på alder, 16-74 år, data for 2006 og 2007



Andel som bruker snus daglig og av og til blant menn i alderen 16-44 år, 1985-2007, treårig glidende gjennomsnitt

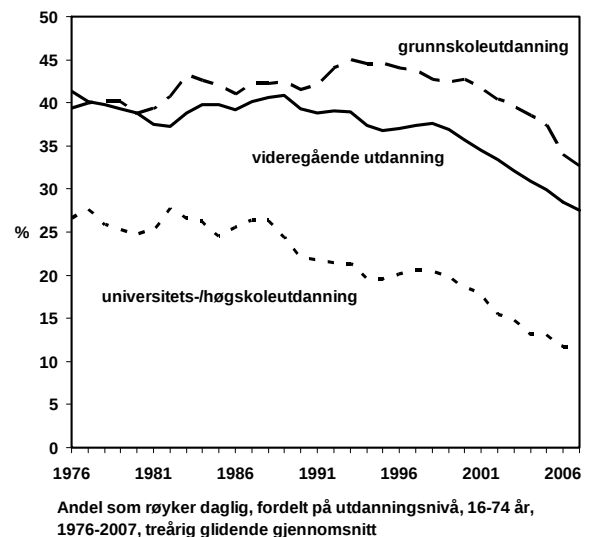
3 Røyking og sosial ulikhet

Selv om gjennomsnittstall viser en positiv utvikling i andelen røykere blant unge i Norge, gjenstår en bekymringsfull utfordring. Gjennomsnittstallene skjuler store systematiske forskjeller. Helsegevinsten ved redusert røyking er sosialt skjevfordelt.

Røyking er den helseatferdsfaktoren der sammenhengen med helsetilstand er best dokumentert, og samtidig der hvor de sosiale forskjellene er klare. Røyking er klart overrepresentert i grupper med lav inntekt, kort utdanning og manuelle yrker. På utdanningsprogram for allmenne fag er det langt færre som røyker enn på yrkesfaglige utdanningsprogram. Siden røyking er sosialt skjevfordelt i samfunnet, er også helseproblemene røyking medfører skjevfordelt.

De senere årene har man sett nedgang i røykeandelen i de ulike utdanningsgruppene. Men det er fortsatt slik at røykeandelen er mye høyere i grupper med kortere utdanning. Figuren viser utvikling i dagligrøyking fordelt etter utdanningslengde i befolkningen 25–74 år.

Regjeringen la i 2007 fram St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Det overordnede målet for folkehelsearbeidet i tiden fremover er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.



Helseatferd henger nært sammen med sosiale strukturer. Enkeltmennesket har ansvar for egen helse, men en sunn livsstil er også et spørsmål om ressurser og overskudd. For å legge til rette for endringer i befolkningens helseatferd, er det nødvendig å endre de bakenforliggende og strukturelle årsaker til atferden. Faktorer som levekår, inkluderende skole og inkluderende arbeidsliv påvirker enkeltmenneskets overskudd og mestring i hverdagen. Derfor vil en jevnere fordeling av disse faktorene bidra til en jevnere fordeling av helseatferd og helse.

Kompleksiteten i og omfanget av de sosiale helseforskjellene tilsier at tiltakene bør være bredt anlagt, snarere enn snevre. Måltrettet innsats mot spesielt utsatte grupper må kombineres med generelle befolkningsrettede tiltak. Måltrettede og behovsprøvde tiltak rettet mot enkelte grupper kan virke stigmatiserende og således mot sin hensikt. Derfor er det viktig at alle strategier og tiltak vurderes med hensyn til hvordan de vil slå ut, enten det gjelder kjønn eller sosial tilhørighet, og det er også nødvendig å ta hensyn til vårt flerkulturelle samfunn i utvikling av folkehelse tiltak.

Når det gjelder tobakksbruk, handler godt folkehelsearbeid om å gjøre det enklere å gjøre de rette valgene – å slutte å røyke eller la være å begynne. Virkemidler for å påvirke pris- og tilgjengelighet er sentrale.

4 Veien videre

Røyking er i stor grad en atferd barn og unge sosialiseres inn i. Voksne er rollemodeller, og røykfrie voksne er en av forutsetningene for at barn og unge skal holde seg røykfrie. En helhetlig og sammensatt tobakksforebyggende strategi er et vesentlig og nødvendig moment for å redusere bruken av tobakk uavhengig av aldersgruppe.

Det er en overordnet målsetting for regjeringen at folkehelsearbeidet skal bidra til å redusere den sosiale ulikheten i helse. Samtidig som redusert røyking bidrar til bedret helse i befolkningen, kan den sosial skjevheten i røyking føre til økt sosial ulikhet i helse framover. Det er viktig å tilrettelegge tiltakene slik at de ikke øker forskjellene i helse mellom sosiale grupper. Informasjonstiltak vil ofte best bli fanget opp av den delen av befolkningen med lengst utdanning. Derimot vil strukturelle tiltak ofte ha samme effekt på tvers av sosiale grupper. Eksempler på dette er helseadvarsler på tobakkspakker, bestemmelser om røykeforbud på offentlige steder, aldersgrenser og forbud mot tobakksreklame. Også kampanjer med emosjonelle budskap har god effekt på tvers av sosiale grupper.

Gitt dagens utvikling i tobakksbruk, vil Sosial- og helsedirektoratet anbefale noen tiltak for de nærmeste årene.

4.1 Nulltoleranse for salg av tobakk til personer under 18 år

Det er for enkelt for unge under 18 år å kjøpe tobakksprodukter til tross for at det er ulovlig å selge tobakk til personer under 18 år. Håndhevingen av aldersgrensebestemmelsen fungerer ikke tilfredsstillende. En strengere håndheving av aldersgrensen for kjøp av tobakk viser seg i forskningen å være effektivt for å redusere tobakksbruk blant unge. Departementet har vurdert ulike alternativer, og Sosial- og helsedirektoratet støtter departementets forslag om å innføre en tilsynsordning. Salgssteder som bryter bestemmelsene bør miste anledningen til å selge tobakk, i første omgang for noen måneder.

- *Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at gode ordninger for håndheving av aldersgrensen kommer på plass så raskt som mulig. Det er behov for et effektivt og sterkt tilsyn.*

4.2 Tobakksfrie skoler

Barn og unge bør gjennom hele skoleløpet, fra barnehage til videregående skole, få være i omgivelser uten tobakk (røyk og snus). Inneområdene er allerede røykfrie ved lov og forskrifter. For uteområdene er restriksjonene ikke like klare. Et forbud mot bruk av røyk og snus både på skolenes inne- og uteområder vil ha en viktig forebyggende effekt for ungdom. Sverige har innført regler om røykfrihet på alle uteområder i skolen.

Som et ledd i utviklingen av nasjonal plan for barns helse og miljø ble det i 2006 gjennomført gruppesamtaler med barn og unge rundt om i landet (Miljøjakt jr.). 65 prosent av de unge som deltok oppga at røykepress er en av de typene press de sliter aller mest med.

- *Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet foreslår en lovendring som gjør barnehager og barne-, ungdoms- og videregående skoler helt tobakksfrie både inne og ute (uten røyk og snus).*

4.3 Massemediekampanjer

Utviklingen i Norge de senere årene har vist at kampanjer kan ha stor betydning for det tobakksforebyggende arbeidet. Kampanjene har vært et effektivt tiltak for å påvirke kunnskap, holdninger og atferd hos unge og voksne. Unge responderer omtrent som voksne på ulike kampanjer. Massemediekampanjer gir anledning til å kommunisere med sterk emosjonell appell som andre kanaler ikke gir anledning til.

En forutsetning for effektive kampanjer er at de gjennomføres med høy intensitet over en lengre periode. I Norge har vi sett effekt av kampanjer for ned til 20 millioner kroner årlig. Det har vært en god investering for det norske samfunnet som helhet

- *Sosial- og helsedirektoratet anbefaler økt satsing på massemediekampanjer. Dette er et av de mest kostnadskrevende tiltakene i det tobakksforebyggende arbeidet. Basert på vårt skjønn framstår tiltaket likevel som langt mer kostnadseffektivt enn de fleste tiltak i helsetjenesten. Vi anbefaler en årlig styrking på 30 millioner kroner til kampanjer.*

4.4 Videre satsing på FRI, undervisningsprogram i ungdomsskolen

Sosial- og helsedirektoratets tobakksforebyggende undervisningsprogram, *FRI* er det største systematiserte tiltaket mot tobakk i Norge. Rundt 65 prosent av alle elevene på ungdomsskolen deltar i dag. *FRI* er evaluert ved to anledninger og viser god effekt. Det er gratis og basert på frivillig deltakelse fra lærere, elever og foreldre. *FRI* anbefales av Utdanningsdirektoratet.

- *Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at det satses videre på undervisningsprogrammet FRI med videreutvikling og tiltak for økt deltakelse.*

4.5 Hjelp til røykeslutt

Tobakksforebyggende tiltak mot barn og unge har større effekt om man samtidig jobber for å endre voksnes røykemønster. Forskning viser at det har stor effekt om helsepersonell tar opp temaet røyking og røykeslutt med sine pasienter. Tobakksstrategien legger vekt på faglig hjelp til røykeslutt der folk bor, særlig gjennom helsetjenesten, men også gjennom lokale røykesluttkurs og Røyketelefonen. Hjelp til røykeslutt er også en del av arbeidet med nasjonale strategier innen kreft og kolsområdet.

- *Sosial- og helsedirektoratet anbefaler økt satsing på hjelp til røykeslutt i helsetjenesten rettet mot ungdom så vel som voksne, samt økt kapasitet og aktiv markedsføring av Røyketelefonen.*

4.6 Utrede effekten av økt aldersgrense for salg av tobakksvarer

Som et ledd i utfasing av ungdomsrøykingen kan hevet aldersgrense vurderes. Gjennom diskusjon og samarbeid med forskningsmiljøer, ungdomsorganisasjoner og elevorganisasjoner bør det gjennomføres en utredning om hvorvidt det er hensiktsmessig å gradvis øke aldersgrensen for salg av tobakk til 20 år. Heving av aldersgrensen forutsetter effektivt tilsyn.

- *Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at det gjennomføres en utredning om heving av aldersgrensen til 20 år.*

4.7 Tiltak fra andre land

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at disse tiltakene vurderes også i Norge.

4.7.1 Fargefotografier som helseadvarsler

Norge har siden 2002, med bakgrunn i en EU-beslutning, hatt hjemmel i tobakkskadeforskriften til å kunne fastsette forskrift om fargefotografier som helseadvarsler på tobakkspakker. Belgia innførte bildeadvarsler på alle tobakkspakker fra juni 2007, ytterligere tre europeiske land har vedtatt regler om bildeadvarsler uten bestemt ikrafttreden. Flere andre land har utredet spørsmålet og vurderer forslaget. Canada, Thailand og Brasil har hatt fargefotografier som helseadvarsler i noen år. Evalueringer fra disse landene viser at det har god effekt.

4.7.2 Tobakk under disk

Sosial- og helsedirektoratet har utredet et forslag om forbud mot synlig oppstilling av tobakksvarer, og Helse- og omsorgsdepartementet har gått inn for dette forslaget. En tilsvarende ordning er innført på blant annet Island. Dette er et viktig tiltak for å redusere reklameeffekten som utstilling av tobakksvarer har.

4.7.3 Barns vern mot eksponering for tobakksrøyk i hjemmet

Det har i Norge skjedd store holdningsendringer når det gjelder røyking i hjemmet, særlig med barn til stede. Dette er et område hvor man kan komme langt med tiltak som informasjon gjennom svangerskapsomsorgen og oppfølging av barn og foreldre på helsestasjonen. På Island har barns rett til et røykfritt miljø blitt styrket gjennom lovregulering. Bestemmelsen er ikke straffesanksjonert, men har en normgivende funksjon.

4.7.4 Ingen adgang til å ha røykerom

Tobakkskadeforskriften åpner for at det er adgang til å ha røykerom. Sosial- og helsedirektoratet er kjent med at røykerommene ikke fungerer som forutsatt pga dører som står åpne og mangelfulle ventilasjonssystemer. En av forutsetningene for at det skal være tillatt med røykerom, er at røyken ikke siver over i lokaler som etter loven skal være røykfrie. Det er ikke adgang til å ha røykerom på serveringssteder i Norge. Irland, Spania og Storbritannia har et totalforbud mot røykerom på alle offentlige steder, inkludert serveringssteder, arbeidsplasser og transportmidler.

5 Bakgrunnsstoff

En rekke ressurser er benyttet til denne rapporten. Dette er noen av de viktigste.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010

Det overordnede målet er å fremme helse i alle deler av befolkningen og gi flere leveår med god helse gjennom redusert tobakksbruk.

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0003/ddd/pdfv/282228-nasjonal_strategi.pdf

St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller

Det overordnede målet er å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.

<http://www.regjeringen.no/pages/1936477/PDFS/STM200620070020000DDDPDFS.pdf>

St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken

Målsettingen er å bidra til flere leveår med god helse for befolkningen og å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000DDDPDFS.pdf>

Nasjonal strategi for KOLS-området

Tre viktige fokusområder er forebygging av KOLS, oppsporing og diagnostisering av KOLS-rammede og oppfølging og rehabilitering av personer som lever med KOLS.

<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/KOLS.pdf>

Karl Erik Lund og Jostein Rise: Gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom. Skrevet på oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet
Rapporten presenterte ti virkemidler med estimert effekt, evidens, dysfunksjoner, aksept og kostnad.

http://www.shdir.no/tobakk/tobakksforebygging/nytter_forebygging/_norsk_rapport_om_tiltak_for_reducere_r_yking_blant_ungdom_9596

Flere evalueringer av ulike tobakksforebyggende tiltak:

- Hetland, Jørn; Leif Edvard Aarø & Simon Øverland (2007) *Røykfrie serveringssteder – Samlerapport fra en prospektiv undersøkelse blant ansatte i serveringsbransjen*
- Larsen, Elisabeth; Karl Erik Lund & Pål Kraft (2006). *En evaluering av tobakkskampanjen "Hver eneste sigarett skader deg"*
- Larsen, Elisabeth; Karl Erik Lund & Jostein Rise (2006). *Evaluering av tobakkskampanjen "Røyken tar pusten fra deg"*
- Lund, Karl Erik (2006). *Innføringen av røykfrie serveringssteder i Norge – konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse*
- Lund, Karl Erik & Jostein Rise (2004). *Mediekampanje om røykfrie serveringssteder våren 2004*

<http://www.sirus.no/internett/tobakk/article/123.html>