World Health Organization

EVALUERING AV ARBEIDET MED TOBAKKSFOREBYGGING I NORGE

APRIL 2010

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG **3**

I. INNLEDNING **6**

II. SAMORDNING OG IVERKSETTING AV TOBAKKSTILTAK **10**

II.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING 10

II.2 NØKKELFUNN 12

II.3 ANBEFALINGER 14

III. RØYKFRIE MILJØER **17**

III.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING 17

III.2 NØKKELFUNN 17

III.3 ANBEFALINGER 19

IV. TILBY HJELP TIL Å SLUTTE MED TOBAKK **21**

IV.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING 21

IV.2 NØKKELFUNN 22

IV.3 ANBEFALINGER 23

V. ADVARE FOLK OM HELSEFARENE VED TOBAKK **26**

V.1 EMBALLASJE OG MERKING 26

V.1.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING 26

V.I.2 NØKKELFUNN 26

V.1.3 ANBEFALINGER 27

V.2 HOLDNINGS- OG MASSEMEDIEKAMPANJER 27

V.2.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING 27

V.2.2 NØKKELFUNN 28

V.2.3 ANBEFALINGER 30

VI. HÅNDHEVE REKLAMEFORBUDET **31**

VI.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING 31

VI.2 NØKKELFUNN 31

VI.3 ANBEFALINGER 31

VII. TILGANG TIL TOBAKKSVARER **33**

VII.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING 33

VII.2 NØKKELFUNN 33

VII.3 ANBEFALINGER 33

VEDLEGG I: OVERSIKT OVER INSTITUSJONER OG NØKKELINFORMANTER **35**

VEDLEGG II: OVERSIKT OVER MEDLEMMER I EKSPERTGRUPPEN **37**

VEDLEGG III: OVERSIKT OVER ALLE ANBEFALINGER **38**

SAMMENDRAG

Gjennom 45 år med tobakksforebyggende arbeid, har Norge vært et eksempel til etterfølgelse for mange andre land. Norge var ett av de første landene som vedtok en omfattende tobakksskadelov som førte til en nedgang i røyking. Norge var også det første landet som ratifiserte WHOs rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader, Framework Convention on Tobacco Control (heretter Tobakkskonvensjonen). Det tobakksforebyggende arbeidet har ført til en stadig nedgang i andelen voksne som røyker. I 2009 var den daglige røykeprevalensen for både menn og kvinner på sitt laveste nivå noensinne på 21 %. Dette er svært nær målet på 20 % som ble satt i Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010. Dessuten ble røyking blant ungdom nesten halvert mellom 2002 og 2007.

Til tross for framgangen, er imidlertid tobakksbruk fortsatt et stort helseproblem i Norge. Røyking fører hvert år til 6700 dødsfall som kunne ha vært forebygget. Dette utgjør 16 % av alle dødsfall i Norge. Et betydelig antall barn (beregnet til over 130 000 i en studie fra 2004) eksponeres fortsatt for passiv røyking, mens det har vært en dramatisk økning i bruk av snus blant unge menn. Norge har nå flest røykere i den delen av befolkningen som har lavest utdanning, noe som kan øke de sosiale helseforskjellene.

Det er både nødvendig og mulig å nå lenger, da land det er naturlig å sammenligne seg med, har lavere røykeprevalens enn Norge. For eksempel er røykeprevalensen i Sverige og Storbritannia henholdsvis 35 % og 22 % lavere enn i Norge.

De største utfordringene

På forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet i Norge gjennomførte en gruppe norske og utenlandske helseeksperter samt eksperter fra WHO intervjuer med 60 personer i Oslo den 26.-30. april 2010. Hensikten var å evaluere landets tobakksforebyggende arbeid. Disse 60 representerte 44 institusjoner som er involvert i forebygging av tobakksskader i Norge. Ekspertgruppen anser at følgende utgjør de største utfordringene for fortsatt framgang i arbeidet med tobakksforebygging i Norge:

1. **Det tobakksforebyggende arbeidet har mistet framdrift de siste årene. Ressursene er ikke tilstrekkelige.**
   Selv om norske myndigheter fortsatt satser på tobakksforebygging, er det flere forhold som hindrer gjennomføringen av tobakksforebyggende tiltak i Norge. Det er en mangel på menneskelige ressurser, i tillegg til at budsjettene er redusert siden 2007. Dette samsvarer ikke med helsemyndighetenes gode intensjoner. Dessuten har fraværet av et velfungerende samarbeid mellom ulike nasjonale, regionale og kommunale aktører hindret HOD i å utøve lederskap på dette feltet.

2. **Norge har sluttet å bruke massemediekampanjer, selv om disse er svært effektive verktøy for å redusere røyking i alle grupper, inkludert lavere sosioøkonomiske grupper.**
   Norge har tidligere vært ledende i å gjennomføre hardtslående massemediekampanjer. I 2003 falt røykeprevalensen med tre prosentpoeng etter en massemediekampanje og debatt om innføring av en strengere røykelov. Til tross for at kunnskapsgrunnlaget både fra Norge og ellers i verden er overveldende solid for at massemediekampanjer er effektive, blir det tildelt små ressurser til dette. Det foreligger heller ingen kommunikasjonsstrategi eller planer om kampanjer i tiden som kommer.

3. **Egne røykerom på arbeidsplasser tillates fortsatt, i strid med Tobakkskonvensjonens retningslinjer om røykfrihet.**
   Det er innført strenge tiltak for å beskytte den voksne befolkningen inkludert arbeidere mot passiv røyking på skoler, restauranter, barer og andre lokaler. Tillatelsen til å ha egne røykerom på arbeidsplassene – samt en uklar definisjon av ”lokaler” og mangel på håndhevingsstrategier, har ført til at en del mennesker fortsatt utsettes for tobakksrøyk og at retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 8 ikke overholdes.

4. **Barn lever relativt ubeskyttet mot passiv røyking i den private sfære.**
   Mens Norge har gjort framskritt når det gjelder å beskytte arbeidere mot å bli eksponert for passiv røyking, har ikke barn i private rom – f.eks. hjem og privatbiler – det samme vernet. Det nøyaktige omfanget av problemet er ikke kjent, men sannsynligvis påvirker dette i størst grad barn i familier med lav sosioøkonomisk status, siden røykeprevalensen er høyere blant disse gruppene. Uansett er det uakseptabelt at selv et lite antall barn eksponeres for tobakksrøyk.

5. **Røykeavvenningstjenester finnes nesten ikke, til tross for at dette er prioritert høyt i Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010.**
   Røykeavvenning er prioritert høyt i nasjonale strategidokumenter, men ikke i budsjetter eller i praksis. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 (kapittelet om røykeavvenning) har ikke blitt gjennomført tilfredsstillende. Røykeavvenningstjenester kan bidra til å hjelpe alle røykere, også de med lav utdannelse, men det finnes ingen handlingsplaner for røykeavvenning på nasjonalt, regionalt eller kommunalt plan.

Nøkkelanbefalinger

For å sikre at de nåværende initiativene og den videre framgangen skal være bærekraftig, anses fem nøkkelanbefalinger som kritiske med tanke på å ha størst mulighet for å lykkes på kort sikt. Disse fem anbefalingene bør anses som prioriteringer:

1. **Helse- og omsorgsdepartementet bør sørge for sterkere nasjonalt lederskap for tobakksforebygging, herunder betydelig større menneskelige og økonomiske ressurser.**
   Norge er juridisk bundet til å gjennomføre Tobakkskonvensjonen og bør i større grad implementere konvensjonens retningslinjer og framtidige protokoller. Det tobakksforebyggende arbeidet bør styrkes med flere ansatte på alle myndighetsnivåer – nasjonalt, regionalt og kommunalt. Videre bør trenden med reduserte budsjettbevilgninger til det tobakksforebyggende arbeidet reverseres og justeres i henhold til nåværende og framtidige nasjonale strategier og deres mål.

2. **Helse- og omsorgsdepartementet bør på nytt satse på massemediekampanjer og bruke metoden med beste praksis, som tidligere, for å teste og evaluere kommunikasjonsmateriell. Slike kampanjer bør kjøres med høy intensitet i media.**
   Tilstrekkelige ressurser bør avsettes til dette svært viktige feltet. Det anbefales spesifikt å kjøre minst to og kanskje tre store kampanjer hvert år for å oppnå ønsket effekt: å hindre snus- og røykestart, denormalisere tobakksbruk og føre til snus- og røykeslutt på sikt. Samtidig som bekymringer over sosiale forskjeller er dypt rotfestet i Norge, anbefales det å ha en bred tilnærmingsmåte, framfor å rette kampanjene mot undergrupper.

3. **Sikre universelt og likt vern mot eksponering for passiv røyking for alle arbeidstakere og for allmennheten ved å fjerne egne røykerom** (uansett om de har separat ventilasjon eller ikke), ved å innføre klarere definisjoner av begreper (f.eks. lokaler), og ved å innføre effektive håndhevingsstrategier i tråd med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 8.

4. **Gjennomføre en massemediekampanje som bevisstgjør voksne på behovet for å beskytte barn mot passiv røyking hjemme.**
   Foreldre og slektninger bør informeres om konsekvensene av barns eksponering for passiv røyking. De bør rådes til ikke å røyke inne i private rom, f.eks. hjemme, selv når barn ikke er til stede. De bør også rådes til ikke å røyke i bilen – eller ute – når det er barn til stede. I tillegg bør Norge, innenfor sosialt akseptable rammer, vurdere lovgivning for å beskytte barn i den private sfære innendørs.

5. **Røykeavvenning må prioriteres høyt i den nye nasjonale strategien for det tobakksforebyggende arbeidet 2011–2015, og det bør bevilges økonomiske ressurser til dette. Som et første steg bør det nåværende**

potensialet til Røyketelefonen og nettstedet for røykeslutt maksimeres i forbindelse med en massemediekampanje når bildeadvarslene kommer på sigarettpakkene i 2011.
Røykeavvenningsstrategien bør fokusere på å utvikle en sterk nasjonal, regional og lokal infrastruktur der det kan gjennomføres minimal intervensjon, henvisninger til Røyketelefonen, og intervensjoner ved hver konsultasjon med helsetjenestene. Dette bør om nødvendig følges opp med henvisning til kunnskapsbaserte, hensiktsmessige og økonomisk egnede røykeavvenningstjenester.

Videre bør Helse- og omsorgsdepartementet, i nært samarbeid med Helsedirektoratet, Stortinget og andre relevante myndigheter:

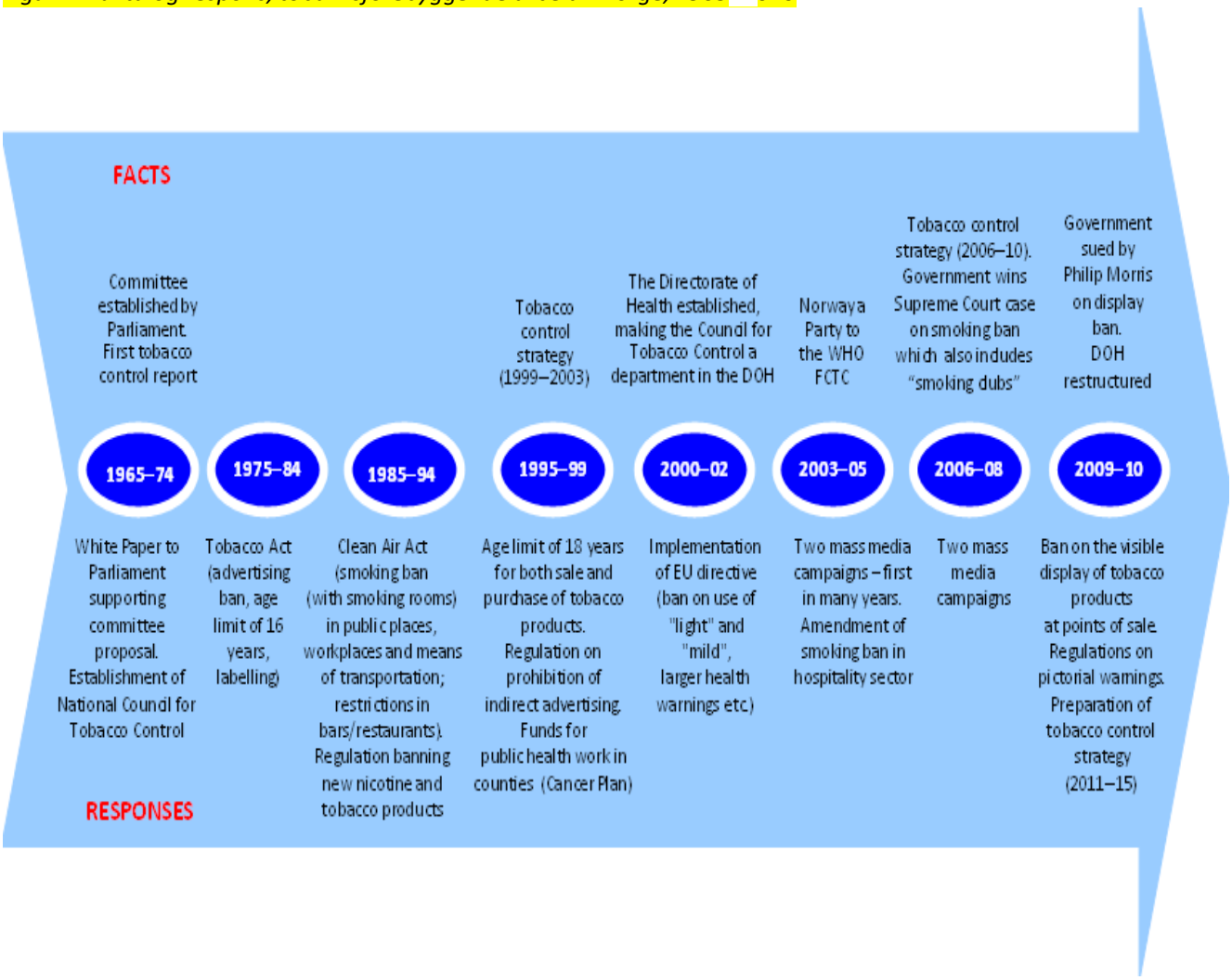
6. Etablere en bevillingsordning for å regulere salget av tobakksvarer, siden salget av tobakksvarer generelt, og salget til mindreårige spesielt, ikke er tilstrekkelig regulert.
7. Anvende lovgivningen om bildeadvarsler på alle tobakksvarer, herunder røykfri tobakk.
8. Bidra til mer aktivt samarbeid med frivillig sektor om tobakksforebyggende arbeid i Norge.
9. Overvåke tobakksindustriens aktiviteter som påvirker det indre markedet nasjonalt og internasjonalt, og gjennomføre/implementere retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3.
10. Redusere avgiftsforskjellen mellom produkter som røykes og røykfrie produkter (*snus*).

En liste med alle anbefalingene fra evalueringen er oppført i vedlegg III.

I. INNLEDNING

Norge har i 45 år drevet med tobakksforebyggende arbeid (fig. 1). Landet var ett av de første i verden som vedtok en omfattende tobakksskadelov som førte til en nedgang i røykeprevalensen. Tobakksindustrien er representert i Norge ved importører og handelsrepresentanter. Sigaretter, rulletobakk og snus er de tobakksvarene med høyest forbruk, og de importeres fra andre land.

Figur 1. Fakta og respons, tobakksforebyggende arbeid i Norge, 1965–2010

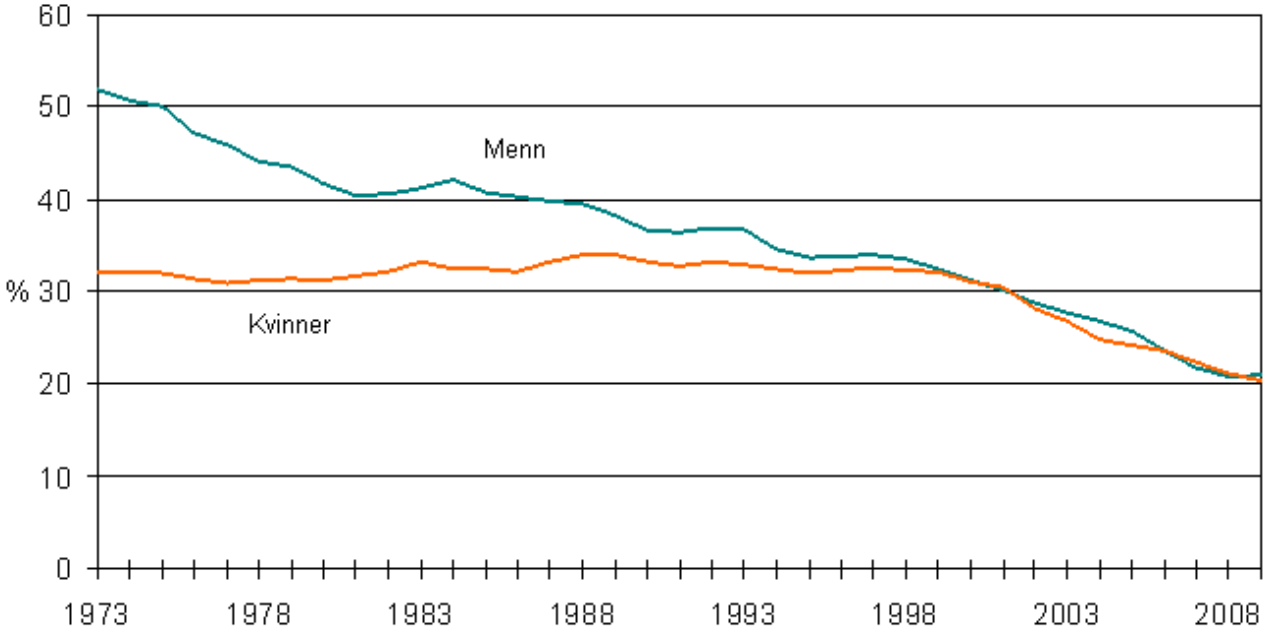


Norge var det første landet som undertegnet og ratifiserte WHOs rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader (Tobakkskonvensjonen) 16. juni 2003. Konvensjonen trådte i kraft 28. februar 2005 og har bidratt til å styrke det tobakksforebyggende arbeidet i landet ytterligere.

Tall fra SSB fra 2009[1] beregner andelen dagligrøykere i Norge til å være ca. 21 % for både menn og kvinner. Trender i røykeprevalensen blant voksne viser en nedgang i aldersgruppen 16-74 år fra 1973 til 2009 (fig. 2).

[1] http://www.ssb.no/royk/

Figur 2. Trender i røykeprevalens hos voksne i Norge, 16-74 år (Statistisk Sentralbyrå/Helsedirektoratet)

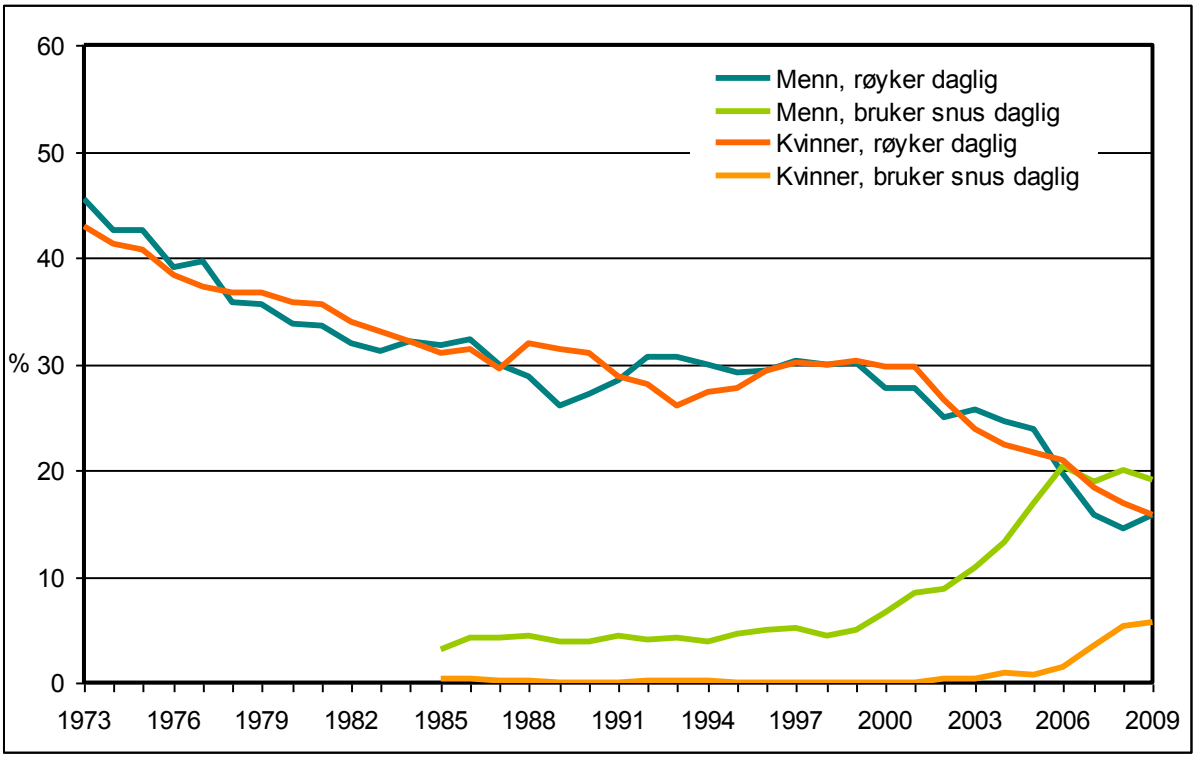


Norge hadde allerede ved lov gjennomført mange av Tobakkskonvensjonens bestemmelser før konvensjonen trådte i kraft. Dette har blant annet bidratt til en reduksjon av røyking. Myndighetene ønsker likvel å styrke sitt tobakksforebyggende arbeid ytterligere som svar på de mange utfordringene for folkehelsen som tobakksbruken forårsaker. Blant disse er:

1. Røykeprevalensen i Norge er fortsatt høy sammenlignet med land som Sverige og Storbritannia, der røykeprevalensen er henholdsvis 35 % og 22 % lavere. I Norge forårsaker tobakksrøyking hvert år 6700 dødsfall som kunne ha vært forebygget.
2. Tobakksbruk er én av de viktigste faktorene i sosiale helseforskjeller. Røykeprevalensen er betydelig høyere i den delen av den norske befolkningen som har lavest utdanning. Dette er et mønster som har utviklet seg siden 1960-tallet.

   Spesielt bekymringsfull er prevalensen hos undergrupper i befolkningen. Blant gravide norske kvinner er det ikke rapportert nedgang i tobakksbruk de siste fem årene, til tross for generelle tobakksforebyggende tiltak. En av ti gravide kvinner røyker regelmessig. Når det gjelder ungdom, har røykeprevalensen flatet ut på ca. 17 % i aldersgruppen 16–24 år (fig. 3). Det synes også som at den eldre norske befolkningen i mindre grad har latt seg påvirke av tobakksintervensjonene. Beregninger har vist at ca. 25 % i aldersgruppen 45–65 år røyker, og at røykeprevalensen reduseres mye langsommere i denne gruppen.
3. Passiv røyking er fortsatt et folkehelseproblem i Norge. Beregninger i en studie fra 2004 har vist at 130 000 barn var eksponert for passiv røyking.
4. Til tross for den negative helseeffekten som snus har, økte bruken av snus blant unge menn dramatisk mellom 1998 og 2010. Beregninger viser nå at unge menn bruker mer snus enn sigaretter (fig. 3).

Figur 3. Ungdom og tobakk i Norge: Røykeprevalens og snusbruk, 16-24 år (Statistisk Sentralbyrå/Helsedirektoratet)



Vurdering av den nasjonale kapasiteten for å reversere tobakksepidemien i Norge

På forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet i Norge (HOD), gjennomførte en ekspertgruppe ledet av WHO, en evaluering av den nasjonale kapasiteten for tobakksforebygging. WHO (hovedkontoret og WHOs regionale kontor for Europa) har samarbeidet med Folkehelseavdelingen i departementet og med Helsedirektoratet (Hdir) om å organisere og gjennomføre kapasitetsvurderingen.

Fra 26. til 30. april 2010 gjennomgikk en gruppe på 13 norske og utenlandske helseeksperter samt eksperter fra WHO, status og nåværende utviklingsarbeid med hensyn til viktige strategier for tobakksforebygging, og gjennomførte intervjuer (ansikt til ansikt, på telefon og via videokonferanse) med nøkkelinformanter i Norge. Gruppen undersøkte også, der det var hensiktsmessig, den underliggende kapasiteten for strategigjennomføring, inkludert lederskap og engasjement for tobakksforebygging, programledelse, partnerskap og nettverk innenfor og på tvers av sektorer, menneskelige og økonomiske ressurser og infrastruktur. Basert på nøkkelfunn fra sin analyse, kom ekspertgruppen til slutt med anbefalinger for å fremme utviklingen av følgende strategier for tobakksforebygging[2]:

- Overvåke tobakksbruk og intervensjoner
- Beskytte folk mot tobakksrøyk
- Tilby hjelp til å slutte med tobakksbruk
- Advare om helsefarene ved tobakksbruk
- Håndheve forbud mot tobakksreklame
- Øke avgiftene på tobakk[3]

For hver strategi omfatter rapporten følgende deler:

- Strategiens status og utvikling. Det gis en kort innføring i nåværende status og planlagt utvikling av den aktuelle strategien, basert på intervjuer og en grundig gjennomgang av alle dokumenter som HOD gjorde tilgjengelig før

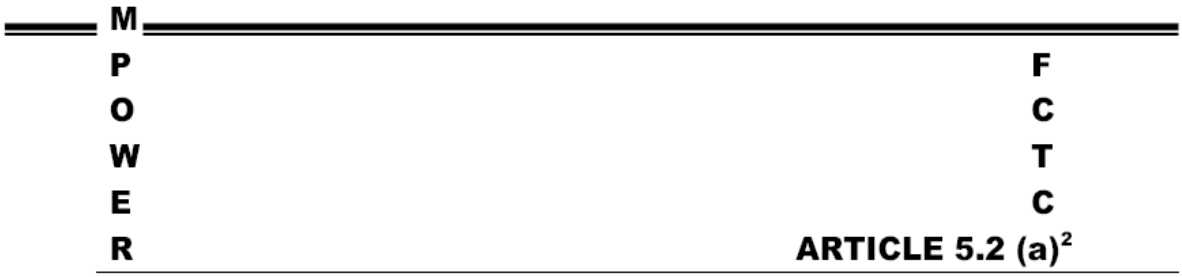
[2] Jf. WHOs MPOWER-program: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf

[3] Gjennomføringen av avgiftspolitikken når det gjelder tobakksforebygging ble undersøkt kort, og bare i forhold til forskjellig avgiftsbelegging av tobakksvarer som henholdsvis forbrennes og ikke forbrennes.

besøket i landet (f.eks. profilrapport fra 2010 om Norges tobakkspolitikk, WHO-rapporten fra 2009 om den globale tobakksepidemien, gjeldende lovgivning, resultater og konklusjoner fra tidligere studier og rapporter).

- Nøkkelfunn. Det gis en oversikt over de viktigste funnene som ekspertgruppen gjorde etter at besøkene og intervjuene var gjennomført. Viktige suksessfaktorer ved gjennomføring av nåværende strategier og utvikling av framtidige strategier blir vurdert, dvs.: politisk vilje, programledelse og samordning, partnerskap og nettverk for gjennomføring, tilveiebringelse av midler samt menneskelige ressurser.
- Nøkkelanbefalinger. Dette er de tiltakene som etter ekspertgruppens mening er nødvendige for å forbedre formen på/innholdet, gjennomføringen av og håndhevingen av strategiene.

WHO vil takke myndighetene i Norge og de ikke-statlige organisasjonene som bidrar i tobakksforebyggingen i landet, for gjennomføringen av evalueringen av det tobakksforebyggende arbeidet. Mange andre WHO-land vil følge etter og dra nytte av de erfaringene som er høstet i forbindelse med evalueringen.



II. SAMORDNING OG IVERKSETTING AV TOBAKKSTILTAK

II.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING

1. Myndighetenes samordningsorganer
I Norge er det Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet (Hdir), som er et særskilt organ under HOD, som samordner de nasjonale tobakksforebyggingstiltakene.

HOD utfører sin samordningsrolle gjennom en av sine åtte avdelinger – Folkehelseavdelingen. HODs hovedrolle er å samordne interdepartementale tiltak og ta beslutninger om de overordnede linjene i tobakksforebyggingen, for til slutt å legge dem fram for Stortinget eller andre relevante myndigheter for vurdering. HODs rolle består også i å sikre en samordnet norsk posisjon i forhandlingene knyttet til Tobakkskonvensjonen. I tillegg til direkte støtte fra avdelingsdirektøren, er det i HOD to ansatte som arbeider deltid med tobakksforebyggende saker. Den tobakksforebyggende virksomheten er tildelt begrensede budsjettmidler (ca. 500 000 kroner), og dette er iberegnet kontingenten til Tobakkskonvensjonen[4].

Hdir utfører sin samordningsrolle gjennom Folkehelsedivisjonen, som er én av seks divisjoner i Hdir. Hdir har viktige utøvende roller og samarbeider med fylker og kommuner. Hdir har nylig gjennomgått en stor omorganisering. Som en følge av dette ble tidligere Avdeling tobakk i direktoratet oppløst, og arbeidet med tobakksforebygging ble fordelt på tre nye avdelinger i Folkehelsedivisjonen; Avdeling for grupperettet folkehelsearbeid, Avdeling for lokalt folkehelsearbeid og Avdeling for nasjonalt folkehelsearbeid. For øyeblikket arbeider 15 personer heltid med tobakksforebygging i Hdir, inkludert staben på Røyketelefonen (tilsvarende tre heltidsstillinger). Budsjettbevilgningen til tobakksforebygging ble redusert fra 36,8 mill. kroner i 2006 til 28,5 mill. kroner i 2009; en reduksjon på 23 %. Hdirs budsjett omfatter personalkostnader og drift av Røyketelefonen.

2. Andre myndighetsorganer som er involvert i det tobakksforebyggende arbeidet
På sentralt plan er tre andre myndighetsorganer involvert i det tobakksforebyggende arbeidet; Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens institutt for rusmiddelforskning og Arbeidstilsynet.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) utfører forskning innen epidemiologi, toksikologi og luftforurensing, og gir informasjon både på regelmessig og ad hoc-basis innenfor helsestatistikk og epidemiologi, samt om bestanddelene i tobakksvarer. FHIs budsjett til tobakksforebyggende arbeid er svært lite.

[4] Norges kontingent til Tobakkskonvensjonen utgjør ca kr 250 000 pr år.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) er en forskningsorganisasjon som tilbyr kvalitativ og kvantitativ sosialvitenskapelig forskning i tilknytning til avhengighetsskapende stoffer. SIRUS ble opprettet for å utføre undersøkelser på området alkohol og narkotika generelt, og senere også innen tobakk. En forskningsgruppe innen tobakksforebygging er nå en del av SIRUS-strukturen, og den har fem fast ansatte og tre doktorgradsstudenter. Kostnadene ved den tobakksforebyggende forskningen dekkes av et årlig budsjett på ca. 8 mill. kroner, inkludert personalkostnader. SIRUS finansieres av Norsk forskningsråd og HOD.

Arbeidstilsynet er ansvarlig for å håndheve røykeforbudet i tobakksskadeloven på arbeidsplassene. Denne virksomheten utføres som en del av den regulære inspeksjonsvirksomheten, så det finnes verken eget personale eller øremerkede midler til dette.

Fylker og kommuner

Norge har 19 fylker og 430 kommuner. Kommunene har stor grad av selvstendighet i gjennomføringen av primærhelsetjenesten og det lokale folkehelsearbeidet. Alle fylker har en folkehelserådgiver som rapporterer til Hdir. Fylkenes og kommunenes deltagelse i tobakksforebyggende tiltak varierer. Helsefremmende tiltak, herunder tobakksforebyggende arbeid, er imidlertid ansett som et prioriteringsområde i den nye Samhandlingsreformen.

3. Frivillig sektor

Frivillig sektor har en begrenset rolle i det tobakksforebyggende arbeidet i Norge. De 11 viktigste frivillige organisasjonene er organisert i en paraplyorganisasjon som kalles Tobakksfritt. Tobakksfritt har et styre med tre medlemmer og ingen stab. Tobakksfritt søker og mottar jevnlig små tilskudd fra Hdir. Medlemsorganisasjonene har medlemsavgifter, men Tobakksfritt samler ikke inn medlemsavgift til støtte for seg selv. Medlemsorganisasjonene i denne koalisjonen gjennomfører også tobakksforebyggende tiltak på egen hånd.

4. Samordningsorganer for tobakksforebygging

Det ble ikke funnet noen formell samordningsmekanisme mellom de forskjellige avdelingene i HOD, mellom HOD og andre departementer, eller mellom myndighetene og det sivile samfunn. Tobakksrelaterte spørsmål blir likevel diskutert under andre samordningsmekanismer i departementet, og det holdes samråd med andre aktører på ad hoc-basis.

HOD har opprettet Nasjonalt råd for tobakksforebygging. Dette er et rådgivende organ bestående av 10 uavhengige eksperter. Hdir fungerer som sekretariat for rådet. Rådsmedlemmene utnevnes for fire år av gangen, og de kan utnevnes på nytt. Mandatet til Nasjonalt råd for tobakksforebygging er å legge fram forslag til tobakkspolitikk på forskjellige myndighetsnivåer og gi råd om relevante problemstillinger. Rådet møtes fire ganger i året.

5. Nasjonale strategier og handlingsplaner

Norge har utarbeidet en nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet hvert femte år siden 1999. Også før 1999 forelå forskjellige handlingsplaner og strategier for tobakksforebyggende arbeid, men ikke så regelmessig som i de siste årene. En ny strategiplan for perioden 2011–2015 er nå under utarbeidelse. De nasjonale strategiene er masterplaner for den tobakksforebyggende virksomheten i Norge, men gjennomføringen av dem er avhengig av at midler blir gjort tilgjengelig. Årlige arbeidsplaner som omfatter tobakksforebyggende initiativ, utarbeides i de forskjellige myndighetsorganene og er basert på den nasjonale strategien.

6. Tobakksindustriens tilstedeværelse i Norge

British American Tobacco, Phillip Morris, Swedish Match og Imperial Tobacco er de fire store tverrnasjonale tobakksselskapene i Norge. De er etablert som importører og distributører av tobakksvarer. Det har siden 2008 ikke vært noen tobakksproduksjon i Norge.

II.2 NØKKELFUNN

II.2.1. Norge har lenge vært ledende innen tobakksforebygging på den internasjonale arena

Det er anerkjent at Norge har hatt en viktig rolle i det tobakksforebyggende arbeidet internasjonalt. Norske ledere bidro sterkt til å fremme Tobakkskonvensjonen, og landet var det første som undertegnet og ratifiserte konvensjonen. Videre var Norge én av pionerene ved å vedta sin første tobakksskadelov i 1973. Mange land ble stimulert til tobakksforebyggende arbeid gjennom Norges eksempel.

II.2.2. Det er en kontinuerlig reduksjon i røykeprevalens for to av tre prevalensmål

Det har vært en stadig nedgang i røykeprevalensen blant både voksne menn og kvinner og blant ungdom. Det var imidlertid ingen nedgang i røykeprevalensen hos gravide kvinner i perioden for den siste strategiplanen (2006–2010). Det er også bekymring knyttet til snusbruken blant norsk ungdom, som tobakksindustriens markedsføringsstrategier retter seg spesielt mot.

II.2.3. Tobakkskonvensjonen er ikke fullt ut implementert i Norge

Tobakkskonvensjonen er en kunnskapsbasert konvensjon som Norge er juridisk bundet av. I henhold til konvensjonens bestemmelser, skal Norge f.eks. «treffe effektive tiltak for å fremme avvenning fra tobakksbruk og egnet behandling for tobakksavhengighet» (artikkel 14), men i praksis overholdes denne artikkelen i begrenset omfang. Videre finnes det retningslinjer som fastsetter beste praksis på noen områder. Dette er tilfelle for artikkel 8, der det fastsettes «vern mot eksponering for tobakksrøyk på innendørs arbeidsplasser, offentlige transportmidler, offentlige steder innendørs og eventuelt andre offentlige steder». I dette tilfellet tillater norsk lov på visse vilkår egne røykerom og røyking på kontorer som kun brukes av én person, noe som ikke er i samsvar med retningslinjene til artikkel 8.

II.2.4. Det tobakksforebyggende arbeidet i Norge har stagnert de siste årene

Norske myndigheter er fremdeles opptatt av tobakksproblemet, men flere faktorer(/forhold) gjør det vanskelig å gjennomføre tiltak.

Budsjettkuttene de siste årene, sammen med færre årsverk avsatt til tobakksforebygging, kan betraktes som en indikasjon på nedprioritering. Det er også en indikasjon at da tidligere Avdeling tobakk i Hdir ble oppløst, fantes det ingen beredskapsplan for en overgangsperiode, med en klar omfordeling av personale og funksjoner, for å sikre kontinuitet og styrke arbeidet med tobakksforebygging. Den nasjonale strategien for det tobakksforebyggende arbeidet er hovedsakelig et helsesektordokument med begrenset eierskap fra andre myndighetssektorer, og nesten uten medvirkning fra det sivile samfunnet.

Disse faktorene medvirker til at flere viktige politikkområder i den gjeldende nasjonale strategien går langsomt – for eksempel hjelp til røykeavvenning.

II.2.5. Mangel på lederskap og samarbeid innen tobakksfeltet hindrer effektiv gjennomføring av tiltak

Det er et godt formelt og uformelt samarbeid mellom Folkehelseavdelingen i HOD og gruppen som arbeider med tobakksforebygging i Hdir. Likevel er det øyensynlig et ledelsesvakuum når det gjelder tobakksforebygging i Hdir. En følge av dette er bl.a. at oppgavene med tobakksforebygging ikke er skikkelig forankret i de tre avdelingene som har ansvar for feltet i det nylig omstrukturerte direktoratet, og dette hemmer samordningen av aktiviteter med HOD.
Det at de to viktigste tjenesteavdelingene i HOD (Kommunalhelsetjenesteavdelingen og Spesialisthelsetjenesteavdelingen) ikke deltar aktivt i det tobakksforebyggende arbeidet, reduserer dessuten mulighetene på dette området.

Det er begrenset samarbeid om tobakksforebygging i helsesektoren. Systemer for samordning av aktiviteter mellom ulike myndighetsorganer på nasjonalt, fylkeskommunalt eller lokalt plan, med tydelig ansvarsfordeling, er heller ikke godt etablert ennå.

Nasjonalt råd for tobakksforebygging synes å mangle retningslinjer for sin forventede rolle når det gjelder å støtte tiltak fra Hdir og HOD. Det virker heller ikke som Hdir og HOD gir tilbakemeldinger på om og hvordan rådene blir vurdert.

Folkehelsesektorens samarbeid med det sivile samfunn er begrenset. Til tross for det faktum at Nasjonalt råd for tobakksforebygging anses å være et organ som skal avspeile synspunkter fra det sivile samfunn, har det sivile samfunn ingen representanter i rådet, siden alle rådets medlemmer er utnevnt på bakgrunn av deres personlige egenskaper og ekspertise.

Videre ser det ikke ut til at det nasjonale tverrsektorielle samarbeidet for å diskutere Norges posisjoner som part i Tobakkskonvensjonen, er tilfredsstilllende.

II.2.6. Tobakksforebyggende virksomhet på kommunalt og fylkeskommunalt plan er ennå ikke fullt ut etablert
Norske myndigheter vurderer for øyeblikket økt desentralisering i helsesektoren (Samhandlingsreformen). Dette for å ta tak i det faktum at de lokale initiativene for å stimulere til en sunn livsstil, herunder tobakksforebygging, fortsatt er begrensede. Prinsippet med den foreslåtte reformen er at alle kommuner skal levere et minstesett med tiltak på dette området. Selv om enkelte fylkeskommuner og kommuner i forskjellig grad vier tobakksforebygging oppmerksomhet, foregår det generelt ikke noe regelmessig arbeid på dette feltet, unntatt når det gjelder kommunenes ansvar for å håndheve røykeforbudet. Blant de oppgaver som er identifisert som en del av arbeidet på kommunalt plan, er holdningsskapende tiltak og røykeavvenning.

II.2.7. Kapasiteten i frivillig sektor utnyttes ikke fullt ut
Frivillig sektor mangler en strategisk visjon, lederskap og en sterk stilling når det gjelder tobakksforebygging. Videre er myndighetenes potensielle rolle i arbeidet med å styrke frivillige organisasjoners virksomhet, slik det gjøres i flere andre land, ennå ikke identifisert. Kompetansen i Nasjonalt råd for tobakksforebygging benyttes ikke fullt ut av helsemyndighetene eller frivillig sektor.

II.2.8. Overvåkingssystemer for håndheving av eksisterende tobakkslovgivning og rapportering til befolkningen er ikke godt nok utviklet
Til tross for at utpekte myndigheter har ansvar for å håndheve eksisterende tobakkslovgivning, finnes det øyensynlig ingen inspeksjonsprotokoller og ingen definerte myndigheter til å ta seg av overvåkingsvirksomheten. Videre finnes det ikke noe rapporteringssystem med hensyn til nivået av overholdelse som kan gjøre myndighetene i stand til å støtte mulige endringer i politikken og offentliggjøre resultatene.

II.2.9. Tobakksindustriens markedsføringstaktikk og -strategier i Norge er lite kjent
Til tross for at tobakksindustrien nylig har anlagt et søksmål mot myndighetene vedrørende et tobakksforebyggende tiltak, er det en utbredt oppfatning både innenfor myndighetene og ikke-statlige sirkler at tobakksindustrien er inaktiv og at det ikke er behov for å overvåke den. Erfaringer fra andre steder i verden har imidlertid vist at selv om industriens arbeid muligens ikke er så tydelig, er den allestedsnærværende, overvåker hva helsemyndighetene gjør og finner muligheter til å påvirke politikk og virksomhet som er til dens fordel.

Tobakksmarkedet og tobakksindustriens markedsstrategier i Norge er ikke godt kjent, og det finnes ikke noe system for å overvåke industriens aktiviteter, verken på nasjonalt eller internasjonalt plan. Med hensyn til dette, kan ikke Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3, som beskytter mot utilbørlig forstyrrelse fra tobakksindustrien, og retningslinjene til artikkel 13 om tobakksreklame, markedsføring og sponsing, gjennomføres hensiktsmessig uten at det forekommer overvåking for å hindre at tobakksindustriens aktiviteter undergraver det tobakksforebyggende arbeidet.

II.2.10. Strategier for forskning innen tobakksforebygging er ikke fullt ut etablert
Forskning innen tobakksforebygging i Norge drives enten som respons på interesse fra HOD eller interesse hos bestemte forskere. Det foreligger ingen klar strategisk plan for forskning innen og overvåking av tobakksforebygging. Forskningen innen tobakksforebygging har begrensede ressurser som tydeligvis ikke er i samsvar med landets behov for vurdering, overvåking og evaluering.

II.2.11. Det gis ukritisk støtte til skoleprogrammer for å hindre røykestart blant skoleelever under 16 år
Hdir har utviklet et skolebasert tobakksforebyggende program som er dokumentert å ha god effekt, og som er kjørt over hele landet siden 1997 (i den senere tid med revidert undervisningsinnhold). 56 % av elevene i aldersgruppen 13-15 år deltar i programmet årlig. Programmet gjennomføres i samarbeid med Utdanningsdirektoratet.

Blant politikere og frivillig sektor gis det ukritisk støtte til skoleprogrammer rettet mot forebygging av røykestart hos skoleelever under 16 år i Norge. Dette er basert på en tro på verdien av å forebygge tobakksbruk hos unge. Selv om dette er et svært ønskverdig mål, bør verdien av og mulighetene for slike skoleprogrammer vurderes i lys av følgende faktorer:

- *Effektivitet:* Det er dokumentert at intervensjoner i skolen kan være effektive på kort sikt, men det mangler dokumentasjon på den langsiktige effekten, og derfor kan den kortsiktige effekten bare være midlertidig.
- *Kostnadseffektivitet:* Skolebaserte tobakksforebyggende programmer kan være kostnadseffektive ved en terskel på 180 000–270 000 norske kroner per oppnådd kvalitetsjustert leveår (QALY). Det finnes mye mer kostnadseffektive tobakksforebyggende tiltak som bør vurderes før det investeres i skoleprogrammer – for eksempel avgifter på tobakksvarer og massemediekampanjer.
- *Timing av mulige effekter:* Fokus på å forebygge røykestart hos barn vil ikke vise synlige resultater når det gjelder reduksjon av sykelighet og dødelighet på minst fem tiår.

II.3 ANBEFALINGER

II.3.1. Norge er juridisk bundet til å gjennomføre bestemmelsene i Tobakkskonvensjonen og bør i større grad implementere konvensjonens retningslinjer og framtidige protokoller.
Bruken av Tobakkskonvensjonen og dens retningslinjer i det tobakksforebyggende arbeidet i landet er viet lite oppmerksomhet. Tobakkskonvensjonen og dens retningslinjer gir et veikart for kostnadseffektive og kunnskapsbaserte tobakksforebyggende tiltak på tvers av sektorene. Etablering av systemer for å samordne en flersektoriell tilnærming basert på konvensjonens bestemmelser, retningslinjer og framtidige protokoller med deltagelse fra forskjellige interessenter, vil forbedre det eksisterende programmet og styrke lederskapet i HOD.

Norge bør også gjenopplive sin lederskapsrolle, ikke bare som en proaktiv aktør – slik landet var i konvensjonsforhandlingene – men også i det internasjonale tobakksforebyggende arbeidet generelt. Etter hvert som nye gode resultater viser seg, vil andre land se på Norges fortsatte lederskap.

II.3.2. Det er behov for å sette nye mål for å redusere tobakksbruken i befolkningen generelt og blant unge, og satse sterkere på en kjønnssensitiv tilnærming for å nå bestemte høyprevalensgrupper.
Selv om prevalensen har gått ned over tid, kan det gjøres mer for å redusere den ytterligere ved å fastsette nye mål og strategier. Særlig oppmerksomhet bør gis til høyprevalensgrupper, herunder langtidsrøykere og gravide kvinner.

II.3.3. Norge bør bruke mer menneskelige og økonomiske ressurser på tobakksforebygging.
Det er klart at betydelig større menneskelige og økonomiske ressurser bør avsettes til tobakksforebygging. Det tobakksforebyggende arbeidet bør styrkes med flere ansatte på alle myndighetsnivåer – nasjonalt, fylkeskommunalt og kommunalt. Videre bør de reduserte budsjettbevilgningene til det tobakksforebyggende arbeidet reverseres og justeres i henhold til nåværende og framtidige nasjonale strategier og deres mål.

II.3.4. Helse- og omsorgsdepartementet bør sørge for sterkere nasjonalt lederskap for tobakksforebygging.
HOD er den viktigste aktøren for å fremme tobakksforebyggende arbeid. Sterkere lederskap er imidlertid nødvendig på høyest mulig plan for å kunne håndtere de tverrsektorielle spørsmålene som Tobakkskonvensjonen medfører, og for å påskynde gjennomføringen av eksisterende og framtidige strategier.

Hdir bør sikre at det tobakksforebyggende arbeidet fortsetter i overgangsperioden fra den gamle strukturen til den nye. Tobakksforebygging bør også være et virkelig prioritert område i seg selv, i tillegg til å være en del av en overordnet folkehelsetilnærming.

Dessuten vil styrket lederskap bedre den norske posisjonen i diskusjoner rundt Tobakkskonvensjonen.

II.3.5. Tobakksforebyggende virksomhet bør styrkes på lokalt plan.
Samhandlingsreformen kan gi nye muligheter til å få fotfeste for tobakksforebyggende tiltak på lokalt plan. Både fylkeskommuner og kommuner må ha tilstrekkelige ressurser til å ta seg av de nye forventningene og kravene. Disse kravene omfatter styrking av det helsefremmende arbeidet på lokalt plan og innføring av samhandlingsmekanismer i eksisterende strukturer, i den hensikt å få ansvarlige tjenestemenn og alle interessenter med på å oppfylle avtalte strategiske mål som er definert i en handlingsplan.

Mulige oppgaver på fylkeskommunalt og kommunalt plan omfatter holdningsskapende arbeid samt organisering av røykeavvenningstjenester.

II.3.6. Myndighetene bør finne måter å oppmuntre til mer aktiv deltagelse fra frivillig sektor i det tobakksforebyggende arbeidet.
Frivillig sektor i Norge kan spille en mye mer aktiv rolle i å fremme tobakksforebygging, og kan være en sterk samarbeidspartner for myndighetene om felles mål. Denne rollen kan omfatte å fremme initiativ til ny lovgivning og håndheving av den, offentlig støtte til myndighetene mot mulige angrep fra bransjen, og å bidra til å bygge en opinion for forslag til ny politikk.

Med hensyn til dette bør Nasjonalt råd for tobakksforebygging få sitt arbeidsområde utvidet til å ta hovedrollen med å målbære frivillig sektors synspunkter, og samarbeide med myndighetene.

Myndighetene bør også vurdere å være mer strategiske ved å styrke samarbeidspartnere som allerede er involvert, og ved å fremme deltagelsen av nye ikke-statlige organisasjoner i det tobakksforebyggende arbeidet. Dette kan omfatte at utvalgte samarbeidspartnere fra frivillig sektor tas med når det skal utarbeides strategiske dokumenter der landets mål blir definert. Dette kan også omfatte å gi tilskudd samt å sette ut bestemte oppgaver.

II.3.7. Systemer for å overvåke håndhevingen av eksisterende tobakkslovgivning bør være med i eksisterende inspeksjonsordninger.
Håndhevingen av eksisterende lovgivning er avgjørende for hvor effektiv den er. Selv om det virker som om eksisterende lovgivning overholdes godt, bør overvåkings- og evalueringsmekanismene styrkes der det er relevant, eller utvikles der det er nødvendig. Inspeksjonsprotokoller bør omfatte overholdelsesplikt, underretning om håndheving av loven, samt å gi opplysninger til offentligheten.

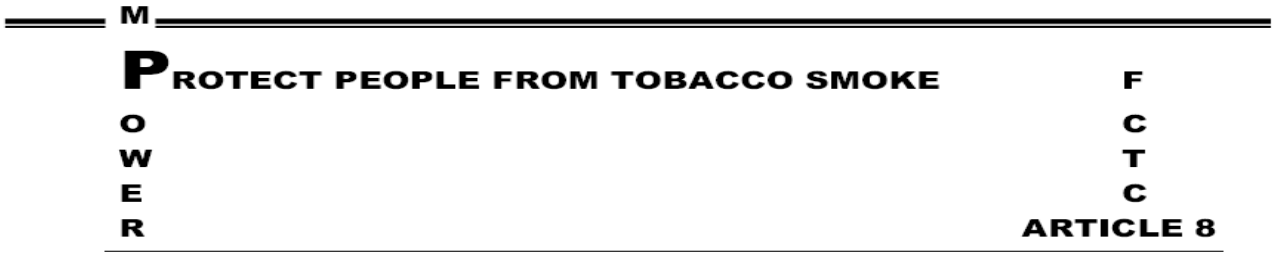
II.3.8. Tobakksindustriens virksomhet som påvirker det indre marked, bør overvåkes både på nasjonalt og internasjonalt plan.
Tobakksindustrien – importører, distributører og frontgrupper i Norge, samt produsenter og eksportører internasjonalt – må ikke undervurderes. Å holde seg oppdatert om endringene i landets tobakksmarked og kjenne til eksisterende produkter, merker og tobakksindustriens tilstedeværelse, er sentralt for å kunne forutse motstand mot ny politikk innen tobakksforebygging. Å forstå tobakksindustriens markedsføringsstrategier nasjonalt og internasjonalt kan være en uvurderlig hjelp som rettesnor for strategiene for det tobakksforebyggende arbeidet og for å beskytte myndighetene proaktivt mot angrep. Dette omfatter prisframstøt, nye taktikker for å oppnå publisitet, emballasje- og produktmanipulering og plasseringsstrategier for å øke fortjenesten og nå fram til nye kunder. Videre

kan undersøkelser av arkivene med tobakksindustriens dokumenter som er frigitt som et ledd i Master Settlement Agreement i USA, være en viktig informasjonskilde for landet.

Med hensyn til dette anbefaler ekspertgruppen at det etableres en overvåkingsordning for tobakksindustrien. Dette kan utføres enten gjennom et forskningsorgan hos myndighetene, eller en organisasjon i det sivile samfunn, eller begge deler for å sikre at de utfyller hverandre. En slik ordning vil også gjøre at Norge overholder retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3.

II.3.9. En ensartet forskningsstrategi for tobakksforebygging bør utarbeides i tråd med de generelle prioriteringene for det tobakksforebyggende arbeidet.

Norge har utmerkede forskningsstrukturer på plass. Ikke desto mindre finnes det ingen strategisk forskningsplan som tar seg av landets kritiske behov med prioriteringer. En nasjonal strategiplan for forskning innen tobakksforebygging bør utarbeides, og det bør sikres økonomiske og menneskelige ressurser som gjør at kravene i den nasjonale strategien kan oppfylles. Forskningen bør også vurdere nye forskningsfelt innen kommende og hittil ukjente områder innen tobakksforebygging, som på den måten vil være retningsgivende for landet og gi ytterligere støtte til det internasjonale samfunnet. Disse områdene kan omfatte spørsmål som produktregulering, nøytral emballasje og tredjehåndsrøyk.



III. RØYKFRIE MILJØER

III.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING

I 1988 sørget en endring i tobakksskadeloven for røykfrie miljøer innendørs på offentlige steder og transportmidler, samt på arbeidsplasser. Egne røykerom, samt røyking på kontorer som kun brukes av én person, er tillatt på visse vilkår. Restauranter og barer ble unntatt fra røykeforbudet fram til 1. juni 2004, da det ble innført totalforbud mot røyking i serveringsbransjen. I grunnskoler og videregående skoler er det totalforbud mot røyking innendørs.

Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 sier at vern mot eksponering for tobakksrøyk er ett av de strategisk prioriterte områdene.

Eierne eller driverne av stedene er ansvarlige for at loven etterkommes, og de kan bortvise røykere fra et offentlig sted eller en arbeidsplass. Ved overtredelse av forbudet kan eier/arbeidsgiver bli bøtelagt. Kommunestyrer samt Arbeidstilsynet er ansvarlige for å håndheve loven.

III.2 NØKKELFUNN

III.2.1. Bestemmelser om røykfrihet ble innført i Norge på et tidlig tidspunkt, men de er ikke fullt ut i samsvar med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 8

Røykerommene som dagens lovgivning tillater, gir ikke fullstendig vern mot eksponering for passiv røyking. Røykfrie sykehus finnes, men mangelen på eksisterende håndhevingsstrategier innebærer at politikken ikke alltid følges.

Definisjonen av ”lokaler” (ute og inne) i serveringsbransjen er uklare. Særlige håndhevingsmekanismer – f.eks. skilt, tilgjengelig informasjon om navn og/eller telefonnummer for å inngi klager (gratis klagelinje), fjerning av askebegre og inspeksjonsprotokoller – er ikke klare nok. Det synes som om denne mangelen på klarhet har ført til lovbrudd som f.eks. delvis "avskjermede" terrasser o.l. på restauranter. I tillegg betraktes også uteserveringer i nærheten av restauranter og barer fortsatt som utendørs i henhold til gjeldende definisjon av "lokaler”, og faller således som hovedregel ikke inn under gjeldende røykeforbud.

III.2.2. Det store flertall av befolkningen er klar over og støtter det gjeldende røykeforbudet, og har den oppfatningen at det gir fullstendig vern

Da totalforbudet mot røyking i barer og restauranter trådte i kraft i 2004, var 54 % av befolkningen positive til forbudet. Støtten i befolkningen har økt siden da, og i 2009 støttet 89 % røykeforbudet i barer og restauranter. Til tross for stor støtte, fortsetter uteserveringer som er etablert i nærheten av barer og restauranter, å eksponere både ansatte og publikum for passiv røyking.

For øyeblikket støtter 60 % av befolkningen et totalforbud mot røyking på innendørs arbeidsplasser[5]. Ekspertgruppen observerte imidlertid at det fortsatt hersker en del uvitenhet om den faren som røykerom utgjør for arbeidernes helse.

Det er uttrykt bekymring over at barn ikke blir tilstrekkelig beskyttet i private rom (hjemme, i bil osv). En studie fra 2004 har beregnet at mer enn 130 000 barn i Norge fortsatt eksponeres for passiv røyking. Ifølge nye tall[6] støtter 73 % av befolkningen et røykeforbud overalt innendørs der barn er til stede.

Selv om data vedrørende antallet røykerom ikke kunne gis til ekspertgruppen, er det en generell oppfatning av at slike rom sjeldent forekommer både på offentlige og private arbeidsplasser. En nasjonal undersøkelse fra 2008 viste at 86 % av alle ansatte melder at de aldri eksponeres for tobakksrøyk på arbeidsplassen, mens ytterligere 4 % melder at de "nesten aldri" blir eksponert. 1 % melder at de er eksponert mer enn 5 timer per dag (mens 5 % melder om eksponering i 1–5 timer, og 4 % i mindre enn en halvtime). I undersøkelsen skilles det ikke mellom frivillig og ufrivillig eksponering.

Det er omfattende interesse for å forby tobakksbruk, både innendørs og overalt utendørs i skoletiden, samt å forby røyking innendørs og overalt utendørs i betalt arbeidstid. Myndighetene har oppmuntret til gjennomføring av slike tiltak på kommunalt plan.

III.2.3. De håndhevende myndigheter ser ut til å stole på den tilsynelatende høye graden av egenhåndheving, med en generell oppfatning om utmerket overholdelse av bestemmelsene om røykfrihet, til tross for mangel på relevante data fra regelmessig og systematisk overvåking og mangel på klare håndhevingsmekanismer

Arbeidstilsynet gjennomfører inspeksjoner på arbeidsplasser, mens de kommunale myndighetene kontrollerer de offentlige stedene. I praksis overlapper deres myndighetsområder hverandre til en viss grad i restauranter og barer, siden de fleste er åpne for offentligheten samtidig som de er arbeidsplasser. Ingen data knyttet til formell kommunikasjon eller innbyrdes rapportering mellom kommunale inspektører og Arbeidstilsynets inspektører ble funnet, selv om det finnes noen eksempler på felles arbeid.

Kontrollen av hvorvidt røykeloven overholdes, er en del av Arbeidstilsynets daglige inspeksjonsarbeid**.** "Røykfrie steder" er imidlertid ikke med i den systematiske planleggingen når det gjelder besøk, sjekklister, protokoller eller rapportering. Inspeksjonsbesøk og kontroller på stedet har en tendens til å finne sted på ad hoc-basis, eller som et ledd i kampanjer med "korte besøk" rundt utvalgte lokaler eller områder (restauranter, arbeidsplasser osv.). På grunn av mangelen på spesifikk håndhevingsveiledning og tydelig samsvarsplikt, er inspeksjonsbesøkene fortsatt gjenstand for inspektørenes subjektive oppfatning (lukt av tobakksrøyk, ingen klar fortolkning med hensyn til innendørs/utendørs osv.).

Kommunale myndigheter ser ut til å mangle kapasitet til å foreta inspeksjoner og håndheve loven, og stoler på den samme antagelsen om egenhåndheving. Det kommer sjelden klager, og de som kommer, går gjennom den generelle klagetelefonen til Arbeidstilsynet, men det kan virke som om andre telefonlinjer brukes sporadisk av publikum (hjelpetelefoner til frivillige organisasjoner og muligens kommunenes telefonnumre).

Det er ikke funnet noen offentlig institusjon som regelmessig samler inn og rapporterer data om overholdelse av loven, selv om noe evaluering er utført av SIRUS[7] når det gjelder overholdelse i serveringsbransjen. To år etter at forbudet ble innført, var det i 2006 bare 2 % av restaurantdriverne som hadde hatt problemer med håndhevingen av loven.

---

[5] SIRUS/Synovate 2010
[6] idem
[7] The introduction of smokefree hospitality venues in Norway. Impact on revenues, frequency of patronage, satisfaction and compliance. SIRUS/HEMIL, 2006 (http://www.sirus.no/files/pub/375/SIRUSskrifter0206eng.pdf).

III.2.4. Det foreligger ingen dokumentasjon på landsomfattende arbeid for å mobilisere og involvere allmennheten i overvåking og håndheving av loven

Bortsett fra fjerntliggende initiativ som er støttet av myndighetene, fant ikke ekspertgruppen noen relevant dokumentasjon på at allmennheten deltar i overvåkingen og håndhevingen av loven. Det synes som om enkeltpersoner generelt ikke oppmuntres til å overvåke om loven overholdes, og til å rapportere om overtredelser, selv om dette ville utvide de lokale håndhevingsorganenes mulighet til å håndheve loven uten å måtte øke ressursene betydelig. Dessuten oppfattes i de fleste tilfellene lokale samfunnsorganisasjoner ikke som samarbeidspartnere eller som mulige informasjonskilder for myndighetene når det gjelder lovovertredelser.

III.2.5. Barn lever relativt ubeskyttet mot passiv røyking når de oppholder seg i private rom

Mens Norge har gjort framskritt når det gjelder å beskytte arbeidere mot å bli eksponert for passiv røyking, har ikke barn i private rom – f.eks. hjem og privatbiler – det samme vernet. Det nøyaktige omfanget av problemet er ikke kjent, men sannsynligvis påvirker dette i størst grad barn i familier med lav sosioøkonomisk status, siden røykeprevalensen er høyere blant disse gruppene. Uansett er det uakseptabelt at selv et lite antall barn eksponeres for tobakksrøyk.

III.3 ANBEFALINGER

III.3.1. Alle arbeidere og publikum bør sikres universelt og likt vern mot eksponering for passiv røyking i tråd med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 8, ved at egne røykerom (uansett om de har separat ventilasjon eller ikke) som er tillatt i henhold til gjeldende lov, blir fjernet.

Den eneste måten å fullt ut beskytte arbeidere og publikum mot tobakksrøyk på, er å skape 100 % røykfrie innendørsmiljøer, uten unntak. Et totalforbud mot røyking på alle offentlige steder innendørs, innendørs arbeidsplasser, offentlige transportmidler og eventuelt andre offentlige steder, vil sikre konsekvent dekning, effektiv håndheving og bedre forståelse blant myndighetsorganer og publikum. Myndighetene bør vurdere ytterligere tiltak for å redusere mulighetene for eksponering for tobakksrøyk ved å innføre røykeforbud i skoletiden/arbeidstiden, forutsatt at tilstrekkelige håndhevingsstrategier er på plass.

På grunn av hyppig mistolkning av den eksisterende definisjonen av innendørs-/utendørsplasser i serveringsbransjen, som ble meldt å ha skapt vanskeligheter i forbindelse med håndhevingen av loven, bør gjeldende lov endres slik at den får en klar definisjon som er så vidtfavnende som mulig.

III.3.2. Helse- og omsorgsdepartementet, ikke-statlige organisasjoner og andre erfarne samarbeidspartnere, bør utarbeide og iverksette en kunnskapsbasert kommunikasjonsstrategi for:

- **å beskytte barn mot eksponering for passiv røyking i private rom,**
- **å øke befolkningens bevissthet om behovet for å endre loven for å verne alle mot eksponering for passiv røyking,**
- **å mobilisere støtte blant publikum og sikre politisk støtte for den anbefalte lovendringen.**

Viktige interessenter som denne kommunikasjonsstrategien bør rettes mot kan omfatte, men er ikke begrenset til, bedrifter, restauranter, arbeidsgivergrupper, fagforeninger, media, helsearbeidere, forskningssamfunnet og allmennheten.

III.3.3. Inspeksjonsprotokoller bør revideres for å sikre systematisk og samordnet håndheving og overvåking av bestemmelsene om røykfrihet.

HOD, de kommunale myndighetene og Arbeidstilsynet bør etablere en systematisk overvåkings- og håndhevingsmekanisme basert på en generell håndhevingsplan, både for å overvåke at loven etterkommes og for å rettsforfølge overtredere.

Denne mekanismen bør bygge på eksisterende håndhevingskapasitet ved å inkludere, i samsvar med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 8: overholdelsesplikt, håndhevingsstrategier, overholdelsesovervåking, evaluering av effekt, en regelmessig mekanisme for kommunikasjon mellom organene angående håndheving, og systematisk informasjon til publikum.

III.3.4. Det bør arbeides systematisk for å mobilisere støtte i det lokale sivile samfunn og allmennheten for å øke lovoverholdelsen og til slutt redusere røykeprevalensen.

Et overvåkings- og håndhevingsprogram blir mer effektivt når allmennheten involveres i programmet. Å få støtte fra allmennheten og oppmuntre befolkningen til å overvåke om loven overholdes og melde fra om overtredelser, utvider i stor grad håndhevingsorganenes rekkevidde og reduserer de ressursene som kreves for å oppnå overholdelse. Gjennom sine medlemmer og frivillige, kan lokale organisasjoner fra det sivile samfunn være en god informasjonskilde for myndighetene når det gjelder lovovertredelser. Støtte fra allmennheten og lokalsamfunn kan også omgjøres til sosial overvåking av overholdelse. Å oppmuntre folk til å inngi formelle klager vil utvide håndhevingsrekkevidden til de lokale tilsynsorganene uten at ressursene må økes drastisk. Sivile samfunnsorganisasjoner, for eksempel akademiske institusjoner, kan bidra til å utføre overvåkingsstudier for å evaluere hvor vellykket loven er og hvilken virkning den har.

III.3.5. Initiere en massemediekampanje som viser voksne hvordan de beskytter barn mot passiv røyking hjemme.

Foreldre og slektninger bør informeres om betydningen av det helseproblemet som forårsakes ved at barn eksponeres for passiv røyking. De bør rådes til aldri å røyke inne i private rom, f.eks. hjemme, selv når barn ikke er til stede. De bør også rådes til aldri å røyke i bilen – eller utenfor – når det er barn til stede. I tillegg bør Norge, innenfor sosialt akseptable rammer, vurdere lovgivning for å beskytte barn i den private sfære innendørs.

IV. TILBY HJELP TIL Å SLUTTE MED TOBAKK

IV.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING

Planer og prioriteringer
Den nasjonale strategien for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 inneholder følgende mål for røykeavvenning:

- andelen dagligrøykere i befolkningen er redusert til under 20 % innen 2010 (fra 25 % i 2005),
- alle som vil slutte å røyke har et godt og tilgjengelig tilbud bl.a. gjennom helsetjenesten og arbeidsplassen,
- 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.

Organisering av helsetjenesten
Det norske helsesystemet, herunder den helsefaglige utdanningen, har i første rekke fokus på diagnose og behandling. Røykeavvenning er for øyeblikket ikke noen obligatorisk tjeneste i noen del av helsesystemet.

Det finnes en gratis, landsomfattende røykesluttelefon som ble etablert i 1996 og drives av Hdir. 10 000 personer ringer Røyketelefonen hvert år, og halvparten av disse gis råd om røykeavvenning.

Det finnes et nettbasert røykeavvenningsprogram (www.slutta.no). Omlag 10 000 personer har meldt seg på programmet siden 2006.

Refusjon
Allmennpraktiserende leger får refusjon etter "oppstart av individuell strukturert røykeavvenning som ledd i behandling av sykdom, etter et anerkjent program" ("takst 102"). Refusjonen er på 150 kroner og kan brukes to ganger årlig for hver pasient. Refusjonen gis ca. 50 000 ganger i året, noe som er moderat sammenlignet med antallet dagligrøykere i Norge (ca. 800 000). Refusjonsordningen for sykehus dekker pasienttrening i grupper. Vilkårene angir imidlertid spesifikt at det ikke gis refusjon for røykeavvenningsgrupper.

Medisinsk behandling
Ingen av de medisinske behandlingene som bidrar til røykeavvenning, refunderes av trygdesystemet. Det er registrert tre forskjellige medikamenter på det norske markedet: nikotinlegemidler, vareniklin (Champix) og bupropion (Zyban). Alle nikotinlegemidler, bortsett fra nesespray, kan fås over disk (siden 2003). Bupropion (Zyban) og vareniklin (Champix) kan fås på resept.

Retningslinjer
Hdir gav i 2004 ut nasjonale retningslinjer om røykeavvenning for allmennpraktiserende leger.

IV.2 NØKKELFUNN

IV.2.1. Selv om røykeavvenning er blitt beskrevet som et område med høy prioritet i nasjonale strategidokumenter, er det utilstrekkelige planer og finansiering for å gjennomføre politikken i praksis
Det finnes ingen handlingsplaner om røykeavvenning på nasjonalt, regionalt eller lokalt plan med sikte på å oppnå målene for røykeavvenning i Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010.

IV.2.2. Røykeavvenningstjenestene[8] er begrensede, sporadiske og ikke lett tilgjengelige for alle røykere, og det mangler samordning nasjonalt, regionalt og lokalt
To frivillige organisasjoner (Kreftforeningen og Nasjonalforeningen for folkehelsen) tilbyr røykeavvenningstjenester, men de begrenses av lokal kapasitet, er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert, og er avhengige av personlige initiativ. Det er begrenset overvåking og rapportering om i hvilket omfang helsepersonell i jordmorvirksomhet og barne- og ungdomshelsetjeneste i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, spør om og vurderer røykevaner og gjennomfører minimal intervensjon[9] eller tilbyr røykesluttveiledning.

Røyketelefonen er for lite brukt. Det er ingen systematisk kvalitetsvurdering av Røyketelefonen. Muligheten til å henvise til Røyketelefonen er ikke godt kjent. Plakater og kort om telefonen er distribuert både til publikum og til helsearbeidere, men på ad hoc-basis. Røyketelefonen mangler også en merkeidentitet, et slagord og et nummer som er enkelt å huske. Det nettbaserte programmet www.slutta.no brukes også for lite og markedsføres ikke aktivt.

Det finnes ingen entydig læreplan eller standard for utdanning av veiledere innen røykeavvenning. Eksisterende utdanningstiltak synes ikke å være kunnskapsbaserte. Den grunnleggende helsefaglige utdanningen omfatter ikke røykeavvenningsmetoder, selv om den inneholder informasjon om risikoene ved røyking. Det virker som om allmennpraktiserende leger anser at siden minimal intervensjon om røykeavvenning ikke refunderes, og vil øke konsultasjonstiden, kan det normalt ikke tas med i den daglige praksisen. Allmennpraktikerne innrømmer også at siden de ikke er utdannet innen røykeavvenning, ville de foretrekke å henvise pasienten til en veiledningstjeneste. Det finnes ingen klar forståelse blant helsearbeidere om forskjellen mellom en minimal intervensjon og røykeavvenningsveiledning, og de kan ikke identifisere hvilken intervensjon de gir.

Informasjonsmateriell og kunnskapsbasert selvhjelpsmateriell – herunder informasjon for særskilte grupper som etniske minoriteter – er ikke lett tilgjengelig eller utbredt. Det finnes noe materiell for gravide kvinner og familier, men det er uklart om disse blir brukt i særlig grad.

IV.2.3. Bortsett fra refusjon for allmennpraktiserende leger "som ledd i behandling av sykdom etter et anerkjent program", finnes det ingen andre refusjonsordninger for behandling av tobakksavhengighet
Systemet oppmuntrer ikke til avvenningstjenester for alle røykere, siden det gis refusjon for røykeavvenning bare for pasienter med røykerelatert sykdom. Røykeavvenning for pasienter *uten* en røykerelatert sykdom, refunderes *ikke*. Det sies uttrykkelig i lovgivningen at subsidiering av medisinsk behandling for røykeavvenning *ikke* er tillatt. Folketrygdloven og legemiddelforskriften forhindrer Legemiddelverket i å vurdere søknader fra legemiddelindustrien om å tillate subsidier.

---

[8] *Røykeavvenningstjeneste*: Dette er støtte for enkeltpersoner, for grupper eller per telefon fra en veileder som har utdanning innen røykeavvenningsveiledning. Programmet kan bestå av 5–12 sesjoner og benytter metoder som hjelper røykere med å endre atferd, f.eks. kognitiv atferdsterapi og motivasjonelt intervju. Medisinsk behandling for røykeavvenning er også anbefalt.

[9] *Minimal intervensjon*: Helsearbeideren vil spørre om røykestatus og anbefale avvenning og medisinsk behandling (mindre enn 5 minutter).

IV.2.4. Det finnes ingen nye retningslinjer for røykeavvenning, minimal intervensjon og behandling for tobakksavhengighet basert på vitenskapelig dokumentasjon og beste praksis i tråd med anbefalingene i Tobakkskonvensjonen artikkel 14.
Retningslinjene fra 2004 for allmennpraktiserende leger ble ikke fulgt av noen handlingsplan, og er ikke gjennomført. Nye retningslinjer for allmennpraktikere er under utarbeidelse, men det foreligger ikke planer om å utarbeide retningslinjer for andre helsearbeidere.

IV.2.5. Materiell om røykeavvenning som skal gjøres tilgjengelig for publikum og helsearbeidere, er ikke oppdatert, ikke systematisk distribuert og følger ikke lanseringen av Røyketelefonen, nettstedet og holdningskampanjer
Nummeret til Røyketelefonen og adressen til nettstedet www.slutta.no blir ikke rutinemessig tatt med i kommunikasjonen med publikum og helsearbeidere.

IV.2.6. Yrkesorganisasjoner for helsepersonell, Helse- og omsorgsdepartementet, ulike avdelinger i Helsedirektoratet og andre interessenter samarbeider ikke funksjonelt om å gjøre røykeavvenning til et prioritert område. De har heller ikke definert noe felles mål om å støtte og fremme gjennomføring av en nasjonal plan for røykeavvenning.

IV.3 ANBEFALINGER

IV.3.1. Røykeavvenning bør prioriteres høyt i den nye nasjonale strategien for det tobakksforebyggende arbeidet 2011–2015, med øremerkede midler og tilstrekkelig planlegging.
Strategien bør ha et særlig fokus på å utvikle en sterk nasjonal, regional og lokal infrastruktur der det kan gjøres korte intervensjoner, med anbefalinger om Røyketelefonen ved hver konsultasjon med helsetjenestene.

Strategien bør omfatte utarbeidelse av en overordnet nasjonal plan for røykeavvenning, med regionale og lokale handlingsplaner. Formelt samråd med yrkesorganisasjoner for helsepersonell og tilslutning fra disse vil være avgjørende for om denne planen blir vellykket. En ansvarsstruktur vil være viktig for alle sider av gjennomføringen av programmet. Dette bør ledes av HOD i samarbeid med regionale og lokale organer.

IV.3.2. Røykeavvenning bør tas med som en obligatorisk tjeneste i de nye lovene helse- og omsorgsloven og folkehelseloven.
Det anbefales at HOD gir Hdir oppgaven med å utarbeide et system for gjennomføring, overvåking og evaluering av røykeavvenningsprogrammet. Dette bør angi hvem som skal iverksette det på regionalt og lokalt plan, og hvem som skal gjennomføre hvilke sider av programmet i Norge.

Røykeavvenningstjenestene bør være kunnskapsbaserte, hensiktsmessige og økonomisk velegnede. En iverksetting av akkrediterte røykeavvenningsprogrammer, i kombinasjon med hensiktsmessig ansvarliggjøring, overvåking, evaluering og kontraktsfestede avtaler med røykeslutt-tilbydere, vil bidra til å utvikle den generelle kapasiteten for røykeavvenning i landet.

Egnede utdannings- og akkrediteringsprogrammer for røykeavvenningsveiledere bør utvikles og standardiseres av Hdir. Samtidig kan høyere utdanningsinstitusjoner innarbeide røykeavvenning og risikoene ved tobakksbruk i læreplanene for all helsefaglig utdanning.

IV.3.3. Refusjon for medisinsk behandling bør undersøkes av Helse- og omsorgsdepartementet.
HOD og Hdir bør særlig undersøke muligheten for å endre de eksisterende hindringene i refusjonsordningen for allmennpraktiserende leger (refusjonsmuligheter for å registrere tobakksbruk, gjennomføre minimal intervensjon, og røykeavvenning).

Det er nødvendig med en nytolkning/endring av folketrygdloven og endring av legemiddelforskriften. Det anbefales å vektlegge at nikotinavhengighet er klassifisert som en sykdom i den internasjonale klassifiseringen av sykdommer

(ICD-10). De erfaringene som er høstet fra utarbeidelsen av medisineringssystemer for narkotikaavhengighet, kan benyttes. Det kan være nødvendig å undersøke om det skal tillates at nikotinlegemidler skal gis gjennom refusjonsordningen av ikke-medisinsk helsepersonell som yter røykeavvenningstjenester.

IV.3.4. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet bør lede utarbeidelsen av og støtte godt forankrede nasjonale retningslinjer for behandling av tobakksavhengighet.

Til tross for at retningslinjene fra 2004 foreligger, bør HOD utarbeide og støtte konsenusbaserte nasjonale retningslinjer som fremmer bruken av minimal intervensjon i primærhelsetjenesten. Integrering av tobakksavvenning i primærhelsetjenesten og ved andre rutinemessige legebesøk vil gi helsevesenet muligheter til å minne brukerne om at tobakk er skadelig for deres egen og andres helse. Gjentatt rådgivning ved hvert legebesøk forsterker nødvendigheten av å slutte med tobakksbruk, og råd fra helsearbeidere kan i stor grad øke avholdenhetsraten. Slik intervensjon er relativt billig siden den er en del av en eksisterende tjeneste som de fleste bruker minst av og til. Den kan være særlig effektiv fordi den gis av respekterte helsearbeidere som tobakksbrukerne kan ha et godt forhold til.

Det trengs et sett med retningslinjer for systematisk gjennomføring av røykeavvenningstjenester for ulike arenaer i helsearbeidet (f.eks. sykehus, herunder preoperativt, til sykehuspasienter og ved spesialistomsorg, svangerskapsomsorg, allmennpraksis, mentalhelsetjeneste, lokalhelsetjeneste, tannhelsetjeneste og innen farmasi). Dette kan omfatte trinnvis veiledning for gjennomføring av ordninger på ulike arenaer i helsearbeidet, og for ressurser som henvisningsordninger og pasientforløp, samt brosjyrer og plakater. Det trengs materiell som er rettet mot forskjellige grupper (f.eks. etniske minoriteter, røykere med høy røykeprevalens, gravide, pasienter som gjennomgår operasjon og pasienter med kroniske sykdommer).

IV.3.5. Mens gjennomføringen av ovenstående anbefalinger forberedes, bør en rekke umiddelbare tiltak (kortsiktige tiltak) gjennomføres:

IV.3.5.1. Maksimere potensialet til Røyketelefonen og nettstedet for røykeslutt i forbindelse med lanseringen av bildeadvarsler og en massemediekampanje.

Røyketelefonen og nettstedet må vurderes og oppdateres av Helsedirektoratet, for å sikre at tjenesten er kunnskapsbasert og av høy kvalitet og anbefaler medisinsk behandling for røykeavvenning. Det vil kreve at man responderer tilstrekkelig hvis behovet øker når de nye bildeadvarslene på sigarettpakkene innføres, med nummeret til Røyketelefonen og adressen til nettstedet synlig.

Minimal intervensjon, Røyketelefonen og nettstedet for røykeslutt bør markedsføres gjennom helsearbeidere og ledere i den kommunale/fylkeskommunale helsetjenesten (f.eks. ved relansering av Røyketelefonen og nettstedet).
Hdir bør tildele ansvarsområder for kvalitetssikring av røykeavvenningstjenestene, herunder Røyketelefonen, det nettbaserte programmet, utdanning av veiledere og gjennomføring av røykeavvenningstjenester.

IV.3.5.2. Oppdatere røykeavvenningsmateriell som er tilgjengelig for publikum og helsearbeidere, for å sikre at det er kunnskapsbasert og relevant for gjeldende tjenester.

Materiellet bør systematisk distribueres samtidig med lanseringen av Røyketelefonen og nettstedet samt holdningskampanjene. Alle andre former for annonsering og kommunikasjon med publikum og helsearbeidere må rutinemessig omfatte nummeret til Røyketelefonen og adressen til nettstedet, med en kort beskrivelse av hvilke tjenester som tilbys. Det anbefales også at telefonen får en merkeidentitet, et slagord og et nummer som er enkelt å huske.

IV.3.5.3. Bygge allianser mellom yrkesorganisasjoner for helsepersonell, Helse- og omsorgsdepartementet og forskjellige avdelinger i Helsedirektoratet for å fremme røykeavvenning

Det vil være av avgjørende betydning å engasjere alle relevante parter i å støtte og fremme gjennomføringen av den nasjonale planen for røykeavvenning. HOD bør vurdere samarbeid med ikke-statlige organisasjoner om røykeavvenningsarbeidet. Denne eksisterende ressursen bør gjennomgås på nytt for å utnytte dens potensial i

tråd med ytterligere nasjonal veiledning. Frivillige organisasjoners røykeavvenningstjenester bør være kunnskapsbaserte og akkrediterte, og bør ha kvalitetskontroll.

MPOWER

WARN PEOPLE ABOUT THE DANGERS OF TOBACCO

FCTC ARTICLE 11

V. ADVARE FOLK OM HELSEFARENE VED TOBAKK

V.1 EMBALLASJE OG MERKING

V.1.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING

Norge har påbudt helseadvarsler på emballasjen til tobakksvarer siden 1975. Advarslene er endret flere ganger, og siden 1995 har de vært i tråd med helseadvarslene som EU har påbudt. Selv om Norge ikke er medlem av EU, er landet bundet av EUs regelverk på grunn av EØS-avtalen. Direktiv 2001/37/EF om framstilling, presentasjon og salg av tobakksvarer er derfor gjennomført i nasjonal lovgivning.

Norge har innført lovgivning om bildeadvarsler for røyketobakk i tråd med EU-direktivet. Denne lovgivningen vil tre i kraft 1. juli 2011. Hdir er ansvarlig for håndhevingen.

All emballasje, unntatt emballasje for røykfri tobakk, skal være merket med to alternative tekstadvarsler om helsefare som dekker 30 % av den mest iøynefallende siden av pakken: "Røyking dreper" eller "Røyking er svært skadelig for deg og dine omgivelser". Dessuten brukes det et sett med 14 alternerende kombinasjonsadvarsler (bilde og tekst) som dekker 40 % av pakkens bakside. Bildeadvarslene er hentet fra EU-kommisjonens liste. All emballasje skal ha en henvisning til nummeret til Røyketelefonen.

V.I.2 NØKKELFUNN

V.1.2.1. Bildeadvarsler for sigaretter er blitt testet, men det er ikke fastsatt bestemmelser om at de skal anvendes på røykfrie tobakksprodukter

Da størrelsen på helseadvarslene ble økt i 2004, ble det gjort en evaluering. Det har vist seg vanskelig å finne at helseadvarslene har hatt en direkte effekt på atferd. Evalueringen viser derfor stort sett til mulige effekter, og i hvilken grad det kan forventes at helseadvarslene gjør atferdsendring mer sannsynlig.[10]

EU-kommisjonens standardiserte bildeadvarsler gir mulighet til å velge mellom flere sett med advarsler. Utvalget av bilder i Norge ble basert på Internett-undersøkelser der det ble samlet inn opplysninger om hvilke følelser de forskjellige advarslene frambrakte hos publikum. I tillegg gjennomførte SIRUS en gjennomgang av litteraturen for å gi helsemyndighetene råd om hvilke advarsler de burde velge.

[10] http://www.sirus.no/internett/tobakk/publication/205.html

V.1.2.2. SIRUS gjennomfører for øyeblikket også forskning på nøytral emballasje for å vurdere dens mulige effektivitet og påvirkning i Norge

V.1.2.3. Det er for øyeblikket ingen systematisk inspeksjon eller overvåking av håndheving

V.1.3 ANBEFALINGER

V.1.3.1. Helseadvarslene og håndhevingen av dem bør være i tråd med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen.
Størrelsen og formen på helseadvarslene bør være i samsvar med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 11, selv om EU-direktivet muligens gir andre føringer. Den nye lovgivningen om helseadvarsler i form av bilder bør benyttes på alle tobakksvarer (herunder røykfri tobakk). HOD bør vurdere systematisk kontroll med eller overvåking av håndhevingen av advarslene på pakkene. HOD bør også vurdere en evalueringsplan for helseadvarslenes effekt og for alternering av advarsler, selv med begrensede muligheter til å endre bildeadvarslene, for å for eksempel kompensere for en mulig avtagende effekt.

V.1.3.2. Nøytral emballasje bør vurderes.
Norge bør følge utviklingen nøye og vurdere mulighetene for å innføre nøytral emballasje.

V.1.3.3. Systematisk kontroll og overvåking av håndheving bør vurderes.
Kontrollører bør benyttes til å foreta regelmessige kontroller på stedet av tobakksvarer ved importanlegg, samt ved utsalgssteder, for å sikre at emballasje og merking er i samsvar med loven. Relevante parter bør underrettes om at tobakksvarene vil utsettes for regelmessige kontroller på utsalgssteder.

V.2 HOLDNINGS- OG MASSEMEDIEKAMPANJER

V.2.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING

Norges nasjonale strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010 sier at massemediekampanjer, direkte kommunikasjon (f.eks. gjennom helsepersonell) og strategiske mediekampanjer kan være effektive midler for å påvirke kunnskapen, holdningene og atferden til ungdom og voksne. Internasjonalt har man funnet betydelige bevis for at bruk av tydelige, hardtslående kampanjer, er effektive for å øke slutteraten.

Massemediekampanjene er Hdirs ansvar. Hdir får hvert år et budsjett for det tobakksforebyggende arbeidet fra HOD, som kan brukes til mulige massemediekampanjer.

Norge har hatt et omfattende tobakksforebyggende program siden tidlig på 1970-tallet. Det første tiåret ble det gjennomført noen kampanjer, men på 80-tallet var det stille, med få kampanjer og lite ressurser til tobakksforebygging. Midt på 90-tallet økte imidlertid den politiske interessen for tobakksforebygging, og mer ressurser ble stilt til rådighet. I 2002 erklærte den norske helseministeren et ambisiøst mål om å redusere røyking blant ungdom med 50 % i løpet av de neste fem årene (fra 28 % i 2002 til 14 % innen 2007). Hdir bestilte en vitenskapelig litteraturgjennomgang som identifiserte massemediekampanjer som én av flere effektive, anbefalte strategier.[11]

Siden 2003 har derfor gjentatte og intensive massemediekampanjer rettet mot å endre holdninger og atferd, vært en del av Hdirs generelle strategi for tobakksforebygging, sammen med andre tiltak i et omfattende tobakksforebyggende program (Tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over massemediekampanjer 2003–2007

[11] Lund, KE and Rise J (2002) En gjennomgang av forskningslitteraturen om tiltak for å redusere røyking blant ungdom.

År	Kampanjens intensjon	Budsjett
2003 (to kampanjer)	Målet til kampanjen "Hver eneste sigarett skader deg" var å opplyse befolkningen om helsefarene forbundet med røyking. I den andre kampanjen skiftet fokus fra den enkelte røyker til tobakksindustriens kyniske virksomhet, der tobakksindustrien ble framstilt som manipulerende og villedende.	15 mill. kr pluss personalkostnader 9 mill. kr pluss personalkostnader (totalt: 24 mill. kr)
2004	Markedsførte og feiret innføringen av røykfrie serveringssteder, med et hovedbudskap om at alle har rett til en røykfri arbeidsplass.	12 mill. kr pluss personalkostnader
2006	Benyttet vitnesbyrd fra personer med KOLS for å vise konsekvensene av røyking for enkeltpersoner og hvilke vanskeligheter disse står overfor.	20 mill. kr pluss personalkostnader
2007	Eksisterende materiale fra 2003 ble brukt om igjen.	7 mill. kr pluss personalkostnader

Fra 2002 til 2007 falt prevalensen av dagligrøyking blant ungdom mellom 16-24 år dramatisk fra 28 % til 16 %. Fra 2007 til 2009 var det ingen ytterligere nedgang.

V.2.2 NØKKELFUNN

V.2.2.1. Massemediekampanjer er for øyeblikket ikke prioritert i tobakksstrategien
Til tross for at det foreligger overveldende bevis for massemediekampanjenes effektivitet i tobakksforebygging globalt, og fra tidligere erfaring i Norge med gjennomføring av mediekampanjer med høy treffprosent og virkning, brukes det for øyeblikket ingen ressurser på dette feltet.

HOD har ikke tildelt – og Hdir har ikke brukt – nok midler til massemediekampanjer de siste tre årene. I 2003–2006 gjorde stabil finansiering det mulig med både kort- og langsiktig planlegging for massemedia. Uten tildelte ressurser er det vanskelig å legge langsiktige planer for en strategi for massemediekampanjer.

V.2.2.2. Det finnes ingen kommunikasjonsplan/strategi for framtiden
Det finnes ingen kommunikasjonsplan eller strategi for å opprettholde opplysningskampanjer om skadene ved tobakksbruk eller passiv røyking.

Etter oppløsningen av Avdeling tobakk i Hdir, synes lederskapet for det tobakksforebyggende arbeidet å være mindre tydelig hos Hdir når det gjelder kommunikasjon. Denne mangelen på ledelse ble demonstrert ved at det verken var tanker om eller foregikk noe arbeid på strategier eller planer for neste massemediekampanje eller framtidige kampanjer.

Massemediekampanjer har en tendens til å ses som nødvendige hovedsakelig for å skape debatt i pressen, heller enn som sosial markedsføring av intervensjoner for atferdsendring som i seg selv frambringer diskusjon blant familie og venner, samt røykeslutt. Forskning har imidlertid vist at massemediekampanjer også kan være effektive som enkeltintervensjon. I stedet for å rette kampanjer mot særskilte grupper, vil mediekampanjer som fungerer bra, tendere til å gjøre det også blant mange undergrupper i befolkningen. Med andre ord fungerer en god annonse for mange. Dessuten, mens oppnådd medieoppmerksomhet alltid gir merverdi til en betalt mediekampanje, og særlig er nyttig for kampanjer som har som mål å endre politikk, er det ikke dokumentert at sosiale markedsføringskampanjer krever offentlig debatt for å være vellykkede.

V.2.2.3. Det finnes ingen kommunikasjonsplan eller strategi med mål om å styrke lovgivningen eller øke bevilgningene til tobakksforebygging
Selv om det var bred enighet om at finansiering av tobakksforebyggende arbeid er et problem, virket det å være få tanker om eller planer for hvordan finansieringen kunne bli gjenopprettet. Slik planlegging bør omfatte hvilke

innflytelsesrike ledere man bør alliere seg med, og/eller hvordan man skaper allianser som kan bidra til å bringe tobakk tilbake på dagsordenen for folkehelse i Norge.

Flere viktige spørsmål ble nevnt som krever lov- eller regelverksendringer, men likevel virket det ikke som det fantes noen kommunikasjonsstrategi eller samordnet kommunikasjonsinnsats for å oppnå disse endringene. I stedet ble tilfeldige historier i media fulgt opp, for eksempel spørsmål som betydningen av avgiftsøkninger, behovet for å stenge smutthull i røykeloven, og ønsket om å øke aldersgrensen for kjøp av sigaretter.

V.2.2.4. Dedikert ekspertise og kapasitet i sosial markedsføring og kommunikasjon for tobakksforebygging i Helsedirektoratet er utydelig og utilstrekkelig

Med et sentralisert folkehelsekontor og ingen klar organisatorisk identitet for tobakksforebygging etter at Avdeling tobakk ble oppløst, er det uklart hvilken kapasitet som finnes for spesifikt lederskap av strategisk kommunikasjon eller sosial markedsføring i det tobakksforebyggende arbeidet. Det finnes ekspertise internt, men det er behov for dedikert lederskap av sosial markedsføring for tobakksforebygging gjennom massemediekampanjer.

Proaktiv mediekommunikasjon for tobakksforebygging virker å være episodisk, selv om det generelt er god mediarespons fra Hdir.

V.2.2.5. Enkelte innflytelsesrike leger mener nordmenn ikke trenger mer opplysning om de skadene røykingen gir

Selv om det foreligger sterke bevis for at det er effektivt å kjøre kontinuerlig hardtslående massemediekampanjer for å advare og påminne folk om skadene ved røyking, sa flere informanter at ”nordmenn vet allerede at røyking er skadelig”, og de var ikke tilhengere av flere kampanjer på dette området.

Dette synspunktet støttes ikke av beste praksis, siden det har vist seg å være mulig å redusere prevalensen gjennom hyppig opplysning over mange år. Hardtslående massemediekampanjer over flere måneder i året, og i mer enn to tiår, har gitt betydelig nedgang i prevalensen i land som Australia og New Zealand. Til tross for at røykeraten allerede er lavere i disse landene, fortsetter de å prioritere massemediekampanjer, fordi de viser seg å fungere.

Til tross for bevisene, uttrykker enkelte leger også bekymring over at slående massemediekampanjer “kanskje går for langt” i å sjokkere folk. Noen har uttalt, dog uten å kunne understøtte utsagnet med noen dokumentasjon, at dette sjokket var særlig hardt for personer med lav sosioøkonomisk status, til tross for det faktum at det er i disse gruppene prevalensen er høyest.

Det er bekymringsfullt at en slående kampanje som var planlagt i 2009, ble trukket tilbake da Legeforeningen ikke ville støtte den, fordi den ble betraktet å være for hardtslående (imidlertid uten dokumentasjon for dette).

Bekymringer omkring sosial ulikhet i helse brukes også som argument mot å kjøre flere massemediekampanjer. Noen har hevdet at massemediekampanjer i hovedsak øker kunnskapen hos gruppene med høy og lav sosioøkonomisk status like mye, og derfor ikke reduserer helsegapet. Disse argumentene for ikke å støtte massemediekampanjer finner rett og slett ingen støtte i internasjonal dokumentasjon.

V.2.2.6. Markedsføringsstrategien for Røyketelefonen går ut på uregelmessig annonsering og medieaktivitet

Røyketelefonen markedsføres ved nyttår, på verdens tobakksfrie dag, og ved enkelte ad hoc-forsøk som annonsering i radio og aviser samt ved oppnådd medieaktivitet.

Plakater og kort distribueres blant annet til legekontorer, sykehus og den lokale helseomsorgen, men det finnes ennå ingen systematisk prosess for å følge om de gjøres tilgjengelige. Det er satt i gang et pilotprosjekt for å få tannleger til å anbefale Røyketelefonen og avvenning til pasienter.

Et opphold i massemediekampanjene har gitt færre markedsføringsmuligheter for Røyketelefonen.

V.2.3 ANBEFALINGER

V.2.3.1. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet bør prioritere massemediekampanjer som en dokumentert strategi for å få folk til å slutte å røyke, og som støtte for tobakksforebyggingspolitikken.
Det bør utarbeides en kommunikasjonsstrategi og en kommunikasjonsplan med et tilstrekkelig budsjett. Effektiviteten til massemediekampanjene vil være avhengig av omfang og varighet. Det må brukes nok penger til at man når fram til røykerne tilstrekkelig ofte og tilstrekkelig lenge**.** Den største virkningen fra massemedia i Norge skjedde i den perioden da det var to kampanjer med et budsjett på i alt 24 millioner kroner.

Den vitenskapelige gjennomgangen som ble gjort på vegne av Hdir (Lund og Rise, 2002) anbefalte som beste praksis en sum på 30 kroner per person per år til å bidra til økt kunnskap i befolkningen. Det vil si en totalsum på 150 mill. kroner i året. Selv om et slikt budsjett kanskje ikke er mulig, anbefales det at et minimumsbudsjett på minst 50 mill. kroner avsettes til to eller tre intensive mediekampanjer i året.

En flerårig plan er optimalt for å kunne legge langsiktige strategiske planer for kampanjer.

V.2.3.2. Massemediekampanjer med sterke, slående bilder har vist seg å være effektive blant massepublikum, herunder undergrupper, og målrettede kampanjer mot forskjellige sosioøkonomiske grupper er ikke nødvendig.
Kreative mediestrategier og god medieplanlegging kan nå røykere i både lave og høye sosioøkonomiske lag.

Kunnskapsbaserte kampanjer – strategisk planlagt, der budskapet er testet og evaluert – må fortsatt brukes.

Kampanjer og materiell – også det som markedsfører Røyketelefonen – må være ensartet ”merket” for å styrke den generelle kommunikasjonen om tobakksforebygging.

Intensiv medieplanlegging med TV som hovedplattform for hardtslående kampanjer bør sikres, og dette bør understøttes av andre former for tradisjonelle medier. Muligheten for å bruke sosiale medier som et ekstra verktøy bør også undersøkes.

V.2.3.3. Kontinuerlig å være på lufta med massemediekampanjer med kjernebudskap som advarsler mot spesifikke røykeskader, advarsler om helseskader ved passiv røyking og støtte til nye advarsler på pakkene.

V.2.3.4. Bruke mulighetene i lokal- og primærhelsetjenesten til å målrette opplæring mot bestemte grupper.
Utnytte mulighetene i primærhelsetjenesten til opplæring ved konsultasjoner på kontoret (veggplakater knyttet til massemediekampanjer), henvisning til Røyketelefonen, materiell som leger, tannleger og andre helsearbeidere kan gi til pasientene.

Målrette informasjon til leger og andre helsearbeidere som ikke alltid har tilstrekkelig kunnskap om tobakk og beste praksis for røykeavvenning.

Målrette oversatt informasjon til gravide kvinner i innvandrergrupper som ikke snakker norsk.

VI. HÅNDHEVE REKLAMEFORBUDET

VI.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING

Tobakksskadeloven[12] inneholder et forbud mot "alle former for reklame for tobakksvarer" og mot synlig oppstilling av tobakksvarer på utsalgssteder. Myndighetene kan gi unntak fra bestemmelsene i forskrift.[13] På grunn av EØS-avtalen, er Norge bundet av direktiv 2003/33/EF[14] om tobakksreklame og sponsing.

Hdir er ansvarlig for å håndheve forbudet mot reklame og oppstilling. Ingen oppstilling av tobakksvarer er tillatt ved steder der det foregår detaljsalg. Philip Morris har klaget forbudet inn for norsk domstol. Rettssaken pågår.

VI.2 NØKKELFUNN

VI.2.1. Det eksisterende forbudet er relativt omfattende
Det dekker imidlertid ikke fullt ut reklame på tvers av landegrensene og fremstilling av tobakk i underholdningsprodukter i media.

VI.2.2. Myndighetene forbereder nå sin juridiske strategi for å forsvare seg mot søksmålet klagen fra Philip Morris
Frivillige organisasjoner involvert i det tobakksforebyggende arbeidet, har ikke reagert på søksmålet eller uttrykt støtte til den gjeldende lovgivningen som forbyr utstilling av tobakksvarer.

VI.2.3. Hdir håndhever forbudet kun basert på klager
Det finnes ingen proaktiv overvåking av om loven overholdes. Det er derfor ikke mulig å fastslå med sikkerhet i hvilken utstrekning tobakksreklame forekommer i Norge.

VI.3 ANBEFALINGER

VI.3.1. Helse- og omsorgsdepartementet bør treffe tiltak vedrørende fremstilling av tobakk i underholdningsprodukter i media.
Tiltakene bør omfatte

- et krav om attestering av at "det er ikke mottatt noen fordeler for noen fremstilling av tobakk",
- forbud mot bruk av identifiserbare tobakksmerker eller bilder,
- krav om anti-tobakksreklame,
- innføring av et rangerings- eller klassifiseringssystem som tar hensyn til fremstillingen av tobakk, i samsvar med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 13.

[12] Lov nr. 14 av 9. mars 1973 om vern mot tobakksskader.
[13] Forskift nr. 989 av 15. desember 1995 om forbud mot tobakksreklame m.v.
[14] Direktiv 2003/33/EF om tilnærming av medlemsstatenes lover og forskrifter om reklame for tobakksvarer og sponsing til fordel for disse.

VI.3.2. Det bør etableres en ordning for overvåking av nye former for tobakksreklame

Effektiv overvåking, håndheving og sanksjoner som støttes og forenkles via gode opplysnings- og holdningskampanjer i forbindelse med alle former for ny tobakksreklame. Dette vil være avgjørende for gjennomføringen av det omfattende forbudet mot tobakksreklame.

FCT

ARTICLES 15 & 16

VII. TILGANG TIL TOBAKKSVARER

VII.1 STRATEGIENS STATUS OG UTVIKLING

I henhold til tobakksskadeloven[15] er det forbudt å selge eller overlevere tobakksvarer til personer under 18 år. Tobakksvarer kan selges til forbrukere kun av personer som er 18 år eller eldre. Dersom salget foregår under daglig tilsyn av en person som er over 18 år, kan personer som er under 18 år selge tobakksvarer.

I 1989 ble det vedtatt en forskrift som forbyr nye nikotin- og tobakksvarer. Andre produkter enn sigaretter, sigarer, små sigarer, pipetobakk, rulletobakk, tyggetobakk og snus er således forbudt på det norske markedet. Smakstilsatte tobakksvarer er ikke forbudt i henhold til denne forskriften.

VII.2 NØKKELFUNN

VII.2.1. Selv om politiet etter loven er ansvarlig for å rettsforfølge anmeldte overtredelser av aldersgrensen, blir ikke dette prioritert.

VII.2.2. Myndighetene anerkjenner formelt at salg av tobakksvarer kun er minimalt regulert, selv om helseskadene som tobakksvarene forårsaker, er uten sidestykke
Tilgjengelig kunnskap viser at aldersgrenser alene ikke har noen innvirkning på tobakksforbruket hos mindreårige. Selv om det er gjort lite forskning på effektive tiltak for å begrense tilgangen til tobakksvarer, særlig for mindreårige, anser ekspertene at det ved enhver tilgjengelighetsbegrensning for tobakksvarer må vurderes et forbud mot oppstilling av tobakksvarer (noe Norge har), og en ordning som begrenser detaljsalget av tobakksvarer. I de siste årene har myndighetene diskutert å øke aldersgrensen til 20 år, forby pakninger som inneholder færre enn 20 sigaretter, og en bevillingsordning for detaljsalg av tobakksvarer.

VII.2.3. Håndhevingsstrategiene er begrenset når det gjelder *shisha*-produkter
Shisha importeres ikke lovlig inn i landet, og selgerne hevder at *shisha* ikke er en tobakksvare.

VII.3 ANBEFALINGER

VII.3.1. Myndighetene bør framskynde vurderingen av en bevillingsordning for detaljsalg av alle tobakksvarer.

- *Særtrekk og prosess:* Ved en bevillingsordning bør følgende vurderes: å begrense antall salgstimer og salgsdager, å legge begrensninger på beliggenheten til, tettheten av og typen av utsalgssteder, obligatorisk opplæring og godkjenning av selgere, selgers ansvar, herunder tap av bevilling ved brudd på

[15] Lov nr. 14 av 9. mars 1973 om vern mot tobakksskader.

bevillingsvilkårene. Før det treffes en beslutning om å etablere en bevillingsordning, må følgende punkter avklares:

- undersøke om den norske modellen for bevilling for salg av alkohol, kan anvendes på tobakksvarer,
- utarbeide juridiske virkemidler og forutse og forberede seg på søksmål fra tobakksindustrien og dens allierte, på bakgrunn av nasjonal lovgivning så vel som internasjonale handelsavtaler og andre avtaler,
- forutse den motstanden som vil komme fra eksisterende detaljister og forberede seg på å diskutere den mulige økonomiske virkningen samt effektene på det uregistrerte markedet for tobakksvarer.

- *Prinsipp*: Denne politikken er basert på et sentralt anliggende om å sende ut et utvetydig offentlig signal om at myndighetene anser tobakk som et eksepsjonelt skadelig produkt, hvis detaljsalg fortjener å være omfattet av en begrensning som minst tilsvarer den som anvendes på reseptpliktige legemidler i de fleste land, og på alkohol i Norge.
- *Mulig innvirkning på forbruk*: Forskning på bevillingstiltak er begrenset per i dag, men heller i retning av en reduksjon i salg til voksne og mindreårige, samt en reduksjon i forbruk blant mindreårige.
- *Annen virkning*: I tillegg til å hindre ungdom tilgang og potensielt redusere forbruket, er bevillingsordningen salg av tobakksvarer basert på mer vidtgående anliggender, herunder beskytte enkeltmenneskets helse samt folkehelsen, personlig og offentlig sikkerhet og velferd, kontrollere tilbudet og begrense tilgjengeligheten, overvåke salget, samt sikre kvalitet og ansvarlighet.

VII.3.2. Myndighetene bør framskynde forbudet mot sigarettpakker som inneholder færre enn 20 sigaretter.
Salg av sigaretter enkeltvis eller i små pakker gjør at det er lettere for mindreårige å ha råd til å kjøpe slike produkter.

VII.3.*3. Shisha*-pakker bør undersøkes av vedkommende myndigheter for å dokumentere at påstanden om at de ikke inneholder tobakk, er uriktig.

VII.3.4. Myndighetene bør forby salg av smakstilsatte tobakksvarer.

VEDLEGG I: OVERSIKT OVER INSTITUSJONER OG NØKKELINFORMANTER

	NAVN	INSTITUSJON / ORGANISASJON	By
1	Tore Sanner	Tobakksfritt	Oslo
2	Randi Kiil	Nasjonalforeningen for folkehelsen	Oslo
3	Ellen Juul Andersen	Den norske legeforening	Oslo
4	Erik Normann	Helsedirektoratet, avd. sykehustjenester	Oslo
5	Bjørn Erikson	Landsorganisasjonen (LO)	Oslo
6	Tore Haug	NHO Reiseliv	Moelv
7	Siri C. Næsheim	Helsedirektoratet, avd. nasjonalt folkehelsearbeid	Oslo
8	Bente Thori-Aamot	Kunnskapsdepartementet	Oslo
9	Hild Stokke	Utdanningsdirektoratet	Oslo
10	Kristin Byrkje	Kreftforeningen	Oslo
11	Anne Sofie Hansen	Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Oslo
12	Britt Inger Skaanes	Norges Astma- og Allergiforbund	Oslo
13	Anne Elisabeth Eriksrud	Norges Astma- og Allergiforbund	Oslo
14	Ingrid Sandvei Francke	Arbeidsdepartementet, avd. arbeidsmiljø og sikkerhet	Oslo
15	Frode Vatne	Arbeidstilsynet Oslo	Oslo
16	Hege Moløkken	Arbeidstilsynet Oslo	Oslo
17	Bjørn-Atle Hansen	Alta kommune	Alta
18	Kenneth Johansen	Alta kommune	Alta
19	Øystein Røssland	Alta ungdomsskole	Alta
20	Henriette Øien	Helsedirektoratet, avd. grupperettet folkehelsearbeid	Oslo
21	Fredrik Hanssen	Helsedirektoratet, avd. allmennhelsetjenester	Oslo
22	Katty Beaven	Bærum sykehus	Bærum
23	Else Karin Kogstad	Akershus universitetssykehus, Senter for helsefremmende arbeid	Akershus
24	Sigrun Anmarkrud	Den Norske Jordmorforening	Oslo
25	Trond Egil Hansen	Allmennlegeforeningen	Oslo
26	Kristin Svanquist	Statens legemiddelverk, seksjon for legemiddelrefusjon	Oslo
27	Erik Hviding	Helsedirektoratet, avd. legemiddel- og tannhelserefusjon	Oslo
28	Per Thomas Thomassen	Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseavdelingen	Oslo
29	Jon-Olav Aspås	Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseavdelingen	Oslo
30	Maja-Lisa Løchen	Nasjonalt råd for tobakksforebygging	Tromsø
31	Tharald Hetland	Fylkeslege	Lillehammer
32	Knut-Inge Klepp	Helsedirektoratet, direktør i Folkehelsedivisjonen	Oslo

33	Bjørn-Inge Larsen	Helsedirektør	Oslo
34	Christina Halvorsen	ANB	Oslo
35	Anne Hafstad	Aftenposten	Oslo
36	Nils Petter Nordskar	Ideer Media AS, administrerende direktør (tidligere: Virtual Garden, kreativ leder)	Oslo
37	Øystein Østraat	Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunehelsetjeneste-avdelingen	Oslo
38	Trude Bakke	Norsk forening for allmennmedisin	Oslo
39	Torunn Janbu	Den norske legeforening	Oslo
40	Dagfinn Høybråten	Stortingsrepresentant	Oslo
41	Bent Høie	Stortingsrepresentant, leder av helse- og omsorgskomiteen	Oslo
42	Steinar Krokstad	HUNT forskningssenter, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet	Verdal
43	Frode Olav Finsås	Finansdepartementet, skatteøkonomisk avdeling	Oslo
44	Jostein Rise	Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)	Oslo
45	Karl Erik Lund	Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)	Oslo
46	Roger Ingebrigtsen	Helse- og omsorgsdepartementet, statssekretær	Oslo
47	Marianne van der Vel	Kreftforeningen	Oslo
48	Hans Geelmuyden	Geelmyuden.Kiese	Oslo
50	Vibeke Olufsen	Høyskolen i Sør-Trøndelag, sykepleierutdanningen	Trondheim
51	Kari Huseby	Oslo politidistrikt (tidl: Helsedirektoratet, avdelingsdirektør avdeling tobakk)	Oslo
52	Trond Markestad	Den norske legeforening, leder i Rådet for legeetikk	Oslo
53	Sigrid Skattebo	Helsedirektoratet, Røyketelefonen	Oslo
54	Terje Hagen	Nasjonalforeningen for folkehelsen	Oppland
55	Morten Rolstad	Den norske tannlegeforening	Oslo
56	Trine Oksholm	Norsk sykepleierforbund, lungesykepleiere	Oslo
57	Tore Reinholdt	Apotekforeningen	Oslo
58	Intesar Al-Ataby	Helseforum for kvinner (uavhengig organisasjon som arbeider for innvandrere)	Oslo
59	Petter Andreas Ringen	Aker universitetssykehus, leder avd. for psykosebehandling	Oslo
60	Gase Handeland	Helsedirektoratet, avd. kommunikasjon	Oslo

VEDLEGG II: OVERSIKT OVER MEDLEMMER I EKSPERTGRUPPEN

1. **Dr Vera da Costa e Silva, uavhengig rådgiver innen tobakksforebygging, Rio de Janeiro, Brasil**
2. **Barbro Holm Ivarsson, uavhengig rådgiver innen tobakksforebygging, Stockholm, Sverige**
3. **Dr Ghazaleh Pashmi, Assistant Regional Tobacco Policy Manager, Regional Public Health Group London, Storbritannia**
4. **Sandra Mullin, Senior Vice President for Communication, World Lung Foundation, New York, USA**
5. **Dr Kristina Mauer-Stender, Technical Officer, Noncommunicable Diseases and Environment, Verdens helseorganisasjons regionkontor for Europa, København, Danmark**
6. **Dr. Armando Peruga, TFI Programme Manager, Tobacco Free Initiative, Verdens helseorganisasjon, Sveits**
7. **Dr. Luminita Sanda, TFI Capacity Building Officer, TFI Programme Manager, Tobacco Free Initiative, Verdens helseorganisasjon, Sveits**
8. **Dr. Svein Høegh Henrichsen, allmennpraktiserende lege, Oslo, Norge**
9. **Dr. Hege Wang, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, Oslo, Norge**
10. **Rita Lindbak, seniorrådgiver, Helsedirektoratet, Oslo, Norge**
11. **Agnethe H. Weisæth, rådgiver, Helsedirektoratet, Oslo, Norge**
12. **Dr. Karl-Olaf Wathne, spesialrådgiver, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, Norge**
13. **Helena Wilson, seniorrådgiver, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo, Norge**

VEDLEGG III: OVERSIKT OVER ALLE ANBEFALINGER

II. SAMORDNING OG IVERKSETTING AV TOBAKKSTILTAK

II.3.1. Norge er juridisk bundet til å gjennomføre bestemmelsene i Tobakkskonvensjonen og bør i større grad implementere konvensjonens retningslinjer og framtidige protokoller.
II.3.2. Det er behov for å sette nye mål for å redusere tobakksbruken i befolkningen generelt og blant unge, og satse sterkere på en kjønnssensitiv tilnærming for å nå bestemte høyprevalensgrupper.
II.3.3. Norge bør bruke mer menneskelige og økonomiske ressurser på tobakksforebygging.
II.3.4. Helse- og omsorgsdepartementet bør sørge for sterkere nasjonalt lederskap for tobakksforebygging.
II.3.5. Tobakksforebyggende virksomhet bør styrkes på lokalt plan.
II.3.6. Myndighetene bør finne måter å oppmuntre til mer aktiv deltagelse fra frivillig sektor i det tobakksforebyggende arbeidet.
II.3.7. Systemer for å overvåke håndhevingen av eksisterende tobakkslovgivning bør være med i eksisterende inspeksjonsordninger.
II.3.8. Tobakksindustriens virksomhet som påvirker det indre marked, bør overvåkes både på nasjonalt og internasjonalt plan.
II.3.9. En ensartet forskningsstrategi for tobakksforebygging bør utarbeides i tråd med de generelle prioriteringene for det tobakksforebyggende arbeidet.

III. RØYKFRIE MILJØER

III.3.1. Alle arbeidere og publikum bør sikres universelt og likt vern mot eksponering for passiv røyking i tråd med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen artikkel 8, ved at egne røykerom (uansett om de har separat ventilasjon eller ikke) som er tillatt i henhold til gjeldende lov, blir fjernet.
III.3.2. Helse- og omsorgsdepartementet, ikke-statlige organisasjoner og andre erfarne samarbeidspartnere, bør utarbeide og iverksette en kunnskapsbasert kommunikasjonsstrategi for:

- å beskytte barn mot eksponering for passiv røyking i private rom,
- å øke befolkningens bevissthet om behovet for å endre den gjeldende loven for å verne alle mot eksponering for passiv røyking,
- å mobilisere støtte blant publikum og sikre politisk støtte for den anbefalte lovendringen.

III.3.3. Inspeksjonsprotokoller bør revideres for å sikre systematisk og samordnet håndheving og overvåking av bestemmelsene om røykfrihet.
III.3.4. Det bør arbeides systematisk for å mobilisere støtte i det lokale sivile samfunn og allmennheten for å øke lovoverholdelsen og til slutt redusere røykeprevalensen.
III.3.5. Initiere en massemediekampanje som viser voksne hvordan de beskytter barn mot passiv røyking hjemme.

IV. TILBY HJELP TIL Å SLUTTE MED TOBAKK

IV.3.1. Røykeavvenning bør prioriteres høyt i den nye nasjonale strategien for det tobakksforebyggende arbeidet 2011–2015, med øremerkede midler og tilstrekkelig planlegging.
IV.3.2. Røykeavvenning bør tas med som en obligatorisk tjeneste i de nye lovene helse- og omsorgsloven og folkehelseloven..
IV.3.3. Refusjon for medisinsk behandling bør undersøkes av Helse- og omsorgsdepartementet.
IV.3.4. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet bør lede utarbeidelsen av og støtte godt forankrede nasjonale retningslinjer for behandling av tobakksavhengighet.
IV.3.5. Mens gjennomføringen av ovenstående anbefalinger forberedes, bør en rekke umiddelbare tiltak (kortsiktige tiltak) gjennomføres:

IV.3.5.1. Maksimere potensialet til Røyketelefonen og nettstedet for røykeslutt i forbindelse med lanseringen av bildeadvarsler og en massemediekampanje.
IV.3.5.2. Oppdatere røykeavvenningsmateriell som er tilgjengelig for publikum og helsearbeidere, for å sikre at det er kunnskapsbasert og relevant for gjeldende tjenester.
IV.3.5.3. Bygge allianser mellom yrkesorganisasjoner for helsepersonell, Helse- og omsorgsdepartementet og forskjellige avdelinger i Helsedirektoratet for å fremme røykeavvenning.

V. ADVARE FOLK OM HELSEFARENE VED TOBAKK

EMBALLASJE OG MERKING

V.1.3.1. Helseadvarslene og håndhevingen av dem bør være i tråd med retningslinjene til Tobakkskonvensjonen.
V.1.3.2. Nøytral emballasje bør vurderes.
V.1.3.3. Systematisk kontroll og overvåking av håndheving bør vurderes.

HOLDNINGS- OG MASSEMEDIEKAMPANJER

V.2.3.1. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet bør prioritere massemediekampanjer som en dokumentert strategi for å få folk til å slutte å røyke, og som støtte for tobakksforebyggingspolitikken.
V.2.3.2. Massemediekampanjer med sterke, slående bilder har vist seg å være effektive blant massepublikum, herunder undergrupper, og målrettede kampanjer mot forskjellige sosioøkonomiske grupper er ikke nødvendig.
V.2.3.3. Kontinuerlig å være på lufta med massemediekampanjer med kjernebudskap som advarsler mot spesifikke røykeskader, advarsler om helseskader ved passiv røyking og støtte til nye advarsler på pakkene.
V.2.3.4. Bruke mulighetene i lokal- og primærhelsetjenesten til å målrette opplæring mot bestemte grupper.

VI. HÅNDHEVE REKLAMEFORBUDET

VI.3.1. Helse- og omsorgsdepartementet bør treffe tiltak vedrørende fremstilling av tobakk i underholdningsprodukter i media.
VI.3.2. Det bør etableres en ordning for overvåking av nye former for tobakksreklame

VII. TILGANG TIL TOBAKKSVARER

VII.3.1. Myndighetene bør framskynde vurderingen av en bevillingsordning for detaljsalg av alle tobakksvarer.
VII.3.2. Myndighetene bør framskynde forbudet mot sigarettpakker som inneholder færre enn 20 sigaretter.
VII.3.*3. Shisha*-pakker bør undersøkes av vedkommende myndigheter for å dokumentere at påstanden om at de ikke inneholder tobakk, er uriktig.
VII.3.4. Myndighetene bør forby salg av smakstilsatte tobakksvarer.